

Wie die Vereinbarkeit von FAMILIE, PFLEGE und BERUF besser gelingen kann ...

**... ein praktischer RATGEBER für betroffene und interessierte
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Beamtinnen und Beamte,
Richterinnen und Richter der Justiz in Nordrhein-Westfalen**

Elisabeth Meyer-Dietz, Dr. Michael Jüttner und Philip Dohmen

1. Auflage Mai 2017



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dem Thema Pflege setzt man sich in der Regel erst dann auseinander, wenn man selbst betroffen ist.

Durch das seit vier Jahren im Bezirk des Oberlandesgerichts Köln systematisch betriebene Gesundheitsmanagement wurde uns aber schnell deutlich, dass viele Bedienstete bereits jetzt pflegebedürftige Angehörige haben und dadurch einer hohen Belastung ausgesetzt sind.

Sorgen und Nöte, die Betroffene um ihre pflegebedürftigen Angehörigen und deren Versorgung haben, lassen diese nicht unberührt und haben somit auch Auswirkungen auf den Arbeitsbereich.

Dass das Thema „Pflege und Versorgung von Pflegebedürftigen“ gesellschaftlich besonders relevant ist, kann man nicht nur an der Vielzahl der Berichterstattungen in den Medien erkennen, sondern auch daran, dass der Gesetzgeber dieses Thema aufgegriffen und mit dem Pflege- und Familienzeitgesetz entsprechende Freistellungsmöglichkeiten für Berufstätige geschaffen hat.

Betroffene und Vorgesetzte haben viele Fragen dazu, wie sie zum Wohle aller Beteiligten ein gesunderhaltendes Umfeld im beruflichen wie im privaten Rahmen schaffen können.

Von sehr engagierten Bediensteten aus den Gerichten des Oberlandesgerichtsbezirks Köln unter Beteiligung der Unfallkasse NRW ist deshalb hierzu ein Ratgeber verfasst worden.

Ich hoffe sehr, dass dieser Ratgeber dazu beitragen kann, dass wir gemeinsam Wege finden, um die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf noch besser gewährleisten zu können.



Margarete Gräfin von Schwerin

Präsidentin des Oberlandesgerichts Köln

Autoren:

Elisabeth Meyer-Dietz

MSc Psychosoziale Beratung, Dipl. Sozialarbeiterin,
Organisationsberaterin,
Supervisorin,
Systemische Therapeutin,
Mediatorin und sozialtherapeutische Suchtberaterin,
Koordinierungsstelle des Gesundheitsmanagements bei
dem Oberlandesgericht Köln



Dr. Michael Jüttner

Betreuungsrichter am Amtsgericht Düren



Philip Dohmen

Dipl.-Rechtspfleger, Organisationsberater
Stellvertretender Geschäftsleiter des Amtsgerichts Düren



Inhaltsverzeichnis

1	Pflegebedürftigkeit.....	13
1.1	Pflegebedürftigkeit - was heißt das eigentlich?	13
1.2	Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgesetzt?	14
2	Pflegebegutachtung und Anerkennungsverfahren von Pflegegraden	19
2.1	Wie wird eine Pflegebegutachtung beantragt?	19
2.2	Was passiert bei einem Gutachten?	19
2.3	Wie wird ein Pflegegrad ermittelt?	19
2.3.1	Wie wird der Pflegegrad bei nicht pflegeversicherten Beihilfeberechtigten festgestellt?.....	20
2.3.2	Was müssen Mitglieder einer gesetzlichen Kranken- und Ersatzkasse bei dem Anerkennungsverfahren der Pflegegrade beachten?	21
2.4	Wie kann ich mich auf eine Pflegebegutachtung vorbereiten?	21
2.5	Mit welchen Bearbeitungsfristen muss ich bei der Pflegebegutachtung rechnen?	22
3	Freistellungsmöglichkeiten für Angehörige nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz	23
3.1	Wann und für wen gilt das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz?	24
3.2	Welche kurzfristigen Freistellungsmöglichkeiten gibt es?	25
3.3	Wie hilft mir das Pflegezeitgesetz bei einer längerfristigen Freistellungsmöglichkeit?	26
3.4	Wie hilft mir das Familienpflegezeitgesetz?	27
3.5	Kann ich mich freistellen lassen, um meinen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten?.....	29
4	Pflegegeld und Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege	30
4.1	Wofür ist das Pflegegeld gedacht und in welche Höhe wird es gezahlt? .	30
4.2	Was sind Pflegesachleistungen?	32
4.3	Kann ich Pflegesachleistungen und Pflegegeld kombinieren?.....	33
4.4	Was bedeutet teilstationäre Leistungen (Tages- und Nachtpflege)?.....	34
4.5	Was ist Verhinderungspflege?	35
4.6	Was ist Kurzzeitpflege?	37
4.7	Kann ich Verhinderungs- und Kurzzeitpflege kombinieren?	37
4.8	Wofür ist der Entlastungsbetrag?	38
5	Versicherungsschutz bei häuslicher Pflege	39

5.1	Wie wirkt sich die „Auszeit“ der Pflege eines Angehörigen/einer Angehörigen auf die Rente aus?	39
5.2	Wie ist die nicht erwerbsmäßige Pflegeperson unfallversichert?	39
5.3	Was sind die Aufgaben eines ambulanten Pflegedienstes?	42
5.4	Was sind die Vor- und Nachteile eines ambulanten Pflegedienstes?	42
5.5	Wie wird der Pflegebedarf geklärt?	43
5.6	Wie finde ich Pflegedienste und worauf muss ich achten?	44
5.7	Was hilft mir, mich für einen Pflegedienst zu entscheiden?	45
5.8	Wie funktioniert die Abrechnung bei einem ambulanten Pflegedienst? ...	46
5.9	Kann ich dem Pflegedienst kündigen?	46
5.10	Checkliste: Worauf Sie bei der Suche nach einem ambulanten Pflege- dienst achten sollten!.....	47
6	Pflege durch (osteuropäische) Hilfskräfte.....	49
6.1	Was bedeutet der Begriff „24-Stunden-Pflege“?	49
6.2	Was sind Vor- und Nachteile einer 24-Stunde-Pflege?	49
6.3	Was für Vermittlungsstellen für Hilfskräfte gibt es?	50
6.4	Das Entsendemodell.....	50
6.5	Vermittlung durch die Agentur für Arbeit.....	51
6.6	Beauftragung einer „Selbstständigen“ Person	52
6.7	Wie kann ich eine (osteuropäische) Pflegehilfskraft finanzieren?	52
7	Qualitätssicherung, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen für die häusliche Pflege	53
7.1	Wie wird die Qualität der Pflege gewährleistet?	53
7.2	Was versteht man unter Wohnfeldverbesserung?	53
7.3	Was versteht man unter Pflegehilfsmittel?	55
8	Stationäre Pflege	56
8.1	Was sind Pflegeheime?	56
8.2	Was sind Altenheime?	59
8.3	Wie beantrage ich eine vollstationäre Pflege und welche Leistungen stehen mir zu?	60
8.4	Wie setzen sich die Kosten eines stationären Pflegeheimes zusammen?	61
8.5	Welche Leistungen stehen einer beihilfeberechtigten Person bei vollstationärer Pflege zu?	61

8.6	Was versteht man unter Einkommen im beihilferechtlichen Sinne?.....	65
8.7	Was ist Pflegewohngeld und wer kann es erhalten?.....	65
8.7.1	Welche Voraussetzungen müssen beim Erhalt von Pflegewohngeld vorliegen und wie erfolgt eine Antragsstellung?	66
8.8	Gibt es Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen?.....	67
8.8.1	Vor- und Nachteile von Wohngruppen.....	69
9	Besondere Pflegesituationen.....	71
9.1	Worauf muss ich bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus achten?.....	71
9.2	Worauf muss ich achten, wenn mein Angehöriger Demenz hat?	71
9.3	Welche Besonderheiten gibt es in der Pflegesituation bei Krebserkrankungen zu bedenken?.....	74
9.4	Welche Hilfe bieten „Stroke Units“ (Schlaganfall)?	74
9.5	Was sollte in der letzten Lebensphase beachtet werden?	76
10	Weitere finanzielle Leistungen/Kostenträger im Pflegefall.....	77
10.1	Wann hilft mir die Sozialhilfe?	77
10.2	Was ist Landespflegegeld?.....	78
10.2.1	Wie hoch fällt das Blindengeld aus und wem steht es zu?	78
10.2.2	Wer bekommt Gehörlosengeld?	79
11	Gesundheitsmanagement für pflegende Angehörige	80
11.1	Welche Anforderungen und Belastungen treten bei der Pflege eines Angehörigen auf?	81
11.2	Welche Auswirkungen kann die Belastung durch die Pflege haben?	83
11.3	Wie fördert man die eigene Gesunderhaltung als Angehöriger?	84
11.3.1	Zeitmanagement für Pflegende	84
11.3.2	Gesunderhaltung der körperlichen Konstitution der Pflegeperson.....	85
11.3.3	Gesunderhaltung der psychischen Konstitution der Pflegeperson	85
11.3.4	Angehörigengruppen besuchen und einrichten	87
11.3.5	Welche Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige gibt es?	87
11.3.6	Gibt es Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen für die Pflegeperson und die pflegebedürftige Person zusammen?	88
11.3.7	Welche Möglichkeiten, eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, habe ich sonst noch?	88

11.3.8	Wo finde ich besondere Angebote, um zum Beispiel mit meinem pflegebedürftigen Angehörigen Urlaub zu machen?	89
11.3.9	Wo finde ich Kontakt- und Informationsstellen, wenn ich (dringend) Hilfe brauche?	90
11.4	Gibt es eine Informationsstelle speziell für privat Pflegeversicherte?	92
11.5	Was müssen Beihilfeberechtigte beachten, wenn sie Mitglied einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse sind?	92
12	Umgang mit Trauer	93
13	Die Vorsorgevollmacht	94
13.1	Einführungsfall:	94
13.2	Wer darf im Notfall entscheiden?	94
13.3	Berechtigt die Stellung als naher Angehöriger automatisch dazu, in Notlagen auch über gesundheitliche oder sonstige Belange entscheiden zu können?	95
13.3.1	Wer soll das Amt des Betreuers bekleiden?	96
13.3.2	Kann das Gericht auch Tochter und Ehemann zu Betreuern bestellen?	96
13.3.3	Welchen Aufgabenkreis wird das Gericht bestimmen?	96
13.3.4	Steht Frau Müller jetzt dauerhaft „unter Betreuung“?	97
13.4	Welche Pflichten hat der Betreuer gegenüber dem Gericht?	97
13.4.1	Hätte Frau Müller die Bestellung eines Betreuers durch das Gericht verhindern können?	98
13.5	Muss die Vorsorgevollmacht notariell beurkundet werden?	100
13.5.1	Schriftform	100
13.5.2	Notarielle Beurkundung	100
13.5.3	Die Beglaubigung der Unterschrift.....	100
13.6	Vorsorgevollmacht und Bankgeschäfte.....	101
13.7	Gilt meine Vorsorgevollmacht sofort oder erst, wenn tatsächlich der „Ernstfall“ eingetreten ist?.....	102
13.7.1	Die „Sofort-Vollmacht“	102
13.7.2	Die „echte“ Vorsorgevollmacht	102
13.7.3	Die „Innen-Außen-Vollmacht“	103
13.8	Kann ich auch mehrere Personen bevollmächtigen?.....	103
13.9	Weitere Einzelheiten zur Vorsorgevollmacht	104

13.9.1	Ist die Unterschrift weiterer Personen auf dem Formular sinnvoll oder erforderlich?	104
13.9.2	Was mache ich mit der von mir ausgefüllten Vollmacht?.....	105
13.9.3	Der Notfallausweis.....	105
13.9.4	Muss ich die Vollmacht regelmäßig bestätigen?.....	106
13.9.5	Kann oder muss ich die Vollmacht irgendwo hinterlegen oder registrieren lassen?	106
13.9.6	Kann der Bevollmächtigte die Vollmacht auch niederlegen?	106
13.9.7	Unterliegt der Bevollmächtigte einer Beaufsichtigung?	107
14	Die Patientenverfügung	109
14.1	Einleitung und Abgrenzung zu anderen Verfügungen:.....	109
14.2	Einführungsfall Patientenverfügung	110
14.3	Was genau ist eine Patientenverfügung?	111
14.4	Darf ich auch Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe in meiner Patientenverfügung aufnehmen?	113
14.5	Was genau ist aktive und was passive Sterbehilfe? Gibt es weitere Fälle?	113
14.5.1	Passive Sterbehilfe.....	114
14.5.2	Aktive Sterbehilfe.....	114
14.5.3	Exkurs: der assistierte Suizid.....	114
14.5.4	Indirekte Sterbehilfe.....	114
14.6	Wie verfasse ich eine Patientenverfügung?	115
14.7	Muss meine Patientenverfügung notariell beurkundet werden?	116
14.8	Meine Patientenverfügung habe ich erstellt. Wie geht es jetzt weiter? ..	116
14.8.1	Zeugen	116
14.8.2	Original und Kopien	116
14.8.3	Aufbewahrung	117
14.8.4	Bestätigung.....	117
14.8.5	Der Notfallausweis.....	117
14.8.6	Ich möchte eine neue Patientenverfügung erstellen	117
15	Danksagung	119
16	Haftungsausschluss	120
16.1	Verweise und Links.....	120

16.2	Daten	120
17	Verwendete Kürzel	121
18	Literaturverzeichnis	122
18.1	Bücherliste zum Ratgeber für pflegende Angehörige:.....	122
18.2	Broschüren und Infomaterial (überwiegend kostenlos):	123

Einleitung

Im Arbeitsbereich, in der Umwelt und in zwischenmenschlichen Beziehungen haben in den letzten Jahrzehnten grundlegende Veränderungen stattgefunden.

In Deutschland sind immer mehr Frauen berufstätig, es leben mehr Menschen in einem Singlehaushalt als jemals zuvor, die Anzahl der Geburten war viele Jahre rückläufig, die Technisierung hat überall Einzug gehalten und die Arbeitslosenzahlen sind so niedrig wie seit 25 Jahren nicht mehr.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist, unter anderem wegen gesellschaftlicher Veränderungen, schon seit längerem ein wichtiges Thema der Arbeitswelt. Deshalb wurden zum Beispiel in den letzten Jahrzehnten besseren Rahmenbedingungen bei der Versorgung von Kindern während der Berufstätigkeit der Eltern geschaffen. Durch den demografischen Wandel kommt mit zunehmender Tendenz ein „neues“ Problem bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf viele Berufstätige zu:

Die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger!

Die Lebenserwartung steigt, und mit ihr einhergehen längere Lebensarbeitszeiten. Gleichzeitig ist die Zahl der Menschen, die altersbedingt pflegebedürftig sind, rasant gestiegen. Praktisch bedeutet dies, dass immer mehr Menschen neben einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung einen pflegebedürftigen Angehörigen in ihrer Familie oder ihrem privaten Umfeld haben und diesen versorgen.

Pressemitteilung Nr. 094 des Statistischen Bundesamtes Deutschland vom 12.03.2015

2013 waren in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als zwei Drittel (1,86 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden nach Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes davon zu Hause versorgt. 1,25 Millionen Pflegebedürftige wurden ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Weitere 616 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. In Pflegeheimen vollstationär betreut wurden insgesamt 764 000 Pflegebedürftige. Im Vergleich mit Dezember 2011 ist die Zahl der Pflegebedürftigen - im Zuge der Alterung der Bevölkerung - um 5,0 % beziehungsweise 125 000 gestiegen. Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von ausschließlich Pflegegeld stieg dabei um 5,4 % (+ 64 000 Pflegebedürftige). Bei der Zahl der Pflegebedürftigen, die durch ambulante Pflegedienste betreut wurden, ergab sich eine Zunahme um 6,9 % (+ 40 000). Die Anzahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen war um 2,9 % (+ 21 000) höher.

Als demografischer Wandel werden verschiedene Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundenen Auswirkungen bezeichnet.

Auf Grund des demografischen Wandels werden, trotz zunehmender Technisierung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Deutschland immer wichtiger, um mit ihrer Arbeitskraft das Gelingen einer effektiven Arbeitswelt gewährleisten zu können.

Im Rahmen des Gesundheitsmanagements im Bezirk des Oberlandesgerichts Köln wurde deutlich, dass die Ursachen einer erhöhten psychischen und körperlichen Belastung vermehrt auch auf die privaten Anforderungen für pflegebedürftige Angehörige zurückzuführen waren.

Das Angehörige von Pflegebedürftigen einer immensen Herausforderung gegenüber stehen, da sie sowohl den privaten wie auch den beruflichen Ansprüchen gerecht werden müssen, wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) nochmals unterstrichen. Aufgrund dieser gesetzlichen Grundlage wurden insbesondere Selbsthilfe- und Angehörigengruppen für diese Personengruppe empfohlen, da pflegende Angehörige den hohen Anforderungen oft gesundheitlich nicht gewachsen sind und selber erkranken.

Zur Prävention und Unterstützung Betroffener wurden im Rahmen des Gesundheitsmanagements im Bezirk des Oberlandesgerichts Köln, vorerst im Rahmen einer Pilotierung, zwei Angehörigen-/Selbsthilfegruppen eingerichtet. Bei den Gesprächen in den Gruppen mit den Betroffenen zeigte sich relativ schnell, welche Probleme und Themen die Teilnehmenden der Angehörigengruppen beschäftigen:

- Die Organisation der Pflege
- Auswirkungen auf den Arbeitsbereich
- Unsicherheiten in finanzieller Hinsicht
- Unkenntnis welche bestehenden Ansprüche für beschäftigte und für verbeamtete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelten
- Freistellungsmöglichkeiten
- Umgang mit den Anforderungen

-
- Soziale Isolation
 - Veränderung der Beziehung zur Pflegeperson
 - Veränderungen der innerfamiliären Beziehungen
 - Verständnis von Dritten.

Die aufgezählten Anliegen und Bedürfnisse der Teilnehmenden der Angehörigengruppen und die Resonanz auf einem Vortrag zu diesem Thema haben Anlass gegeben, einen bedürfnisgerechten Ratgeber zu erstellen, der sich sowohl für verbeamtete wie auch für beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Richterinnen und Richter der Justiz in NRW eignet. Einschlägige Literatur, Broschüren und Informationen behandeln oft nur spezielle Bereiche und geben keine ganzheitlichen Empfehlungen, weshalb dieser Ratgeber neben Sachinformationen auch Anregungen zur Stärkung der psychosozialen Gesunderhaltung Pflegender beinhaltet.

Da das Thema „Pflege“ sehr umfangreich ist, war leider eine Eingrenzung des Themas unter demografischen Gesichtspunkten nötig, weshalb zum Beispiel die Versorgung pflegebedürftiger Kinder nicht aufgegriffen werden konnte.

Eine auftretende Pflegesituation ist für alle Beteiligten eine herausfordernde Aufgabe! Für den Einzelnen/ für die Einzelne kann sie schnell zu einer Überforderung werden, insbesondere dann, wenn Arbeitsverdichtung und Anforderung ohnehin schon hoch sind. Anhand dieses Ratgebers soll Betroffenen eine praxisnahe Hilfestellung gegeben werden. Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte und Führungskräfte sollen mithilfe des Ratgebers sensibilisiert werden, um zu unterstützen, wo es möglich und nötig ist, damit die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf gut gelingen kann!

Elisabeth Meyer-Dietz

Koordinierungsstelle des Gesundheitsmanagements

bei dem Oberlandesgericht Köln

1 Pflegebedürftigkeit

1.1 Pflegebedürftigkeit - was heißt das eigentlich?

Man spricht von Pflegebedürftigkeit, wenn ein Mensch durch körperliche, psychische oder kognitive Beeinträchtigung in der selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt ist und deshalb Hilfe von Dritten braucht.

Ab dem 01.01.2017, mit Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes, ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert worden. Maßgeblich ist nun die Fähigkeit des Einzelnen/der Einzelnen seinen/ihren Alltag selbständig zu bewältigen. Indem die unterschiedliche Behandlung von körperlichen und geistigen bzw. seelisch bedingten Einschränkungen abgeschafft wurde, soll ein gleichberechtigter Zugang zu Pflegeleistungen für alle möglich gemacht werden.

Einhergehend mit der neuen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, welcher nicht mehr ausschließlich den Blick auf Defizite einer pflegebedürftigen Person festlegt, sollen vorhandene Selbstständigkeit und Ressourcen in den Fokus genommen werden. Als Grundlage zur Bemessung der Pflegebedürftigkeit ist ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung entwickelt worden. Die neue Begutachtungsphilosophie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, indem der Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung bei der Tagesgestaltung, der Haushaltsführung, der Wahrnehmung sozialer Kontakte und auch außerhäusliche Aktivitäten in das Begutachtungsverfahren einfließen.

Sinn des neuen Begutachtungsverfahrens ist es, die vorhandene Selbstständigkeit zu erhalten sowie Hilfe und Unterstützung gezielt und passgenau Pflegebedürftigen zukommen zu lassen.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit sind in §14 SGB XI festgelegt. Danach ist derjenige pflegebedürftig, der **auf Dauer** (mindestens sechs Monate) einen **Hilfebedarf** bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen **im Ablauf des täglichen Lebens** hat.

1.2 Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgesetzt?

Bis 2012 wurde die Pflegebedürftigkeit überwiegend anhand körperlicher Beeinträchtigungen und den damit einhergehenden Pflegeleistungen wie Körperpflege, Ernährung und Bewegungsangeboten festgesetzt.

Vor Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurde die Pflegebedürftigkeit deshalb wie folgt eingestuft:

Die Berechnungsgrundlage der Pflegebedürftigkeit erfolgte bis zum 31.01.2016 in folgenden Pflegestufen:

Pflegestufe 0 (Hilfen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)

Wenn Personen in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind entsteht ein besonderer Betreuungsbedarf, auch wenn der Bedarf an pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung ggf. nicht das Ausmaß der Pflegestufe 1 erreichte.

Pflegestufe 1 (erhebliche Pflegebedürftigkeit)

Pflegebedarf	Hauswirtschaftliche Hilfe	Zeitaufwand
1x täglich bei mindestens zwei Verrichtungen der Grundpflege	Mehrmals wöchentlich	Im Wochendurchschnitt mindestens 90 Minuten täglich. Der Pflegebedarf muss den hauswirtschaftlichen Unterstützungsbedarf überwiegen (mehr als 45 Minuten)

Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftigkeit)

Pflegebedarf	Hauswirtschaftliche Hilfe	Zeitaufwand
3x täglich zu verschiedenen Tageszeiten bei der Grundpflege	Mehrmals wöchentlich	Im Wochendurchschnitt mindestens 3 Stunden täglich. Der Pflegebedarf muss mindestens 2 Stunden betragen.

Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftigkeit)

Pflegebedarf	Hauswirtschaftliche Hilfe	Zeitaufwand
Rund um die Uhr (auch nachts) bei der Grundpflege	Mehrmals wöchentlich	Im Wochendurchschnitt mindestens 5 Stunden täglich. Der Pflegebedarf muss mindestens 4 Stunden betragen.

Härtefallregelung

<i>Pflegebedarf</i>	<i>Hauswirtschaftliche Hilfe</i>	<i>Zeitaufwand</i>
<i>Rund um die Uhr (auch nachts) bei der Grundpflege Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand</i>	<i>ständig</i>	<i>mindestens 6 Stunden täglich, mindestens 3x in der Nacht oder wenn mindestens jeweils 1x tagsüber und 1x nachts 2 Personen bei der Pflegehandlung tätig werden müssen</i>

Für jede Tätigkeit gab es Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung (z.B. Ganzkörperwäsche 20 – 25 Minuten, Zahnpflege 5 Minuten usw.).

Tabelle: Berechnungsgrundlage der Pflegebedürftigkeit bis 31.12.2016

Am 01.01.2017 trat im Rahmen des [Zweiten Pflegestärkungsgesetzes \(PSG II\)](#) die größte Pflegereform aller Zeiten in Kraft!

Bereits seit 2012 wurden schrittweise auch Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie dies bei Demenz, psychischer und geistigen Erkrankungen der Fall sein kann, bei Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt (z.B. frühere Pflegestufe 0).

Seit dem 01.01.2017, mit Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes, wird die Pflegebedürftigkeit anhand von sechs Modulen berechnet und in fünf Pflegegraden festgelegt. Diese Berechnungsgrundlagen ermöglichen einen ganzheitlichen Blick über Beeinträchtigungen und Fähigkeiten einer zu begutachtenden Person. Die minutengenaue Berechnung einer Hilfebedürftigkeit wird damit endgültig abgelöst. Somit erhalten Demenzkranke, psychisch Erkrankte und körperlich erkrankte Pflegebedürftige die gleiche Leistung, wenn sie den gleichen Pflegegrad haben.

Damit haben erstmalig z. B. Demenzkranke oder psychisch kranke Menschen einen gleichwertigen Leistungsanspruch gegenüber ihrer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung und der Beihilfestelle.

Die Berechnung der Pflegebedürftigkeit, und damit einhergehend die Festsetzung des Pflegegrades, erfolgt seit dem 01.01.2017 deutschlandweit durch ein einheitliches Begutachtungsverfahren (NBA). Die Festsetzung der Pflegebedürftigkeit wird anhand der folgenden sechs Module ermittelt und gewichtet:

1. Mobilität (10 Prozent)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung (40 Prozent)
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent)

Hinweis:

Die Pflegebedürftigkeit, die sich aus den Modulen 2 und 3 ergibt, wird bei der prozentualen Berechnung zusammengezogen und mit 15% gewichtet.

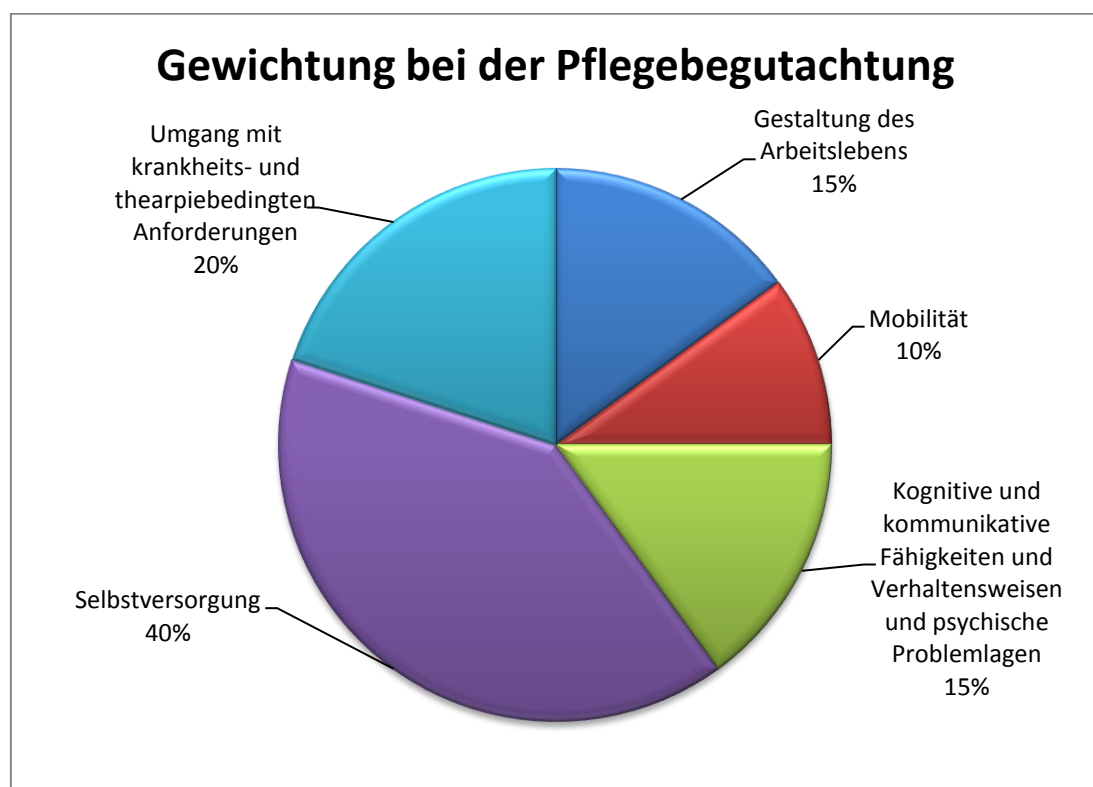


Abbildung: Gewichtung der Module zur Bestimmung des Pflegegrades

Um ein besseres Verständnis für das Begutachtungsverfahren zu erlangen, werden neben den Überschriften auch inhaltlich im Folgenden die Module erläutert:

„1. Mobilität (10 Prozent):

Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position und Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und Treppensteigen.

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2 und 3 ergeben zusammen 15 Prozent):

Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Gedächtnis, Alltagshandlungen in mehreren Schritten wie die Haushaltsführung ausführen oder steuern, Entscheidungen im Alltagsleben treffen, Sachverhalte und Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen, elementare Bedürfnisse mitteilen, Aufforderungen verstehen, sich an einem Gespräch beteiligen.

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3 und 2 ergeben zusammen 15 Prozent):

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängste, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige inadäquate Handlungen.

4. Selbstversorgung (40 Prozent):

Körperpflege (vorderen Oberkörper waschen, rasieren, kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Intimbereich waschen, Duschen oder Baden – einschließlich

Haare waschen), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/Getränke eingießen, Essen, Trinken), Ausscheiden (Toilette oder Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen sowie Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen sowie Umgang mit Stoma), Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen (nur bei Kindern von 0 - 18 Monaten).

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent):

In Bezug auf: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmal-Katheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen und Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent):

Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.“

(Zitat aus: Informationen zur Pflege/Pflegekasse/Pflegerecht : unter folgendem

Link: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade>)

2 Pflegebegutachtung und Anerkennungsverfahren von Pflegegraden

2.1 Wie wird eine Pflegebegutachtung beantragt?

Ein Antrag für die zu pflegende Person muss bei der zuständigen Pflegeversicherung gestellt werden, die in der Regel bei den Krankenversicherungen verortet sind. Bei Beihilfeberechtigten sollte die Beihilfestelle in Kenntnis gesetzt werden. Ein formloses Schreiben, in dem ganz allgemein Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden und um Begutachtung gebeten wird, reicht aus.

Bei einem stationären Klinikaufenthalt oder der Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ist es hilfreich, den Sozialdienst des Hauses einzubinden, um die Pflegebegutachtung zu beantragen.

2.2 Was passiert bei einem Gutachten?

Die zuständige Pflegekasse lässt ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit erstellen. Anhand des Begutachtungsverfahrens (NBA) wird festgelegt, welcher Pflegegrad vorliegt. Bei gesetzlich Versicherten geschieht dies durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), bei privat Versicherten durch MEDICPROOF oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD). Der Gutachter oder die Gutachterin ist eine speziell geschulte Person. In der Regel findet die Begutachtung in häuslicher Umgebung statt. Auf der Grundlage der bundesweit einheitlichen Begutachtungsrichtlinie (NBA) wird der individuelle Hilfebedarf festgesetzt.

Die Begutachtung ist keine medizinische Untersuchung, sondern es soll ermittelt werden, wie der Antragsteller/die Antragstellerin im Alltag zurechtkommt, wobei er Hilfe benötigt und welche Ressourcen vorhanden sind. Dazu können Funktionsprüfungen zum Beispiel zur Beweglichkeit und Mobilität durchgeführt werden. Weiterhin werden auch die häusliche Pflege- und Versorgungssituation sowie das soziale Umfeld beurteilt. Die Begutachtung kann, wenn nötig, auch im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz erfolgen.

2.3 Wie wird ein Pflegegrad ermittelt?

Bei der Begutachtung wird anhand der sechs Module die individuelle Pflegebedürftigkeit ermittelt. Die Antragssteller werden anhand des Begutachtungsverfahrens NBA nach dem Grad der noch vorhandenen Selbständigkeit persönlich befragt und begutachtet. Hierzu erfolgt bei der Begutachtung eine Einstufung in ein Punktesystem. Entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens setzt die zuständige Pflegeversicherung die Einstufung eines Pflegegrades fest, oder lehnt diese ab.

Der Erhalt eines Pflegegrades setzt eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit durch Festsetzung von mindestens 12,5 Punkten voraus.

In der folgenden Tabelle wird die Einstufung in die Pflegegrade anhand der jeweilig ermittelten Punkte durch das Prüfsystems Begutachtungsverfahren (NBA) veranschaulicht:

Pflegegrad	Beeinträchtigung	Bewertungspunkte
1	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	12,5 bis unter 27
2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	27 bis unter 47,5
3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	47,5 bis unter 70
4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	70 bis unter 90
5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90 bis 100 Punkte

Hinweis:

- Besondere Bedarfskonstellationen, wie z. B. die bisherigen Härtefälle (bis Ende 2016) mit Pflegestufe 3, die einen „spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die Pflegeversorgung“ haben, können Pflegegrad 5 erhalten, auch wenn sie die dafür notwendige Mindestzahl von 90 Punkten bei der Begutachtung nicht erreicht haben!
- Wenn Sie selber oder die von Ihnen gepflegten Angehörigen eine Verschlechterung im Grad der Selbstständigkeit feststellen, beantragen Sie eine neue Begutachtung!

(Vgl.: Diese und weitere Informationen zu den Pflegegraden finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade>)

2.3.1 Wie wird der Pflegegrad bei nicht pflegeversicherten Beihilfeberechtigten festgestellt?

Bei nicht pflegeversicherten Personen, die beihilfeberechtigt sind, entscheidet der Amtsarzt des zuständigen Gesundheitsamtes über die Einstufung in den Pflegegrad. Dieses Anerkennungsverfahren wird von der Beihilfestelle nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung eingeleitet.

(vgl. Merkblatt, BVO NRW, vollstationäre Pflege-01/2017, S. 3)

2.3.2 Was müssen Mitglieder einer gesetzlichen Kranken- und Ersatzkasse bei dem Anerkennungsverfahren der Pflegegrade beachten?

Mitglieder einer gesetzlichen Kranken- und Ersatzkasse müssen der Pflegekasse mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen besteht. Eine Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruchs stellt die Beihilfestelle aus. Diese Information ist für die Kasse wichtig, da beihilfeberechtigte Personen die aus der Pflegeversicherung zustehende Leistung lediglich zur Hälfte erhalten.

(vgl. Merkblatt, BVO NRW, vollstationäre Pflege-01/2017, S. 3)

2.4 Wie kann ich mich auf eine Pflegebegutachtung vorbereiten?

Es ist sinnvoll **Arzt- und Krankenhausberichte** bei der Begutachtung vorzulegen, wenn möglich im Vorfeld ein **Pflegeprotokoll** zu führen und die einzunehmenden **Medikamente und Therapien** zu kennen. Ferner ist es hilfreich, wenn eine **Vertrauensperson** während der Begutachtung anwesend ist. Der Gutachter oder die Gutachterin kann während der Begutachtung nur eine Momentaufnahme erheben. Wenn möglich, empfiehlt es sich daher im Vorfeld ein Pflegeprotokoll/Pflegetagebuch zu führen, um einen umfassenderen Überblick über benötigte Hilfestellungen zu ermöglichen. Oft ist es Pflegebedürftigen auch unangenehm ihre Hilfsbedürftigkeit zu benennen, da sie das Gefühl gegenüber der Einschränkung verloren haben bzw. sie sich mittlerweile daran gewöhnt haben. Ein Angehöriger oder eine andere Vertrauensperson kann mit Hilfe eines Pflegetagebuches oder einer selbst erstellten Liste anhand der sechs Module gemeinsam mit der zu pflegenden Person entsprechende Vorbereitungen treffen, indem dies dokumentiert wird.

Grundsätzlich ist es hilfreich für eine Begutachtung, wenn folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Was bereitet der pflegebedürftigen Person im Alltag Schwierigkeiten?
- Wo braucht die pflegebedürftige Person Unterstützung und wer kann diese leisten?
- Welche Vertrauensperson sollte bei der Begutachtung dabei sein und hat diese Person genug Abstand, um auch einen schleichenden Veränderungsprozess zu erkennen?
- Falls eine gesetzliche Betreuung besteht, sollte die Betreuerin/der Betreuer bei der Begutachtung dabei sein.
- aktuelle Arzt- und Klinikberichte bereit zu legen
- Welche Medikamente und Therapien sind erforderlich für die Versorgung und kann dies alleine bewältigt werden?
- Pflegedokumentationen (falls ein Pflegedienst kommt)

Diese Aufzählung ist nicht abschließend, beinhaltet aber die wichtigsten Vorbereitungsmerkmale.

Ein kleiner Tipp aus der Praxis:

Wenn möglich, verbringen Sie ein bis zwei Tage vor dem Begutachtungstermin bei Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen. Einige Einschränkungen in der Selbstständigkeit lassen sich nur so feststellen, da Sie diese in der Momentaufnahme eines Besuches, oder weil es sich um einen schleichenden Prozess handelt, oftmals nicht bemerkt werden.

Wichtige Punkte, die Sie gerne gegenüber dem Gutachter/der Gutachterin erwähnen möchten, sollten Sie am besten aufschreiben!

Vordrucke für Pflegetagebücher gibt es im Internet z.B. auf der Seite „Informationsmaterialien“ der Landesstelle Publikation unter www.lpfa-nrw.de.

2.5 Mit welchen Bearbeitungsfristen muss ich bei der Pflegebegutachtung rechnen?

Im **Regelfall** ist der antragsstellenden Person **25 Arbeitstage** nach Eingang der Antragsstellung bei der zuständigen Pflegeversicherung die Entscheidung schriftlich mitzuteilen.

In bestimmten Situationen gelten folgende Ausnahmeregel:

- Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant palliativen Versorgung ist die Begutachtung **innerhalb einer Woche** durchzuführen, sofern diese zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit oder Familienpflegezeit beabsichtigt ist.
- Wenn der Antragsteller in häuslicher Umgebung lebt ohne palliativ betreut zu werden und die Inanspruchnahme von Pflegezeit oder Familienpflegezeit beabsichtigt wird, gilt eine Bearbeitungsfrist **von zwei Wochen**.

(Vgl. Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen unter folgendem Link:

https://www.pflegebegutachtung.de/fileadmin/dokumente/AA_Website_NBA/Beg-Richtlinie/16-08-31_BRi_Pflege_Internet_LZ.pdf)

3 Freistellungsmöglichkeiten für Angehörige nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz

Mit Einführung des Pflegezeitgesetzes zum 01.07.2008 sowie des Familienpflegezeitgesetzes zum 01.01.2012 wurden bedeutsame Möglichkeiten der Freistellung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus Anlass der Pflege von Angehörigen geschaffen. Eine wesentliche Weiterentwicklung erfuhr das Familienpflegezeitgesetz durch die Überarbeitung und Neufassung zum 01.01.2015, da nun u. a. auch ein Rechtsanspruch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Gewährung der Familienpflegezeit vorgesehen ist.

Die Bestimmungen des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes gelten für „Beschäftigte“ unmittelbar. Beschäftigte im Sinne des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes sind Arbeitnehmer, Auszubildende und Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbstständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind. Zu den letzten Gruppe gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

Aufgrund von Verweisungsvorschriften sind die Regelungen des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes in weiten Teilen auch für Richterinnen und Richter sowie Beamtinnen und Beamten anzuwenden. Dabei treten die Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz neben die bereits bestehenden Freistellungsmöglichkeiten des Tarifrechts bzw. des Dienstrechts der Richterinnen und Richter sowie der Beamtinnen und Beamten.

Im Rahmen dieses Kapitels sollen insbesondere die besonderen Freistellungsmöglichkeiten des Pflegezeitgesetzes und Familienpflegezeitgesetzes dargestellt werden.

Die tariflichen, beamtenrechtlichen sowie im Landesrichter- und Staatsanwältegesetz bereits vorgesehenen Freistellungsmöglichkeiten bleiben unberührt.

Hinweis:

Einen „Erklärfilm“ zum Familienpflegezeitgesetz des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=0S5LmoAWT-I>

3.1 Wann und für wen gilt das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz?

Die Freistellungsmöglichkeiten des Pflegezeitgesetzes sowie des Familienpflegezeitgesetzes stehen grundsätzlich nur dann zur Verfügung, wenn es sich bei der pflegebedürftigen Person um einen Angehörigen handelt.

Zu den Angehörigen zählen:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie deren Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten/der Ehegattin, des Lebenspartners/der Lebenspartnerin, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Um Anspruch auf eine Freistellung nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeit zu haben, muss die Pflege der pflegebedürftigen Person in häuslicher Umgebung stattfinden. Dafür ist nicht zwingend erforderlich, dass die pflegebedürftige Person im Haushalt der Person, die die Pflege übernimmt, lebt. Ausreichend ist, dass der Pflegebedürftige in „vertrauter Umgebung“ gepflegt wird. Dabei muss es sich allerdings um einen Haushalt handeln, der auch ein Seniorenwohnheim sein kann. Sofern der Pflegebedürftige/die Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung (Pflegeheim) aufgenommen wird, ist die Voraussetzung einer Pflege in häuslicher Umgebung allerdings nicht mehr erfüllt.

Eine Pflegebedürftigkeit ist zu bejahen, wenn die Voraussetzungen der §§ 14 und 15 SGB XI erfüllt sind. Wenn wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigt wird, ist von einer Pflegebedürftigkeit auszugehen.

3.2 Welche kurzfristigen Freistellungsmöglichkeiten gibt es?

Neben den Möglichkeiten von Sonderurlaub für die Pflege eines Angehörigen, der mit der Pflegeperson in einem Haushalt lebt, sieht das Pflegezeitgesetz eine Freistellung bis zu zehn Arbeitstagen vor, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (kurzzeitige Freistellung).

Sofern die individuelle Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeit auf weniger als fünf Tage in der Woche verteilt ist, reduziert sich der Anspruch auf Freistellung entsprechend.

Diese Freistellungsmöglichkeit kann ohne zeitlichen Vorlauf beantragt werden.

Tarifbeschäftigte und Beamtinnen und Beamte wenden sich insoweit an die Geschäftsleitung vor Ort. Richterinnen und Richter beantragen die Freistellung beim Personaldezernat bei dem zuständigen Präsidialgericht. Gegebenenfalls empfiehlt sich die Unterrichtung des örtlichen Behördenleiters.

Dem Freistellungsgesuch ist auf Verlangen des Vorgesetzten eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der oben genannten Maßnahmen vorzulegen.

Für die Dauer der Freistellung wird das Entgelt der Beschäftigten nicht fortgezahlt. Allerdings erhalten pflegende Beschäftigte auf Antrag ein Pflegeunterstützungsgeld von der zuständigen Pflegekasse und gegebenenfalls der Beihilfe des Pflegebedürftigen, sofern eine Beihilfeberechtigung vorliegt. Dem Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung beizufügen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach den Vorschriften zur Berechnung des Kinderkrankengeldes. Der Verdienstausschlag wird dadurch zum Großteil aufgefangen. Weitere Informationen finden Sie in Kapitel Pflegegeld.

Soweit keine andere Person eine bezahlte Freistellung in Anspruch nimmt, wird Richterinnen und Richtern sowie Beamtinnen und Beamten bei Vorliegen einer 5-Tages-Woche für die Dauer von neun Arbeitstagen die Besoldung fortgezahlt.

3.3 Wie hilft mir das Pflegezeitgesetz bei einer längerfristigen Freistellungsmöglichkeit?

Wenn ein pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung gepflegt wird, ist eine vollständige oder teilweise Freistellung für die Dauer von bis zu sechs Monaten nach dem Pflegezeitgesetz möglich.

Bei teilweiser Freistellung müssen Richterinnen und Richter die Teilzeitbeschäftigung mindestens mit 30 % des regelmäßigen Dienstes leisten. Ein geringerer Umfang der Teilzeitbeschäftigung ist Richterinnen und Richtern laut § 16 Abs. 4 FreistUrIVO nicht gestattet.

Eine vollständige oder teilweise Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz ist von Beschäftigten spätestens zehn Arbeitstage und von Richterinnen und Richtern sowie von Beamtinnen und Beamten zwei Wochen vor Beginn zu beantragen.

Beschäftigte wenden sich für die Freistellung an die Geschäftsleitung vor Ort.

Das Freistellungsgesuch der Richterinnen und Richter sowie der Beamtinnen und Beamten ist auf dem Dienstweg an die zuständige Mittelbehörde zu richten.

Die Antragstellenden sollten darauf achten, dass die Ankündigung eindeutig zu erkennen gibt, ob das Pflegezeitgesetz oder das Familienpflegezeitgesetz in Anspruch genommen werden will. Enthält die Ankündigung keine solche Festlegung, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit.

Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Ist die pflegebedürftige Person privatversichert, ist ebenfalls ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei ist den Wünschen der Bediensteten zu entsprechen, es sei denn, dringende betriebliche Gründe stehen dem entgegen.

Am Rande sei erwähnt, dass der Anspruch auf Freistellung nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten besteht.

Für die Dauer der Freistellung werden vom Arbeitgeber bzw. Dienstherrn um den Anteil der Freistellung reduzierte Bezüge gezahlt.

Für Tarifbeschäftigte besteht die Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen bei dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, Sibille-Hartmann-Straße 2-8, 50969 Köln, zu beantragen. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt maximal die Hälfte des durch die Freistellung fehlenden Nettogehalts ab. Nach der Freistellung (Nachpflegephase) ist das Darlehen innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung in gleichbleibenden Raten zurück zu zahlen.

Für Richterinnen und Richter sowie für Beamtinnen und Beamte besteht die Möglichkeit eines zinslosen Darlehens von dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben **nicht**.

Insoweit kann u. U. eine Unterstützung im Rahmen der Unterstützungsgrundsätze gemäß AV d. JM vom 27. Juni 1972 (2151 - I C. 10) - JMBl. NW S. 161 - gewährt werden.

Auf Antrag kann im Rahmen der Möglichkeiten der Vorschussrichtlinien gemäß AV d. JM vom 19. Juli 1976 (2105 - I B. 5) ein unverzinslicher Vorschuss der Bezüge gezahlt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit können bis zu einer Gesamtdauer von 24 Monaten je pflegebedürftigen nahen Angehörigen miteinander kombiniert werden.

3.4 Wie hilft mir das Familienpflegezeitgesetz?

Für die Dauer von bis zu 24 Monaten ist nach dem Familienpflegezeitgesetz eine teilweise Freistellung zur häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen möglich. Bei minderjährigen zu pflegenden nahen Angehörigen kann auch zur außerhäuslichen Pflege eine teilweise Freistellung erfolgen. Eine vollständige Freistellung sieht das Familienpflegezeitgesetz hingegen nicht vor.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit in der Pflegephase muss bei Beschäftigten sowie Beamtinnen und Beamten mindestens 15 Stunden betragen. Richterinnen und Richter müssen die Teilzeitbeschäftigung mindestens mit 30 Prozent des regelmäßigen Dienstes leisten. Bei minderjährigen zu pflegenden nahen Angehörigen ist diese Einschränkung für Beschäftigte im Familienpflegezeitgesetz nicht vorgesehen.

Zur Antragstellung wenden sich Beschäftigte an die Geschäftsleitung vor Ort. Richterinnen und Richter sowie Beamtinnen und Beamte stellen ihr Freistellungsgesuch auf dem Dienstweg bei der zuständigen Mittelbehörde.

Enthält die Ankündigung bzw. das Freistellungsgesuch allerdings keine eindeutige Festlegung, ob der Bedienstete Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeit in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit.

Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

Über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei ist den Wünschen der Bediensteten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Die Freistellung ist grundsätzlich acht Wochen vor Beginn zu beantragen.

Zur finanziellen Unterstützung gewährt das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben Beschäftigten auf Antrag ein zinsloses Darlehen. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausbezahlt und deckt maximal die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Nach der Freistellung (Nachpflegephase) ist das Darlehen innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung in gleichbleibenden Raten zurück zu zahlen. Für die Dauer der Teilzeitbeschäftigung in der Pflegephase wird vom Arbeitgeber ein um den Anteil der Ermäßigung reduziertes Entgelt gezahlt.

Die Familienpflegezeit kann Richterinnen und Richtern sowie Beamtinnen und Beamten als Teilzeitbeschäftigung in der Weise bewilligt werden, dass sie ihren tatsächlichen Dienst während der Pflegephase bis zu längstens 24 Monaten um den Anteil des reduzierten Dienstes ermäßigen, welcher nach Beendigung der Pflegephase in der ebenso langen Nachpflegephase erbracht wird.

Pflegephase	Nachpflegephase
50 % tatsächliche Arbeitszeit	100 % tatsächliche Arbeitszeit
Besoldung ist über den Zeitraum der Pflege- und Nachpflegephase auf 75 % Besoldung vor der Pflegezeit reduziert	

Tabelle: Pflegephasen und Arbeitszeit/Besoldung

Pflegezeit und Familienpflegezeit können bis zu einer Gesamtdauer von 24 Monaten je pflegebedürftigen nahen Angehörigen miteinander kombiniert werden.

3.5 Kann ich mich freistellen lassen, um meinen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten?

Zur Begleitung eines nahen Angehörigen besteht die Möglichkeit einer teilweisen oder vollständigen Freistellung für die Dauer von maximal drei Monaten, wenn der nahe Angehörige an einer Erkrankung leidet, die fortschreitend verläuft und bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Die Voraussetzungen zur Begleitung in der letzten Lebensphase müssen gegenüber dem Dienstherrn bzw. Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachgewiesen werden.

Beschäftigte erhalten auf Antrag ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausbezahlt und deckt maximal die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Nach der Freistellung (Nachpflegephase) ist das Darlehen innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung in gleichbleibenden Raten zurück zu zahlen.

Für **Richterinnen und Richter sowie Beamtinnen und Beamten besteht die Möglichkeit** eines zinslosen Darlehens von dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben **nicht**.

Insoweit kann u. U. eine Unterstützung im Rahmen der Unterstützungsgrundsätze gemäß AV d. JM vom 27. Juni 1972 (2151 - I C. 10) - JMBl. NW S. 161 - gewährt werden.

Auf Antrag kann im Rahmen der Möglichkeiten der Vorschussrichtlinien gemäß AV d. JM vom 19. Juli 1976 (2105 - I B. 5) ein unverzinslicher Vorschuss der Bezüge gezahlt werden.

4 Pflegegeld und Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege

Pflegegeld und Pflegesachleistungen bekommen Pflegebedürftige, wenn ein Pflegegrad festgelegt wurde. Mithilfe des Pflegegeldes und/oder der Pflegesachleistung kann der Pflegebedürftige/die Pflegebedürftige sich entsprechende Unterstützungsleistungen finanzieren.

4.1 Wofür ist das Pflegegeld gedacht und in welche Höhe wird es gezahlt?

Pflegegeld kann nur in Anspruch genommen werden, wenn ein Pflegegrad festgesetzt worden ist! Diese Leistung wird durch die Pflegeversicherung, das private Pflegeversicherungsunternehmen und die Beihilfestelle an die pflegebedürftige Person ausgezahlt. Das Pflegegeld soll zur Unterstützung der Pflege eingesetzt werden. Diese kann durch Angehörige oder Ehrenamtliche geleistet werden.

Höhe der monatlichen Leistungen:

Pflegegrad	Pflegegeld pro Monat (in €)
Pflegegrad 2	316
Pflegegrad 3	545
Pflegegrad 4	728
Pflegegrad 5	901

Tabelle: Pflegegrad und Pflegegeld bei häuslicher Pflege

Info:

- Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, wird sie anteilig (tageweise) gewährt. Während der ersten vier Wochen einer Rehabilitations- oder Krankenhausbehandlung wird das Pflegegeld in vollem Umfang weiter gezahlt.

Hinweis für Beihilfeberechtigte:

„Aus Fürsorgegründen wird bei Pflegebedürftigen, die den Pflegegrad 4 oder 5 haben, ein Beihilfeanspruch neben dem Pflegegeld in Form eines Pflegezuschlages gewährt. Dieser beträgt bei:

- Pflegegrad 4 monatlich 150 €
- Pflegegrad 5 monatlich 240 €.

Der Pflegegeldzuschlag wird nicht während einer Rehabilitations- oder Krankenhausbehandlung gezahlt.“

(Zitat: Merkblatt BVO _Häusliche Pflege-01/2017,S.4.)

Hinweis aus der Praxis:

Die Teilnehmenden der Angehörigengruppen berichteten davon, dass sie es als Anerkennung und Wertschätzung erleben, für die erbrachte Leistung vom Pflegebedürftigen mit dem Pflegegeld honoriert zu werden. Viele Pflegende verfügen über wenig freie Zeit oder haben auf Grund der Pflege die Arbeitszeit reduziert. Mithilfe des Pflegegeldes ist es ihnen möglich, sich auch mal etwas „Gutes“ zu gönnen. Für die Pflegebedürftigen wird mit dem Pflegegeld die Möglichkeit geschaffen, Unterstützung zu suchen und ganz gezielt Angehörigen ein materielles Dankeschön zukommen zu lassen.

4.2 Was sind Pflegesachleistungen?

Pflegesachleistungen können in Anspruch genommen werden, **wenn ein ambulanter Pflegedienst oder eine Einzelpflegekraft die Pflege übernimmt**. Zu den Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes gehören grundpflegerische Tätigkeiten, häusliche Krankenpflege (Medikamentengabe, Verbandswechsel etc.), Beratung, hauswirtschaftliche Versorgung und ggf. Betreuungsleistungen. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten bis zu einem gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag, der von dem Pflegegrad abhängig ist.

Pflegegrad	Pflegesachleistungen pro Monat (in €)
Pflegegrad 2	689
Pflegegrad 3	1298
Pflegegrad 4	1612
Pflegegrad 5	1995

Tabelle: Pflegegrade und monatliche Pflegesachleistungen

- *Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 können für die Finanzierung von Pflegesachleistungen, der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege den sogenannten „Entlastungsbetrag“ in Höhe von 125 Euro pro Monat nutzen (weitere Informationen finden Sie zum Beitrag Entlastungsbetrag).*
- *Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können bei Überschreiten der monatlichen Pauschale der Pflegesachleistungen auch den Entlastungsbetrag von monatlich 125 € zur Begleichung der erbrachten Leistung durch den anerkannten Pflegedienst nutzen.*
- *Monatlich nicht verbrauchte Beträge der Ersatzleistung können innerhalb eines Kalenderjahres angespart und bis zum 30. Juni des Folgejahres verbraucht werden.*

Hinweis für Beihilfeberechtigte:

„Entstehen auf Grund eines höheren Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 höhere Aufwendungen, sind diese monatlich zusätzlich zur Pflegesachleistung bei

- Pflegegrad 4 bis 1000 €
- Pflegegrad 5 bis 1995 €

beihilfefähig.“

(Zitat: Merkblatt BVO _Häuslicher Pflege-01/2017,S.4)

4.3 Kann ich Pflegesachleistungen und Pflegegeld kombinieren?

Es besteht die Möglichkeit, Pflegegeld und Pflegesachleistungen miteinander zu kombinieren. Die Leistungen werden dann **anteilig** miteinander verrechnet.

Berechnungsbeispiele der Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen:

Ruhestandsbeamtin, privat pflegeversichert zu	30%
Pflegegrad	3
Rechnung für den Monat	Januar 2017
Rechnungsbetrag des Pflegedienstes	900 €
Wie hoch ist die zu zahlende Beihilfe für den Monat Januar?	
Höchstbetrag Pflegesachleistung	1298 €
Höchstbetrag Pflegegeld	545 €
Ermittlung des in Anspruch genommenen Prozentanteils für den Pflegedienst (Pflegesachleistung)	
$900 \text{ €} \times 100 : 1298 \text{ €}$ verbraucht	69,34%
100% - 69,34% unverbraucht	30,66%
Berechnung des zustehenden Pflegegeldes:	
$545 \text{ €} \times 30,66\%$	167,10 €
Für den Monat Januar sind somit als beihilfefähig anzuerkennen und als Beihilfe zu zahlen:	
Rechnung des Pflegedienstes	900 €
Pflegegeld	167,10 €
Beihilfefähiger Betrag	1067,10€
davon 70% Beihilfe	746,97€
30% private Pflegeversicherung betragen:	320,13€

Tabelle: Berechnungsbeispiel Kombinationsleistung Pflegesachleistung und Pflegegeld bei Beihilfeberechtigung

Rentnerin, gesetzlich pflegeversichert zu	100%
Pflegegrad	3
Rechnung für den Monat	Januar 2017
Rechnungsbetrag des Pflegedienstes	900 €
Wie hoch ist der Leistungsanspruch für den Monat Januar?	
Höchstbetrag Pflegesachleistung	1298 €
Höchstbetrag Pflegegeld	545 €
Ermittlung des in Anspruch genommenen Prozentanteils für den Pflegedienst (Pflegesachleistung)	
$900 \text{ €} \times 100 : 1298 \text{ €}$ verbraucht	69,34%
100% - 69,34% unverbraucht	30,66%
Berechnung des zustehenden Pflegegeldes:	
$545 \text{ €} \times 30,66\%$	167,10 €
Für den Monat Januar sind somit als Kombinationsleistung anzuerkennen:	
Rechnung des Pflegedienstes (Pflegesachleistung)	900 €
Pflegegeld	167,10 €
Gesamtleistung gesetzliche Pflegeversicherung	1067,10€

Tabelle: Berechnungsbeispiel Kombinationsleistung Pflegesachleistung und Pflegegeld bei gesetzlichem Versicherungsschutz

4.4 Was bedeutet teilstationäre Leistungen (Tages- und Nachtpflege)?

Teilstationäre Leistung bedeutet, dass die zu pflegende Person für einen Teil des Tages in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung untergebracht und betreut werden kann. Tagespflege bietet sich z. B. an, wenn pflegende Angehörige berufstätig sind. Nachtpflege kann Entlastung bringen, wenn z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung der Tages- und Nachtrhythmus durcheinander ist. Die Leistungen können **zusätzlich zu den Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld** in Anspruch genommen werden.

Die Leistungen für die Tages- oder Nachtpflege müssen bei der zuständigen Pflegekasse **gesondert beantragt** werden. Es werden Kosten für Betreuung, Pflege und Fahrten übernommen bis zur maximalen Höhe des Betrages für teilstationäre Leistungen. Kosten für Verpflegung und Unterkunft müssen von Versicherten selbst getragen werden. **Die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld bei häuslicher Pflege bleiben von der Nutzung der teilstationären Leistung unberührt und sind weiterhin in dem vollen Umfang abrufbar!**

Pflegegrad	Leistungen für Tages- und/oder Nachtpflege pro Monat (in €)
Pflegegrad 2	689
Pflegegrad 3	1298
Pflegegrad 4	1612
Pflegegrad 5	1995

Tabelle: Pflegerade und Leistungen für Tages-/Nachtpflege

Hinweis:

- Die Leistungen die für die Tages-und Nachtpflege zu Verfügung stehen sind von der Höhe her identisch wie die Pflegesachleistungsbeträge. Die Leistungen sind vollkommen unabhängig voneinander nutzbar und werden nicht miteinander verrechnet.
- Zusätzlich kann der „Entlastungsbetrag“ in Höhe von 125 € monatlich bei Pflegegrad 1 und bei allen anderen Pflegegraden auch zur Deckung der Tages- oder Nachtpflege verwendet werden (*Weitere Informationen finden Sie beim Thema Entlastungsbetrag*).

4.5 Was ist Verhinderungspflege?

Die Pflege eines Angehörigen ist eine sehr anstrengende und zeitaufwendige Aufgabe. Jede Pflegeperson, ob diese nun eine angestellte Fachkraft oder ein Angehöriger ist, braucht ab und zu Zeit zur Regeneration. In diesen Situationen ist unumgänglich für Ersatz zu sorgen.

Aus diesem Grund gibt es das **Verhinderungspflegegeld**. Der Anspruch auf Verhinderungspflegeleistungen besteht, wenn die Pflegeperson verhindert ist, wobei es keine Rolle spielt, weshalb eine Verhinderung vorliegt.

Bei Urlaub, Erkrankung oder Verhinderung der Pflegeperson kann für diese **bis zu sechs Wochen** pro Kalenderjahr **Verhinderungspflege** von der pflegebedürftigen Person in Anspruch genommen werden. Verhinderungspflege ist immer Pflege in häuslicher Umgebung und kann durch ambulante Pflegedienste, durch entferntere Verwandte (ab dem **2. Grad mit der pflegebedürftigen Person** verwandt) und durch nahe Angehörige in Anspruch genommen werden. Die Höhe des Verhinderungspflegegeldes beträgt **maximal 1612 € pro Kalenderjahr** und ist **nicht bei dem Pflegegrad 1** erhältlich!

Für die **Inanspruchnahme des Verhinderungspflegegeldes** sollten jedoch bestimmte Kriterien bedacht werden:

- Ein Anspruch entsteht erst dann, wenn die pflegebedürftige Person schon mindestens einer **sechsmonatigen Pflege zu Hause** unterliegt und einen Pflegerad der Stufen 2 - 5 nach der Begutachtung durch den medizinischen Dienst erhalten hat (in der Regel wird die Erstbegutachtung als Startdatum der Pflege genommen).
- Leistungen für die Verhinderungspflege müssen bei der Pflegekasse beantragt werden und mit dieser abgerechnet werden.
- Während der Verhinderungspflege kann die Hälfte des Pflegegeldes bis zu 42 Kalendertage im Jahr weiter bezogen werden.
- Während der Verhinderungspflege können die Pflegesachleistungen entsprechend des Pflegegrades weiter genutzt werden.
- Die Verhinderungspflege muss nicht unbedingt im Haushalt des Pflegebedürftigen erbracht werden. Sie kann auch in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden. Dies bedeutet, dass die Leistung für die Versorgung z.B. in Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbracht werden kann.
- Zusätzlich kann die Hälfte des Leistungsbetrages für die Kurzzeitpflege die Pflegebedürftigen zusteht, von bis zu 806 € jährlich für die Verhinderungspflege ausgegeben werden. Womit der zur Verfügung stehende Betrag, der für Verhinderungspflege ausgegeben wird, auf 2418 € im Kalenderjahr steigt.

- Verhinderungspflegegeld steht einer Person, die in häuslicher Gemeinschaft mit der pflegebedürftigen Person zusammenlebt, nicht zu.
- Die Leistungen der Verhinderungspflege können auch dafür verwendet werden, wenn die Hauptpflegeperson zum Beispiel an einem wöchentlichen Treffen teilnimmt und eine Ersatzperson ihre Aufgabe übernimmt. Eine entsprechende Quittung oder ein Beleg der Betreuungsleistung für diesen Zeitraum kann dann bei der Pflegeversicherung eingereicht werden.
- Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist für das entsprechende Kalenderjahr erschöpft, wenn der zulässige Zeitraum von 42 Kalendertagen erreicht ist, selbst wenn der theoretisch mögliche Erstattungsbetrag von 1612 € noch nicht ausgeschöpft wurde!
- Ist der Betrag von 1612 € für die Verhinderungspflege eines Kalenderjahres ausgeschöpft, besteht kein Anspruch mehr auf Leistungserstattung aus diesem Topf, auch wenn der zulässige Zeitraum der Verhinderungsleistung von 42 Kalendertagen nicht erreicht wurde.
- Für den Anspruch auf Verhinderungspflege ist es nicht erforderlich, dass die verhinderte Pflegeperson mindestens zehn Stunden wöchentlich pflegt.
- Wird die Verhinderungspflege von einem Verwandten (1. Grad verwandtschaftliches Verhältnis zum Pflegebedürftigen) für die Hauptpflegeperson übernommen, kann bis zu einem Betrag von 150 % des Pflegegeldes von der Pflegekasse als Verhinderungspflegegeld gezahlt werden. Auch hier beträgt der gesamte Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege 1612 € jährlich und wird für höchstens 42 Kalendertage im Jahr gezahlt.
- Eine Beschränkung der Kostenerstattung (wie oben beschrieben) auf den Betrag des Pflegegeldes bei der Pflege durch Familienangehörige entfällt, wenn dargelegt wird, dass die Durchführung der Ersatzpflege der Erzielung eines Erwerbseinkommens dient.

Hinweis:

Anspruchsvoraussetzung für die Verhinderungspflege ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird. Es empfiehlt sich jedoch, sich durch die jeweilige Pflegeversicherung und die Beihilfestelle vorab individuell beraten zu lassen!

Info für Beihilfeberechtigte:

- Wird der Beitrag der Verhinderungspflege erhöht, legen Sie bitte mit dem entsprechenden Beihilfeantrag eine Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung vor.

(vgl. Merkblatt BOV NRW_ Häusliche Pflege-01/2017)

Link für weitere Informationen: <http://www.pflegeverantwortung.de/pflegeversicherung-verhinderungspflege/.html>

4.6 Was ist Kurzzeitpflege?

Kurzzeitpflege kann in Anspruch genommen werden, wenn die dauerhaft pflegebedürftige Person für eine kurze Zeit auf eine **vollstationäre Pflege** angewiesen ist (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt). Die Kurzzeitpflege kann **bis zu vier Wochen** in Anspruch genommen werden. Während dieser Zeit wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt. Im Kalenderjahr steht Pflegebedürftigen ein Leistungsbetrag von 1612 € für die Kurzzeitpflege zu. Nicht erstattungsfähig sind Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten eines Pflegeheims. Es besteht die Möglichkeit, Mittel der Verhinderungspflege auch für die Kurzzeitpflege einzusetzen. Die Einrichtungen der Kurzzeitpflege müssen von der Pflegekasse, dem privatem Pflegeunternehmen und der Beihilfe anerkannt sein, damit die Leistungen ausbezahlt werden können!

4.7 Kann ich Verhinderungs- und Kurzzeitpflege kombinieren?

Man kann die Leistungen der Verhinderungspflege in Höhe von 1612 € im Kalenderjahr für die Kurzzeitpflege einsetzen, dadurch kann die Kurzzeitpflege auf bis zu acht Wochen ausgedehnt werden. Maximal können somit 3224 € für die stationäre Kurzzeitpflege genutzt werden. Der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege verringert sich entsprechend des Betrages, der für die Kurzzeitpflege eingesetzt wird.

Umgekehrt können bis zu 50% des Leistungsanspruches der Kurzzeitpflege (806 €) für die Verhinderungspflege eingesetzt werden, wenn die Verhinderungspflege nicht durch einen nahen Angehörigen erbracht wird (nicht bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert).

Info für Beihilfeberechtigte:

- Wird der Betrag der Kurzzeitpflege erhöht, legen Sie bitte mit dem entsprechenden Beihilfeantrag eine Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung vor.
- Die anteilige Pflegepauschale ist während des gesamten Anspruchszeitraums von acht Wochen als beihilfefähig anzuerkennen.

(vgl. Merkblatt BOV NRW_ Häusliche Pflege-01/2017)

4.8 Wofür ist der Entlastungsbetrag?

Mit dem Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich sollen pflegende Angehörige entlastet werden und Pflegebedürftige gefördert werden, so dass sie so lange wie möglich ihren Alltag in häuslicher Umgebung bewältigen können. Zur häuslichen Umgebung gehören die eigene Wohnung, die Wohnung der Pflegeperson, die Altenwohnung oder betreutes Wohnen. Es handelt sich um einen Zuschuss, der zweckgebunden nur für die gesetzlich normierten Sachleistungsangebote eingesetzt werden kann. Dieser Betrag braucht nicht gesondert beantragt zu werden, sondern steht allen Pflegebedürftigen, die einen anerkannten Pflegegrad der Stufen 1 - 5 haben, zu. Den Entlastungsbetrag kann man monatlich mit der zuständigen Pflegekasse und der Beihilfe abrechnen. Man kann ihn aber auch ansparen, um ihn z. B. für die Kurzzeitpflege einzusetzen. Der Entlastungsbetrag muss bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres abgerechnet werden.

Im Folgenden werden **Beispiele** aufgeführt, wofür der Entlastungsbetrag eingesetzt werden kann:

- Der Entlastungsbetrag kann zur Ergänzung der Regelleistung bei der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) eingesetzt werden.
- Eigenanteile in der Tages- und Nachtpflege und bei der Kurzzeitpflege z. B. für Unterkunft und Verpflegung können ebenfalls im Rahmen der zusätzlichen Betreuungsleistungen vom Entlastungsbetrag bezahlt werden.
- Von zugelassenen Pflegediensten können spezielle Hilfen der allgemeinen Beaufsichtigung oder aber der Anleitung z. B. von tagesstrukturierender Maßnahmen oder aber der sozialen Betreuung genutzt werden.
- Niedrigschwellige Betreuungs- und Unterstützungsangebote wie z.B. Gruppen für Menschen, die an Alzheimer erkrankt sind, Tagesbetreuungen in Kleingruppen, anerkannte Dienste, die Familien entlastende Angebote anbieten.
- Für zertifizierte Agenturen, die Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf übernehmen.
- Leistungen für den ambulanten Pflegedienst für Personen in den Pflegegraden 2- 5.
- Der Betrag kann auch bei Pflegegrad 1 für die vollstationäre Pflege eingesetzt werden.

Es empfiehlt sich, vor der Inanspruchnahme der Ersatzleistung eine Rücksprache mit der zuständigen Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu führen, da es in den Bundesländern unterschiedliche Regelungen gibt!

5 Versicherungsschutz bei häuslicher Pflege

5.1 Wie wirkt sich die „Auszeit“ der Pflege eines Angehörigen/einer Angehörigen auf die Rente aus?

Die Pflegekasse zahlt Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen, welcher Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat, zu Hause pflegen. Ab 2017 bereits ab mindestens zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig zwei Tage in der Woche. Neu ist, dass die Pflegekasse nun auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernimmt, wenn wegen der Pflege die versicherungspflichtige Beschäftigung unterbrochen oder ganz aufgegeben wird.

5.2 Wie ist die nicht erwerbsmäßige Pflegeperson unfallversichert?

Merkblatt der Unfallkasse NRW

„Gesetzliche Unfallversicherung für häusliche Pflegepersonen

Zweites Pflegestärkungsgesetz - Änderungen zum 01.01.2017

Seit dem 01. April 1995 sind alle nicht erwerbsmäßig tätigen häuslichen Pflegepersonen bei den gemeindlichen Unfallversicherungsträgern gesetzlich unfallversichert. Zum **01.01.2017** haben sich mit dem *Zweiten Pflegestärkungsgesetz* die Voraussetzungen zum Versicherungsschutz der häuslichen Pflegepersonen (§ 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII - Siebtes Sozialgesetzbuch) geändert. **1. Wer ist bei uns versichert?**

Gesetzlich unfallversichert sind - wie bisher – alle **Pflegepersonen** (z.B. Familienangehörige und Verwandte sowie Nachbarn und Freunde), die eine pflegebedürftige Person - nunmehr auf der Grundlage der ab dem 01.01.2017 geltenden Vorschriften – nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen.

„Pflegepersonen“ sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige(n) mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen. Kurzfristige oder einmalige Pflegetätigkeiten reichen nicht mehr aus.

a) „Pflegebedürftige,, sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens einem der gesetzlich festgelegten Pflegegrade bestehen.

b) „nicht erwerbsmäßig“ bedeutet, dass die Pflegepersonen für ihre Tätigkeit keine finanzielle Zuwendung erhalten, die das gesetzliche Pflegegeld übersteigt. Bei nahen Familienangehörigen wird im Allgemeinen angenommen, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig ist.

c) „in häuslicher Umgebung“ bedeutet, dass die Pflege entweder im Haushalt des Pflegebedürftigen (auch in einer eigenen Wohnung in einem Alten- oder Pflegeheim), der Pflegeperson oder im Haushalt einer weiteren Person geleistet wird.

2. Welche Tätigkeiten sind versichert?

Versichert ist die Pflegeperson bei **pflegerischen Maßnahmen**, die aufgrund der im Bescheid der Pflegekasse und dem Pflegegutachten festgestellten gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen in den Bereichen

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- eigene/spezifische/besondere/typische Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständigem Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, die von der Pflegeperson erbracht werden sowie bei **Hilfen bei der Haushaltsführung**.

3. Wann leisten wir?

Wir leisten bei

- **Arbeitsunfällen**

Das sind Unfälle, die mit der Pflegetätigkeit zusammenhängen.

- **Wegeunfällen**

Das sind Unfälle, die sich auf dem unmittelbaren Weg zum und vom Ort der Pflegetätigkeit ereignen.

➤ **Berufskrankheiten**

Das sind bestimmte Erkrankungen, die durch gesundheitsschädigende Einwirkungen während der Pflegetätigkeit entstehen und in der Berufskrankheiten-Verordnung aufgeführt sind (z.B. Infektionskrankheiten oder Hauterkrankungen).

4. Was ist nach einem Unfall zu tun?

Wenn Sie als Pflegeperson nach einem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, suchen Sie bitte einen Durchgangsarzt oder eine Durchgangsarztin (D-Arzt/D-Ärztin) der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auf.“

(Zitat, siehe Homepage Unfallkasse NRW Merkblatt unter folgendem Link:

<https://www.unfallkasse-nrw.de/versicherte-und-leistungen/versicherte/versicherte-in-der-haeuslichen-pflege.html>)

Unter folgenden Kontaktdaten der Unfallkasse NRW können Sie weitere Informationen erhalten:

Unfallkasse NRW

Ansprechpartner für Pflegetätigkeiten in NRW:

Telefonisch: 0211 – 2808 0 (Rheinland)

0251 – 2102 0 (Westfalen-Lippe)

Mail: info@unfallkasse-nrw.de

Internet: www.unfallkasse-nrw.de

5.3 Was sind die Aufgaben eines ambulanten Pflegedienstes?

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege umfasst verschiedene Bereiche.

Dazu gehören:

- **grundpflegerische Tätigkeiten**, wie zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität oder der Lagerung
- **häusliche Krankenpflege** (auch Behandlungspflege) als Leistung der Krankenversicherung, wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel oder Injektionen
- **Beratung** der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen
- **Unterstützung** bei der Vermittlung von Hilfsdiensten, wie zum Beispiel Essensbelieferung
- **Organisation** von Fahrdiensten und Krankentransporten
- **hauswirtschaftliche Versorgung**, die zum Beispiel Einkaufen, Kochen und Reinigen der Wohnung beinhaltet.

Seit Januar 2013 bieten ambulante Pflegedienste neben den o.g. Leistungen auch gezielt Betreuungsleistungen an. Das sind Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie zum Beispiel Spazierengehen oder Vorlesen.

5.4 Was sind die Vor- und Nachteile eines ambulanten Pflegedienstes?

Ein ambulanter Pflegedienst kann pflegenden Angehörigen viel Arbeit abnehmen und ermöglicht gleichzeitig, dass die pflegebedürftige Person weiterhin zu Hause leben kann.

Für die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes spricht, dass professionelle Pflegekräfte den Pflegebedarf meist besser einschätzen und durchführen können als „Laien“ und dass sie als Außenstehende helfen können die (Pflege-)Situation besser zu beurteilen. Sie können Fehler und Mängel aufdecken, hilfreiche Tipps geben, Verbesserungsvorschläge unterbreiten oder einfach bestätigen, dass bisher alles richtig gemacht wurde. Des Weiteren haben sie einen objektiven Blick auf die persönlichen Probleme, die unter Umständen mit der Pflege einhergehen.

Für die pflegenden Angehörigen kann es angenehm sein, einen Teil der Verantwortung für die Pflege an den Pflegedienst abzugeben. Weiterhin schafft ein Pflegedienst für Sie Entlastung und Freiräume.

Der pflegebedürftigen Person fällt es ggf. leichter Hilfe von einer fremden professionellen Pflegekraft anzunehmen als von nahestehenden Personen. Insbesondere wenn es um unangenehme (Tabu-)Themen wie z. B. Inkontinenz geht.

Gegen die Beauftragung eines Pflegedienstes könnte sprechen, dass fremde Personen ins Haus kommen. Wichtig ist daher, dass ein Pflegedienst gefunden wird, zu dem sowohl die zu pflegende Person als auch die Angehörigen Vertrauen aufbauen können.

Es kann sein, dass der Pflegedienst einiges anders handhabt als ein pflegender Angehöriger. Meistens gibt es Erklärungen für die unterschiedlichen Vorgehensweisen. Sprechen Sie mit den Pflegekräften darüber, um Problemen im Sinne von Missverständnissen vorzubeugen.

Das wichtigste Gegenargument sind häufig die Kosten eines ambulanten Pflegedienstes. Die Pflegeversicherung ist nicht auf die Vollversorgung einer pflegebedürftigen Person ausgelegt, sondern ist als Ergänzung zur Pflege durch Angehörige oder Dritte zu verstehen. Deswegen decken die Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten der Pflege oft nicht ab und es muss zugezahlt werden. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel nur einige Leistungen des Pflegedienstes zur Entlastung in Anspruch zu nehmen und die nicht verbrauchten Pflegesachleistungen anteilig als Pflegegeld zu beziehen.

5.5 Wie wird der Pflegebedarf geklärt?

Vorab sollten Sie den genauen **Pflegebedarf klären**. Welche Aufgaben werden durch Angehörige übernommen und welche soll der Pflegedienst übernehmen? Soll der Pflegedienst grundpflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen oder soll er Anleitungs- oder Betreuungsleistungen erbringen? Je nachdem welche Leistungen erbracht werden, können diese unterschiedlich abgerechnet werden. Bei der Pflegebedarfsermittlung können Sie sich von Pflegeberaterinnen und –beratern unterstützen lassen (*siehe Anspruch auf Pflegeberatung*).

Überlegen Sie außerdem, was Ihnen und der pflegebedürftigen Person besonders wichtig ist bzw. welche **Ansprüche** Sie an die professionelle Pflege stellen. Wollen Sie, dass der Pflegedienst immer zu bestimmten Zeiten vorbei kommt? Soll der Pflegedienst auch Betreuungs- oder Beratungsangebote für Angehörige anbieten? Bereiten Sie sich am besten vor, indem Sie Notizen anfertigen, damit Sie später nichts vergessen und alle Fragen geklärt werden können.

5.6 Wie finde ich Pflegedienste und worauf muss ich achten?

Zunächst sollten Sie Pflegedienste in Ihrer Nähe heraussuchen. So vermeiden Sie weite Anfahrtswege und die damit verbundenen Kosten. Informationen darüber, welche Pflegedienste in Ihrem Umkreis zuständig sind, erhalten Sie bei den Pflegekassen, Pflegestützpunkten oder im Internet (z. B. pflegelotse.de, weisse-liste.de). Die Plattform pflegelotse.de ist empfehlenswert, da hier die Bewertungen (Pflegenoten des MDK) der Pflegedienste veröffentlicht und erläutert werden.

Zu bemerken ist, dass weder die Punktwerte noch die Höhe der Preise eine Aussage bezüglich der Qualität der Pflegedienste zulassen. Auch bei den Bewertungen sollten Sie ruhig genauer nachlesen, da einige Noten aufgrund einer sehr kleinen Stichprobe (manchmal nur einer Person) zustande kommen. Zusätzlich können Sie sich auch im Bekanntenkreis umhören oder bei Ihrem Hausarzt nachfragen, mit welchen Pflegediensten er gut zusammenarbeitet.

Vereinbaren Sie einen Termin für ein Beratungsgespräch mit der Pflegedienstleitung im Büro des Pflegedienstes. Sie erhalten so die Chance, sich einen ersten Eindruck der Arbeitsweise und des Betriebsklimas des Dienstes zu verschaffen und haben die Gelegenheit, in Ruhe Fragen zu stellen. Wie z. B.:

- Ist der Pflegedienst zu einem möglichst kostenlosen Hausbesuch bereit, um Sie ausführlich über sein Angebot und seine Leistungen zu informieren?
- Bietet der Pflegedienst schriftliches Informationsmaterial an und vor allem einen schriftlichen Vertrag, der Ihnen vorab zwecks Prüfung überlassen wird?
- Ist es möglich einen Vertrag mit Probezeit abzuschließen, damit Sie in der Anfangszeit problemlos den Pflegedienst wechseln können?
- Verfügt der Pflegedienst über ein Pflegekonzept, das er Ihnen auch schriftlich aushändigen kann?
- Erhalten Sie für die geplanten Hilfen einen kostenlosen Kostenvoranschlag mit Leistungsübersichten, aus dem ersichtlich wird, welchen Anteil die Kranken- und Pflegekasse übernimmt und welchen Anteil Sie selbst zahlen müssen?
- Gibt es einen festen Ansprechpartner für Ihre Fragen und Beschwerden?

Nicht zu unterschätzen ist auch immer der persönliche erste Eindruck und ob Ihre Fragen freundlich und kompetent beantwortet werden. Kommunikation ist schließlich einer der wichtigsten Aspekte der Pflege und damit Grundlage für eine spätere vertrauensvolle Zusammenarbeit.

5.7 Was hilft mir, mich für einen Pflegedienst zu entscheiden?

Vereinbaren Sie mit den Pflegediensten, die Ihnen beim ersten Termin zugesagt haben, einen **Hausbesuch** in den Wohnräumen des Pflegebedürftigen, um die konkreten Wünsche und Abläufe zu besprechen. Achten Sie dabei auf den Gesprächsverlauf: Geht ihr Gesprächspartner auf Ihre Wünsche und Fragen ein? Sind die Informationen über die notwendige Pflege verständlich und ausführlich?

Fragen, die Sie in einem solchen Gespräch stellen können, betreffen z. B. die Pflegedokumentation, die Leistungsnachweise, die Haftung bei Schäden, das Angebot zusätzlicher Serviceleistungen und die konkrete Umsetzung der Pflege.

Der Pflegedienst sollte eine Pflegedokumentation führen, die beim Pflegebedürftigen verbleibt. In der Dokumentation werden die aktuelle Pflegesituation dokumentiert und Veränderungen festgehalten, die ggf. andere Pflegeleistungen nötig werden lassen. Leistungsnachweise sind monatlich zu erstellende Abrechnungsblätter, auf denen die konkret erbrachten Leistungen nachgewiesen werden. Der Leistungsnachweis ist vom Pflegebedürftigen oder Betreuer zu unterschreiben und sollte Ihnen möglichst als Kopie zur Kontrolle der Abrechnung ausgehändigt werden.

Der Pflegedienst muss für Schäden haften, die durch seine Pflegekräfte oder durch eventuelle Kooperationspartner entstehen. Ein Haftungsausschluss für Gesundheitsschäden, die auf vorsätzlicher oder fahrlässiger Pflichtverletzung des Pflegedienstes beruhen, ist unwirksam. Weiterhin darf der Pflegedienst seine Haftung auch nicht für andere Schäden, die während des Pflegebesuchs entstehen und bei denen die Pflichtverletzung auf grob fahrlässigem Verhalten des Pflegedienstes beruht, ausschließen.

5.8 Wie funktioniert die Abrechnung bei einem ambulanten Pflegedienst?

Damit ambulante Pflegedienste die Pflegesachleistungen direkt mit der Pflegekasse abrechnen können, müssen Sie einen **Versorgungsvertrag** mit den zuständigen Pflegekassen schließen. Die zuständige Beihilfestelle muss informiert werden. Der Versorgungsvertrag und die mit jedem Pflegedienst individuell vereinbarten Vergütungsregelungen gelten für alle Pflegekassen, einschließlich der privaten Pflegeversicherung.

Pflegedienste, die **keinen Vertrag** mit den Pflegekassen haben, können trotzdem Pflegesachleistungen erbringen. Dies erfolgt dann gegen Privatrechnung an die pflegebedürftige Person. Hier müssen Sie klären welche Kosten von der zuständigen Pflegeversicherung und der Beihilfe übernommen werden.

Die Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag abschließen, verpflichten sich nach §112 SGB XI zur Einhaltung festgelegter **Qualitätsstandards** und deren Überprüfung.

Es gibt zwei verschiedene **Abrechnungsmöglichkeiten**: Leistungskomplexe und Zeitkontingente.

5.9 Kann ich dem Pflegedienst kündigen?

Sollten mit dem von Ihnen ausgewählten Pflegedienst einmal Probleme auftreten, sprechen Sie diese immer sofort an. Meistens lassen sich Lösungen bzw. Erklärungen finden. Für den Fall, dass dies nicht gelingen sollte, sollten Sie bei Vertragsabschluss darauf achten, welche Kündigungsfristen vereinbart werden. Generell empfiehlt es sich eine Probezeit zu vereinbaren.

Es empfiehlt sich eine Kündigungsfrist von höchstens 14 Tagen zu vereinbaren. Außerdem sollte vereinbart werden, dass der Vertrag mit dem Tod des Pflegebedürftigen oder dessen endgültigem Verbleib in einem stationären Pflegeheim unverzüglich endet. Während eines vorübergehenden stationären Aufenthaltes sollte der Vertrag ruhen.

5.10 Checkliste: Worauf Sie bei der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst achten sollten!

In der Checkliste der Verbraucherzentrale sind wichtige Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegedienste aufgezählt. Die Liste soll als Entscheidungshilfe dienen.

- „Sinnvoll ist es, vorab den **genauen Bedarf** zu klären, um festzustellen, welche Hilfe durch Angehörige und welche durch den Pflegedienst geleistet werden soll.
- Überlegen Sie, ob der Pflegedienst **bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung** helfen soll oder ob er zur Betreuung des Pflegebedürftigen, beispielsweise zum Vorlesen oder Spaziergehen, eingesetzt werden soll!
- Leistungen der Grundpflege (Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität), der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der häuslichen Betreuung können über die Pflegekasse **als Sachleistungen abgerechnet** werden.
- Erbringt ein Pflegedienst Anleitungs- und Betreuungsleistungen oder Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, können diese auch als Entlastungsbetrag **von der Pflegekasse übernommen** werden. Bei der Bedarfsermittlung können Sie sich von den Mitarbeitern der Pflegestützpunkte unterstützen lassen.
- Klären Sie, ob der Dienst **alle für Sie notwendigen Hilfen anbietet oder vermittelt** und ob er eventuell auf die individuellen Anforderungen spezialisiert ist! So gibt es zum Beispiel Pflegedienste für Kinderkrankenpflege oder für Patienten, die beatmet werden müssen.
- Wenn es um die konkrete Auswahl eines Pflegedienstes geht, **ziehen Sie durchaus mehrere in die engere Auswahl**.
- Die Pflegedienste, die in die engere Auswahl kommen, sollten Sie vorab **bei einem Hausbesuch** möglichst kostenlos und ausführlich über ihre Leistungen informieren und beraten.
- Überlegen Sie, welche Ansprüche Sie an die professionellen Pflegekräfte haben, zum Beispiel **Einhaltung bestimmter Zeiten, kein Personalwechsel, Nichtraucher**. Fragen Sie die Pflegedienste, ob sie Ihre Wünsche erfüllen können!
- Erkundigen Sie sich nach den Mitarbeitern. Welche Leistungen werden **von ausgebildeten Fachkräften ausgeführt**, welche von Hilfskräften?
- Gibt es **eine Kontaktperson** für Ihre Wünsche und Beschwerden?
- Lassen Sie sich vom Pflegedienst das **Abrechnungsverfahren** erklären und einen Kostenvoranschlag für ein konkretes Leistungsangebot erstellen! Der Kostenvoranschlag gibt Ihnen Auskunft darüber, ob die bewilligten Mittel der Pflegekasse ausreichen und wie viel Sie eventuell aus eigener Tasche zuzahlen müssen.
- Die Pflegedienste sind gesetzlich verpflichtet, mit ihren Kunden einen **schriftlichen Vertrag** abzuschließen. Darin müssen Leistungen und Kosten geregelt sein. Der Pflegebedürftige kann den Vertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er sein Vertrauen in die Tätigkeit des Pflegedienstes verloren hat. Für eine Kündigung durch den Pflegedienst sollte

eine möglichst lange Kündigungsfrist im Vertrag geregelt sein, damit der Pflegebedürftige ausreichend Zeit hat, um sich einen neuen Pflegedienst zu suchen.

- Treten bei der Pflege Probleme auf oder Ihnen missfällt Gravierendes, scheuen Sie sich nicht, dem Pflegedienst dies mitzuteilen! Oft hilft hier schon **ein offenes Gespräch**, um das Problem aus der Welt zu schaffen.“

(Zitat: Verbraucherzentrale Deutschland: <https://www.verbraucherzentrale.de/checkliste-ambulanter-pflegedienst>)

6 Pflege durch (osteuropäische) Hilfskräfte

Wenn man an eine Pflege durch (osteuropäische) Hilfskräfte denkt, hat man meistens ein ganz bestimmtes Bild vor Augen. Man stellt sich Pflegekräfte - häufig Frauen - zwischen 20 und 50 Jahren vor, die im Haus der pflegebedürftigen Person leben und sich um diese kümmern. In viele Fällen ist die 24-Stunden-Betreuung durch osteuropäische Pflegekräfte die einzige Alternative zum Pflegeheim, da viele Angehörige nicht die nötigen Kapazitäten haben, die Pflege selber durchzuführen und eine vergleichbare deutsche Pflegekraft in den meisten Fällen finanziell nicht tragbar ist.

6.1 Was bedeutet der Begriff „24-Stunden-Pflege“?

Der Begriff „24-Stunden-Pflege“, welcher oft für die Beschäftigung von osteuropäischen Pflegekräften gebraucht wird, trifft in einigen Punkten gar nicht auf die dadurch erbrachte Leistung zu.

Pflegekraft oder „24-Stunden-Pflege“ ist eigentlich der falsche Begriff, da die Hilfskräfte oft keine ausgebildeten Pflegekräfte sind oder ihre Ausbildung in Deutschland nicht anerkannt wird. Die Pflegekräfte erledigen hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie z. B. einkaufen, putzen und aufräumen. Auch die Grundpflege wird übernommen, etwa Körperpflege, der Toilettengang, Aus- und Anziehen oder Zubereitung und Aufnahme von Nahrung. Sollte medizinische Behandlungspflege von Nöten sein, muss diese von einem ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden.

Außerdem kann der Terminus „24-Stunden-Pflege“ nicht wörtlich genommen werden, da es in Deutschland rechtlich festgelegt ist, dass eine Person höchstens 60 Stunden pro Woche arbeiten darf. Deswegen ist darunter eher eine ständige Rufbereitschaft zu verstehen. Es ist wichtig, die Wochenarbeitszeiten zu besprechen und schriftlich festzuhalten, damit keine rechtlichen Komplikationen entstehen.

6.2 Was sind Vor- und Nachteile einer 24-Stunde-Pflege?

Die Vorteile einer osteuropäischen Pflegekraft liegen auf der Hand. Durch ihre vergleichsweise geringen Kosten ermöglichen sie dem Pflegebedürftigen in seiner bekannten Umgebung - also in seinem eigenen Haus - weiter zu wohnen. Oft ist die 24-Stunden-Pflege die einzige Alternative zum Pflegeheim. Außerdem können die Nähe und die intensive Betreuung zu Motivation und Aktivierung bei dem Pflegebedürftigen führen. So können gemeinsame Spaziergänge und Ausflüge unternommen werden und die Pflegekraft kann die pflegebedürftige Person in einfache hauswirtschaftliche Tätigkeiten mit einbinden, beispielsweise durch gemeinsame Einkäufe oder gemeinsames Kochen. Auch Unterhaltung und soziale Begegnungen können der pflegebedürftigen Person guttun, etwa durch

Gesellschaftsspiele, gemeinsames Singen oder Geschichtenerzählen. Aber diese intensive Bindung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person kann natürlich auch zu Problemen führen. Wenn die Chemie zwischen den beiden Menschen nicht stimmt, kann es dazu kommen, dass sich keiner der beiden wirklich wohl in der Beziehung fühlt. Faktoren, die das Risiko für dieses Problem steigern können, sind etwa die Deutschkenntnisse der Pflegekraft oder aber auch ihr Alter. Manche pflegebedürftigen Personen würden sich beispielsweise besser mit einer 50-jährigen Pflegekraft unterhalten können als mit einer 20-jährigen. Auch die Legalität einer osteuropäischen Pflegekraft kann zum Problem werden. Um die rechtliche Lage zu klären, werden nun die verschiedenen Vermittlungsstellen und Vermittlungsmodelle dargestellt.

6.3 Was für Vermittlungsstellen für Hilfskräfte gibt es?

Für alle osteuropäischen EU Mitgliedstaaten gilt die sogenannte Arbeitnehmerfreizügigkeit. Darunter ist zu verstehen, dass die Bürger aller EU-Mitgliedstaaten in einem anderen Mitgliedstaat, dessen Staatsbürgerschaft sie nicht besitzen, unter den gleichen Bedingungen eine Beschäftigung aufnehmen können wie ein Staatsbürger dieses Landes. Diese Arbeitnehmerfreizügigkeit gilt seit dem 1. Mai 2011 für Estland, Lettland, Litauen, Polen, die Slowakei, Tschechien und Ungarn, seit dem 1. Januar 2014 für Rumänien und Bulgarien und seit Juni 2015 für Kroatien.

Zur Beschaffung einer 24-Stunden-Pflegekraft gibt es drei verschiedene Modelle, das Entsendemodell, die Vermittlung durch die Agentur für Arbeit und die Beauftragung einer selbständigen Betreuungsperson.

6.4 Das Entsendemodell

Beim Entsendemodell fungiert die pflegebedürftige Person oder ein Angehöriger als Auftraggeber gegenüber einer deutschen Agentur, die die Vermittlung, Organisation und den Transport übernimmt. Die deutsche Agentur steht in Kontakt mit einem Entsendeunternehmen im Ausland, welches der Arbeitgeber der Betreuungsperson ist. Der Auftraggeber zahlt einen monatlichen Betrag an die deutsche Agentur und/oder das Unternehmen im Ausland, von dem die Betreuungskraft wiederum ihren Lohn erhält. Aufgrund des in Deutschland geltenden Mindestlohn von 8,84 €/Stunde (Stand 2017) können die Kosten bei diesem Modell nicht unter 2.000 € im Monat liegen.

Es ist wichtig, sich vor der Vermittlung über die Legalität der Agentur und des Unternehmens zu informieren!

Um zu überprüfen, ob ein Antrag an eine bestimmte Agentur gestellt werden soll, empfiehlt es sich, die nachfolgende Checkliste einmal durchzugehen.

Checkliste für Agenturen des Entsendemodells	Ja	Nein	Notiz
Haben Sie schon von positiven Erfahrungen mit dieser Agentur von Freunden oder Bekannten gehört?			
Hat Sie die Agentur umfassend und ausführlich informiert?			
Haben Sie einen positiven Eindruck von der Agentur?			
Geht die Agentur individuell auf Sie ein und nimmt sie sich Zeit, um alle relevanten Anforderungen für die optimale Betreuungskraft zu erfassen?			
Liegt das Honorar für die Betreuungsleistung bei mindestens 2000 € monatlich?			
Bietet die Agentur Unterstützung, falls die Betreuungsperson einmal ausfällt oder krank ist?			
Ist die Agentur jederzeit für Sie erreichbar?			
Setzt die Agentur einen schriftlichen Vertrag über die Vermittlung auf?			
Hat die vermittelte Betreuungsperson eine A1- Bescheinigung*?			

Tabelle 1: Checkliste für Agenturen des Entsendemodells

*das A1-Formular kommt im Sozialversicherungsrecht des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Europäischen Gemeinschaften (EG) zum Einsatz und regelt die rechtlichen Vorschriften zur Sozialversicherung des Landes, in der die Tätigkeit ausgeübt wird.

6.5 Vermittlung durch die Agentur für Arbeit

Dieses Modell beschreibt die direkte Anstellung von Betreuungskräften. Die Zentrale Auslandsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit in Bonn ist dabei für die Vermittlung zuständig. Der Auftraggeber muss ein Stellenangebot bei seiner örtlich zuständigen Agentur für Arbeit abgeben. Um dies zu tun, muss nachgewiesen

werden, dass in seinem Haushalt eine pflegebedürftige Person lebt. Bei Blinden genügt die Vorlage des Schwerbehindertenausweises.

Werden im Stellenprofil hohe Anforderungen an Sprachkenntnisse und berufliche Kenntnisse gestellt, kann dies dazu führen, dass sich der Prozess verlängert oder gar keine geeignete Person gefunden wird. Es ist als Arbeitsgeber möglich, einen vorher gefundenen Bewerber zu nennen, allerdings ohne dabei die Hilfe von privaten Vermittlern in Anspruch genommen zu haben. Der Zeitraum zwischen der Abgabe des Stellenangebots und der Anreise der Betreuungsperson beträgt in manchen Fällen über acht Wochen.

Bei diesem Modell wird sichergestellt, dass die Betreuungsperson dem deutschen Arbeitsrecht unterliegt und somit Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Kündigungsschutz, Versicherungsschutz, Urlaub und Ähnliches hat. Auch die Arbeitszeiten der Betreuungskraft sind in diesem Modell streng geregelt, weshalb für eine 24-Stunden-Betreuung mehrere Kräfte abwechselnd beschäftigt werden müssen.

6.6 Beauftragung einer „Selbstständigen“ Person

Eine Selbstständige Person kann ihren Stundensatz selber bestimmen, weswegen dieses Modell die günstigste Variante zur Beschaffung einer osteuropäischen Pflegekraft sein kann. Die Kosten liegen durchschnittlich zwischen 1800 und 3000 € monatlich. Zusätzlich dazu ist es bei dieser Variante am einfachsten, sich von der Pflegekraft zu trennen, sollte es zu Komplikationen kommen. Allerdings besteht manchmal die Gefahr einer Scheinselbstständigkeit. Man spricht von Scheinselbstständigkeit, wenn ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 7 Abs. 1 des SGB vorliegt, der Arbeitgeber aber keine Sozialversicherungsbeiträge abführt. Das heißt, es kommt nicht darauf an, ob im Vertrag steht, ob eine Betreuungskraft selbständig ist, sondern ob sich dies in der konkret ausgeführten Tätigkeit auch widerspiegelt. Das Gesamtbild ist also maßgebend. Sollte dies nicht der Fall sein, kann es zu Nachzahlungen von Sozialversicherungsbeiträgen kommen. Nach § 266a StGB ist die Vorenthaltung von Sozialversicherungsbeiträgen strafbar!

6.7 Wie kann ich eine (osteuropäische) Pflegehilfskraft finanzieren?

Es ist nicht möglich, eine (osteuropäische) Hilfskraft mit Pflegesachleistungen zu bezahlen. Dafür stehen nur das Pflegegeld, das Verhinderungspflegegeld sowie 50% der Kurzzeitpflege zur Verfügung. Wenn neben der (osteuropäischen) Hilfskraft noch ein ambulanter Pflegedienst benötigt wird, bleibt nicht mehr viel von dem Pflegegeld übrig.

7 Qualitätssicherung, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen für die häusliche Pflege

Die im Weiteren aufgeführten Leistungsansprüche beziehen sich auf alle Pflegegrade!

7.1 Wie wird die Qualität der Pflege gewährleistet?

Bei häuslicher Pflege erfolgt zur Qualitätssicherung, bei den Pflegegraden 1-3 halbjährig und bei den Pflegegraden 4-5 vierteljährig, eine Beratung. Bei einer solchen Beratung können Fragen zur Höherstufung, Schmerztherapie, Hebetechniken, räumlichen Ausstattung und andere die Pflege betreffenden Themen besprochen werden. Gleichzeitig wird in diesen Beratungseinsätzen auch sichergestellt, dass eine gute Versorgung der pflegebedürftigen Person gewährleistet ist.

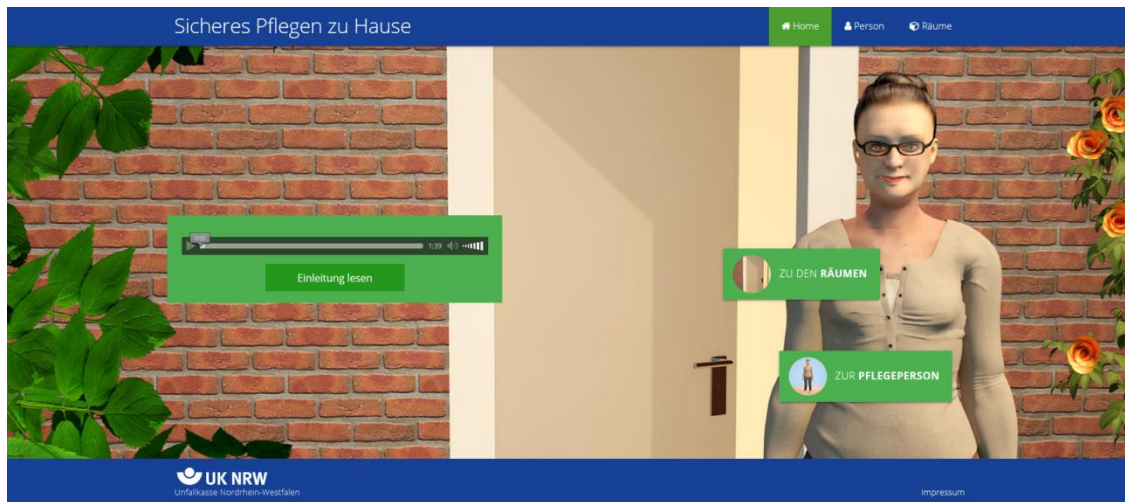
Die Durchführung dieser Beratungsleistung erfolgt im Auftrag der zuständigen Pflegekasse. Die Kosten dieser Beratungsleistung werden von der zuständigen Pflegekasse und der Beihilfe übernommen.

7.2 Was versteht man unter Wohnfeldverbesserung?

Wird ein Mensch pflegebedürftig gehen damit oft Einschränkungen einher, die das Leben in den eigenen vier Wänden erschweren oder gar unmöglich machen. Beispielsweise können viele ältere Menschen kaum Treppen steigen oder der Einstieg in die Badewanne ist nicht mehr möglich. Um hier das Wohnfeld entsprechend der Bedürfnisse zu verbessern, stehen für Umbaumaßnahmen (z. B. Treppenlift, Badewanne mit Einstieg) bis zu 4000 € pro Pflegebedürftigen zur Verfügung. Wenn dieser Betrag nicht ganz aufgebraucht wurde, weil z. B. der Einbau einer Badewanne mit Einstieg nur 2500 € gekostet hat, kann zu einem späteren Zeitpunkt der Restbetrag für eine andere Wohnfeldverbesserung ausgegeben werden. Ebenso kann es passieren, dass die Mittel schon verwendet wurden und der Zustand der Pflegeperson sich im Laufe der Zeit weiter verschlechtert hat. Dann besteht die Möglichkeit, weitere wohnfeldverbessernde Maßnahmen zu beantragen.

Tipp:

Auf der Homepage der Unfallkasse NRW finden Sie ein derzeit im Aufbau befindliches Portal zum Thema "Sicheres Pflegen zu Hause". In diesem Portal wird die Vermeidung möglicher Gefährdungsursachen im Bad und wie diese vermieden werden können anschaulich visuell erläutert. Diese Seite möchte ich Ihnen vor Umbaumaßnahmen des Badezimmers sehr empfehlen. Sie finden sie unter folgendem Link der Unfallkasse NRW zum Thema „sicheres-pflegen-zuhause“ <http://www.sicheres-pflegen-zuhause.de/#>.



7.3 Was versteht man unter Pflegehilfsmittel?

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege notwendig sind, die Beschwerden der Pflegebedürftigen lindern und dazu beitragen, den Pflegebedürftigen eine möglichst selbständige Lebensweise zu ermöglichen. So fällt es zum Beispiel vielen älteren Pflegebedürftigen schwer, aus ihrem Bett aus- und einzusteigen. Ein Pflegebett, das heutzutage auch ganz gut aussehen kann, kann hier eine große Hilfe zum Erhalt der Selbstständigkeit sein.

Es gibt zwei verschiedene Arten von Hilfsmitteln:

- Technische Hilfsmittel wie zum Beispiel: Pflegebett, Lagerungshilfen, Notrufsystem
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie zum Beispiel: Einmalhandschuhe, Einlagen, Desinfektionsmittel, Bettschutzunterlagen, Mundschutz und Einmalschürzen.

Bei den technischen Hilfsmitteln fällt bei den gesetzlichen Pflegekassen ein Eigenanteil von 10% (maximal aber 25 €) an, bei leihweiser Überlassung (größerer) Hilfsmittel entfällt die Zuzahlung.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe usw.) werden mit bis zu 40 € im Monat von den gesetzlichen Pflegekassen übernommen.

Info für Beihilfeberechtigte:

„Aufwendungen für notwendige ärztlich verordnete Pflegehilfsmittel sind grundsätzlich beihilfefähig. Da einige Hilfsmittel nur nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfestelle als beihilfefähig anerkannt werden können, ist es zweckmäßig, dass Sie sich vor der Anschaffung mit der Beihilfestelle in Verbindung setzen.

- Die vorherige Anerkennung der Beihilfestelle entfällt, wenn seitens der Pflegeversicherung Leistungen für dieses Hilfsmittel gewährt wurde. Deshalb empfiehlt es sich auch den Leistungsbescheid der Pflegeversicherung immer der Beihilfestelle vorzulegen.“

(Zitat: Merkblatt BOV NRW_ Häusliche Pflege-01/2017,S.7)

8 Stationäre Pflege

Wenn eine stationäre Pflege notwendig ist, stellt sich die Frage, wie die optimale Pflege für eine Person aussieht. Es gibt verschiedene Einrichtungen und Möglichkeiten, die man in einer solchen Situation in Betracht ziehen kann.

8.1 Was sind Pflegeheime?

Pflegeheime sind Einrichtungen, in denen pflegebedürftige Menschen ganztägig oder auch nur zur Tages- oder Nachtzeit betreut und gepflegt werden. Im Gegensatz zu Altenheimen und Wohngruppen steht die Pflege hier ganz klar im Vordergrund. Die Betreuung erfolgt durch professionelle Pflegekräfte und es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass mindestens die Hälfte der Betreuenden Pflegefachkräfte sein müssen und dass zu jeder Zeit (auch nachts) immer mindestens eine Pflegefachkraft anwesend ist.

Einige Pflegeheime haben keinen eigenen Hausarzt/keine eigene Hausärztin, weshalb man bei der Auswahl eines Pflegeheimes auf diesen Punkt achten sollte.

Die Kosten, die bei einer Unterbringung im Pflegeheim anfallen, unterteilen sich wie folgt:

- Unterbringungskosten, also die Zimmer- oder Raummieten
- Verpflegungskosten; damit sind Kosten für Essen und Trinken gemeint, für die es keine Zuschüsse gibt
- Investitionskosten; durch diese werden die Pflegebedürftigen an den Herstellungs-, Anschaffungs-, Abnutzungs-, und Abschreibungskosten von Gebäuden und technischen Anlagen beteiligt, diese Kosten richten sich vor allem nach dem Zustand der Pflegeeinrichtung und umfassen in der Regel eine beachtliche Summe
- Pflegekosten; diese werden anteilig oder ganz von der Pflegekasse übernommen, sofern ein Pflegegrad vorliegt
- Kosten für Zusatzleistungen oder Kosten, die das Budget überschreiten, müssen selber getragen werden. Kann der Pflegebedürftige diese Kosten nicht tragen, müssen der Ehepartner, die Kinder oder das Sozialamt einspringen. Wer eine private Pflegezusatzversicherung hat, bekommt auch diese Kosten erstattet.

Was ein Pflegeplatz kostet kann nicht generell genannt werden, da die Kosten immer von der Zimmerausstattung, dem Heim und dem Bundesland bzw. Standort abhängt. Um sich einen Überblick über die Situation in Ihrer Nähe zu verschaffen, können beispielsweise Tools wie der AOK Pflegeheimnavigator genutzt werden: www.aok-pflegeheimnavigator.de.

Wenn man sich dazu entscheidet, als pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim zu ziehen, sollte man sich die verschiedenen Angebote in der Umgebung ansehen und miteinander vergleichen.

Diesem Zweck dient die folgende Checkliste, welche der Seite <https://www.weisse-liste.de> entnommen wurde:

Wo will ich wohnen?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Sind Geschäfte, Restaurants, Ärzte, öffentliche Gebäude, Kultureinrichtungen leicht für mich erreichbar?		
Ist die Einrichtung für meine Angehörigen leicht erreichbar?		
Gefallen mir insgesamt die Lage und die unmittelbare Umgebung der Einrichtung?		

Wie möchte ich in der Einrichtung wohnen?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Wirkt die Einrichtung auf mich sauber, wohnlich und freundlich?		
Entspricht die technische Ausstattung meinen Ansprüchen?		
Entsprechen Belegung, Größe und Ausstattung der verfügbaren Zimmer meinen Vorstellungen?		

Kann ich alltägliche Gewohnheiten beibehalten?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Bietet das Essensangebot eine für meine Bedürfnisse vielfältige und ansprechende Auswahl?		
Kann ich jederzeit Speisen und Getränke bekommen?		
Kann ich frei entscheiden, wann ich aufstehe, esse und zu Bette gehe?		
Gibt es eine Auswahl an Beschäftigungsangeboten, die meinen Interessen und Wünschen entsprechen?		

Wie wird gepflegt und wer betreut mich?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Steht für mich und meine		

Angehörigen eine Pflegekraft als fester Ansprechpartner zur Verfügung?		
Wird die Pflege und Betreuung auf meine individuelle Situation und meine Bedürfnisse abgestimmt?		
Bin ich mit der beruflichen Qualifikation der Pflegekräfte zufrieden?		

Was wird getan, um meine Gesundheit zu stärken?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Bietet das Heim regelmäßig Sprechstunden, Arztvisite etc. mit Haus- und Fachärzten in den Räumen der Einrichtung an?		
Unterstützt mich die Einrichtung, wenn ich durch meine bisherigen, vertrauten Ärzte behandelt werden will?		
Können neben den ärztlich verordneten Therapien weitere Angebote in der Einrichtung wahrgenommen werden?		

Welche finanziellen Belastungen kommen auf mich zu?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Sind für mich wichtige alltägliche Serviceleistungen inklusive?		
Sind alle Leistungen und damit verbundene Kosten für mich verständlich und nachvollziehbar?		
Wurde ich über Finanzierungsmöglichkeiten umfassend und kompetent informiert?		
Welche Kosten kommen insgesamt, also inkl. gewünschter Zusatzleistungen, auf mich zu?		

Welche besonderen Angebote hat die Einrichtung für Demenzkranke?	Pflegeheim 1	Pflegeheim 2
Hat das Personal eine Zusatzausbildung für die Betreuung von demenzkranken Menschen?		
Gibt es eine flexible Tagesgestaltung, so dass z.B.		

morgens ausgeschlafen oder bei Schlafstörungen ein Nachtcafé besucht werden kann?		
Bietet die Einrichtung einen eigenen Wohnbereich an, der nur auf die Bedürfnisse von demenzkranken Bewohnern ausgerichtet ist?		
Besteht die Möglichkeit, an gewohnten Alltagsaktivitäten, wie z. B. in der Küche helfen, teilzunehmen?		
Werden Vorgeschichte und Wünsche der Demenzkranken in der Pflegeplanung und Tagesgestaltung berücksichtigt?		

Tabelle: Checkliste Pflegeheime

8.2 Was sind Altenheime?

Unter Altenheimen werden Wohneinrichtungen zur Betreuung und Pflege von alten Menschen verstanden. Im Gegensatz zum Pflegeheim steht nicht die Pflege der Personen im Vordergrund, sondern die soziale Integration und Betreuung. Da allerdings sehr viele alte Menschen auch pflegebedürftig sind, werden die Begriffe Altenheim und Pflegeheim häufig wie Synonyme verwendet.

Zusätzlich wird der Begriff Altenheim als Überbegriff für verschiedene Arten von Wohneinrichtungen benutzt. So gibt es das „Altenwohnheim“, eine Einrichtung in dem der Bereich „Wohnen“ das größte Gewicht hat und andere Leistungen nur in einem geringen Umfang in Anspruch genommen werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner leben weitgehend selbstbestimmt und es wird auf eine barrierefreie Wohnumgebung geachtet. Im eigentlichen „Altenheim“ überwiegt das selbstbestimmte Leben ebenfalls, allerdings werden Dienstleistungen wie Saubermachen, Aufräumen und Speiseversorgung meistens in Anspruch genommen und es gibt keinen eigenen Haushalt mehr. Letztlich gibt es noch das „**Altenpflegeheim**“, eine Einrichtung die die stationäre Pflege ausgeprägt pflegebedürftigen älteren Menschen anbietet. Diese Einrichtung ist die verbreitetste in Deutschland.

Viele Bewohnerinnen und Bewohner kritisieren den Begriff „Altenheim“, weil sie den Begriff als ausgrenzend und einschränken empfinden. Sie gehen lieber in „Einrichtungen für Betreutes Wohnen“, also Gebäude oder Siedlungen mit Seniorenwohnungen, die eine regelmäßige Betreuung oder eine Betreuung auf Abruf anbieten. Allerdings sind „Einrichtungen für Betreutes Wohnen“ nicht normiert, was zur Folge hat, dass es zwischen den verschiedenen Einrichtungen große Unterschiede geben kann.

8.3 Wie beantrage ich eine vollstationäre Pflege und welche Leistungen stehen mir zu?

Zuerst muss ein (formloser) Antrag auf Anerkennung der Notwendigkeit der vollstationären Pflege für die pflegebedürftige Person bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden. Hat die zuständige Pflegekasse die Notwendigkeit der Pflegeheimunterbringung durch Bescheid anerkannt und die Einstufung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit vorgenommen, kann die Aufnahme in eine vollstationäre Pflege erfolgen.

Hinweis für Beihilfeberechtigte:

Dieser Bescheid dient als Entscheidungsgrundlage hinsichtlich der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die vollstationäre Pflege und sollte umgehend an die für Sie zuständige Beihilfestelle zugesandt werden!

Die vollstationäre Pflege umfasst das Heimentgelt für die Pflegeleistung, für medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung. Der Leistungsrahmen der Pflegeversicherung umfasst je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit Aufwendungen für Pflegeleistungen in nachfolgendem Umfang:

Pflegegrad	Leistungen für vollstationäre Pflege pro Monat (in €)
Pflegegrad 1	125
Pflegegrad 2	770
Pflegegrad 3	1262
Pflegegrad 4	1775
Pflegegrad 5	2005

Tabelle: Pflegegrad und Leistungen für vollstationäre Pflege

Wichtige Info:

- Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten bleiben von der Pflegeversicherung unberücksichtigt!
- Zur Deckung der Investitionskosten kann Pflegewohngeld bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen (nach §72Abs.1SGB XI) genutzt werden!

(Vgl.: Merkblatt BVO vollstationäre Pflege-01/2017)

Info für Beihilfeberechtigte:

Leistungsansprüche gegenüber der Beihilfestelle werden in Punkt 9.5. ausführlich erörtert.

8.4 Wie setzen sich die Kosten eines stationären Pflegeheimes zusammen?

Im folgenden Beispiel sind die Kosten eines Pflegeheims anhand einer **fiktiven** Zusammensetzung aufgeschlüsselt:

Pflege-grad	Pflegebedingter Anteil pro Tag	Ausbildungs-umlage pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten pro Tag	Zuschlag Einzelzimmer pro Tag	Betreuungskosten pro Monat
1	32,01 €	3,67 €	19,19 €	14,87 €	18,51 €	1,12 €	164,88 €
2	50,51 €	3,67 €	19,19 €	14,87 €	18,51 €	1,12 €	164,88 €
3	72,78 €	3,67 €	19,19 €	14,87 €	18,51 €	1,12 €	164,88 €
4	95,92 €	3,67 €	19,19 €	14,87 €	18,51 €	1,12 €	164,88 €
5	108,51 €	3,67 €	19,19 €	14,87 €	18,51 €	1,12 €	164,88 €

Pflegegrad	Gesamtkosten pro Tag Einzelzimmer	Gesamtkosten pro Monat Einzelzimmer (Faktor x 30,42)	Leistungen <u>Pflegeversicherung</u> vollstationäre Pflege monatlich	Eigenanteil abzüglich voller Leistungsbezug der Pflegeversicherung
1	94,79 €	2883,51 €	125 € (Ersatzleistung)	2758,51 €
2	113,29 €	3446,28 €	770 €	2676,28 €
3	135,56 €	4123,74 €	1262 €	2861,74 €
4	158,70 €	4827,65 €	1775 €	3052,65 €
5	171,29 €	5210,64 €	2005 €	3205,64 €

Bei der Unterbringung wird nicht zwischen 1. und 2. Klasse unterschieden. Betreuungskosten werden pauschal pro Monat berechnet während die anderen Leistungen nach tatsächlichem Verbrauch berechnet werden.

8.5 Welche Leistungen stehen einer beihilfeberechtigten Person bei vollstationärer Pflege zu?

Der Leistungsanspruch für Beihilfeberechtigte bei vollstationärer Pflege umfasst das Heimentgelt für die vollstationäre Pflege, für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.

„Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, einschließlich der Zusatzleistungen sowie Investitionskosten, werden als Beihilfe gezahlt, soweit sie folgenden Eigenanteil übersteigen:

Bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und seiner Angehörigen

- 50% des um 400 € verminderten Einkommens

Bei Beihilfeberechtigten mit

- einem Angehörigen 30%
- mit mehreren Angehörigen 25%“

des um 600 € – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 450 € – verminderten Einkommens.“

(Zitat: Merkblatt BVO NRW, vollstationäre Pflege-01/2017, S. 4 u.5)

Hinweis:

- Angehörige im Sinne des § 5c, Abs. 2, Satz 2 BVO sind
 - a) der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner/die eingetragene Lebenspartnerin des Beihilfeberechtigten/der Beihilfeberechtigten (auch wenn der Beihilfeberechtigte/die Beihilfeberechtigte, Lebenspartner/die eingetragene Lebenspartnerin keine Beihilfe beantragen kann, z. B. gem. § 2 Abs.1, Nr. 1 Buchst. b BVO)
 - b) die Kinder, für die der Beihilfeberechtigte/die Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 2 BVO Aufwendungen geltend machen kann oder geltend machen könnte, wenn sie nicht selbst beihilfeberechtigt wäre (vgl. Erl. 18 – 20 Kommentierung Mohr/Sabolewski zu § 2 BVONRW)
- Das Einkommen vermindert sich um 400 € wenn der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte alleinstehend (ledig, geschieden, verwitwet) oder ein pflegebedürftiger Familienangehöriger ebenfalls im Pflegeheim ist. Bei dem um 400 € verminderten Einkommen wird ein Eigenanteil von 50 % bemessen.
- Das Einkommen vermindert sich um 450 € wenn der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte im Ruhestand ist und ein weiterer beihilfeberechtigter berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger existiert. Bei dem um 450 € verminderten Einkommen wird ein Eigenanteil von 30 % bemessen. Bei mehreren Angehörigen betrüge der Eigenanteil 25 %.
- Das Einkommen vermindert sich um 600 €, wenn der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte als aktiver Beamter im Pflegeheim ist und mehrere weitere beihilfeberechtigte berücksichtigungsfähige Familienangehörige existieren. Bei dem um 600 € verminderten Einkommen wird ein Eigenanteil von 25 % bemessen; bei nur einem Angehörigen wären dies 30 %.

Der errechnete Eigenanteil hat nichts mit dem Bemessungssatz der Beihilfe zu tun!

Dem folgenden Beispiel liegen die Sätze aus dem Musterpflegeheim (siehe Punkt 8.4) zugrunde.

Beispiel

Der Antragssteller Herr Mustermann ist beihilfeberechtigt, im Ruhestand, alleinstehend. Er hat den Pflegegrad 2.

Herr Mustermann hat folgendes Einkommen:

Versorgungsbezüge:	2388,58 €
<u>Rente:</u>	<u>351,91 €</u>
Gesamteinkommen:	2740,49 €

Da der Antragsteller alleinstehend ist, wird das Einkommen um 400,00 € vermindert.

Gesamteinkommen:	2740,49 €
<u>Einkommensminderung:</u>	<u>-400,00 €</u>

Berechnungsgrundlage (Beihilfe): 2340,49 €

Der Eigenanteil wird von dem um 400 € verminderten Einkommen berechnet.

Nun wird das Einkommen um 50% gemindert, um den Eigenanteil zu erhalten.

Einkommen	2340,49 €
50% (2340,49€ ./ 100 x 50%)	1170,25 €.

Der Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten im Pflegeheim beträgt **1170,25 €**.

Beihilfeberechnung für die Pflegekosten:

pflegebedingte Aufwendungen	1536,51 €
Ausbildungsumlage	111,64 €
<u>Betreuungsleistungen</u>	<u>164,88 €</u>
Gesamtbetrag:	1813,03 €

Hierauf wird der Beihilfebemessungssatz in Höhe von 70 % angewendet:

Gesamtbetrag: 1813,03 €

70% (1813,03 € ./ 100 x 70%) 1269,12 €

Die Beihilfe zu den Pflegekosten beträgt **1269,12 €**.

Beihilfeberechnung zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten:

Unterkunft: 583,76 €

Verpflegung: 452,35 €

Investitionskosten: 563,07 €

Einbettzimmerzuschlag: 34,07 €

Gesamtbetrag: **1633,25 €**

Der errechnete Eigenanteil beträgt 1170,25 €. Die Kosten zu Unterkunft, Verpflegung und den Investitionskosten die diesen Eigenanteil übersteigen werden in voller Höhe ausgezahlt!

Eigenanteil: 1170,25 €

abzüglich Kosten für Unterkunft,

Verpflegung und Investitionskosten: - -1633,25 €

Rest: - 463,00 €

Die Beihilfe beträgt: **463,00 €**

Die Beihilfe zu den Pflegekosten beträgt monatlich: **1269,12 €**

Gesamtbeihilfe monatlich: 1732,12 €

Leistungen der Pflegeversicherung:

Pflegegrad 2, vollstationäre Pflege 770,00 €

30% (770 € ./ 100 x 30%): 231,00 €

Gesamtbetrag der Pflegeversicherung: 231,00 €

Gesamtrechnung:

Gesamtkosten Altenpflegeheim: 3446,28€

abzüglich Gesamtbeihilfe: 1732,12 €

abzüglich Leistung Pflegeversicherung: 231,00 €

Eigenanteil: 1483,16 €

Herr Mustermann zahlt bei vollstationärer Pflege, bei Pflegegrad 2, wie in obigem Beispiel aufgeführt, einen Eigenanteil von monatlich **1483,16 €**.

Info:

Zur Finanzierung der Investitionskosten bei vollstationärer Pflege kann in Nordrhein-Westfalen Pflegewohngeld beantragt werden.

(aus: Merkblatt BVO NRW ,vollstationäre Pflege-01/2017,S. 4 u.5)

8.6 Was versteht man unter Einkommen im beihilferechtlichen Sinne?

„Einkommen im beihilferechtlichen Sinne sind:

- (Brutto) Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne variable Bezügebestandteile, sowie
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer
- Alters- oder Hinterbliebenenversorgung und das
- Erwerbseinkommen des Beihilfeberechtigten

Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten/der Beihilfeberechtigten die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung sowie das Erwerbseinkommen des Ehegatten hinzuzufügen.

Erwerbseinkommen sind in diesem Zusammenhang:

- Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit,
- aus Gewerbebetrieb
- aus Land-und Forstwirtschaft
- aus Lohnfortzahlungen
- Erwerbseinkommen aus geringfügiger Tätigkeit (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz. Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt.“

(Zitat: Merkblatt BVO vollstationäre Pflege-01/2017,S.6)

8.7 Was ist Pflegewohngeld und wer kann es erhalten?

Pflegewohngeld wird nur den vollstationären Einrichtungen bzw. dem Bewohner/der Bewohnerin bei vollstationärer Pflege gewährt.

Bei Pflegebedürftigen, die vollstationär im Heim versorgt werden, zahlt der Heimbewohner die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten selber. In NRW übernimmt bei Bedarf das Sozialamt (anteilig) diese Investitionskosten,

indem es den Heimbewohnern ein Pflegewohnngeld bewilligt. Beim Pflegewohnngeld handelt es sich um eine bewohnerbezogene Förderung einzelner Pflegeeinrichtungen.

Das Pflegewohnngeld kann bis zur Höhe der tatsächlichen Investitionskosten der jeweiligen Pflegeeinrichtung gewährt werden. Die Voraussetzungen, um Pflegewohnngeld zu erhalten, sind nicht mit den Voraussetzungen für den Bezug von Sozialhilfe vergleichbar!

Pflegewohnngeld kann ab dem 1. Pflegegrad beantragt werden.

Die Antragstellung für das Pflegewohnngeld stellen in der Regel die Pflegeheime, dies kann aber auch von der pflegebedürftigen Person oder deren Angehörige erfolgen.

8.7.1 Welche Voraussetzungen müssen beim Erhalt von Pflegewohnngeld vorliegen und wie erfolgt eine Antragsstellung?

Die Antragsstellung kann formlos bei dem zuständigen Sozialamt erfolgen. Dem Antrag sind beizufügen: ein Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person und ggfs. des nicht getrennt lebenden Ehegatten/Lebenspartner/der nicht getrennt lebenden Ehegattin/Lebenspartnerin, das Heimentgelt des jeweiligen Heimes mit der Aufschlüsselung der Investitionskosten, das Vermögen des Pflegebedürftigen/der Pflegebedürftigen und des nicht getrennt lebenden Ehegatten/Lebenspartners/der nicht getrennt lebenden Ehegattin/Lebenspartnerin, die jeweilige Leistung der Pflegeversicherung und (ergänzenden) Beihilfe.

Verbraucherinfo der Verbraucherzentrale NRW

- *Anträge sind bei den für den Standort des Heims zuständigen Kreisen bzw. kreisfreien Städten zu stellen. Diese haben das Geld bereitzustellen, das als Pflegewohnngeld ausbezahlt ist. Lediglich bei Berechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) sind die Landschaftsverbände - Hauptfürsorgestelle – zuständig.*
- *Für alle Pflegebedürftigen in Einrichtungen in NRW kann vom Heim ein Antrag gestellt werden. Pflegebedürftige, die vor der Heimaufnahme nicht in NRW gelebt haben, erhalten Pflegewohnngeld nur, wenn Verwandte ersten oder zweiten Grades in dem Kreis bzw. der kreisfreien Stadt leben, in dem/der die Pflegeeinrichtung liegt.*
- *Für Pflegebedürftige aus NRW, die heute in Einrichtungen in anderen Bundesländern leben, erhalten die Heime gegebenenfalls eine Förderung nach der dortigen Landesregelung.*
- *Pflegewohnngeld erhalten alle Heime, die durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages eine Zulassung als Pflegeeinrichtung haben und gleichzeitig die Qualitätsanforderungen für die räumliche Ausstattung von Pflegeeinrichtungen erfüllen.*
- *Neben dem Einkommen, wird auch das Vermögen der Pflegebedürftigen mit in die Berechnung der Höhe des Pflegewohnngeldes einbezogen (Barvermögen erst*

ab 10.000 €, monatlicher Selbstbehalt 50 €).

- *Kinder von Pflegebedürftigen werden nicht zur Finanzierung der Investitionskosten herangezogen.*
- *Das vom Ehepartner bewohnte Eigenheim muss wegen der Finanzierung der Investitionskosten nicht verkauft werden. Nicht selbst bewohnte Eigenheime müssen nicht zwangsläufig verkauft werden - auch Mieteinnahmen können zur Refinanzierung der Investitionskosten eingesetzt werden.*

(vgl.: Verbraucherzentrale NRW

http://www.vzbv.de/sites/default/files/mediapics/verbraucherinfo_sozialhilfe_wohngeld.pdf)

Weitere Informationen erhalten Sie im zuständigen Sozialamt oder unter der Homepage des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (unter folgendem Link: https://www.biva.de/wp-content/uploads/Ver%C3%A4nderte-Regelungen-Investitionskosten_Dirk-Suchanek_MGEPA.pdf)

8.8 Gibt es Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen?

Wer bei Pflegebedürftigkeit nicht alleine leben, aber auch nicht in ein Pflege- oder Altenpflegeheim ziehen möchte, kann in eine ambulant betreute Senioren-WG ziehen. Mittlerweile gibt es solche WGs in ganz Deutschland, einige von ihnen sind von Privatpersonen und andere von Pflegediensten oder anderen Trägern gegründet worden. Es gibt mehrere Modelle der Wohngruppen.

Die klassische Wohngruppe ist wie eine normale WG aufgebaut, das heißt pflegebedürftige Senioren leben zusammen und teilen sich die Miete und die Verwaltung der Wohnung oder des Hauses. Jeder hat sein eigenes Zimmer, Bad und Küche werden gemeinsam genutzt. Diese Art von Zusammenleben eignet sich besonders für kontaktfreudige Personen, die gerne selbstbestimmt leben wollen.

Es gibt auch die Möglichkeit eine Hausgemeinschaft zu gründen. Diese Form des Zusammenlebens meint, dass jede Partie seine eigene Wohnung hat und ein eher nachbarschaftliches Verhältnis zwischen den Bewohnern besteht, aber trotzdem sehr viel Wert auf Zusammensein gelegt wird. Die Umstellung, die eine zuvor allein wohnende Person durchmachen muss, wird dadurch minimiert und man behält seine komplette Privatsphäre. Zusätzlich kann es einige Dinge vereinfachen, da jeder Mieter seinen eigenen Mietvertrag/Eigentumswohnung hat.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind in der Regel von Wohlfahrtsverbänden oder Pflegediensten gegründete Wohngemeinschaften. Diese Form der Wohngruppe ist eine Alternative für pflegebedürftige Menschen, die nicht in ein Pflegeheim ziehen möchten. Die Raumnutzung gleicht der klassischen Wohngemeinschaft, allerdings werden die Bewohner durch Pflegekräfte begleitet, die Haushalt, Versorgung und Gruppenaktivitäten koordinieren.

Auch für demenzkranke Menschen können Wohngemeinschaften eine Alternative zu Pflegeheimen sein. Wenn hauswirtschaftliche Tätigkeiten von den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht mehr selber ausgeführt werden können, kann ein Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe damit beauftragt werden, allerdings ist die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an solchen Tätigkeiten empfehlenswert. Ein strukturierter Alltag ist ebenfalls wichtig, so sollte man mit den Bewohnerinnen und Bewohnern klären, wann bestimmte gemeinsame Aktivitäten durchgeführt werden.

Hinweis:

Gerade für psychisch kranke Menschen kann das Wohnen in einer Wohngruppe sehr zur Steigerung der Lebensqualität beitragen. In vielen Städten gibt es deshalb spezielle Wohngruppen für psychisch kranke Menschen. Weitere Informationen erhalten Sie bei den Sozialpsychiatrischen Diensten, die in der Regel bei den Kommunen verortet sind.

8.8.1 Vor- und Nachteile von Wohngruppen

Wie bei jeder Unterbringungsart gibt es auch bei den Wohngruppen Vor- und Nachteile.

Die Vorteile einer Wohngruppe umfassen:

- Eine eigenständige Lebensweise, ohne die Privatsphäre zu verlieren
- Alterseinsamkeit wird entgegengewirkt
- Man kann gemeinsam mit anderen Menschen Mahlzeiten einnehmen, Unternehmungen machen, kochen, lachen und trauern
- Jeder/Jede hat die Möglichkeit sich in sein Zimmer/in seine Wohnung zurückzuziehen
- Die Fähigkeiten und Persönlichkeiten der WG-Mitglieder ergänzen sich möglicherweise
- Es kommt zu einem sozialen Zusammenleben und einem Austausch
- Der Besuch von Familienmitgliedern kann die komplette Wohngemeinschaft bereichern
- Kosten können geteilt werden
- Ein Pflegedienst kann die Gruppe gemeinsam betreuen
- Die Miete ist meistens geringer als in einer Einzelwohnung
- Jedes WG-Mitglied erhält Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (seit 2015 sind dies einmalig 4000 € pro Person aber maximal 16.000 € pro Wohngemeinschaft).

Die Nachteile einer Wohngruppe umfassen:

- Gemeinsames Wohnen erfordert Rücksicht auf andere Menschen, dies kann eine große Umstellung darstellen, wenn eine Person zuvor lange alleine oder mit ihrem Partner/ihrer Partnerin zusammengelebt hat
- Man muss viel Kraft für Kommunikation aufbringen
- Wenn wenig Kompromissbereitschaft an den Tag gelegt wird, führt dies schnell zu zwischenmenschlichen Problemen
- Es ist oft nicht leicht, ein behindertengerechtes/barrierefreies Haus oder eine Wohnung zu finden
- Es kann zu hoher psychischer Belastung kommen, wenn der Alltag der Gruppe aufgrund des fortgeschrittenen Alters durch Pflegebedürftigkeit, Krankheit, Trauer und Tod bestimmt ist.

Wenn sich eine pflegebedürftige Person dazu entscheidet, in eine Wohngruppe zu ziehen, können entweder Portale im Internet genutzt werden, um ein Zimmer in einer bereits bestehenden WG zu finden, oder sie gründet eine neue Wohngruppe. Dazu müssen natürlich geeignete Mitbewohner gefunden werden, mit denen man sich zusammen auf die Eigenschaften, die eine Wohnung oder ein Haus haben muss, einigt. Bei der Suche nach einer geeigneten Immobilie sollte man sich Zeit lassen. Die Gründung einer Wohngruppe bietet sich beispielsweise auch für verwitwete Menschen an, die ein großes Haus oder eine geräumige Wohnung besitzen und nicht alleine wohnen wollen.

Der Leistungsanspruch der Pflegekasse gegenüber richtet sich nach der gewählten Wohngruppenform. Sind die gleichen Voraussetzungen gegeben wie in einer stationären Altenpflegeeinrichtung, so gelten diese Sätze.

Handelt es sich um eine **Wohngruppenform** die durch die **Pflegeversicherung anerkannt ist**, können **zusätzlich** zur Pflegesachleistung und/oder zum Pflegegeld noch Leistungen **bei der Pflegeversicherung und der Beihilfe von** monatlich insgesamt **214 €** beantragt werden!

9 Besondere Pflegesituationen

9.1 Worauf muss ich bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus achten?

Pflegebedürftige Menschen erfahren bei einem Krankenhausaufenthalt eine rundum Versorgung. Oft machen Sie oder ihre Angehörige sich Sorgen, wie es nach dem Krankenhausaufenthalt weiter gehen soll, weil sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat und körperliche, geistige und psychische Einschränkungen eine Hilfsbedürftigkeit erfordern und die vorherige Selbstständigkeit nicht mehr besteht. In fast allen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken kann hier eine Beratung durch den Sozialdienst Abhilfe schaffen. Der Sozialdienst im Krankenhaus, oder in der Rehaklinik, arbeitet eng mit anderen Diensten und Einrichtungen zusammen, beispielsweise mit den Pflegestützpunkten oder Betreuungsbehörden. Damit Betroffene die neue und schwierige Lebenssituation gut bewältigen können, ist die professionelle Unterstützung des Sozialdienstes der Kliniken äußerst hilfreich und sollte deshalb so früh wie möglich einbezogen werden. So kann es zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt sinnvoll sein, in die stationäre Kurzzeitpflege zu gehen, damit das Wohnumfeld behindertengerecht gestaltet werden kann, oder damit die Angehörigen überlegen können wie die häusliche Pflege organisiert werden kann. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialdienste in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen verfügen über umfangreiche Kenntnisse speziell um die pflegerische Überleitung - die sogenannte Pflegeüberleitung - vom Krankenhaus nach Hause zu ermöglichen. Durch dieses Hilfsangebot werden Patientinnen/Patienten und deren Angehörige bei der Entscheidungsfindung, wie es nach dem Krankenhausaufenthalt weiter gehen kann, professionell und ohne wirtschaftliches Interesse unterstützt!

9.2 Worauf muss ich achten, wenn mein Angehöriger Demenz hat?

Viele Angehörige, aber auch Betroffene, möchten trotz der Diagnose „Demenz“ gerne in ihrem gewohnten Umfeld wohnen bleiben. Die gewohnte Umgebung stellt gerade für demenziell erkrankte Menschen oft eine Sicherheit da, weil alles vertraut ist. Im Anfangsstadium der Erkrankung kann das Leben in der gewohnten Umgebung für alle Beteiligten eine gute Lösung sein, empfehlenswert ist es jedoch sich frühzeitig ein Netzwerk von „Unterstützern“ zuzulegen. Dies können sowohl professionelle Helferinnen und Helfer sein oder auch Angehörige und Ehrenamtliche. Wichtig ist, das Fortschreiten der Erkrankung zu erkennen und entsprechend zu handeln. Je mehr das Gedächtnis eines demenzkranken Menschen nachlässt, desto umfangreicher wird die Unterstützung, die er braucht. Besonders schwierig ist es für Angehörige emotional, wenn der demenziell erkrankte Mensch sie nicht mehr erkennt. Die vormals bestandene Beziehung und Bindung zwischen der pflegebedürftigen Person und dem Angehörigen/der Angehörigen kann sprichwörtlich in Vergessenheit geraten. Demenziell erkrankte Menschen können als Folge der Erkrankung auch in der Kommunikation schwierig und aggressiv werden,

dies kann zum einem daran liegen, dass sie ihre Begrenzung noch selber wahrnehmen und damit hadern und zum anderen, dass sie auf Grund der Erkrankung emotional und kognitiv nicht mehr in der Lage sind, angepasst auf eine Situation zu reagieren. Für betroffene Pflegepersonen ist es wichtig, hier auch die eigenen Grenzen und das Machbare im Auge zu haben.

Tipps und Informationen:

- Wenn ein demenziell erkrankter Mensch in häuslicher Umgebung lebt, können bei allen Pflegegraden auch die Mittel zur Wohnraumverbesserung in der Höhe bis zu 4000 € bei den Pflegeversicherungen und der Beihilfe beantragt werden.
- Hilfreiche und praxisnahe Informationen zum Thema Demenz, u. a. mit einer Grafik einer demenzgerechten Wohnung, finden Sie unter folgendem Link des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung/familiaere-pflege.html>
- Die frühzeitige und gut sichtbare Beschilderung mit Symbolen z. B. für die Küche, die Besteckschublade usw. erleichtert es demenziell Erkrankten erheblich, sich länger in der häuslicher Umgebung zurecht zu finden.
- Das frühzeitige Ausräumen möglicher Gefahrenquellen und die Erhöhung von Sicherheitsvorkehrungen wie: Kerzen durch elektronische Kerzen zu ersetzen, Licht- oder Signalstreifen an Treppenstufen anzubringen, Medikamente, Putzmittel und giftige Materialien nicht unverschlossen aufzubewahren, Schlüssel möglichst aus allen Türen zu entfernen, damit die Pflegeperson sich nicht ungewollt einschließt, Zugangsmöglichkeit in die Wohnung/ das Haus sicherstellen, falls ein Notfall besteht, ggfs. Armband oder Ähnliches mit Namen und Kontaktdaten versehen, falls die demenziell erkrankte Person sich verläuft.
- Im Rhein-Erft-Kreis gibt es ein ganz besonderes Angebot an Beratung unter dem Motto „Für Sie ins Quartier-mobile Demenzberatung“. Im Rahmen der mobilen gerontopsychiatrischen Beratung werden Angehörige von Menschen mit Demenz vor Ort beraten. Dies bedeutet, dass die professionellen Beraterinnen und Berater des Kreises mit einem speziellen Fahrzeug einzelne Quartiere der kreisangehörigen Städte anfahren und dort für die kostenfreie Beratung zur Verfügung stehen.
- Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist während der Beratung durch speziell qualifizierte Personen gewährleistet. *Weitere Infos hierzu finden Sie unter folgendem Link:* <http://www.für-sie-ins-quartier.de>.

- Demenziell erkrankte Personen verlieren oft die Orientierung und verlaufen sich dann schnell. Neben einem Ausweis ist ein Hinweis auf die Erkrankung und die Anschrift der Person sowie die Kontaktdaten einer Vertrauensperson eine große Hilfe.

9.3 Welche Besonderheiten gibt es in der Pflegesituation bei Krebserkrankungen zu bedenken?

Die Diagnose einer Krebserkrankung stellt für Betroffene und Angehörige eine besondere Herausforderung dar, da je nach Form der Erkrankung die Prognose denkbar schlecht sein kann. Auch bei tendenziell positiven Prognosen bestehen meistens große Ängste. Der bevorstehende Behandlungsprozess und die damit einhergehenden Begleiterscheinungen sind nicht nur für die betroffene Person, sondern auch für Angehörige emotional schwer zu verkraften.

Häufig treten neben der Sorge um die erkrankte Person auch Ängste auf, dass nahe Verwandte eine genetische Disposition haben, selber zu erkranken. Neben der Fürsorge für die pflegebedürftige angehörige Person spielt deshalb auch die Selbstfürsorge des nahen Angehörigen für diese Pflegesituation eine besonders wichtige Rolle. In dieser besonderen Pflegesituation ist es deshalb empfehlenswert, sowohl professionellen medizinischen Rat (auch um das vorhandene genetische Risiko abzuklären) wie auch psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen. Sehr hilfreich kann eine systemische Familienberatung in dieser Situation sein, um gemeinsam und ganzheitlich einen Umgang als Familie mit der Erkrankung zu finden.

Das Wissen darum, wie bestimmte Krebsarten entstehen und wie sich diese vermeiden lassen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Gleichzeitig haben sich die Behandlungsmöglichkeiten und die Chancen einer Gesundung sehr verbessert.

Hinweis

- frühzeitig erkannt, ist eine Krebserkrankung in den meisten Fällen behandelbar. Nutzen Sie die gebotenen Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen damit eine Früherkennung möglich ist.
- Risikofaktoren wie Rauchen, übermäßige Sonneneinstrahlung, starkes Übergewicht, mangelnde Bewegung, Alkohol, Arbeitsplätze mit hohen Schadstoffbelastungen und ungesunde Ernährung begünstigen eine Erkrankungsmöglichkeit.

9.4 Welche Hilfe bieten „Stroke Units“ (Schlaganfall)?

Stroke Units sind spezielle Einheiten in Krankenhäusern, welche sich auf die akute Behandlung von Schlaganfällen spezialisiert haben. Wörtlich übersetzt heißt der Begriff etwa so viel wie „Schlaganfall-Einheit“. In Deutschland gibt es in über 200 Krankenhäusern solch eine Abteilung, die erste wurde 1990 eingerichtet.

Auf einer Stroke Unit befindet sich ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Neurologen, Internisten, Kardiologen, Neuro- und Gefäßchirurgen sowie Radiologen.

Die Schlaganfallpatienten werden in Hinblick auf Atmung, Herz-Kreislauf, Flüssigkeitshaushalt, Blutzucker und Temperatur sehr genau überwacht. Abweichungen von den Normwerten können so umgehend erkannt und behandelt werden.

Wenn man einen Schlaganfall hat, ist der Zeitraum von einigen Stunden nach diesem Ereignis ausschlaggebend für den weiteren Verlauf. Aus diesem Grund sollte man bei Verdacht auf einen Schlaganfall keine Zeit verlieren. Wenn die passende Behandlung schnell erfolgt, kann das potentielle Nachspiel eines Schlaganfalls vermindert oder sogar verhindert werden.

Wichtige Information:

F.A.S.T. Test zur Früherkennung eines Schlaganfalles. Mithilfe dieses Testes können Sie im Notfall schnell feststellen ob ein Verdacht auf einen Schlaganfall besteht und umsichtig reagieren. Er kann somit eine große Hilfe für einen Menschen im Falle eines Schlaganfalls sein.

- Face ->Ist das Gesicht einseitig gelähmt? Bitten Sie die Person zu lächeln!
- Arms->Ist die Armbewegung eingeschränkt? Bitten Sie die Person die Arme zu heben und diese zu drehen!
- Speech->Ist die Sprache unklar/verwaschen? Bitten Sie die Person einen einfachen Satz nachzusprechen!
- Time -> Sollte die Person nur bei einem der genannten Ausübungen Schwierigkeiten haben, rufen Sie sofort den Notarzt unter 112 an!

Auf folgender Homepage der deutschen Schlaganfallhilfe finden Sie umfangreiche Informationen und Kontaktanschriften: <http://www.schlaganfallhilfe.de/home>

9.5 Was sollte in der letzten Lebensphase beachtet werden?

Der bewusste Abschied für „immer“ von einem geliebten Menschen ist eine sehr kostbare und intensive Zeit im miteinander.

Viele Menschen möchten gerne bis zuletzt in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und auch Zuhause sterben. Da häufig eine Schmerztherapie nötig ist, kann in dieser Phase die Unterstützung der ambulanten Palliativpflegedienste sehr helfen. Die ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen nicht nur die medizinische Versorgung der zu pflegenden Person vor, sondern sind auch speziell geschult, bei der psychischen Bewältigung der Situation zu unterstützen. Da häufig mehrere nahe Verwandte den Sterbenden/die Sterbende begleiten möchten, ist es wichtig auch hier auf die Grenzen des Machbaren zu achten. Sterbenskranke Menschen haben oft den Blick nach innen gerichtet und das Interesse an der Außenwelt verloren, viele sind auch sehr müde und es kostet sie unendlich viel Kraft sich auf Gespräche einzulassen. Angehörige sollten gerade in dieser Zeit auch auf sich selber achten und eigenen Bedürfnissen nachgehen um Kraft zu tanken.

Der ambulante Hospizdienst stellt eine weitere Alternative dar (z. B. der Caritas, der Diakonie) und kann ein wichtiger und wertvoller Begleiter in der letzten Lebensphase sein. Er besteht aus ausgebildeten, ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und –begleitern und wird von hauptamtlichen Pflegefachkräften mit palliativpflegerischer Weiterbildung koordiniert.

Im Hospiz sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestens auf die Versorgung eines Menschen in der letzten Lebensphase eingestellt. Nicht nur gute medizinische Vorkehrungen gegen Schmerzen, sondern auch seelsorgerische Unterstützung für den sterbenden Menschen und seine Angehörigen und die räumliche Ausstattung weisen auf eine professionelle und würdevolle Begleitung in der letzten Lebensphase hin. Trotzdem kann es keine Empfehlung geben was für den Sterbenden oder die Angehörigen der beste Weg in der letzten Lebensphase ist. Dies bleibt bis zum Schluss eine individuelle Entscheidung.

Hinweis: In der letzten Lebensphase gelten besondere Freistellungsmöglichkeiten für Angehörige!

10 Weitere finanzielle Leistungen/Kostenträger im Pflegefall

10.1 Wann hilft mir die Sozialhilfe?

Was macht man, wenn das erhaltene Pflegegeld nicht ausreicht, um die anfallenden Pflegekosten zu tragen und man zusätzlich nur eine kleine Rente oder ein kleines Einkommen hat oder durch andere Faktoren schon finanziell belastet ist?

Das Sozialamt zahlt Pflegegeld im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“, also dazu, dass eine pflegebedürftige Person eine Pflegekraft bezahlen kann. „Hilfe zur Pflege“ beruht auf den §§ 61 bis 66 im SGB XII. Das Sozialamt kann die Kosten für Pflege übernehmen, wenn nicht genügend eigene finanzielle Mittel vorhanden sind und auch die Angehörigen nicht zur Zahlung herangezogen werden können. Das Sozialamt hilft wenn ...

- kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht
- die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, um die Kosten für die Pflege zu bezahlen, der Sozialhilfeträger übernimmt die nicht abgedeckten Kosten
- sonst alle weiteren Möglichkeiten auf Kostenübernahme durch andere Leistungsträger (Pflegeversicherung, Unfallversicherung) ausgeschöpft sind.

Die Kosten, die das Sozialamt übernimmt, beziehen sich auf ...

- die häusliche Pflege in Form von Pflegegeld für pflegende Angehörige
- die ambulante Pflege über Pflegedienste
- teilstationäre Tages- und Nachtbetreuung
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege
- vollstationäre Unterbringung in einem Pflegeheim
- Pflegehilfsmittel
- Verpflegung und Unterkunft in einem Pflegeheim, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden
- ein Taschengeld.

Der Antrag auf Unterstützung durch das Sozialamt kann **nicht** rückwirkend gestellt werden.

10.2 Was ist Landespflegegeld?

Das Landespflegegeld dient dem Ausgleich von behinderungsbedingtem Mehraufwand und ist, anders als Sozialhilfe, unabhängig von dem eigenen Einkommen oder Vermögen. Anspruch auf Landespflegegeld haben blinde, gehörlose und schwerbehinderte Menschen. In manchen Bundesländern werden die Wörter Blindengeld und Gehörlosengeld als Synonym für das Landespflegegeld benutzt.

10.2.1 Wie hoch fällt das Blindengeld aus und wem steht es zu?

Als blind gelten die Menschen, deren besseres Auge eine Sehschärfe von höchstens zwei Prozent hat oder eine gleichwertige Einschränkung aufweist.

Blinde Erwachsene, die **keine zusätzlichen Pflegegelder** beziehen, erhalten in NRW ein Blindengeld. Wer unter 60 Lebensjahre alt und blind ist, dem steht monatlich ein Betrag von 681,70 € als Blindengeld zu. Über 60 jährige blinde Menschen können ein Blindengeld in Höhe von 473 € beantragen.

Erhalten blinde Menschen Leistungen der Pflegeversicherung und/oder der Beihilfe wegen häuslicher Pflege, Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege, wird das Blindengeld um 170,64 Euro bei Pflegegrad 2 und um 158,05 Euro bei den Pflegegraden 3 bis 5 gekürzt. Diese Anrechnungsregelung hat der Gesetzgeber getroffen, weil der durch die Blindheit bedingte Mehraufwand teilweise bereits durch die Pflege- und Betreuungsleistungen abgedeckt wird. Trotzdem können blinde Menschen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, den Differenzbetrag von 208,70 Euro als ergänzende Blindenhilfe nach dem SGB XII erhalten, wenn Einkommen und Vermögen bestimmte Grenzen nicht überschreiten.

Beim Antrag ist eine Bescheinigung von einem Augenarzt notwendig, es sei denn, die Blindheit ist im Schwerbehindertenausweis vermerkt. Das Blindengeld wird nur auf Antrag gewährt. Der Antrag auf Blindengeld kann sowohl beim LVR als auch bei der Gemeinde- oder Kreisverwaltung eingereicht werden. Maßgebend für den Leistungsbeginn ist der Monat des Antragseingangs. Bei Vorliegen der Voraussetzungen wird die betreffende Leistung rückwirkend gewährt.

Pflegestufe	Unter 60	Über 60
Pflegegrad 2	511,06 €	302,36 €
Pflegegrade 3 und 5	523,65 €	314,95 €

Tabelle: Blindengeld bei bestehender Pflegegradeinstufung

Das Blindengeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt! (vgl. unter folgendem Link:

http://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbehinderung/blindenundgehrlosengeld/blindengeld_und_blindenhilfe/blindengeldundblindenhilfe.jsp#section-642285)

10.2.2 Wer bekommt Gehörlosengeld?

In NRW kann das Gehörlosengeld bei der kommunalen Behörde in der Abteilung Sozialhilfe oder direkt bei den Landschaftsverbänden beantragt werden. Das monatliche Gehörlosengeld beläuft sich auf 77 Euro. Für den Antrag ist eine Bescheinigung des HNO-Arztes erforderlich.

Die Voraussetzung für Gehörlosengeld ist eine angeborene oder bis zum 18ten Geburtstag aufgetretene Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit. Altersschwerhörigkeit fällt somit nicht unter die Voraussetzungen für Gehörlosengeld!

11 Gesundheitsmanagement für pflegende Angehörige

Angehörige von pflegebedürftigen Menschen, die diese versorgen und begleiten, und dies auch, wenn die Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung leben, erkranken überproportional häufig selber. Dies liegt zum einen an dem tatsächlich zu Leistenden, wie z. B. pflegen, einkaufen und organisieren, aber auch an emotionalen Anforderung, wie Trauer, Ängsten und Sorgen.

Veränderungen in der zwischenmenschlichen Beziehung, die Übernahme von Verantwortungen, das Rollenverhältnis in der Beziehung werden auf den Kopf gestellt. Dies sind gravierende Einschnitte im Leben. Wenn der Partner oder die Partnerin aufgrund der Pflegebedürftigkeit geistig, körperlich oder psychisch beeinträchtigt ist, verändert sich zwangsläufig die gemeinsame Kommunikation und der Alltag in allen Lebensbereichen.

Angehörige, die pflegebedürftige Person waschen, füttern und windeln verspüren oftmals, dass für beide Seite Grenzen der Scham überschritten werden. Für den Partner oder die Partnerin Entscheidungen treffen zu müssen, weil er oder sie dazu nicht mehr in der Lage ist, geht meistens mit einer Unsicherheit einher. Die Gestaltung des eigenen Lebens, individuelle Wünsche und Bedürfnisse, Urlaubs- und Ruhephasen treten für Pflegende oft in den Hintergrund.

Zwischenmenschliche Beziehungen sind allgemein eine Entwicklung aus den Erfahrungen, die man miteinander gemacht hat. In Pflegesituationen treten bei Angehörigen oft Gefühle auf, die auf die Beziehungsgestaltungen vor der Pflegebedürftigkeit zurückführen sind, wie z. B.:

- Wie ist er oder sie mit mir umgegangen?
- Kann und darf ich weitreichende Entscheidung für ihn oder sie treffen?
- Wie ist die Beziehung zu Geschwistern oder anderen Angehörigen, die an der Pflege beteiligt, sind untereinander?
- War die Pflegeperson liebenswert oder eher schwierig, oder beides?
- Gibt es bestehende Konflikte, die nie bereinigt wurden?
- Stehe ich in der Schuld der Pflegeperson?
- Habe ich ihr oder ihm viel zu verdanken?
-

Neben den zwischenmenschlich geprägten Beziehungen und den sich daraus abgeleiteten Verhaltensweisen und Verantwortlichkeiten spielen auch die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen an pflegende Angehörige eine große Rolle. Die Unterbringung eines Angehörigen in ein Alten- oder Pflegeheim ist oftmals gesellschaftlich negativ belegt, obwohl dies, abhängig von Fall zu Fall, für alle Beteiligten die beste Lösung sein kann. Männer und Frauen gehen mit der Organisation der Pflege anders um. Männer organisieren die Pflege häufig so, dass

ihr Berufsleben an erster Stelle steht und auch trotz Pflege noch gelingt, wobei die emotionalen Belastungen und deren Regeneration außer Acht gelassen werden. Frauen stellen die Pflege in den Vordergrund und passen ihr Berufsleben, oft mit Kürzung der Wochenarbeitszeit und Vernachlässigung der eigenen privaten Bedürfnisse, hinten an.

(Vgl: Gutachten vom BQS Institut 2014 unter folgendem Link: <https://www.bqs.de/images/Vom-Bedarf-zur-Reha--Bestandsaufnahme-zur-medizinischen-Rehabilitation-fr-pflegende-Angehörige.pdf.pdf>)

Angehörige haben aufgrund der emotionalen Beziehung und Bindung zur Pflegeperson ein großes Bedürfnis, die bestmöglichen Pflegebedingungen für die Pflegenden zu schaffen. Leider wird deshalb oftmals vergessen, dass weder die Dauer noch das Ausmaß einer Pflegebedürftigkeit genau berechenbar sind.

(Nach statistischen Angaben dauert die Pflegebedürftigkeit durchschnittlich 8,2 Jahre an und beinhaltet bei häuslicher Pflege einen zeitlichen Aufwand von ca. 3,5 Std. täglich. Vgl. Film des Ministeriums für Familie, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW <http://www.familieundberuf.nrw.de/Praxis-Handlungsfelder/Pflege>).

Da sich in der Regel die Gesundheitssituation der pflegebedürftigen Person im Laufe der Zeit verschlechtert, steigen die Anforderungen an die Pflegeperson. Um langfristig gesehen Familie, Pflege und Beruf vereinbaren zu können, ist es ratsam, sich bereits zu Beginn der Übernahme einer Pflege Gedanken zur eigenen Gesundheit zu machen und dies auch langfristig im Pflegeprozess immer wieder beizubehalten. Weder der pflegebedürftigen Person noch der Pflegeperson ist geholfen, wenn diese durch Überforderung erkrankt!

11.1 Welche Anforderungen und Belastungen treten bei der Pflege eines Angehörigen auf?

Eine typische Belastung, für Angehörige die pflegen, stellt die Veränderung der Rolle dar. Meistens übernimmt eine ältere Person die Pflege des Partners oder der Partnerin, gefolgt von Kindern und Schwiegerkindern.

(Vgl. : TNS Infratest Sozialforschung 2010 Merkmale von privaten Hauptpflegepersonen unter folgendem Link: https://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/Multi-VA_2010_Schneekloth_Pflege_und_Beruf.pdf)

Auf einmal (alleine) Entscheidungen zu treffen, oder je nach Erkrankung auch Verbote auszusprechen, ist nicht nur schwer für Beteiligte, sondern häufig auch mit einer großen Unsicherheit verbunden, da man durch die bisherige Beziehungsgestaltung nicht in dieser Rolle war.

Auch finanzielle Faktoren spielen bei der Versorgung eine große Rolle, da durch das Pflegegeld und die Pflegesachleistung der tatsächliche Bedarf der pflegebedürftigen Person nicht abgedeckt sein kann.

Darüber hinaus können bei der Unterbringung in ein Altenheim auf Angehörige Zahlungsverpflichtungen zukommen, die neben weiteren bestehenden Verpflichtungen der Pflegeperson eine immense Einschränkung im Lebensstandard mit sich bringen.

Nicht zu vergessen sind auch die tatsächlichen und aus der Pflegebedürftigkeit resultierenden Anforderungen an Pflegepersonen, wie z. B.: waschen, umbetten, die richtige Sitzposition kennen, füttern, windeln, der Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen (z.B. Demenz-, Alzheimer- und depressiven Erkrankungen), Versorgung mit Medikamenten, Regelung der Finanzen, Einkauf, Behördengänge usw..

Ein weiterer Faktor ist die körperliche Konstitution. Professionelle Alten- und Krankenpflegekräfte leisten körperliche Schwerstarbeit, sie sind geschult möglichst Ressourcen sparend zu heben, zu wenden und zu pflegen.

Vielleicht der wichtigste Punkt ist die seelische Anforderung, die an eine Pflegeperson gestellt wird. Ängste, Trauer und Sorgen plagen Betroffene oft, und es bestehen kaum Kenntnisse, wie wichtig es ist, gerade für die Psychohygiene in einer Pflegesituation zu sorgen.

Und wenn Sie all die Anforderungen, die hier aufgeführt sind, in eine zeitlich vertretbare Schiene bringen wollen, dürfen Sie nicht vergessen, dass ein Tag nur 24 Stunden hat, in denen neben der Pflege wahrscheinlich Berufstätigkeit, die Versorgung der Grundbedürfnisse und Zeit zur Regeneration einzuplanen sind.

Hinweis:

Auf der Homepage der Unfallkasse NRW finden Sie die im Folgenden abgebildete virtuelle Person. Beim anklicken der ovalen Fenster öffnen sich auf der Homepage Seiten, in denen Sie ausführliche Informationen zu den Anforderungen erhalten die an pflegende Angehörige gestellt werden.

(Vgl.: <https://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de>)



11.2 Welche Auswirkungen kann die Belastung durch die Pflege haben?

Bei einer dauerhaften Überlastung können sowohl körperliche wie auch psychische Erkrankungen die Folge sein. Der Zusammenhang zwischen Beschwerden und den Ursachen hierfür wird oft erst beim genauen Hinterfragen verstehbar. Da es sich bei Belastungserscheinungen oft um einen schleichenden Prozess handelt und der Zusammenhang von Ursache und Symptom nicht immer augenscheinlich ist, werden hier im folgenden typische Symptome einer Belastungsstörungen aufzeigen:

- Schlafstörungen
- Antriebslosigkeit
- häufige Müdigkeit
- Magen- und Darmbeschwerden
- Verdauungsbeschwerden
- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Kopfschmerzen
- Konzentrationsstörungen
- keine oder kaum soziale Kontakte
- Traurigkeit bis hin zu depressiven Verstimmungen
- ein gestörtes Immunsystem
- den Lebenssinn nicht mehr sehen
- Sinnentleerung in den Aufgaben
- Überschuldung
- Reizbarkeit
- Angstzustände.

11.3 Wie fördert man die eigene Gesunderhaltung als Angehöriger?

11.3.1 Zeitmanagement für Pflegende

Beginnen Sie mit einem „Stundenplan“ in dem Sie all die Zeiten aufschreiben, die verplant sind und vergessen Sie dabei nicht auch Zeit für Unvorhergesehenes einzuplanen. Schreiben Sie auch Zeiten auf, in denen Sie etwas für sich selbst tun möchten, wie z. B. das Treffen mit Freunden, der Besuch des Sportkurses usw.. Sie werden im Weiteren noch erfahren, warum dies wichtig ist. Setzen Sie sich bereits zu Beginn einer Pflegesituation mit allen, an der Pflege beteiligten Menschen zusammen. Überlegen Sie, wer was machen könnte. Sie haben unter Umständen eine lange gemeinsame Pflegezeit vor sich. Schon der monatliche regelmäßige Besuch eines entfernten Verwandten kann für Sie auf Dauer eine verlässliche „Freizeit“ sein. Sicherlich ist es auch für Ihren Angehörigen schön, etwas Abwechslung in der Betreuung zu haben. Nutzen Sie das zur Verfügung stehende Geld der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege um sich Auszeiten zu gönnen!

Hinweis:

Auf der Homepage der Unfallversicherung NRW sind unter der Überschrift „Organisation der häuslichen Pflege“ zwei sehr hilfreiche Informationen und Anregungen um einen gesunden Umgang mit den eigenen Ressourcen und der zur Verfügung stehenden Zeit zu planen.

Die Unterüberschriften lauten:

- Wie plane ich meinen Pflegealltag?
- Schaffen Sie Ihr Netzwerk

Diese finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de/category/organisation-der-hauslichen-pflege/>

11.3.2 Gesunderhaltung der körperlichen Konstitution der Pflegeperson

Wie bereits erwähnt, erfordert die Pflege eines Menschen auch körperliche Anstrengungen. Häufig klagen Pflegende über Rückenschmerzen und Schmerzen, die auf eine dauerhafte Überbeanspruchung der eigenen Gelenke zurückzuführen sind. Fehlhaltungen und Überforderung führen nicht selten auch zur Erkrankung der pflegenden Person!

Vergessen Sie nicht, was Ihr eigener Körper braucht, um gesund zu bleiben und schenken Sie Ihrem „*Bewegungsapparat*“ das, was er braucht, nämlich gezielte Bewegung und ggfs. sogar spezielles Muskeltraining. Körperliche Symptome können aber auch eine seelische Ursache haben.

Durch die Pflegekasse/Beihilfe können Sie einen Pflegekurs besuchen, damit Sie körperlich ressourcensparend pflegen!

11.3.3 Gesunderhaltung der psychischen Konstitution der Pflegeperson

Das Gehirn ist das Organ, welches uns befähigt zu denken, zu fühlen und zu handeln. In einer Pflegesituation wird es oft unbewusst bis an die Grenzen beansprucht, weil mitdenken, organisieren und mitfühlen nicht als tatsächlich messbare Beanspruchung vom Menschen realisiert werden kann. Eine dauerhafte *Hochleistung* des Gehirns hält aber in der Regel auch dieses wunderbare Organ nicht aus, weshalb es meistens erst dann Signale sendet, wenn schon eine Überlastung vorliegt.

Pflegende Angehörige erleben viele schöne Momente gemeinsam. Betroffene aus den Angehörigengruppen schildern teilweise von einer wertvollen Intensität der Beziehung zu dem Angehörigen, die es vorher im Alltag nicht gab. Auf der anderen Seite treten aber auch Gefühle wie Wut, Aggression, Schuldgefühl und Angst auf. Dies liegt vor allem daran, dass die Zukunftsperspektive nicht planbar ist, dass keine Zeit für die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse besteht, dass der Pflegende klagend und unzufrieden mit seiner Situation ist und dass eine Ungewissheit besteht, all den Anforderungen gewachsen zu sein. Pflegende leiden deshalb überproportional häufig an depressiven Verstimmungen.

(Vgl.: Studie der Siemens Betriebskrankenkasse (2011) unter folgendem Link:

<http://www.krankenpflege-journal.com/pflege-aktuell/3855-analyse-der-sbk>)

Achtsamkeitskurse, Seminare zur Stärkung der Resilienz, eine psychotherapeutische Beratung/Therapie, regelmäßige „Auszeiten“ und sei es nur durch tägliche Spaziergänge, ein Treffen mit Freunden und einfach mal Nichts tun sind Balsam für Ihre Seele!

Hinweis:

Zum 01.04.2017 hat eine Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinien stattgefunden. Niedergelassene Psychotherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung

sind seit dem verpflichtet eine Sprechstunde anzubieten. Patienten in akuten Krisen können sich somit zeitnah beraten lassen auch wenn keine psychische Erkrankung vorliegt.

Weitere Informationen finden Sie unter folgendem Link der kassenärztlichen Bundesvereinigung:

http://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_RL_Uebersicht.pdf

11.3.4 Angehörigengruppen besuchen und einrichten

Wo könnte man sich besser aufgehoben fühlen, als in einem Kreis von Menschen, die in der gleichen Lebenssituation sind. Erfahrungen, Gefühle, Verständnis, Freud und Leid zu kommunizieren tut nachweislich gut. Deshalb werden Angehörigengruppen für Pflegende nach dem Präventionsgesetz auch empfohlen und die Teilnahme sogar von den gesetzlichen Krankenkassen mitfinanziert. Selbsthilfegruppen haben eine lange Tradition, weil gegenseitiges Verständnis vorliegt, es eine gute und kostenlose Wissens- und Informationsvermittlung gibt, eine große Entlastung geboten wird und Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Angehörigengruppen werden u. a. von Pflegekassen, konfessionellen Trägern, Krankenhäusern usw. angeboten.

Informationen erhalten Sie auch über die Datenbank unter folgendem Link der „Nakos“-Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen:
<https://www.nakos.de/informationen/basiswissen/kontaktstellen/>

Da pflegende Angehörige häufig über keine oder wenig freie Zeit verfügen, bietet sich im Rahmen des Gesundheitsmanagements auch die Bildung einer solchen Gruppe im Arbeitsbereich an!

11.3.5 Welche Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige gibt es?

Wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird und man es sich zur Aufgabe macht, sich um ihn zu kümmern, kann es sehr schnell dazu kommen, dass man die eigenen Bedürfnisse vernachlässigt oder gar nicht mehr beachtet. Natürlich möchte man alles in seiner Macht Stehende tun, damit es dem Menschen, den man liebt gut geht. Allerdings kann es bei intensiver Pflege von Angehörigen auch bei den Pflegenden zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommen. Emotionale und körperliche Erschöpfung können in Depressionen oder anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen münden. Es gibt die Möglichkeit, eine ambulante oder stationäre Kur zu beantragen, um diesen gesundheitlichen Schäden vorzubeugen oder sie zu behandeln.

Zu allererst sollte ein Gespräch mit dem Hausarzt stattfinden, in welchem die Pflegenden die Beschwerden und Belastungen darstellen, denen sie im Pflegealltag ausgesetzt sind. Dabei sollten die seelischen Belastungen nicht außen vorgelassen werden! Danach kann – wenn gewünscht zusammen mit dem Hausarzt – ein Antrag für eine Kur an die zuständige Krankenkasse/Beihilfe gestellt werden. Der Antrag sollte immer zuerst an die Krankenkasse gestellt werden. Wenn diese nicht verantwortlich ist, wird sie den Antrag an die verantwortliche Versicherung (z.B. die Rentenversicherung) weiterleiten. Beihilfeberechtigte sollten auch die zuständige Beihilfestelle informieren. Je nach Versicherungsvertrag mit der Krankenversicherung werden nur bestimmte Leistungen wie z. B. medizinische Versorgung, Physiotherapie usw. übernommen.

Wenn der Antrag auf eine Kur abgelehnt wird, Ihr Hausarzt aber weiterhin eine Kur empfiehlt, kann ein Widerspruch eingelegt werden.

Eine Kur kann stationär oder ambulant sein. Bei der stationären Kur erhält man eine ganztägige Behandlung und Verpflegung und verweilt in der Regel drei Wochen im Kurort.

11.3.6 Gibt es Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen für die Pflegeperson und die pflegebedürftige Person zusammen?

Es gibt die Möglichkeit, eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme zusammen mit dem pflegebedürftigen Angehörigen zu machen. Dies hat den Vorteil, dass man sich keine Sorgen um die Pflege des Angehörigen machen muss und man die Möglichkeit hat, zusammen Zeit zu verbringen und gemeinsam an Aktivitäten teilzunehmen.

In einem Gutachten, welches im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums in Auftrag gegeben worden ist, und vom BQS Institut 2014 durchgeführt und veröffentlicht wurde, zum Thema:“ Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige“, finden Sie auf den Seiten 57-59 Rehabilitationskliniken in denen Sie, zum Teil mit ihrem Angehörigen, eine medizinische Reha-Maßnahme durchführen können. Diese Kliniken verfügen auch konzeptionell über passgenaue Angebote für pflegende Angehörige!

Das Gutachten und die Anschriften der Kliniken können Sie unter folgendem Link herunterladen:
<https://www.bqs.de/images/Vom-Bedarf-zur-Reha--Bestandsaufnahme-zur-medizinischen-Rehabilitation-fr-pflegende-Angehorige.pdf.pdf>

11.3.7 Welche Möglichkeiten, eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, habe ich sonst noch?

Es besteht die Möglichkeit, den Angehörigen/die Angehörige für die Dauer der Rehabilitations- oder Kurmaßnahme in einer Kurzzeitpflegestelle unterzubringen.

Dies kann sowohl in der Nähe des Wohnortes der pflegebedürftigen Person sein, oder auch in einer vollstationären Einrichtung am Kur- oder Rehabilitationsort.

In vielen größeren Kurorten ist man bereits auf die parallele Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen eingerichtet. Hier fragen Sie am besten vor Ort in der Rehabilitations- und Kureinrichtung, in der Sie als pflegender Angehöriger sind, nach.

Eine Liste verschiedener Urlaubsorte finden Sie unter <https://www.lpfa-nrw.de/urlaub-und-pflege.html>.

11.3.8 Wo finde ich besondere Angebote, um zum Beispiel mit meinem pflegebedürftigen Angehörigen Urlaub zu machen?

„Urlaub Pflege e.V. " <http://www.urlaub-und-pflege.de>

Auf den Seiten des Vereins Urlaub & Pflege e.V. finden Sie Angebote zu Reisen für Menschen und Hilfebedarf. Der Verein beschreibt selbst, dass die Preise für die Reisen deutlich höher liegen als vergleichbare Angebote für nicht pflegebedürftige Personen. Um jedoch auch Menschen mit geringem Einkommen trotz Pflegebedürftigkeit Reisen zu ermöglichen, wurde ein Förderverein gegründet.

<https://www.lpfa-nrw.de/urlaub-und-pflege.html>.

- **Landesstelle Pflegende Angehörige NRW**

Viele Angehörige möchten gemeinsam mit ihrem erkrankten Angehörigen Urlaub machen, wünschen sich aber eine kompetente Unterstützung und Begleitung während dieser Zeit. In den hier hinterlegten Listen finden Sie Adressen von Einrichtungen, die Urlaube für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige anbieten. Eine Liste zu Einrichtungen in den Urlaub und Pflege möglich ist finden Sie unter:

https://www.lpfa-nrw.de/urlaub-und-pflege.html?file=tl_files/Landesstelle/05%20Unterstuetzung%20%26%20Entlastung/Liste%20Urlaub%20und%20Pflege.pdf

- **Der Wünschewagen – Letzte Wünsche wagen**

„Noch einmal unterwegs...“ – Begleitete Fahrten zu Wunschzielen in der letzten Lebensphase. Jeder Lebensabschnitt ist zum Glück, in vielen Fällen trotz aller Widrigkeiten, Belastungen und Einschränkungen gestaltbar, bis zuletzt Mobilität, als Weg zu letzten Erinnerungs- und Begegnungsorten, kann nun auf neue Art und Weise ermöglicht und „erfahren“ werden: mit dem Wünschewagen des Arbeiter-Samariter- Bundes (ASB).“

(Unter folgendem Link erhalten sie weitere Informationen: <https://wuenschewagen.com>)

(Zitat: Homepage der Unfallkasse NRW unter folgendem Link: <http://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de>)

11.3.9 Wo finde ich Kontakt- und Informationsstellen, wenn ich (dringend) Hilfe brauche?

„Immer wieder kann es zu Situationen kommen in denen Sie einen Rat, ein Ohr zum Zuhören und/oder eine fachliche Information brauchen. Im Folgenden finden Sie eine Liste mit den wichtigsten **Rufnummern** die von der **Unfallkasse NRW erstellt** wurde:

Ich brauche dringend Hilfe!



Hier finden Sie allgemeine Rufnummern für den Notfall.

Bundesweit

Telefon-Seelsorge (24-Stunden erreichbar) www.telefonseelsorge.de	0800-1110 111 0800-1110 222
AOK Pflegeportal	0800-0 326 326
Alzheimer Telefon (Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.)	01803-171 017
Bundestelefon zur Pflegeversicherung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)	0180-599 66 03
Bundesweite Pflegehotline der Verbraucherzentralen • Patientenverfügungen: • Vertragsberatung: • alternative Wohnformen:	01803-770 50 01 01803-770 50 02 01803-770 50 03
COMPASS Pflegehotline für privat Versicherte	0800-101 88 00
Infos für behinderte Menschen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)	01805-676 715
Das Pflegetelefon: schnelle Hilfe für Angehörige (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)	030-201 791 31
online-Pflegeberatung der AWO	0800-60 70 110
Rechtsberatung der Verbraucherzentralen zum Gesundheitswesen	0900-189 79 64
telefonische Pflegeberatung der AWO	0800-607 01 10
Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (Mo.-Fr. 10.00-18.00 Uhr / Do bis 20:00 Uhr)	0800-0 11 7722

• Türkisch:	0800 0 11 77 23
• Russisch:	0800 0 11 77 24

Tabelle: Notfallruffnummern

Tipps und Angebote der Unfallkasse NRW:

- Eine Vielzahl von Telefonnummern zur Pflege wird zudem von Krankenkassen / freien Trägern der Wohlfahrtspflege / Pflegediensten und Stadtverwaltungen angeboten.
- **Familien- / Konfliktmoderation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit**
Wer aus der Familie kümmert sich um die Eltern? Wer erledigt die Behördengänge? Wie einigen wir uns als Familie? Die Pflege zu Hause bietet viel Stoff für innerfamiliäre Konflikte. Die Unfallkasse NRW bildet in einem Seminar Pflegefachkräfte aus, damit diese bei Konflikten innerhalb der Familie moderieren und zu einer Lösung beitragen können. Hier gelangen Sie zur Liste der bereits ausgebildeten Beraterinnen und Berater.
<http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/eigene-wohnung/familiaere-pflege.html>
- **pflegen-und-leben.de**
Die psychologische Online-Beratung für pflegende Angehörige. Pflegen-und-leben.de ist ein Internetportal für pflegende Angehörige, aber auch für Freunde, Bekannte und Nachbarn, die ältere Menschen pflegen. Angehörige finden hier persönliche Unterstützung und Begleitung bei seelischer Belastung durch den Pflegealltag – kostenfrei und datensicher
- Multiplikatorenseminare „Beim Pflegen gesund bleiben“
- Achtsamkeitsübungen/Ausgleichsübungen auf der Homepage der Unfallkasse.
- Kostenlose Zeitschriften der Unfallkasse NRW zu dem Thema Pflege finden Sie unter: <http://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de/zeitschrift-angehorige-pflegen>:

(Zitat: Homepage der Unfallkasse NRW unter folgendem Link: <http://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de>)

11.4 Gibt es eine Informationsstelle speziell für privat Pflegeversicherte?

Die **privaten** Kranken-und Pflegeversicherungsunternehmen haben sich deutschlandweit zusammengetan und gemeinsam für ihre Mitglieder und deren Angehörige eine Pflegeberatung mit der Beratungsstelle COMPASS eingerichtet.

Zur Erstellung dieses Ratgebers wurde mehrfach telefonisch Kontakt zur COMPASS Pflegeberatung hergestellt und es kann nur Positives berichtet werden. Scheuen Sie sich nicht, diese Beratungsform in Anspruch zu nehmen!

COMPASS private Pflegeberatung GmbH

- **Anfragen zur Pflegeberatung** können Sie bundesweit unter der **gebührenfreien Servicenummer 0800 101 88 00** stellen!

11.5 Was müssen Beihilfeberechtigte beachten, wenn sie Mitglied einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse sind?

Beihilfeberechtigte müssen ihre gesetzliche Pflegekasse darüber informieren, dass ein Anspruch auf Beihilfe besteht nach den beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen.

Hierfür müssen sie sich eine Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruches von der zuständigen Beihilfestelle ausstellen lassen und der gesetzlichen Pflegeversicherung vorlegen.

Diese Information ist für die gesetzliche Pflegeversicherung wichtig, da Beihilfeberechtigte die aus der Pflegeversicherung zustehende Leistung lediglich zur Hälfte erhalten!

(vgl.: Merkblatt BVO, vollstationäre Pflege 01/2017, S.3)

12 Umgang mit Trauer

Trauer ist eines der stärksten Gefühle, die ein Mensch überhaupt erfahren kann und hat körperliche und seelische Auswirkungen. In einem Trauerprozess durchlebt der Mensch starke Stressfaktoren die nur dadurch reguliert werden, dass er neben Schmerz und Verlust wieder im Hier und Jetzt agieren muss. Menschen definieren sich ganz allgemein über zwischenmenschliche Beziehungen. Verstirbt ein naher Angehöriger verändert sich unter Umständen für den Trauerenden/die Trauernde das ganze Leben. Für Nahestehende beginnt oft erst einige Zeit nach dem Versterben die Realisierung des Verlustes, und zwar dann, wenn der Alltag die „Lücke“, die entstanden ist, deutlich macht. Oft entwickelt sich eine große Sehnsucht, dass alles wieder so sein soll wie „früher“.

Trauer bedeutet:

- den Verlust zu akzeptieren
- Gefühle wie Schmerz, Angst, Hoffnungslosigkeit und Sehnsucht auszuhalten
- Anpassung an ein Leben ohne den verstorbenen Menschen
- Die Fähigkeit wieder neue Bindungen einzugehen

Trauernde brauchen eine individuelle Zeit, den Verlust zu verarbeiten und anzunehmen. Früher ging man von einem Trauerjahr aus, heute weiß man, dass der Trauerprozess auch länger dauern kann. Hilfreich ist es, wenn Verwandte, Freunde und Kolleginnen/Kollegen zuhören ohne zu werten. Sollte der Trauerprozess länger als ein Jahr dauern oder sehr schwerwiegend sein, empfiehlt es sich, sich eine Unterstützung zur Bewältigung zu suchen. Kirchen, caritative Einrichtungen und Bildungsstätten bieten Trauerseminare unter Anleitung an. Kann die Trauer nicht alleine bewältigt werden, kann auch eine psychologische Unterstützung durch eine Trauertherapie erforderlich und hilfreich sein.

Um wieder ganz am Leben teilnehmen zu können und sich auf neue Bindungen einzulassen ist die Verarbeitung der Trauer lebenswichtig.

13 Die Vorsorgevollmacht

13.1 Einführungsfall:

Um zu verdeutlichen, welchen Zweck eine Vorsorgevollmacht hat, erscheint es am sinnvollsten, ein alltägliches Beispiel aus der Praxis eines Betreuungsrichters voranzustellen. In unserem Beispielsfall handelt es sich um Frau Müller. Sie ist 82 Jahre alt, geistig und körperlich noch rüstig. Sie ist seit 58 Jahren verheiratet. Eine gemeinsame Tochter lebt vor Ort. Die Familienverhältnisse sind intakt. Die Eheleute Müller versorgen sich noch selbst. Einmal im Jahr verbringt man einen Urlaub auf Mallorca, im Übrigen wandern beide gerne.

Man hat davon gehört, dass die Erteilung einer Vorsorgevollmacht ratsam wäre. Die Tochter hat ihnen Formulare aus dem Internet ausgedruckt, welche aber leider unausgefüllt ihr Dasein bei den wichtigen Unterlagen der Eheleute Müller fristen.

Eines Tages erleidet Frau Müller einen Schlaganfall. Herr Müller, der bemerkt, dass es seiner Frau nicht gut geht, ruft sofort den Notarzt. Frau Müller wird in das nächste Krankenhaus verbracht. Notfallmäßig wird alles medizinisch Notwendige veranlasst.

Einige Tage später wird deutlich, dass der Schlaganfall schwere neurologische Schädigungen bei Frau Müller verursacht hat. Sie ist rechtsseitig gelähmt, nicht mehr in der Lage, sich verbal zu äußern oder andere zu verstehen. Zudem ist ihre Schluckmuskulatur beeinträchtigt. Dies hat zur Folge, dass Nahrung und Flüssigkeit in die Lunge geraten könnten mit möglicherweise schwerwiegenden Schäden, beispielsweise einer Lungenentzündung, die zum Tode führen kann.

Ärztlich indiziert ist in dieser Situation zunächst die Gabe von Flüssigkeit durch Infusion oder eine vergleichbare Methode. Längerfristig ist jedoch die Anlage einer sog. PEG, also einer Magensonde, angezeigt. Über diese kann die Gabe von Flüssigkeit und Nahrung dauerhaft sichergestellt werden. Dem entsprechend wird dies den Angehörigen ärztlicherseits empfohlen.

Die Anlage einer Magensonde zur künstlichen Ernährung ist heute ein Routineeingriff. Gleichwohl bedarf dieser der - in der Regel schriftlichen - Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung muss selbstverständlich eine Aufklärung durch den Arzt vorausgehen.

13.2 Wer darf im Notfall entscheiden?

In dieser Situation stellt sich nun folgende Frage: Wer entscheidet über die Anlage bzw. Nicht-Anlage der perkutane endoskopische Gastrostomie?

Frau Müller selbst?

Wohl kaum. Sie ist nicht mehr geschäftsfähig und auch nicht mehr einwilligungsfähig, da sie nicht in der Lage ist, Risiken und Nutzen des Eingriffs zu verstehen.

Die Angehörigen, also Herr Müller und/oder die Tochter?

Sind sie dazu befugt?

13.3 Berechtigt die Stellung als naher Angehöriger automatisch dazu, in Notlagen auch über gesundheitliche oder sonstige Belange entscheiden zu können?

Die Antwort lautet: Nein!

In oben beschriebener Situation sind (ohne entsprechende Vollmacht) weder Ehemann, noch Tochter entscheidungsbefugt. Wenn der Arzt den Eingriff gleichwohl vornimmt, handelt er sozusagen auf eigene Verantwortung. Sofern er auf der rechtsverbindlichen Einwilligung eines dazu Berechtigten besteht – wozu ihm jeder Jurist raten würde -, kommt Familie Müller an einem Betreuungsverfahren über das zuständige Amtsgericht nicht vorbei.

Exkurs: Das Wichtigste zum Betreuungsrecht

Das Verfahren auf Bestellung eines Betreuers wird durch einen Antrag der betroffenen Person oder auf Anregung von Jedermann von Amts wegen eingeleitet. In der Praxis erfolgen sehr viele Anregungen durch Krankenhäuser, in denen sich die betroffene Person zur Behandlung befindet.

So auch in unserem Fall. Die Sozialarbeiterin wird auf Bitten der Station mit der Familie Müller Kontakt aufnehmen und das Wichtigste mit ihnen besprechen. Es wird anschließend ein Fax an das zuständige Amtsgericht gesandt mit der Bitte um kurzfristige Bestellung eines Betreuers.

Das Gericht wird den maßgeblichen Sachverhalt ermitteln. Zu diesem Zweck kann es einen Sozialbericht der örtlichen Betreuungsstelle anfordern. Diese ist bei der Stadt- oder Kreisverwaltung angesiedelt. Sie unterstützt das Betreuungsgericht in vielen Aufgaben, u. a. bei den Ermittlungen vor der Bestellung eines Betreuers.

Denkbar ist auch die Bestellung eines Verfahrenspflegers. Diese Funktion üben häufig Berufsbetreuer oder Rechtsanwälte aus. Sie haben die einem Pflichtverteidiger im Strafverfahren vergleichbare Aufgabe, die Interessen der betroffenen Person im Betreuungsverfahren wahrzunehmen. Oft ist es üblich, dass diese ebenfalls den Sachverhalt ermitteln und darüber dem Gericht eine Stellungnahme zukommen lassen.

Schließlich ist es zwingend, dass der Richter sich vor Ort einen Eindruck von der betroffenen Person verschafft. In unserem Beispielsfall würde der Richter Frau Müller im Krankenhaus aufsuchen und den Versuch einer verbalen oder andersgearteten Kommunikation unternehmen. Sinnvoll ist es, wenn die Angehörigen und auch ein eventuell bestellter Verfahrenspfleger dabei zugegen sind. Zu besprechen gibt es immer etwas.

Auf der Grundlage der so gewonnenen Erkenntnisse trifft der Richter sodann eine Entscheidung. Diese beinhaltet Folgendes:

Ist es erforderlich, zur Wahrnehmung der Interessen von Frau Müller einen Betreuer zu bestellen?

Ja, da sie ihre Interessen zumindest für einen gewissen Zeitraum nicht selbst wahrnehmen kann.

13.3.1 Wer soll das Amt des Betreuers bekleiden?

Natürlich Tochter oder Ehemann – oder beide. Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, dass der Familie vom Gericht ein familienfremder Betreuer „vor die Nase gesetzt wird“, und diese dann über Mutter nichts mehr entscheiden kann. Dies kann allenfalls in seltenen Einzelfällen notwendig sein, insbesondere wenn erhebliche Bedenken an der Eignung der Angehörigen bestehen, oder diese sich nicht um die Mutter kümmern. Auch bei Streitigkeiten innerhalb der Familie ist es oft ratsam, einen familienfremden Betreuer zu bestellen, damit der Streit nicht auf dem Rücken der betroffenen Person ausgetragen wird.

Bei intakten Familienverhältnissen wird in aller Regel ein Betreuer aus der Familie bestellt.

13.3.2 Kann das Gericht auch Tochter und Ehemann zu Betreuern bestellen?

Ja, und zwar in verschiedenen Variationen. Sie können gleichberechtigte Betreuer werden, und zwar entweder nur gemeinschaftlich oder einzelvertretungsberechtigt handlungsbefugt.

Denkbar ist auch, dass einer von beiden der Hauptbetreuer wird und der andere als Vertreter für den Fall der Verhinderung bestellt wird. Ich überlasse diese Entscheidung meist der Familie.

13.3.3 Welchen Aufgabenkreis wird das Gericht bestimmen?

Sinnvoll erscheint in unserem Fall der Aufgabenbereich der Gesundheitsfürsorge. Auch die Aufenthaltsbestimmung kann daneben von Bedeutung sein, da Frau Müller ja nicht mehr selbst entscheiden kann, wie es mit ihr weitergeht. Die meisten Gerichte kennen darüber hinaus den Aufgabenbereich der Behördenangelegenheiten, der in aller Regel dem Betreuer übertragen wird. Üblich ist auch oft ein Bereich, der sich Sicherstellung der häuslichen Versorgung nennt.

Falls die Müllers in einer Mietwohnung wohnen, kann der Bereich der Wohnungsangelegenheiten notwendig sein.

Ob den Müllers auch die Vermögenssorge übertragen wird, hängt davon ab, ob insoweit betreuungsrechtlicher Handlungsbedarf besteht. Sofern die Eheleute gemeinsame Konten haben, ist dieser Aufgabenbereich nicht notwendig. Auch im Übrigen entfällt er, sofern entsprechende Bankvollmachten existieren.

Sofern die Müllers ein eigenes Haus bewohnen, ist zu klären, ob diesbezüglich Entscheidungen anstehen. Dies ist nur der Fall, wenn ein Verkauf oder eine Belastung der Immobilie in Betracht kommt, ansonsten nicht.

13.3.4 Steht Frau Müller jetzt dauerhaft „unter Betreuung“?

Nein! In unserem Fall wird das Gericht die Betreuung sowieso voraussichtlich nur per einstweilige Anordnung beschließen. Diese endet automatisch nach Ablauf von 6 Monaten seit der Bestellung. In dieser Zeit wird das Gericht weitere Ermittlungen hinsichtlich der Frage einer dauerhaften Betreuung anstellen. Nicht unwahrscheinlich ist schließlich, dass sich der Gesundheitszustand von Frau Müller so bessert, dass keine Betreuung mehr notwendig ist, oder einzelne Aufgabenbereiche entfallen.

Auch eine dauerhafte Betreuung muss aber regelmäßig – spätestens nach Ablauf von 7 Jahren seit der Bestellung - überprüft werden.

13.4 Welche Pflichten hat der Betreuer gegenüber dem Gericht?

Zu Beginn der Betreuung wird im Gericht ein sog. Verpflichtungsgespräch zwischen dem zuständigen Rechtspfleger und dem Betreuer geführt. Dabei wird er über seine Rechte und Pflichten belehrt, insbesondere auch auf die in Betracht kommenden Genehmigungserfordernisse. Der Betreuer bedarf nämlich für eine Vielzahl von Tätigkeiten der gerichtlichen Genehmigung, so beispielsweise für die Kündigung einer Mietwohnung oder den Verkauf einer Immobilie, welche der betreuten Person ganz oder teilweise gehört. Anlässlich des Verpflichtungsgesprächs erhält der Betreuer auch eine Bestellsurkunde ausgehändigt, mit der er sich im Rechtsverkehr als Betreuer ausweisen kann.

Sofern der Betreuer Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst ist, benötigt er in der Regel eine Nebentätigkeitsgenehmigung des Dienstherrn.

Der Betreuer ist einmal im Jahr verpflichtet, den sog. Jahresbericht nach einem amtlichen Formular auszufüllen. Ferner ist er ebenfalls einmal im Jahr rechnungslegungspflichtig – es sei denn, er gehört zu den Verwandten in gerader Linie oder ist Ehegatte bzw. Lebenspartner.

- Ende des Exkurses zum Betreuungsrecht –

Fortführung des Ausgangsfalles

Im Fall der Frau Müller wird also das Gericht Ehemann, Tochter oder beide zu Betreuern bestellen. Als solche sind sie dann berechtigt, u. a. auch in gesundheitlichen Belangen rechtsverbindliche Entscheidungen zu treffen. Konkret bedeutet dies zunächst, dass sie sich für oder gegen die Anlage der PEG entscheiden können (sofern sie sich dagegen entscheiden, ist allerdings das Thema Patientenverfügung betroffen. Dort werde ich noch einmal näher auf die dann anstehenden Probleme eingehen).

Als Betreuer unterliegen Ehemann und Tochter der Aufsicht des Betreuungsgerichts. Dies hat gewisse Nachteile, aber auch Vorteile. Nachteilig ist, dass die Betreuer in vielen Belangen die Zustimmung des Gerichts benötigen. Im konkreten Fall sind sie zwar nicht rechnungslegungspflichtig, eine enge Kooperation zwischen Gericht und den Müllers wird gleichwohl notwendig sein. Und schließlich wird unter bestimmten Umständen eine jährliche Gerichtsgebühr fällig. Diese entsteht, wenn Frau Müller Sparvermögen von mehr als 25.000 € besitzt. Gemeinsam Erspartes wird zwischen den Eheleuten bei der Berechnung geteilt. Immobilien werden zu ihrem Schätzwert angesetzt. Ein (angemessenes) selbst bewohntes Haus bleibt aber außer Betracht.

Die Vorteile einer Mitwirkung des Betreuungsgerichts bestehen darin, dass der Betreuer bei Gericht um Rat nachsuchen kann. Für manche mag auch die Kontrolle durch das Gericht vorteilhaft sein, für andere eher nicht.

13.4.1 Hätte Frau Müller die Bestellung eines Betreuers durch das Gericht verhindern können?

Ja, hätte sie! Und zwar durch rechtzeitige Erteilung einer wirksamen Vorsorgevollmacht.

Wir drehen das Rad der Ereignisse mal zurück: Die Familie Müller hat sich eines Sonntags vor dem Schlaganfall von Frau Müller entschieden, die Sache mit den Formularen in Angriff zu nehmen. Aus dem Internet hat man die offiziellen Muster des BMJ herunter geladen und ausgedruckt. Zusätzlich haben sie sich diverse Informationsbroschüren besorgt.

Familie Müller entscheidet sich mit guten Gründen dafür, es im Notfall nicht auf ein gerichtliches Betreuungsverfahren ankommen zu lassen, sondern entsprechend durch Erteilung von Vorsorgevollmachten vorzusorgen.

Dies ist aus meiner Sicht in aller Regel dringend zu empfehlen!!!

Unterstellen wir einmal, Frau Müller hätte rechtzeitig ihren Ehemann und ihre Tochter entsprechend umfassend bevollmächtigt, so wäre unser Ausgangsfall wie folgt weiter gegangen:

Der Arzt auf der Station hätte die Müllers nach dem Vorhandensein einer entsprechenden Vollmacht befragt, man hätte die Urkunde vorgelegt und geprüft. Sofern nichts zu beanstanden ist, wären Ehemann und Tochter ohne weiteres hinsichtlich der gesundheitlichen Maßnahmen entscheidungsbefugt gewesen, sie hätten sich also für oder gegen die Anlage der PEG entscheiden können.

Ferner sind beide entscheidungsbefugt über weitere Maßnahmen, beispielsweise ob Frau Müller zurückkehrt in ihre häusliche Umgebung, in einer Pflegeeinrichtung aufgenommen wird oder zur Tochter zieht und dort versorgt wird (Aufgabenbereich Aufenthaltsbestimmung). Sie sind berechtigt, Anträge bei Ämtern und Behörden, sowie Krankenkassen und Versicherungen zu stellen (Aufgabenbereich Behördenangelegenheiten). Sie dürfen den Heimvertrag oder andere Verträge für Frau Müller unterschreiben. Ferner sind sie berechtigt, für Frau Müller die Mietwohnung zu kündigen und zwar ohne gerichtliche Genehmigung.

Sie haben also im Grunde dieselbe Rechtsstellung wie ein Betreuer. Deshalb möchte ich Sinn und Zweck einer Vorsorgevollmacht mit folgendem Satz beschreiben:

Eine Vorsorgevollmacht verhindert die Bestellung eines Betreuers durch das Gericht!

Sofern Sie die Bestellung eines Betreuers im „Ernstfall“ wünschen, erübrigt sich die Erteilung einer Vorsorgevollmacht. Denkbar wäre in diesem Fall allenfalls das Erstellen einer sog. Betreuungsverfügung, in der Sie Wünsche hinsichtlich der Person des künftigen Betreuers festhalten; beispielsweise ob Sie eine bestimmte Person als Betreuer vorschlagen oder ausschließen wollen. Das Gericht ist in aller Regel im Falle der Betreuerbestellung an ihren Vorschlag gebunden.

Anmerkung: Nähere Informationen zur Betreuungsverfügung erhalten Sie bei den im Anhang vermerkten Informationsstellen. Dort finden Sie auch ein Muster einer Betreuungsverfügung.

13.5 Muss die Vorsorgevollmacht notariell beurkundet werden?

Die richtige Antwort lautet typisch juristisch: Es kommt drauf an!

Im Einzelnen:

13.5.1 Schriftform

Nach dem Gesetz muss die Vollmacht auf jeden Fall schriftlich erteilt werden. Dies schließt mündlich erteilte Vollmachten aus. Die Vollmacht muss also in Schriftform vorhanden sein und eigenhändig unterschrieben werden. Wer nicht mehr schreiben kann, kann die Unterschrift durch notariell beglaubigtes Handzeichen ersetzen.

13.5.2 Notarielle Beurkundung

Zu Grundstücksgeschäften berechtigt eine nur privatschriftlich erteilte Vollmacht hingegen in aller Regel nicht. Insoweit bedarf es einer notariell beurkundeten Vollmacht. Sollte Frau Müller ihren Angehörigen nur eine privatschriftliche Vollmacht erteilt haben, kann Herr Müller das Haus weder verkaufen noch belasten – auch wenn es beiden gemeinsam gehören sollte.

In der betreuungsgerichtlichen Praxis wird häufig die Bestellung eines Betreuers durch das Gericht trotz vorhandener umfassender Vorsorgevollmacht zu Gunsten der Angehörigen notwendig, da zur Finanzierung der Heimkosten der Verkauf einer Immobilie erfolgen muss. Dies ist auch deshalb für alle Beteiligten misslich, weil der Verkauf des Hauses durch das Betreuungsgericht zusätzlich genehmigt werden muss. Den Käufer kann man deshalb auf eine nicht unbeträchtliche Wartezeit bis zur Genehmigung des Kaufvertrags vorbereiten.

Sinnvoll ist deshalb in diesen Fällen von vornherein die Erteilung einer notariellen Vorsorgevollmacht. Die Veräußerung des Grundeigentums erfolgt dann ohne Einschaltung des Gerichts.

13.5.3 Die Beglaubigung der Unterschrift

Diese kann durch jeden Notar erfolgen und ist kostengünstiger, da der Notar lediglich prüft, ob der Verfasser der Urkunde eigenhändig unterschreibt. Nur die Echtheit der Unterschrift beglaubigt er. Eine Prüfung des Inhalts der Urkunde durch den Notar erfolgt hingegen – anders als bei der Beurkundung – nicht.

Zur Beglaubigung der Unterschrift unter einer Vorsorgevollmacht sind auch die örtlichen Betreuungsbehörden befugt. Die Gebühr beträgt 10 €. Nähere Auskünfte erhalten Sie dort.

Ob die durch die Betreuungsbehörde beglaubigte Vollmacht auch zu Grundstücksgeschäften berechtigt, ist zurzeit noch streitig. Es existieren mehrere befürwortende Entscheidungen von Oberlandesgerichten, aber leider keine des übergeordneten Bundesgerichtshofs. Für einige Gerichtsbezirke ist die Rechtslage

deshalb klar, für andere hingegen offen. Für Nordrhein-Westfalen existieren keine einschlägigen Gerichtsentscheidungen.

Ich würde im Falle von Immobilienbesitz deshalb empfehlen, die Vollmacht notariell beurkunden zu lassen. Für die Beurkundung wird der Notar natürlich eine Gebühr erheben, dies ist aber meines Erachtens gut angelegtes Geld. Die Höhe der Gebühr hängt von der Höhe der Ersparnisse ab, wobei ein selbst bewohntes Haus – anders als bei der Berechnung der Gerichtsgebühr im Betreuungsverfahren – mitberücksichtigt wird.

Beispiel: Eheleute Müller haben ein gemeinsames Haus im Wert von 120.000 € und Ersparnisse von 60.000 €. Zusammen besitzen Sie also 180.000 €. Für jeden Ehegatten bemisst sich die Gebühr deshalb nach einem Wert von 90.000 €, dies sind entsprechend der einschlägigen Gebührentabelle B der Anlage 2 zum GNotKG 273 € zzgl. MwSt. und sonstige Auslagen. Weitere Beispiele: bis 10.000 € beträgt die Gebühr 75 €, bis 350.000 € sind es 685 €. Es empfiehlt sich also, möglichst in jungen Jahren den Notar aufzusuchen, zumal im Falle der Finanzierung der Immobilie die Darlehensbelastung natürlich berücksichtigt wird.

Die notariell beurkundete Vorsorgevollmacht hat noch einen weiteren Vorteil, den ich sogleich darstellen werde.

13.6 Vorsorgevollmacht und Bankgeschäfte

Es ist dringend zu empfehlen, dass der oder die Vorsorgebevollmächtigte/n auch befugt sind, Bankgeschäfte jeglicher Art zu tätigen. Insoweit gibt es insbesondere bei lediglich privatschriftlich erteilten Vollmachten ein Problem: Die meisten Banken und Sparkassen erkennen diese nicht an. Zur Begründung verweisen sie nicht ohne Berechtigung darauf, dass sie die Echtheit der Unterschrift unter der Vollmacht nicht prüfen können, bzw. nicht wissen, wie diese zu Stande gekommen ist. Nicht selten geschieht es deshalb in der betreuungsgerichtlichen Praxis, dass trotz umfassender Vorsorgevollmacht die Bestellung eines Betreuers erforderlich wird, weil Bank oder Sparkasse diese nicht anerkennen.

Neben der Vorsorgevollmacht sollten Sie demnach auch eine umfassende Bankvollmacht erteilen.

Sofern eine notariell beurkundete Vorsorgevollmacht erteilt wurde, erübrigt sich die Bankvollmacht, da Banken und Sparkassen jene ohne weiteres anerkennen.

13.7 Gilt meine Vorsorgevollmacht sofort oder erst, wenn tatsächlich der „Ernstfall“ eingetreten ist?

Diese Frage ist juristisch etwas kompliziert. Ich werde versuchen, es einfach zu erklären.

Es gibt grob drei verschiedene Arten von Vollmachten hinsichtlich des Geltungszeitpunkts, also des Zeitpunkts, zu dem der Bevollmächtigte von der Vollmacht Gebrauch machen kann. Zum einen diejenige, welche ab sofort zur Vertretung des Vollmachtgebers berechtigt, diejenige, welche erst durch einen Arzt in Kraft gesetzt werden muss und eine Dritte, die zwischen dem sog. Innen- und dem Außenverhältnis unterscheidet.

13.7.1 Die „Sofort-Vollmacht“

Die Besonderheit der „Sofort-Vollmacht“ besteht darin, dass der Vollmachtgeber eine sofortige Wahrnehmung seiner Interessen durch den Bevollmächtigten wünscht.

Beispiel: Frau Weiß ist 78 Jahre alt und körperlich wie geistig noch altersentsprechend rüstig. Ihr vor einigen Monaten verstorbener Ehegatte hat während der 55jährigen Ehe dauernd stets alle behördlichen und finanziellen Dinge für beide erledigt. Frau Weiß fühlt sich damit überfordert, dies in ihrem Alter noch zu lernen. Sie bittet ihren Sohn, sich um diese Angelegenheiten in ihrem Namen zu kümmern.

In diesem Fall erscheint es sinnvoll, wenn Frau Weiß ihrem Sohn eine „Sofort-Vollmacht“ erteilt und zusätzlich eine Bankvollmacht (s. das vorangegangene Kapitel über Vorsorgevollmacht und Bankgeschäfte). Eine echte Vorsorgevollmacht erscheint hingegen nicht sinnvoll, da Frau Weiß ja wünscht, dass ihr Sohn ihre Angelegenheiten ab sofort erledigt – und nicht erst irgendwann in der Zukunft.

Anmerkung: Ein Formular für eine „Sofort-Vollmacht“ finden Sie im Formulardepot der Betreuungsstelle der Stadt Düren (vgl. die Links im Anhang).

Sofern Frau Weiß nicht wünscht, dass ihr Sohn auch ab sofort die gesundheitlichen und sonstigen persönlichen Angelegenheiten zu regeln vermag, empfiehlt es sich, die entsprechenden Aufgabenbereiche zu streichen, aber durch eine „echte“ Vorsorgevollmacht zu ergänzen.

13.7.2 Die „echte“ Vorsorgevollmacht

Kennzeichen dieser Vollmacht ist, dass sie erst durch einen Arzt in Kraft gesetzt werden muss. Dieser bestätigt schriftlich durch Unterschrift und Arztstempel, dass der Vorsorgefall eingetreten ist, der Vollmachtgeber also seine Angelegenheiten aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung nicht mehr selbst wahrnehmen kann. Ohne diese In-Kraft-Setzung durch einen Arzt berechtigt die Vollmacht nicht zu rechtswirksamen Handlungen.

Anmerkung: Ein Formular einer „echten“ Vorsorgevollmacht finden Sie im Formulardepot der Betreuungsstelle der Stadt Düren (vgl. die Links im Anhang).

Sollte der Fall eintreten, dass der Vollmachtgeber nur vorübergehend seine Angelegenheiten nicht selbst wahrnehmen kann, beispielsweise nach einer schwierigen Operation mit einem sog. Durchgangssyndrom, so empfiehlt sich gleichwohl eine unbefristete In-Kraft-Setzung durch den Arzt. Sobald der Vollmachtgeber seine Angelegenheiten wieder selbst erledigen kann, sollte er das Original der in Kraft gesetzten Vollmacht vernichten und eine neue, noch nicht aktivierte, Vollmacht erteilen.

13.7.3 Die „Innen-Außen-Vollmacht“

Die Besonderheit dieser Vollmacht besteht darin, dass sie im Innenverhältnis nur gilt, wenn der „Ernstfall“ eingetreten ist, im Außenverhältnis aber sofort, wenn das Original der Urkunde vorgelegt wird. Das bedeutet: Der Bevollmächtigte ist gegenüber dem Vollmachtgeber, also seinem Auftraggeber, verpflichtet, von der Vollmacht nur im „Ernstfall“ Gebrauch zu machen (Innenverhältnis). Diese Einschränkung gilt aber nicht gegenüber Dritten (Außenverhältnis). Daraus folgt, dass Rechtshandlungen durch den Bevollmächtigten auch dann wirksam sind, wenn der „Ernstfall“ noch gar nicht eingetreten ist. Der außenstehende Dritte soll mit dieser Unsicherheit nicht belastet werden.

Anmerkung: Eine „Innen-Außen-Vollmacht“ finden Sie unter dem Link zum BMJ.

Mit dieser Rechtskonstruktion vergleichbar ist diejenige, welche oft Notare wählen. Nach dem Inhalt der Vollmacht muss der Bevollmächtigte zur Wirksamkeit der Rechtshandlungen im Außenverhältnis eine Ausfertigung der Urkunde vorlegen. Diese erhält er vom Notar aber erst, wenn er durch Vorlage eines ärztlichen Attestes den Eintritt der krankheitsbedingten Unfähigkeit des Vollmachtgebers zur Regelung seiner Angelegenheiten nachweist.

13.8 Kann ich auch mehrere Personen bevollmächtigen?

Ja, die Anzahl der bevollmächtigten Personen ist nach oben hin nicht begrenzt. Ob es dagegen sinnvoll ist, viele Personen zu bevollmächtigen, ist eine andere Frage. Auf jeden Fall sollten Sie aber mehr als nur eine Person bevollmächtigen, denn wenn diese Person dauerhaft oder vorübergehend ausfällt, läuft es unter Umständen doch auf die Bestellung eines Betreuers hinaus. Das wollen Sie ja gerade verhindern. Sinnvoll ist es aus diesem Grund auch, zumindest eine Person zu bevollmächtigen, die eine Generation später geboren ist und deren Lebenserwartung deshalb entsprechend höher ist. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person Ihrer Wahl Ihre Angelegenheiten regelt, wenn Sie älter werden als Ihr Partner.

Beispiel: Eheleute Schulz haben sich gegenseitig bevollmächtigt durch entsprechende Vorsorgeformulare. Herr Schulz erkrankt an Demenz, seine Frau regelt daher mit Hilfe der Vollmacht seine Angelegenheiten. Nunmehr wird sie selbst pflegebedürftig und immobil. Wer nimmt nunmehr die Angelegenheiten von Herrn Schulz wahr? Frau Schulz sicherlich nicht mehr, sie benötigt jetzt selbst Hilfe.

Da sie keine dritte Person eingesetzt haben, wird es jetzt wohl auf die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers für beide hinauslaufen. Dies hätten sie verhindern können, indem sie beispielsweise einen Sohn oder eine Nichte als Vertreter eingesetzt hätten. Anders verhält es sich natürlich, wenn keine weiteren Angehörigen oder sonstige Vertrauenspersonen vorhanden sind.

Sofern Sie mehr als eine Person bevollmächtigen, müssen Sie auch bestimmen, in welchem Verhältnis diese zueinander stehen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten. Sie können anordnen, dass alle gleichberechtigt handlungsbefugt sind. In diesem Fall müssen Sie weiterhin bestimmen, ob die Bevollmächtigten einzeln oder nur gemeinschaftlich handeln dürfen. Sie können auch beides kombinieren, beispielsweise in gesundheitlichen Belangen besteht nur gemeinsame Vertretungsbefugnis, im Übrigen aber Einzelvertretung. Denkbar ist es aber auch, ein Rangverhältnis zwischen den Bevollmächtigten anzuordnen, und zwar dergestalt, dass eine Person der Hauptbevollmächtigte ist und die nachfolgenden Personen seine Vertreter sind. Auch diese Konstruktion lässt sich mit der zuerst genannten kombinieren: Der Ehemann ist einzeln vertretungsberechtigter Hauptbevollmächtigter und die beiden Kinder sind Vertreter, aber nur gemeinschaftlich.

Da wir uns juristisch im Bereich der Vertragsfreiheit befinden, sind der Fantasie keine Grenzen gesetzt.

13.9 Weitere Einzelheiten zur Vorsorgevollmacht

13.9.1 Ist die Unterschrift weiterer Personen auf dem Formular sinnvoll oder erforderlich?

Juristisch notwendig zur Wirksamkeit der Vollmacht ist nur die eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers. Sinnvoll erscheint es aber aus meiner Sicht, auch die Bevollmächtigten unterzeichnen zu lassen. Sofern in dem Formular eine entsprechende Zeile vorhanden ist, erscheint dies schon deshalb ratsam, da sonst im Rechtsverkehr Verunsicherung entstehen könnte.

Nicht zwingend notwendig aber sinnvoll ist auch die Unterzeichnung durch eine dritte Person. Dies kann beispielsweise der Schwiegersohn oder der gute Nachbar sein. Zu empfehlen ist alternativ die Mitwirkung des Hausarztes oder eines anderen Mediziners Ihres Vertrauens. Dieser soll durch Unterschrift und Stempel die Vollmacht aufwerten und zugleich die Geschäftsfähigkeit bescheinigen.

13.9.2 Was mache ich mit der von mir ausgefüllten Vollmacht?

Das Original der Vollmacht sollten Sie nicht aus der Hand geben, damit sie jederzeit Änderungen vornehmen oder die Vollmacht insgesamt widerrufen können. Dies gilt nur dann nicht, wenn es sich um eine „Sofort-Vollmacht“ nach obigen Ausführungen in Kapitel 17.7.1 handelt. Das Original dieser Vollmacht sollte sich in Händen des Bevollmächtigten befinden.

Das Original der Vorsorgevollmacht legen Sie zu Ihren wichtigen Unterlagen, aber so, dass es im Notfall von den Bevollmächtigten auch gefunden wird.

Fertigen Sie Kopien der Vollmacht und kennzeichnen diese als solche. Händigen Sie Ihrem Hausarzt und allen Bevollmächtigten je eine Kopie aus. Dies ist unschädlich, da die Vorlage einer Kopie im Rechtsverkehr nicht ausreicht.

13.9.3 Der Notfallausweis

Weiterhin ist dringend die Anfertigung eines Notfallausweises zu empfehlen. Dieser sollte etwa Scheckkartengröße haben, damit Sie ihn immer bei sich tragen können. Er dient dazu, dass die Beteiligten im Notfall sofort Kenntnis von Ihrer Vorsorgevollmacht bekommen und auch eine Person Ihres Vertrauens benachrichtigen können. Weitere denkbare Informationen auf dem Notfallausweis sind das Vorhandensein einer Patientenverfügung, sowie der Umstand, ob Sie Organspender sind oder dies ablehnen.

- Anmerkung: Ein Exemplar eines Notfallausweises finden Sie in der Broschüre des BMJ.
- *Folgendes Vorstück für eine Notfallkarte finden Sie auf der Homepage der Unfallkasse NRW unter folgendem Link: <http://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de/wp-content/uploads/2011/11/Notfall-Checkkarte.pdf>*

Notfallkarte

UK NRW www.unfallkasse-nrw.de

Achtung! Ich bin verantwortlich für eine hilfebedürftige Person!
Bitte benachrichtigen Sie sofort:

Name & Telefonnummer

Eine Notfallcheckliste befindet sich (genauer Aufbewahrungsort)

Mein Name

Ich habe folgende Erkrankungen und benötige nachstehende Medikamente

13.9.4 Muss ich die Vollmacht regelmäßig bestätigen?

Nein, dies ist nicht nötig, schadet aber auch nicht. Anders als die Patientenverfügung hat die Vorsorgevollmacht kein „Verfallsdatum“. Sofern Sie die Vollmacht nicht widerrufen, gilt diese lebenslang.

Allerdings dürfte es aufgrund möglicher Rechtsänderungen ratsam sein, gelegentlich nach aktuellen Formularen zu suchen. Sollten sich grundlegende Änderungen ergeben, werden diese in den neuesten Auflagen berücksichtigt worden sein. Die Erstellung einer neuen Vollmacht ist dann zu empfehlen.

13.9.5 Kann oder muss ich die Vollmacht irgendwo hinterlegen oder registrieren lassen?

Die ausgefüllte und unterschriebene Vollmacht sollte auf jeden Fall in den eigenen vier Wänden aufbewahrt werden. Schließlich muss im Notfall die Möglichkeit des Zugriffs unabhängig von behördlichen Öffnungszeiten bestehen.

Die Hinterlegung der Vollmacht bei dem örtlichen Betreuungsgericht – vergleichbar der Hinterlegung des Testaments beim Nachlassgericht – ist in NRW nicht möglich. Auch eine Registrierung ihrer Verfügungen bei Gericht ist nicht vorgesehen.

Sie können aber Ihre Vollmacht bei dem Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. Es fällt eine einmalige Gebühr von etwa 20 € an. Die Betreuungsgerichte in Deutschland haben Zugriff auf das Register und können so feststellen, ob, wem und mit welchem Aufgabenkreis Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben. Voraussetzung ist jedoch, dass ein Betreuungsverfahren anhängig ist. Außerhalb eines Betreuungsverfahrens besteht kein Zugriff, insbes. Ärzte müssen also den Umweg über das Gericht machen.

Sofern Sie Ihre Vollmacht notariell beurkunden lassen, erfolgt die Registrierung bei der Bundesnotarkammer durch den beurkundenden Notar automatisch.

13.9.6 Kann der Bevollmächtigte die Vollmacht auch niederlegen?

Ja! Das geschieht sogar häufiger als angenommen. Hintergrund sind oft familiäre Streitigkeiten, Überforderung der Angehörigen, Erkrankungen oder andere persönliche Motive. Wie es in diesem Fall weitergeht, hängt von den näheren Umständen ab.

Beispiel: Herr Metzger hat seiner Ehefrau und seiner einzigen Tochter eine Vorsorgevollmacht erteilt, aufgrund derer beide einzeln handlungsberechtigt sind. Herr Metzger leidet inzwischen an einer mittelschweren Demenz und lebt in einem Pflegeheim. Die Ehefrau ist schwer erkrankt und wahrscheinlich für längere Zeit nicht in der Lage, sich angemessen um die Belange ihres Mannes zu kümmern. Dies teilt sie auch den Mitarbeitern der Einrichtung mit.

In diesem Fall hat sie die Vollmacht zumindest vorübergehend niedergelegt. Als weitere Bevollmächtigte wäre die Tochter nunmehr an der Reihe. Sofern diese die Belange ihres Vaters nun wahrnimmt, besteht für das Betreuungsgericht keine Veranlassung, tätig zu werden. Erst wenn auch diese aufgrund eigener Verpflichtungen ausfällt, besteht ein betreuungsgerichtlicher Handlungsbedarf.

13.9.7 Unterliegt der Bevollmächtigte einer Beaufsichtigung?

Die Bevollmächtigung ist grundsätzlich ein privates Rechtsgeschäft, das nur den Rechtsbereich der beteiligten Personen berührt. In den allermeisten Fällen wird deshalb das Betreuungsgericht nicht eingeschaltet. Eine Beaufsichtigung findet nicht statt.

In Ausnahmefällen wird sich das Gericht allerdings einschalten. Hierbei sind zwei Fallgestaltungen zu unterscheiden.

Zum einen benötigt der Bevollmächtigte für besonders schwerwiegende Entscheidungen zusätzlich die betreuungsgerichtliche Genehmigung. Es handelt sich um folgende Maßnahmen:

- die Zustimmung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Einrichtungen, z.B. Bettgitter, Gurte o.ä.,
- die Unterbringung in einer geschützten oder einer geschlossenen Einrichtung, z.B. die geschlossene Station der örtlichen Psychiatrie,
- die Behandlung der betroffenen Person unter Anwendung von körperlichem Zwang gegen ihren Willen,

und

- das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen mit der Folge des Versterbens der betroffenen Person. Letzteres gilt aber nur, wenn sich der Bevollmächtigte und der behandelnde Arzt nicht einigen können. (Näheres dazu im Kapitel über die Patientenverfügung).

Zum anderen ist denkbar, dass der Bevollmächtigte seine Befugnisse missbraucht, beispielsweise Gelder veruntreut oder in sonstiger Form dem Wohle des Vollmachtgebers zuwider handelt. Ausreichend kann auch schon der entsprechende Verdacht sein. In diesem Fall wird sich das Betreuungsgericht einschalten und den Fall zunächst prüfen. Voraussetzung ist natürlich, dass eine Person oder Institution das Gericht auf den Fall aufmerksam macht. Dies geschieht in der Regel, indem die Bestellung eines Betreuers angeregt wird.

Sollten die Ermittlungen des Gerichts ergeben, dass ein Missbrauch der Vollmacht vorliegt oder wahrscheinlich ist, kann es einen sog. Kontrollbetreuer bestellen. Dieser hat die Aufgabe, den Bevollmächtigten zu überwachen. Notfalls kann er auch die Vollmacht widerrufen.

Denkbar wäre aber auch, dass das Gericht unmittelbar einen regulären Betreuer bestellt, der an Stelle des Bevollmächtigten handelt, diesen also nicht kontrolliert, sondern ersetzt. Ein Widerruf der Vollmacht durch den Betreuer dürfte in diesem Fall regelmäßig angeraten sein.

Im Weiteren finden Sie Links zur Vorsorgevollmacht:

- *Betreuungsstelle der Stadt Düren:*

<http://www.dueren.de/verwaltung-politik/online-service/formulardepot/>

- *Bundesministerium der Justiz:*

http://www.bmjbv.de/DE/Service/Formulare/Formulare_node.html;jsessionid=354D60ED795DA931A19BB91F1B66D40B.1_cid297

- *Justizministerium des Landes NRW:*

<https://www.justiz.nrw.de/BS/formulare/betreuung/index.php>

- *Broschüre Vorsorgevollmacht des Justizministeriums Bayern:*

http://www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app

Hinweise:

- **Einrichtung einer Betreuung bei volljährig werdenden Kindern**

Bitte denken Sie daran, dass mit dem 18. Geburtstag Volljährigkeit eintritt, auch dann, wenn eine Behinderung vorliegt! Mit Volljährigkeit erlischt automatisch die elterliche Sorge, auch bei behinderten Kindern. Das bedeutet, dass ab diesem Zeitpunkt Entscheidungen ohne die Zustimmung der Eltern getroffen werden können. Sollten Sie als Eltern daher nicht über einen Betreuerausweis oder eine gültige Vollmacht verfügen, können Sie vom 18. Geburtstag Ihres Kindes an keine wirksame Willenserklärungen, Unterschriften, Handlungsaufträge etc. stellvertretend für ihr volljähriges Kind abgeben! Denken Sie daher rechtzeitig an die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers für Ihr Kind. Die Betreuung kann durch die Eltern (entweder ein Elternteil oder beide zusammen), aber auch von anderen Personen übernommen werden. Sie als Eltern sind nicht zur Übernahme der Betreuung verpflichtet.

- Alle im Text aufgeführten Namen und Daten in Fallbeispielen sind frei erfunden.

14 Die Patientenverfügung

14.1 Einleitung und Abgrenzung zu anderen Verfügungen:

Bevor wir uns die Patientenverfügung näher anschauen, möchte ich Ihnen einige wichtige Dinge über die Unterschiede zu den anderen wichtigen Formularen erläutern.

Da wäre zunächst die Vorsorgevollmacht, die ich im Kapitel 13 dargestellt habe. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Oft höre ich den Satz: „Ich habe eine Patientenverfügung, deshalb benötige ich keine Vorsorgevollmacht!“. Das ist falsch! Beide sind wichtig, sie haben aber eine grundlegend andere Funktion. Um es kurz und prägnant zu formulieren: Durch die Vorsorgevollmacht bestimmen Sie, wer für Sie Entscheidungen trifft, u. a. auch im Bereich der Gesundheitsfürsorge. In der Patientenverfügung legen Sie fest, wie der Bevollmächtigte entscheidet, ob er in bestimmte ärztliche Maßnahmen einwilligt oder nicht. Sollten Sie eine Patientenverfügung erstellt haben, aber keine Vorsorgevollmacht, so wird das Gericht im Ernstfall für Sie einen Betreuer bestellen, der dann aber an Ihre Anordnungen in der Patientenverfügung gebunden ist. Im umgekehrten Fall wird der Bevollmächtigte über die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen entscheiden, er hat aber einen gewissen Spielraum, da Sie ihm keine klaren schriftlichen Anweisungen erteilt haben. Er ist zwar gleichwohl an Ihren mutmaßlichen Willen gebunden, dieser ist aber oft nicht eindeutig zu ermitteln.

Sofern Sie umfassend Vorsorge treffen wollen, ist es erforderlich, dass Sie eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht erstellen.

Die Patientenverfügung ist weiterhin abzugrenzen von der Betreuungsverfügung. In dieser legen Sie fest, wen das Gericht zum Betreuer bestellen soll, falls dies erforderlich werden sollte. Sofern Sie eine Vorsorgevollmacht haben, erübrigt sich allerdings in aller Regel die Betreuungsverfügung, da Sie ja durch jene gerade verhindern wollen, dass für Sie auch noch ein Betreuer bestellt wird. Davon abgesehen ist die Benennung einer bestimmten Person oder Personen in der Vorsorgevollmacht in aller Regel auch dahingehend auszulegen, dass diese auch zu Ihrem Betreuer bestellt werden sollen, sofern trotz Vorsorgevollmacht eine Betreuung notwendig sein sollte.

Falsch ist es hingegen nicht, eine Betreuungsverfügung zusätzlich zu einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung zu verfassen.

Das Testament – gleichgültig in welcher Form (eigenhändig, gemeinschaftlich oder notariell) – hat mit der Patientenverfügung nichts zu tun. Auch Vorsorgevollmacht

und Betreuungsverfügung haben schon rein zeitlich ganz andere Geltungsbereiche: Letztere gelten bis zum Tod, das Testament dagegen erst mit dem Tod. Insbesondere sollte man nicht den Fehler machen zu glauben, eine notarielle Vollmacht im Hinblick auf vorhandenes Grundeigentum sei überflüssig, da ja im Testament alles geregelt sei. Falls das eigene Haus zur Deckung der Heimkosten veräußert werden muss, die betreffende Person aber nicht mehr geschäftsfähig ist, nutzt es wenig, wenn sie in ihrem Testament Anordnungen hinsichtlich des Hauses getroffen hat. Ein Testament ist kein Ersatz für eine notarielle Vorsorgevollmacht.

14.2 Einführungsfall Patientenverfügung

Sinn und Zweck einer Patientenverfügung möchte ich Ihnen ebenfalls an Hand eines Beispielsfalles nahe bringen. Das besondere dieses Falles ist, dass er sich tatsächlich so ereignet hat. Er war Gegenstand einer grundlegenden Entscheidung des BGH. In diesem Fall ging es um Frau Schwarz, 86 Jahre alt, Witwe. Sie hatte einen Sohn, sonst keine nahen Angehörigen. Sie erlitt eines Tages einen Herzstillstand, wurde aber erfolgreich reanimiert. Leider wurde insbesondere das Gehirn längere Zeit nicht mit Blut versorgt. Dies hatte zur Folge, dass weite Teile des Gehirns nicht mehr funktionsfähig waren. Frau Schwarz konnte nicht mehr sprechen, sie war komplett gelähmt und bettlägerig. Auch die Schluckmuskulatur war betroffen, weshalb sie mit Zustimmung ihres Sohnes, der zwischenzeitlich zu ihrem Betreuer bestellt worden war, eine sog. PEG zur künstlichen Ernährung erhielt. In diesem Zustand wurde sie in ein Pflegeheim verlegt. Der BGH beschrieb sie mit den Worten: Sie hatte keinen erkennbaren Kontakt mit der Außenwelt. Der medizinische Fachbegriff ist „apallisches Syndrom“, umgangssprachlich auch Wachkoma genannt.

Der Sohn machte sich anfangs noch Hoffnungen, dass sich der gesundheitliche Zustand verbessern würde, sie beispielsweise wieder Augenkontakt aufnehmen könnte. Leider war dies nicht der Fall, der Zustand blieb unverändert. Eines Tages kam er deshalb zu dem Schluss, dass Mutter so doch bestimmt nicht „hätte dahinvegetieren wollen“. Gemeinsam mit dem Hausarzt entschied er, dem Leben seiner Mutter ein Ende zu setzen. Beide kamen überein, dass Frau Schwarz nicht mehr über die Sonde mit Nahrung versorgt werden soll, sondern nur noch Tee erhalten sollte. Beide unterzeichneten eine entsprechende schriftliche Anweisung an die Heimleitung. Diese weigerte sich jedoch, die Anweisung zu befolgen, und informierte stattdessen das Betreuungsgericht, welches nach eingehender Prüfung entschied, dass die Ernährung fortzuführen sei.

Frau Schwarz starb einige Monate später an einer Lungenentzündung.

Die zuständige Staatsanwaltschaft ermittelte und klagte schließlich Sohn und Arzt wegen versuchten Totschlags an. Im Prozess bekundete der Sohn glaubhaft, vor einigen Jahren mit seiner Mutter eine Fernsehsendung über Schwerstpflegefälle geschaut zu haben – was sie dann selber wurde. Dabei habe sie beiläufig geäußert,

so doch bitte nicht enden zu wollen. Weitere Gespräche über das Thema fanden nicht statt. Eine Patientenverfügung hatte sie nicht verfasst.

Der BGH stellte fest, dass das Verhalten des Sohnes und des Arztes als versuchter Totschlag strafbar ist! Die beiläufige Äußerung der Frau Schwarz vor dem Fernseher reichte ihm nicht aus. Die Anforderungen an den mutmaßlichen Willen seien deutlich höher.

Zur Prüfung eines möglichen Verbotsirrtums verwies der BGH das Verfahren an das zuständige Landgericht zurück.

Konsequenzen des Falles

Der Fall und die Entscheidung des BGH verdeutlichen zweierlei:

Erstens bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Sterben, insbesondere der Art und Weise. Hätte Frau Schwarz sich etwas mehr mit dem Thema beschäftigt, und vielleicht etwas schriftlich verfasst, oder mit ihrem Sohn Gespräche über das Thema geführt, wäre die Sache ganz anders ausgegangen. Sohn und Arzt hätten, gestützt auf den mutmaßlichen Willen der Frau Schwarz, verlangen können, dass die Ernährung über die Sonde eingestellt wird, und sie nur noch Tee erhält. Es besteht nämlich ein Rechtsanspruch gegen die Einrichtung auf Achtung des mutmaßlichen Willens in diesen Fällen. Eigene Gewissensentscheidungen des Personals müssen insoweit zurückstehen.

Zweitens können Sie festhalten: Sofern Sie in einer Situation wie der beschriebenen weiter leben wollen, erübrigt sich eine Patientenverfügung. Es gilt der Grundsatz: Im Zweifel für das Leben. Wenn Sie hingegen in dieser Situation lieber sterben wollen, ist dringend die Erstellung einer Patientenverfügung anzuraten.

14.3 Was genau ist eine Patientenverfügung?

Im Jahre 2009 wurde die Rechtslage zu Sterbehilfe und Patientenverfügung in Deutschland erstmals gesetzlich geregelt. Bis dahin galten die Vorschriften über Mord, Totschlag und Tötung auf Verlangen im Strafgesetzbuch – immerhin aus dem Jahre 1876!

Heute ist die Rechtssituation im BGB als Teil des Betreuungsrechts geregelt. In § 1901a BGB ist die Patientenverfügung definiert. Dort heißt es:

Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Im Einzelnen bedeutet dies:

- Der Betreffende muss einwilligungsfähig und volljährig sein. Wer nicht einwilligungsfähig und/oder nicht volljährig ist, kann folglich keine wirksame Patientenverfügung errichten. Gleichwohl ist natürlich sein mutmaßlicher Wille beachtlich.
- Es muss sich um die Einwilligung oder Untersagung von Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe handeln. Erfasst sind somit bereits diagnostische Maßnahmen, beispielsweise Gewebeuntersuchungen, um festzustellen, ob eine bösartige Veränderung des Gewebes vorliegt. Auch künstliche Beatmung und künstliche Ernährung sind Heilbehandlungen bzw. ärztliche Eingriffe. Erlaubt ist es demgemäß, beides zu untersagen oder zuzulassen. Bereits die Anlage einer Magensonde kann in einer Patientenverfügung ausgeschlossen werden.
- Die genannten Maßnahmen dürfen nicht unmittelbar bevorstehen. Dies schließt vor allem solche Maßnahmen aus, deren Notwendigkeit nach ärztlicher Einschätzung bereits jetzt feststeht. Ist hingegen zurzeit zwar wahrscheinlich, nicht aber sicher, dass die Maßnahme ärztlich angeraten ist, steht sie nicht unmittelbar bevor. Dabei dürfte es ausreichen, wenn sie eventuell in wenigen Stunden ansteht.
- Erforderlich ist in jedem Fall, dass der Patient die Anordnungen in seiner Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit getroffen hat. Das versteht sich eigentlich von selbst, denn wenn der Betroffene noch ansprechbar und einwilligungsfähig ist, kommt es auf seinen aktuell geäußerten Willen an, nicht auf seinen früher schriftlich festgelegten.
- Die Festlegungen müssen schriftlich niedergelegt sein. Dies schließt mündliche Patientenverfügungen aus. Insoweit ist für Sie zweierlei von Bedeutung, nämlich einerseits, dass insbesondere die notarielle Beurkundung des Textes oder die Beglaubigung der Unterschrift nicht nötig ist. Die Verfügung muss auch nicht eigenhändig geschrieben sein, wie etwa das eigenhändige Testament. Eigenhändig muss lediglich die Unterschrift vollzogen werden. Wer nicht schreiben kann, sollte ein Handzeichen machen, welches von einem Notar beglaubigt wird.
- Zum anderen darf aus dem Erfordernis der Schriftlichkeit der Patientenverfügung nicht geschlossen werden, dass lediglich mündlich geäußerte Behandlungswünsche unbeachtlich seien. Sie sind für die Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens sehr wohl von erheblicher Bedeutung, aber nur wenn keine Patientenverfügung existiert, oder diese die aktuelle Behandlungssituation nicht oder nicht ausreichend beschreibt. Auf diesen Aspekt werde ich später näher eingehen.
- Von zentraler Bedeutung in § 1901a BGB aber ist ein Aspekt, den das Gesetz gerade nicht regelt, nämlich das (im Text fehlende) Erfordernis der Nähe zum Sterben. Man nennt dies unter Fachleuten auch die sog.

Reichweitenbeschränkung. Klarstellend legt Abs. 3 deshalb auch fest, dass eine Patientenverfügung „*unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung*“ vorliegt.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Der Betroffene hat die Einnahme von Antibiotika in seiner Patientenverfügung generell ausgeschlossen, unabhängig davon, ob die Einnahme lebensrettend sein könnte oder nicht. Dies war nach der alten Rechtslage nicht zulässig, da keine Nähe zu einem Sterbeprozess vorhanden war. Nach der Rechtsprechung des BGH bestand insoweit eine Reichweitenbeschränkung der Geltung von Patientenverfügungen auf den Zeitraum unmittelbar vor dem Tod. Eine Ausnahme wurde lediglich für schwere Fälle von dauernder Bewusstlosigkeit gemacht (wie in unserem Einführungsfall).

Nach der neuen Rechtssituation kommt es auf die Nähe zum Sterben nicht an. Eine Patientenverfügung kann Anordnungen für jedes Krankheitsstadium enthalten.

Es liegt folglich in obigem Beispiel eine wirksame verbindliche Anordnung des Patienten vor, die von allen Beteiligten zu beachten ist.

Ein klassisches Beispiel ist auch die Patientenverfügung von Walter Jens, die sinngemäß besagte, dass er lebenserhaltende Maßnahmen jeglicher Art ablehne, wenn er infolge einer Demenz nicht mehr in der Lage sein sollte, Bücher zu schreiben und zu lesen. Diese Anordnung wäre nach der bis 2009 geltenden Rechtslage unbeachtlich, weil (nur infolge der Demenz) der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hätte. Heute hingegen wäre sie beachtlich und von allen Beteiligten zu befolgen.

14.4 Darf ich auch Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe in meiner Patientenverfügung aufnehmen?

Nein! Aktive Sterbehilfe ist nur in Belgien und den Niederlanden zulässig, sofern diese durch einen Arzt durchgeführt wird und von einem zweiten Arzt bestätigt wird. In Deutschland ist sie nicht zugelassen. Sie ist vielmehr auch dann verboten, wenn sie dem ausdrücklichen Willen des Patienten entspricht.

(Anmerkung: Es ist keine gute Idee, den Weg in die Niederlande oder nach Belgien zu suchen, um bei sich aktive Sterbehilfe durchführen zu lassen. Der Gesetzgeber beider Länder hat diesen „Sterbetourismus“ dadurch verhindert, dass zwischen Arzt und Patienten bereits vorher ein Vertrauensverhältnis bestanden haben muss.)

14.5 Was genau ist aktive und was passive Sterbehilfe? Gibt es weitere Fälle?

Die Unterscheidung zwischen beiden markiert die Grenze zwischen strafbarer und erlaubter Sterbehilfe, deshalb folgen an dieser Stelle einige grundlegende Ausführungen zu den verschiedenen Varianten der Sterbehilfe:

Sterbehilfe als solche bedeutet zunächst, dass einer Person von einer anderen Person geholfen wird zu sterben. Je nachdem, in welcher Form diese Hilfe geleistet wird, unterscheidet man zwischen folgenden Fällen:

14.5.1 Passive Sterbehilfe

Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die betreffende Hilfsperson nicht aktiv ist, sondern etwas unterlässt. Beispiel: der Arzt legt keine Magensonde beim Patienten mit der Folge, dass dieser verstirbt. Weiteres Beispiel: Der Altenpfleger unterlässt es, einen Notarzt zu rufen, der Heimbewohner verstirbt. Dies gilt unabhängig davon, ob den Helfer eine sog. Garantenpflicht trifft. Das Unterlassen der Lebensrettung durch den Ehemann (mit Garantenpflicht) ist genauso zu werten wie durch den Bettenachbarn im Krankenhaus (ohne Garantenpflicht), sofern die übrigen Voraussetzungen der passiven Sterbehilfe vorliegen.

14.5.2 Aktive Sterbehilfe

Diese bedeutet, dass der Helfer aktiv handelt und so den Tod einer Person herbeiführt. Beispiel: Der Arzt injiziert dem krebserkrankten Patienten auf dessen Bitte hin eine tödliche Dosis eines Schmerzmittels, oder: der Ehemann einer schwerkranken, schwer leidenden Frau injiziert ihr ein Schlafmittel und erschießt sie anschließend – so geschehen im Fall der US-Amerikanerin Emily Gilbert, der Anlass jahrelanger gerichtlicher Verfahren war.

Für den juristischen Laien ungewohnt ist, dass auch das Abschalten einer Beatmungsmaschine nicht als aktive, sondern als passive Sterbehilfe angesehen wird, ebenso wie das Einstellen der Ernährung über eine Magensonde. Diese filigrane Unterscheidung der Juristen hat zur Folge, dass der Wunsch nach einem Abstellen der Maschinen und das Einstellen der Ernährung mittels Magensonde sehr wohl Inhalt einer Patientenverfügung sein kann.

14.5.3 Exkurs: der assistierte Suizid

Ein Sonderfall liegt vor bei dem assistierten Suizid, auch Beihilfe zur Selbsttötung genannt. Kennzeichen des assistierten Suizids ist, dass der Patient sich selbst das Leben nimmt und der Helfer nur dabei hilft, zum Beispiel, indem er ihm das Gift besorgt. Entscheidend ist, dass der Betroffene den letzten todbringenden Schritt selbst vornimmt. Der assistierte Suizid ist in Deutschland zulässig, allerdings ist er nach den für Ärzte geltenden Standards als Verstoß gegen die Richtlinien anzusehen und kann die Approbation gefährden. Zudem ist seit einigen Monaten die gewerbsmäßige Sterbehilfe durch Vereinigungen wie die DGMS (Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben) nicht mehr zulässig.

14.5.4 Indirekte Sterbehilfe

Von **indirekter Sterbehilfe** spricht man, wenn ein Arzt entsprechend den Regeln ärztlicher Kunst in der letzten Lebensphase starke Schmerz- oder Beruhigungsmittel

verabreicht, was zu einer Beschleunigung des Sterbeprozesses führen kann. Untersuchungen belegen allerdings, dass diese Medikamente in angemessener Dosierung eher zu einer Verlängerung des Lebens Schwerkranker führen.

Soweit die Vergabe der Medikamente nach den Regeln ärztlicher Kunst nicht zu beanstanden ist, liegt kein strafbares Verhalten des Arztes vor. Demgemäß ist es zulässig, in einer Patientenverfügung anzuordnen, erhebliche Mengen von Beruhigungs- und Schmerzmitteln zu wünschen (oder besser: Große Angst vor Schmerzen oder Unruhe zu haben).

14.6 Wie verfasse ich eine Patientenverfügung?

An dieser Stelle kann ich nur die verschiedenen Möglichkeiten aufzählen und Nach-, sowie Vorteile erläutern. Abraten kann ich von einer Patientenverfügung, die Sie nur unterschreiben müssen. Es handelt sich um vorformulierte Texte, die meist sehr ungenau und verallgemeinernd gefasst sind. Jedwede individuelle Ausgestaltung fehlt. Verfügungen dieser Art waren vor allem vor 2009 im Umlauf.

Davon zu unterscheiden sind Formulare, bei denen Sie zumindest eine Auswahl treffen können durch Ja/Nein-Antworten oder durch Ankreuzen von Textbausteinen. Ein gut gelungenes Beispiel ist die Patientenverfügung der Ärztekammer Nordrhein (vgl. die Weblinks am Ende des Textes). Diese Art von Verfügungen hat den Vorteil, dass sie auch von Personen erstellt werden kann, die sich nicht so intensiv mit dem Thema beschäftigen können oder wollen.

Schwierig zu erstellen, aber sehr zu empfehlen ist eine Patientenverfügung, die komplett individuell und eigenhändig verfasst ist. Sinnvoll ist es, insoweit sog. Textbausteine zu verwenden. Diese Textbausteine können Sie aus einem entsprechenden Ratgeber abschreiben. Meist enthalten diese Ratgeber die Beschreibung der medizinischen Situation einerseits und Vorschläge hinsichtlich der Behandlungswünsche andererseits.

Beispiel: „Wenn ich mich aufgrund einer schweren Erkrankung befinde“ (Beschreibung der Krankheitssituation),

„dann lehne ich lebensverlängernde Maßnahmen jeglicher Art, insbesondere ab“ (Behandlungswunsch).

Die Aufgabe des Verfassers einer Patientenverfügung ist es, sich die Textbausteine auszuwählen und abzuschreiben, die auf ihn zutreffen. Sofern dies eigenhändig geschieht, erhöht es die Authentizität der Verfügung.

Eine Mischform aus einer durchgehend eigenhändig geschriebenen und einer vorformulierten Patientenverfügung stellt das von der Arbeitsgemeinschaft Stadt und Kreis Düren herausgegebene Formular dar, das weitestgehend von mir verfasst wurde. Einen Weblink finden Sie am Ende des Textes.

Ein besonderer Fall mit einer besonderen Verfügung liegt vor, wenn der Betreffende bereits an einer schweren Erkrankung leidet, die in absehbarer Zeit zum Tode führen wird. In diesen Fällen ist es sinnvoll, eine ganz auf die Erkrankung und die unterschiedlichen Krankheitsphasen abgestimmte Patientenverfügung zu verfassen. Der Inhalt dieser Verfügung sollte Gegenstand ausführlicher medizinischer Beratung sein.

14.7 Muss meine Patientenverfügung notariell beurkundet werden?

Nein! Im Gegenteil: Notarielle Patientenverfügungen haben den Nachteil, dass sie ebenfalls für eine Vielzahl von Fällen vorformuliert sind und damit nicht den individuellen Willen des Verfassers wiedergeben. Sinnvoll ist es hingegen, wenn Sie die Unterschrift unter eine von Ihnen individuell erstellte Verfügung durch den Notar beglaubigen lassen. Im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht ist die örtliche Betreuungsstelle zur Beglaubigung der Unterschrift unter einer Patientenverfügung nicht befugt.

14.8 Meine Patientenverfügung habe ich erstellt. Wie geht es jetzt weiter?

14.8.1 Zeugen

sind sinnvoll, aber nicht zwingend. Sie erhöhen die Authentizität der Patientenverfügung und die Wahrscheinlichkeit, im Ernstfall beachtet zu werden.

Zeugen können sein: Nahe Angehörige, Personen des öffentlichen Lebens, der Hausarzt, der Arzt im Krankenhaus etc..

Sinnvoll kann es sein, dass der oder die Zeugen die Echtheit der Unterschrift des Verfassers bekunden. Dies kann von Bedeutung sein, insbesondere wenn die Unterschrift von solchen in guten Zeiten abweicht.

14.8.2 Original und Kopien

Das Original geben Sie bitte nicht aus den Händen. Zum einen ist es denkbar, dass Sie Änderungen einfügen möchten, ohne Ihre Verfügung komplett neu erstellen zu wollen. Dies können Sie jederzeit tun. Es empfiehlt sich, die Änderungen auf dem Original handschriftlich einzufügen und separat mit Ort, Datum und Unterschrift zu versehen. Zum anderen ist denkbar, dass Sie eine ganz neue Verfügung erstellen wollen. In diesem Fall sollten Sie die alte Verfügung als solches kennzeichnen oder besser vernichten. Möglich wäre es auch, die alte insoweit zu widerrufen, als sie der neuen widerspricht, sie aber hilfsweise weiterhin gelten zu lassen.

Kopien ihrer Verfügung sollten Sie dem oder den Bevollmächtigten und auch Ihrem Arzt aushändigen.

14.8.3 Aufbewahrung

Das Original geben Sie – wie soeben ausgeführt – nicht aus den Händen. Bewahren Sie es so auf, dass es von Ihren Vertrauenspersonen auch gefunden wird. Was nutzt die beste Patientenverfügung, wenn keiner weiß, wo diese ist. Sinnvoll erscheint es mir, diese bei den wichtigen Unterlagen zu Hause aufzubewahren.

In manchen Bundesländern ist es möglich, die Patientenverfügung (und auch die Vorsorgevollmacht) beim örtlichen Betreuungsgericht zu hinterlegen. In NRW ist dies nicht vorgesehen. Sollten Sie auf die Idee kommen, Ihrem Amtsgericht Ihre Patientenverfügung zu übersenden, werden Sie diese im Original zurückerhalten.

14.8.4 Bestätigung

Anders als bei der Vorsorgevollmacht ist dringend zu empfehlen, die Patientenverfügung regelmäßig zu bestätigen. Ich schlage vor, dies etwa alle 2 Jahre zu tun. Der Vorgang der Bestätigung erfordert, dass Sie sich mit dem Inhalt ihrer Verfügung erneut befassen. Sofern alles noch Ihren Vorstellungen entspricht, reicht es aus, die Patientenverfügung mit Ort, Datum und Unterschrift zu versehen. Hilfreich wäre vielleicht eine Formulierung wie „heute erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar“.

Sollte das eine oder andere nicht mehr Ihren aktuellen Wünschen entsprechen, liegt es nahe, die Verfügung zu ändern. Dies ist näher im Kapitel b. Original und Kopien erläutert.

Sollten die von Ihnen gewünschten Änderungen einen Umfang annehmen, der einen gewissen Umfang überschreitet, ist es angeraten, eine ganz neue Patientenverfügung zu erstellen. Ob Sie die alte vernichten oder sozusagen hilfsweise weiter gelten lassen, müssen Sie selbst entscheiden.

14.8.5 Der Notfallausweis

Insoweit darf ich auf das Kapitel 13. über die Vorsorgevollmacht verweisen.

14.8.6 Ich möchte eine neue Patientenverfügung erstellen

Sofern Sie sich entschließen, eine neue Patientenverfügung zu verfassen, ist denkbar, dass Sie die alte vernichten oder hilfsweise weiter gelten lassen. Sie müssen selbst entscheiden, welche Variante im Einzelfall besser ist. Auf jeden Fall sollten Sie Kopien der neuen Verfügung den Bevollmächtigten und Ihrem Arzt zukommen lassen.

Tipps und Hinweise:

Beratungsstellen

zu Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung existieren in jeder Stadt oder Gemeinde. Zu nennen sind zum einen die Betreuungsstellen. Diese sind bei den kreisfreien Städten oder bei den Landkreisen

angesiedelt. Dort können Sie telefonisch einen Termin für eine Beratung vereinbaren. Diese haben in der Regel auch geeignete Formulare vorrätig. Sie können aber natürlich auch Ihre eigenen mitbringen.

Die vom Land anerkannten Betreuungsvereine beraten ebenfalls. Dies können kirchliche Vereine sein, wie beispielsweise Diakonie, Sozialdienst katholischer Frauen oder Caritas. Ferner existieren auch Betreuungsvereine in anderer Trägerschaft.

Das örtliche Betreuungsgericht berät nicht zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Beim Betreuungsgericht Düren erhalten Sie immerhin die Formulare – und zwar bereits beim Wachtmeister. Für eine Beratung fehlt uns das Personal.

Weiterführende Hinweise zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Betreuungsstelle der Stadt Düren:

<http://www.dueren.de/verwaltung-politik/online-service/formulardepot/>

Bundesministerium der Justiz:

http://www.bmju.de/DE/Service/Formulare/Formulare_node.html;jsessionid=354D60ED795DA931A19BB91F1B66D40B.1_cid297

Justizministerium des Landes NRW:

<https://www.justiz.nrw.de/BS/formulare/betreuung/index.php>

Hinweis:

- Alle im Text aufgeführten Namen und Daten in Fallbeispielen sind frei erfunden.

15 Danksagung

An der Fertigstellung dieses Ratgebers waren viele Personen beteiligt, denen ein besonderer Dank gilt.

Zuerst möchte ich die **Teilnehmenden der Angehörigengruppen** erwähnen, die durch ihre Fragen und Anliegen deutlich machten, welche Auswirkungen eine private Pflegesituation auf alle Lebensbereiche eines Menschen hat. Sie waren für uns die Motivation, diesen Ratgeber zu schreiben!

Herrn Richter am Amtsgericht **Dr. Michael Jüttner**, Amtsgericht Düren, der mit großem Engagement in seiner Freizeit seinen Beitrag zum Thema Vorsorge verfasst hat .

Herrn Justizamtmann **Philip Dohmen** vom Amtsgericht Düren, der als stellvertretender Geschäftsleiter sowohl einen Blick für die Auswirkungen einer Pflegesituation für den Arbeitsbereich hat, wie auch durch die Moderation einer Angehörigengruppe die Bedürfnisse und Folgen der Einzelnen kennt.

Frau Justizamtsinspektorin **Kerstin Wester** vom Oberlandesgericht Köln, die mit ihren Erfahrungen als Soziale Ansprechpartnerin und durch die Moderation einer Angehörigengruppe bei der Überarbeitung des Ratgebers viel Wert auf den Praxisbezug und die Verständlichkeit gelegt hat.

Frau Justizamtfrau **Birgit Braun-Näger**, Oberlandesgericht Köln, die sich an der Überarbeitung des Ratgebers beteiligte.

Frau **Alexandra Daldrup** von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, die es ermöglichte, die Informationen der Unfallkasse für den Ratgeber zu nutzen und inhaltliche Anregungen gab.

Die Beihilfestelle des Oberlandesgerichts Köln für die Unterstützung hinsichtlich der beihilferechtlichen Informationen, die in diesem Ratgeber zu finden sind.

Ihnen allen gilt ein herzliches Dankeschön. Denn nur gemeinsam mit Ihnen war es möglich, diesen Ratgeber zu erstellen.

Elisabeth Meyer-Dietz

Koordinierungsstelle des Gesundheitsmanagements

bei dem Oberlandesgericht Köln

16 Haftungsausschluss

Die Autoren übernehmen keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Autoren, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Autoren kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Autoren behalten sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

16.1 Verweise und Links

Die Autoren haben keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanzieren sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge.

16.2 Daten

Alle im Text aufgeführten Namen und Daten bei Fallbeispielen sind frei erfunden.

17 Verwendete Kürzel

AV=Allgemeine Verordnung

BGB=Bürgerliches Gesetzbuch

BGH=Bundesgerichtshof

BVO=Beihilfeverordnung

GNotKG=Gerichts- und Notarkostengesetz

JMBL.=Justizministerialblatt

MwSt=Mehrwertsteuer

NBA=Das neue Begutachtungsassessment des MDK

PEG (Magensonde)=perkutane endoskopische Gastrostomie

SGB=Sozialgesetzbuch

StGB=Strafgesetzbuch

WG=Wohngemeinschaft

Vgl.=Vergleich/vergleiche

zzgl.=zuzüglich

18 Literaturverzeichnis

18.1 Bücherliste zum Ratgeber für pflegende Angehörige:

- Wenn alte Menschen aggressiv werden – Demenz und Gewalt – Rat für Angehörige und Pflegende;
Autoren: Udo Baer, Gabriele Frick-Baer und Gitta Alandt – Beltz Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-407-22327-2
- Pflegende Angehörige besser pflegen;
Autoren: Anne Lützenkirchen, Annika Wittig, Gabriele Moll und Katharina Kunkel – Jacobs Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-89918-220-0
- Angehörige pflegen – Ratgeber für die Hauskrankenpflege;
Autorin: Martina Döbele – Springer Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-54072265-6
- Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz – Einschätzen, verstehen und behandeln;
Autor: Ian Andrew James – Huber Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-456-85167-9
- Eltern unterstützen, pflegen, versorgen;
Autoren: Katharina Henrich und Aline Klett – Stiftung Warentest, ISBN-Nr.: 978-3-86851-134-5
- Pflege zu Hause – Rat und Hilfe für den Alltag;
Autorin: Sabine Keller – Stiftung Warentest, ISBN-Nr.: 978-3-86851-126-0
- Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger – Theorien, Methoden, Forschungsbeiträge;
Autorin: Frauke Koppelin – Huber Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-456-83173-2
- Pflegebedürftig?! – Das Angehörigenbuch – Informationen, Tipps, Formulare, Checklisten;
Autorin: Anja Palesch – Kohlhammer Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-17-022490-2
- Pflegende Angehörige im Mittelpunkt – Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen;
Autorinnen: Elisabeth Seidl und Sigrid Labenbacher – Böhlau Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-205-77602-4
- Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige – Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive;
Autor: Volker Allwicher – Verlag: Books on Demand GmbH, ISBN-Nr.: 978-3-8370-8770-3

- Ich helfe dir – Do-it-yourself-Tipps, die alten Menschen den Alltag leichter machen; Autorin: Anneke Goertz – Beltz Verlag, ISBN-Nr.: 978-3-407-86400-0
- ... alles geregelt? – Ein Ratgeber von A wie Altersvorsorgevollmacht bis Z wie Zustellungsvollmacht;
Autor: Gerhard Zieseniß – Herausgeber: Werbe Company – www.hdw-verden.de.

18.2 Broschüren und Infomaterial (überwiegend kostenlos):

- Angehörige Pflegen – Zwischen Pflege und Beruf – Ratgeber der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW)
Herausgeber: Pflege e.V., Verlag Bibliomend www.bibliomend.de;
- Zu Hause pflegen – gesund bleiben – Magazin für pflegende Angehörige – Ratgeber der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) – www.unfallkasse-nrw.de;
- Entlastung für die Seele – Ein Ratgeber für pflegende Angehörige – Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V. (BAGSO) www.bagso.de;
- Familie und Beruf im Oberbergischen Kreis – Ein Erfolgsmodell – Herausgeber: Oberbergischer Kreis – Wirtschaftsförderung
- Initiative Demografie Aktiv – Ratgeber für Unternehmer;
Kontakt: servicestelle@demografie-aktiv.de; www.demografie-aktiv.de;
- Ratgeber zur Pflege – alles, was Sie zur Pflege und zu den neuen Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen;
Herausgegeben von dem Bundesministerium für Gesundheit – www.pflegestaerkungsgesetz.de;
- Informationen für Demenzkranke und ihre Angehörigen;
Herausgegeben von dem Bundesministerium für Gesundheit – www.wir-staerken-die-pflege.de;
- Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf;
Herausgegeben von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bezugsquelle: publikationen@bundesregierung.de;
- Alle Leistungen zum Nachschlagen;
Herausgegeben von dem Bundesministerium für Gesundheit – www.wir-staerken-die-pflege.de;

- Merkblatt ,BVO NRW, Häusliche Pflege, vom Landesamt für Besoldung und Versorgung,01/2017: <https://www.finanzeverwaltung.nrw.de/de/beihilfe-zur-haeusliche-pflege>
- Merkblatt ,BVO NRW, Vollstationäre Pflege, vom Landesamt für Besoldung und Versorgung,01/2017: <https://www.finanzeverwaltung.nrw.de/de/beihilfe-zur-vollstationaeren-pflege>
- Broschüre Vorsorgevollmacht des Justizministeriums Bayern:[http://www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app000009?SID=2079245895&ACTIONxSETVAL\(artdtl.htm,APGxNR:,AARTxNR:04005315,AKATxNAME:StMJV,USERxARTIKEL:suchergebnisse.htm,USERxPORTAL:FALSE\)=Z](http://www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app000009?SID=2079245895&ACTIONxSETVAL(artdtl.htm,APGxNR:,AARTxNR:04005315,AKATxNAME:StMJV,USERxARTIKEL:suchergebnisse.htm,USERxPORTAL:FALSE)=Z)
- Gutachten vom BQS Institut im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zu dem Thema „Vom Bedarf zur REHA-Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation von 2014 unter folgendem Link: <https://www.bqs.de/images/Vom-Bedarf-zur-Reha--Bestandsaufnahme-zur-medizinischen-Rehabilitation-fr-pflegende-Angehrige.pdf.pdf>