

**Menschen**

**mit AIDS**

**und die**

**Pflegeversicherung**

**Ein Ratgeber**

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
1. Auflage, Januar 1995

**Impressum**

**Text und Konzeption** Michael Ewers, Berlin

**Redaktion** Christine Christmann, Klaus-Dieter Beißwenger, Berlin

**Fachberatung** Kurt Ditschler, Northeim

**Grafik** Martina Lauterbach, Berlin

**Satz** Martina Hornbostel, Berlin

**Druck** Druckerei Hellmich KG, Berlin

**Spendenkonto Pflege**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin  
BLZ 100 906 03 / Konto-Nr. 070 35 00 500

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. ist als gemeinnützig und damit besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

## Inhalt

### **a Vorbemerkung**

- 4 Wofür brauchen wir eine soziale Pflegeversicherung?
- 5 Warum gibt es diesen speziellen Ratgeber?

### **b Grundsätze und Ziele**

- 7 Was ist unter einer sozialen Pflegeversicherung zu verstehen?
- 9 Welche Ziele werden mit der Pflegeversicherung angestrebt?
- 11 Wie sozial ist diese Pflegeversicherung wirklich?

### **c Organisation und Finanzierung**

- 14 Wie werde ich Mitglied der Pflegeversicherung?
- 15 Wer ist für die Durchführung zuständig?
- 16 Wie hoch sind die Beiträge und wie werden sie erhoben?
- 19 Zeitplan zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes

### **d Personenkreis und Verfahren**

- 20 Wann gelte ich als pflegebedürftig?
- 22 Definition der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI
- 24 Was muß ich machen, um Leistungen zu erhalten?
- 29 In welcher Form werden die Leistungen gewährt?
- 35 Was geschieht mit meinen Ansprüchen aus anderen Gesetzen?

### **e Aufgaben und Leistungen**

- 36 Wie wird die häusliche Pflege durchgeführt?
- 39 Welche Bedeutung haben die Pflegestufen und wie sind sie eingeteilt?
- 40 Pflegestufe I – Erheblich Pflegebedürftige
- 42 Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftige
- 44 Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftige
- 46 Pflegestufe III – Besonders schwere Fälle
- 48 Was geschieht, wenn häusliche Pflege nicht mehr ausreicht?

52 Welche Hilfsmittel werden von der Pflegeversicherung bezahlt?

54 Was ist, wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht reichen?

57 Welche Hilfen erhalten Angehörige und ehrenamtliche Helfer durch die Pflegeversicherung?

61 Wer hilft mir, wenn meine Pflegeperson ausfällt?

### **f Qualität und Sicherheit**

63 Was verändert sich durch die Pflegeversicherung?

64 Wie sicher ist meine Pflege eigentlich?

65 Wie finde ich einen guten Pflegedienst?

69 Worauf muß ich achten, wenn ich einen Pflegedienst bestelle?

### **g Anhang**

72 Stichwortverzeichnis

75 Broschüren

76 Anschriften

#### Anmerkung

Alle Personenbezeichnungen in diesem Ratgeber beziehen sich gleichermaßen auf Männer und Frauen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu benennen.

Örtlichkeiten, Namen, Daten und persönliche Angaben in den angeführten Beispielen sind frei erfunden. Ähnlichkeiten mit lebenden oder verstorbenen Personen sind rein zufällig und nicht beabsichtigt.

### Wofür brauchen wir eine soziale Pflegeversicherung?

Bei einer schweren Erkrankung auf die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen angewiesen zu sein, bedeutet für jeden von uns eine besondere Herausforderung. Sei es, daß man alleine nicht mehr aus dem Bett aufstehen kann, die tägliche Dusche unerreichbar geworden ist oder man seine Wohnung nicht mehr ohne fremde Hilfe in Ordnung halten kann.

Oft sind es kurzfristige Krankheiten, die uns vorübergehend in die Hilflosigkeit zwingen. Bei vielen alten, behinderten oder schwerkranken Menschen ist diese Situation jedoch Alltag. Sie brauchen ständig die Unterstützung von Angehörigen, Freunden oder professionellen Pflegekräften, um die kleinen und manchmal auch großen Aufgaben des Alltags bewältigen zu können.

Etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland gelten in diesem Sinne als pflegebedürftig. 2,1 Millionen brauchen regelmäßig Hilfe bei der Haushaltsführung. Der überwiegende Teil von ihnen ist älter als 64 Jahre. In den meisten Fällen können diese Menschen auf Verwandte zurückgreifen, die sie in ihrer Lebensführung unterstützen. Nur hin und wieder ist professionelle Hilfe gefordert.

Ist AIDS die Ursache für die Pflegebedürftigkeit, sieht die Situation jedoch ganz anders aus. AIDS gehört zu den Krankheiten, die häufig zu Pflegebedürftigkeit führen. Doch sind davon in aller Regel junge Menschen betroffen, die entweder keine eigene Familie haben oder deren Hilfebedarf so groß ist, daß er alleine von Angehörigen nicht mehr bewältigt werden kann. Das komplexe Krankheitsbild macht in vielen Fällen fachkundige Pflege unverzichtbar. Die Kosten für die notwendige professionelle Hilfe sind in diesem Fall sehr hoch und überfordern den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen zusätzlich.

Mit der neuen Pflegeversicherung wurde der Versuch gemacht, die Lebenssituation der Pflegebedürftigen zu verbessern und das Risiko „Pflegefall“ abzusichern. Durch finanzielle Unterstützung sollen die Belastungen aller Beteiligten abgemildert werden. Angehörige und Freunde, aber auch ehrenamtliche Helfer von Selbsthilfegruppen sollen zudem angeregt werden, sich in der Pflege von Hilfsbedürftigen zu engagieren.

Die Lebenssituation der Menschen mit HIV und AIDS unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der „eigentlichen“ Zielgruppe der Pflegeversicherung, den alten und behinderten Menschen. Bereits bei den Verhandlungen über das neue Gesetz haben wir immer wieder auf diesen Unterschied aufmerksam gemacht. Bedauerlicherweise hat nur ein geringer Teil unserer Forderungen Beachtung gefunden. Um so wichtiger ist es, jetzt darüber aufzuklären, welche Veränderungen sich mit der Pflegeversicherung für Menschen mit HIV und AIDS ergeben.

Dieser Ratgeber will ausführlich darüber informieren, welche Hilfen das neue Gesetz Menschen mit AIDS bietet, die bereits pflegebedürftig sind oder die mit ihrer Pflegebedürftigkeit rechnen müssen. Wir ergänzen auf diese Weise die Broschüren, die von den Pflegekassen oder der Bundesregierung bereits veröffentlicht wurden und für jeden erhältlich sind. Lebenspartner, Angehörige oder Freunde erfahren, welche Unterstützung sie von der Pflegeversicherung erwarten dürfen. Auch ehrenamtliche Helfer oder sonstige Interessierte können sich mit Hilfe dieser Informationen in das schwierige Thema „Menschen mit AIDS und die Pflegeversicherung“ einlesen. Dabei wird nicht verschwiegen, wo die Probleme mit dieser neuen Versicherung liegen und mit welchen Schwierigkeiten auch weiterhin bei der Organisation und Finanzierung der Pflege von Menschen mit AIDS gerechnet werden muß.

Wir haben in diesem Ratgeber bewußt darauf verzichtet, Gesetzestexte oder Paragraphen anzuführen, zumal sie dem Laien oft nur schwer verständlich sind. Statt dessen haben wir die wichtigsten Bestimmungen des neuen Gesetzes mit Beispielen versehen, um damit die Auswirkungen auf den Pflegealltag zu veranschaulichen. Fragen, die im Zusammenhang mit der neuen Pflegeversicherung immer wieder gestellt werden, begleiten den Leser durch diesen Ratgeber. Da die einzelnen Kapitel inhaltlich aufeinander aufbauen, empfehlen wir, den Text vollständig durchzuarbeiten. Ein Stichwortregister erleichtert später das Wiederauffinden von wichtigen Informationen.

### Warum gibt es diesen speziellen Ratgeber?

Vermutlich lassen sich nicht alle Fragen mit diesem Ratgeber beantworten. Eine ausführliche persönliche Beratung im Falle der Pflegebedürftigkeit können und wollen wir hiermit nicht ersetzen. Die Pflegekassen, Pflegedienste, Beratungsstellen und auch AIDS-Hilfen stehen für eine solche Beratung jederzeit zur Verfügung.

Berlin, Januar 1995

Michael Ewers

Referat Pflege und Gesundheitswesen

Allgemeine Lebensrisiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Unfall und Alter, die jeden von uns treffen können, werden in Deutschland seit langem in Form von **gesetzlichen Pflichtversicherungen** beantwortet. Diese sollen uns vor finanziellen Überlastungen und einer Bedrohung unserer Existenzgrundlage schützen.

Wer bislang auf pflegerische Hilfen angewiesen war, konnte von den bestehenden Versicherungen jedoch keine große Hilfe erwarten. Man mußte entweder gesund genug sein, um sich in der eigenen Wohnung selbst helfen zu können oder krank genug, damit die Kosten für einen Klinikaufenthalt übernommen werden konnten. Ein Großteil der langfristig Pflegebedürftigen ist daher zur Finanzierung der Pflegekosten dauerhaft von den Leistungen der Sozialhilfe abhängig.

Nach über zwanzigjähriger Diskussion soll diesem Problem nun mit der **sozialen Pflegeversicherung** abgeholfen werden. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird in Deutschland künftig durch eine gesetzliche Pflichtversicherung aufgefangen. Die Beiträge zur einer solchen Versicherung richten sich nicht nach dem Einzelrisiko. Alte, behinderte und kranke Menschen wären aufgrund ihres hohen Pflegerisikos nicht in der Lage, die entsprechenden Beiträge zu bezahlen.

Die Beiträge zur Pflegeversicherung orientieren sich – vergleichbar der gesetzlichen Krankenversicherung – am Einkommen der Versicherten. In Form einer gemeinsamen Selbsthilfe werden auf diese Weise die finanziellen Belastungen durch die Pflegebedürftigkeit unter allen Versicherten ausgeglichen.

Das neue Pflegeversicherungsgesetz wird als elfter Teil in das Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland (**SGB XI**) aufgenommen. Mit seinem stufenweisen Inkrafttreten am 1. Januar 1995 bildet es gemeinsam mit den anderen Versicherungen die fünf Säulen unseres Sozialversicherungssystems:

Was ist unter einer sozialen Pflegeversicherung zu verstehen?



Dieses System der sozialen Absicherung funktioniert nach bestimmten Grundsätzen, die sich auch in der neuen Pflegeversicherung wiederfinden. Einer der wichtigsten ist das sogenannte **Solidaritätsprinzip**. Der Begriff „Solidarität“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „Gemeinsamkeit“.

Durch die Solidargemeinschaft aller Versicherten (Mitglieder-gemeinschaft) werden wir vor finanziellen Überforderungen durch häufig auftretende Lebensrisiken geschützt. Bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze ist die Mitgliedschaft in diesen Sozialversicherungen gesetzlich vorgeschrieben. Lediglich einige wenige Personengruppen sind von dieser Versicherungspflicht ausgenommen (z. B. Selbständige, Beamte). Sie können unter bestimmten Bedingungen freiwillig Mitglied der gesetzlichen Versicherungen werden.

Kaum jemand in Deutschland wäre in der Lage, die im Falle einer schweren Erkrankung entstehenden Kosten aus eigener Tasche zu finanzieren. Als Folge davon sind derzeit ca. 90 % aller Bundesbürger Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung. Mit den Beiträgen, die wir in die Versicherungen einzahlen, erwerben wir den Anspruch auf bestimmte gesetzlich festgelegte Leistungen, z. B. ärztliche Behandlung, Medikamente, Krankenhausversorgung. Die entstehenden finanziellen Belastungen werden auf viele Schultern verteilt und sind somit für den einzelnen geringer.

Daraus läßt sich jedoch auch eine besondere Verantwortung des einzelnen gegenüber der Versicherungsgemeinschaft ableiten. Leistungen aus den Versicherungen werden nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen und in einem gesetzlich festgeschriebenen Umfang gewährt. Jedes Mitglied ist im Sinne der **Eigenverantwortlichkeit** verpflichtet, durch eine entsprechende Lebensführung den Eintritt des Versicherungsfalls zu vermeiden bzw. an seiner Behebung aktiv mitzuwirken. Die Gemeinschaft der Versicherten darf nur mit den wirklich notwendigen Ausgaben belastet werden. Solidarität und Eigenverantwortlichkeit gehören daher eng zusammen. Daneben werden oft zusätzliche Maßnahmen zur privaten Vorsorge, z. B. durch private Zusatzversicherungen, empfohlen. Dies gilt auch im Fall der Pflegebedürftigkeit.

Mit Hilfe der Leistungen aus der Pflegeversicherung soll dir im Falle einer Pflegebedürftigkeit geholfen werden, ein möglichst **selbständiges** und **selbstbestimmtes** Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Alle Leistungen sind in erster Linie darauf ausgerichtet, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit soll vorher so weit wie möglich hinausgezögert und die Folgen der Pflegebedürftigkeit für den einzelnen und die Solidargemeinschaft vermindert werden. Aus diesem Grund gilt in der Pflegeversicherung der Grundsatz **Rehabilitation vor Pflege**. Für Menschen mit HIV und AIDS ergibt sich dabei jedoch die Schwierigkeit, daß ihre Möglichkeiten zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen immer noch sehr begrenzt sind.

Bei der Erbringung von Pflegeleistungen sollen deine Wünsche – soweit sie angemessen sind – berücksichtigt werden. Du hast die **Wahlmöglichkeit zwischen zugelassenen Pflegeeinrichtungen und -diensten verschiedener Träger** (z. B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände, private Anbieter). Dazu gehören selbstverständlich auch die

**Welche Ziele werden mit der Pflegeversicherung angestrebt?**

AIDS-Spezialpflegedienste, die es derzeit in mehreren großen Städten gibt. Voraussetzung für die Wahlmöglichkeit ist jedoch, daß in deinem Wohnort auch eine entsprechende Vielfalt an Pflegediensten vorhanden ist. Gerade in ländlichen Regionen sind jedoch nach wie vor viele Pflegedienste ausschließlich in kirchlicher Hand. Das Gesetz will hier zu einem Ausbau der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen beitragen.

Bei der Gestaltung der Hilfe soll auf deine religiösen Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Dies hat der Gesetzgeber ausdrücklich festgeschrieben. Ob dies auch in dem Fall gilt, daß du gerade nicht von einem religiös gebundenen Pflegedienst versorgt werden willst, bleibt offen.

Oberstes Ziel der Pflegeversicherung ist es, die Pflege in der häuslichen Umgebung, d. h. in deiner eigenen Wohnung zu fördern. Dazu gehören in der Regel auch betreute Wohneinrichtungen, wie sie derzeit vielfach für Menschen mit HIV und AIDS eingerichtet werden. Du sollst damit so lange wie möglich in deinem privaten Umfeld bleiben können. Voraussetzung dafür ist, daß deine Wohnung eine ambulante Pflege prinzipiell zuläßt. Ob dies auch für Zimmer in sogenannten Läusepensionen gilt, in denen Menschen mit HIV und AIDS aufgrund der Wohnungsnot manchmal untergebracht werden, darf bezweifelt werden.

Das Gesetz bietet keine Wahlfreiheit, ob du lieber in deiner Wohnung oder in einem Pflegeheim versorgt werden willst, z. B. weil du dich in letzterem sicherer fühlen würdest. Es gilt in jedem Fall der Grundsatz **ambulant vor stationär**. Die häusliche Pflege (ambulant) ist damit dem Heimaufenthalt (stationär) übergeordnet. Die teilstationäre Pflege (Tag- und Nachtpflege) dient lediglich der Entlastung und Ergänzung der häuslichen Pflege.

Aber auch bei der häuslichen Pflege decken die Leistungen der Pflegeversicherung nicht die vollständigen Kosten einer professionellen Pflege. Vielmehr gewährt die Pflegeversicherung lediglich einen Zuschuß zu den tatsächlichen Aufwendungen.

**Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nur eine Ergänzung der familiären, nachbarschaftlichen oder ehrenamtlichen Pflege und Betreuung. Bei der Pflege in einem Heim wird lediglich eine Entlastung von den pflegebedingten Kosten gewährt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung mußt du selbst aufbringen.**

**WICHTIG**

Durch die Leistungen der Pflegeversicherung sollen Angehörige, Nachbarn und ehrenamtliche Helfer (Selbsthilfegruppen) angeregt werden, sich an der **gesamtgemeinschaftlichen Aufgabe** der Pflege und Versorgung von schwerkranken, behinderten und sterbenden Menschen zu beteiligen. Das Gesetz will die Pflegebereitschaft dieser freiwilligen Helfer durch verschiedene Maßnahmen (z. B. Pflegekurse) fördern und auf eine „neue Kultur des Helfens und der menschlichen Zuwendung“ hinwirken.

**Wie sozial ist diese Pflegeversicherung wirklich?**

Dies entspricht einem zweiten wichtigen Prinzip unseres Sozialsystems – dem **Subsidiaritätsprinzip**. Auch das Wort „subsidiär“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „zur Aushilfe“. Dieses Prinzip wird bislang vor allem im Bereich der Sozial- und Arbeitslosenhilfe angewendet. Die Idee der Eigenverantwortlichkeit und damit der Nachrangigkeit von staatlichen oder gemeinschaftlichen Leistungen regelt aber letztlich unser gesamtes soziales System. Es ist folgendermaßen aufgebaut:

**Individuelle  
Vorsorge** Damit ist nichts anderes gemeint, als daß du für unvorhergesehene Ereignisse zunächst mit deinem ersparten Vermögen aufkommen sollst. Unsere Großmütter haben dafür die Weisheit geprägt: „Spare in der Zeit, dann hast du in der Not.“ Das setzt jedoch voraus, daß du überhaupt genug Geld zur Verfügung hast, um sparen zu können.

**Haftung** Entsteht dein Bedarf, weil du einen Schaden durch jemand anderen erlitten hast, muß zunächst die Haftungsfrage geklärt werden. Dafür ist es notwendig, die Schuld und Zahlungsfähigkeit des anderen nachzuweisen. Bei den Hämophilen, die mit HIV-infizierten Blutprodukten behandelt wurden, spielt diese Haftungsfrage eine wichtige Rolle.

**Versicherung** Bei der Versicherung schließen sich mehrere Personen zusammen, um sich durch ihre Beiträge gegen auftretende Risiken zu schützen. Hierzu gehören die o. g. Sozialversicherungen, aber auch alle privaten Versicherungen. Der Schadensfall und die dann gewährte Unterstützung sind sehr genau definiert. Auf diese Weise schützt sich die Versichertengemeinschaft vor unberechtigten Ansprüchen.

**Soziale Hilfen** In diesen Bereich gehören z. B. die Sozialhilfe und die Arbeitslosenhilfe. Diese Hilfen werden in Abhängigkeit von Einkommen und Vermögen gewährt und setzen die Bedürftigkeit voraus. Die Mittel werden nur nach individueller Prüfung der Voraussetzungen gewährt und sollen dir helfen, deine Eigenständigkeit wiederzugewinnen.

Diese Rangfolge macht deutlich, daß die Gemeinschaft der Versicherten oder der Staat erst dann belastet werden darf, wenn deine eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft und dein privates (Familie und Freundeskreis) und nahes gesellschaftliches Umfeld (z. B. eine Selbsthilfegruppe) nicht mehr in der Lage sind, die notwendige Hilfe zu leisten. Die Hilfe der Versichertengemeinschaft und des Staates (Sozialhilfe) wird also nur „aushilfsweise“ gewährt, weil die Selbsthilfe und private Vorsorge versagt. Dabei besteht immer die Gefahr, daß

die Selbsthilfemöglichkeiten überschätzt und die Betroffenen finanziell und sozial überlastet werden.

Das Subsidiaritätsprinzip wird bei der Pflegeversicherung stärker angewendet als z. B. bei der Krankenversicherung. Menschen mit HIV und AIDS können jedoch nur sehr selten auf ein tragfähiges soziales Netz zurückgreifen. Vielleicht lebt die Familie weit entfernt, oder der Lebenspartner ist ebenfalls erkrankt. Auch ehrenamtliche Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen, z. B. den regionalen AIDS-Hilfen, können den Hilfebedarf nur in sehr begrenztem Umfang abdecken. Die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen sind oft sehr gering im Vergleich zu den hohen Kosten für professionelle Krankenpflege. Durch die Art ihrer Erkrankung sind sie zudem in besonderer Weise sozial belastet.

Die finanziellen und sozialen Grenzen der Selbsthilfe im Falle der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit HIV und AIDS sind offensichtlich. Es ist daher bereits absehbar, daß die **familienergänzenden Leistungen** der Pflegeversicherung nicht in der Lage sind, auf den Bedarf dieser Gruppe von Pflegebedürftigen ausreichend einzugehen.

Angesichts der Schwere ihrer Erkrankung sind Menschen mit HIV und AIDS in besonderer Weise auf die Solidarität der Gesellschaft angewiesen. Auch wenn wir alle Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation ausschöpfen, bleibt eine Vielzahl von Belastungen, die den einzelnen und sein soziales Umfeld oft überfordern. Zusätzliche Möglichkeiten zur privaten Vorsorge für den Krankheits- oder Pflegefall (private Zusatzversicherungen) sind Menschen mit HIV und AIDS verwehrt. Insofern wird sich der soziale Anspruch der neuen Versicherung besonders auch an seinen Auswirkungen auf diese Gruppe von Pflegebedürftigen messen lassen müssen.

Wie werde ich Mitglied der Pflegeversicherung?

Grundsätzlich gilt: Für die Mitgliedschaft in der **gesetzlichen Pflegeversicherung** gelten die gleichen Bedingungen wie für die Krankenversicherung (vgl. hierzu die Broschüre der D.A.H.: „Sozialrecht für Menschen mit HIV und AIDS“).

Wenn du Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bist, wirst du automatisch auch Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung. Wenn du als Arbeiter oder Angestellter in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis stehst, bist du auf diese Weise sowohl im Krankheits- als auch im Pflegefall abgesichert. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen sind in diesem Fall automatisch mitversichert. Auch z. B. für Studenten, Rentner, Arbeitslose und freiwillige Mitglieder der GKV gilt diese Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung.

Sie gilt grundsätzlich bei allen Personen, deren monatliches Brutto-Einkommen 1995 voraussichtlich eine Grenze von DM 5.850,- in den alten und DM 4.875,- in den neuen Bundesländern nicht übersteigt. Versicherungspflicht besteht auch, wenn du laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe vom Sozialamt erhältst.

Du kannst dich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn du nachweist, daß du bereits bei einem privaten Versicherungsunternehmen einen Vertrag zur Absicherung des Pflegerisikos abgeschlossen hast. Die Leistungen dieser privaten Versicherung müssen jedoch denen der sozialen Pflegeversicherung gleichkommen. Ein entsprechender Antrag muß bei der Pflegekasse innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gestellt worden sein.

Möchtest du deinen privaten Versicherungsvertrag kündigen, kannst du dies tun, sobald du versicherungspflichtig wirst. In diesem Fall mußst du Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung werden.

Für Menschen mit HIV und AIDS bergen private Versicherungsverträge stets ein besonders großes Risiko. Bei einem positiven Testergebnis ist die Aufnahme in eine private Pflegeversicherung in der Regel ausgeschlossen. Dies gilt auch für private Zusatzversicherungen.

Bist du bereits Mitglied einer privaten Krankenversicherung, mußt du dich auch gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit privat versichern. Die Leistungen aus der **privaten Pflegeversicherung** müssen denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen. Bist du HIV-infiziert bzw. an AIDS erkrankt und erhältst du Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung, ist das Unternehmen verpflichtet, dich auch gegen das Risiko einer Pflegebedürftigkeit zu versichern. In diesem Fall ist ein Ausschluß wegen des hohen Risikos oder eine Staffelung der Beiträge nach dem Einzelfallrisiko nicht zulässig.

Als Träger der sozialen Pflegeversicherung werden sogenannte **Pflegekassen** eingerichtet. Sie sind mit den gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar und für die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes zuständig. Wie die Krankenkassen werden auch die Pflegekassen von den Sozialpartnern (Arbeitgebern und Arbeitnehmern) in gemeinsamer Selbstverwaltung organisiert. Sie sind rechtsfähige „Körperschaften des öffentlichen Rechts“ und unterliegen einer staatlichen Kontrolle.

Jede Krankenkasse wird zukünftig auch eine Pflegekasse unterhalten. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzlichen Krankenkassen (Allgemeine Ortskrankenkassen, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen usw.) wie für die privaten Versicherungsunternehmen.

Kranken- und Pflegekassen sollen eng zusammenarbeiten und bestimmte Einrichtungen gemeinsam nutzen (z. B. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen). Möglicherweise bist du von deiner Krankenkasse bereits über die neuen Ansprechpartner bei der Pflegekasse informiert worden, z. B. über Verbandszeitschriften oder Rundschreiben.

Die Pflegekassen sind verantwortlich dafür, daß ihre Mitglieder angemessen pflegerisch versorgt werden. Um ihren **Sicherstellungsauftrag** erfüllen zu können, schließen die Pflegekassen Verträge mit

Wer ist für die Durchführung zuständig?

WICHTIG

gemeinnützigen und privaten Pflegediensten ab. Die Dienste sind dann für die Durchführung der Pflege verantwortlich (**Versorgungsauftrag**). Die Pflegekassen arbeiten mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung beteiligten Organisationen eng zusammen. Ihre Aufgabe besteht u. a. darin, die Mängel der pflegerischen Versorgung zu beseitigen.

Zu den verpflichtenden Aufgaben der Pflegekassen gehört auch die **Aufklärung und Beratung** der Versicherten. Die Pflegekassen können dies sowohl mit Hilfe von Broschüren als auch mit dem Angebot persönlicher Beratung tun. Wenn du Fragen zur Pflegeversicherung hast, solltest du dich nicht scheuen, diese Beratung auch in Anspruch zu nehmen. Die Telefonnummer und Anschrift deiner Pflegekasse kannst du bei den Mitarbeitern deiner Krankenkasse erfragen.

**Wie hoch sind die Beiträge und wie werden sie erhoben?**

Die finanziellen Mittel der Pflegekassen werden zum überwiegenden Teil durch Beiträge aufgebracht. Diese Beiträge werden in der Regel von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen getragen. Sie werden aufgrund gesetzlicher Bestimmungen vom Arbeitgeber direkt an die Pflegekassen überwiesen. Er behält dafür die Hälfte vom Beitrag zur Pflegeversicherung von deinem Lohn oder Gehalt ein.

Im Unterschied zu den anderen Sozialversicherungen wurden die Arbeitgeber bei der Pflegeversicherung jedoch erstmals finanziell entlastet. Gerade über diesen Ausgleich ist im Vorfeld der Pflegeversicherung heftig gestritten worden, da er die kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen doppelt belastet. Letztlich zahlen wir damit den gesamten Beitrag zur Pflegeversicherung aus eigener Tasche. Ohne diesen Kompromiß wäre es jedoch nicht zur Verabschiedung der Pflegeversicherung gekommen.

Beschlossen wurde, daß die Bundesländer zum Ausgleich für den Arbeitgeberanteil einen gesetzlichen Feiertag streichen sollen, der regelmäßig auf einen Wochentag fällt. Welcher Feiertag dies sein

wird, ist bislang noch nicht klar. In manchen Bundesländern wird der Pfingstmontag „gehandelt“, die meisten wollen jedoch den Buß- und Betttag streichen.

Wenn es in deinem Bundesland zu keiner Einigung darüber kommt, welcher Feiertag für die Pflegeversicherung gestrichen werden soll, mußt du den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung selbst zahlen. Dies wird möglicherweise im Bundesland Sachsen der Fall sein.

Der Beitragssatz für die beiden Stufen der Pflegeversicherung wurde vom Gesetzgeber bereits festgelegt.

**1. Stufe (ambulante Pflege)**

**ab 1. Januar 1995** .... 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen

**2. Stufe (stationäre Pflege)**

**ab 1. Juli 1996** ..... 1,7 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen

Für beihilfeberechtigte Personen (z. B. Beamte) beträgt der Beitragssatz jeweils nur die Hälfte der angegebenen Prozentzahlen (0,5 und 0,85 %). Sie erhalten dafür auch nur die Hälfte der Leistungen.

Für Schüler, Studenten und Auszubildende beträgt der Beitrag z. B. bei der Barmer Ersatzkasse zunächst monatlich DM 7,95 in den alten und DM 6,50 in den neuen Bundesländern (bis zum 31.03.95).

<b>Monatliches beitragspflichtiges Einkommen</b> .....	<b>2.950,00 DM</b>	<b>Beispiel</b>
<b>0,5 Prozent Arbeitnehmeranteil</b> .....	<b>14,75 DM</b>	
<b>und 0,5 Prozent Arbeitgeberanteil</b> .....	<b>14,75 DM</b>	
<b>ergibt einen Pflegeversicherungsbeitrag von</b> .....	<b>29,50 DM</b>	

Wie bereits bei der Krankenversicherung werden deine Beiträge vom Arbeitgeber direkt an die Krankenkasse überwiesen. Die Krankenkasse leitet die Beiträge dann an die Pflegekasse weiter. Dieses

Verfahren gilt auch für die gesetzlich krankenversicherten Rentner. Ihr Beitrag zur Pflegeversicherung wird gemeinsam mit dem Anteil des Rentenversicherungsträgers direkt an die Pflegekassen überwiesen.

Bei Arbeitslosen werden die Beiträge von der Bundesanstalt für Arbeit übernommen. Erhältst du Hilfe zum Lebensunterhalt, werden die Beiträge zur Pflegeversicherung gemeinsam mit denen zur gesetzlichen Krankenversicherung vom Sozialamt abgeführt. Nähere Informationen hierzu erhältst du von deinem zuständigen Sachbearbeiter.

Freiwillig Versicherte, die oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze liegen und ihren Arbeitgeberanteil ausbezahlt bekommen, müssen auch künftig ihre vollen Beiträge direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse überweisen. Dieses Verfahren gilt auch für die freiwillig versicherten Rentner.

**Hast du eine Einzugsermächtigung erteilt, werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung automatisch in einer Summe von deinem Konto abgebucht.**

Bei den anderen freiwillig Versicherten richtet sich der Beitrag zur Pflegeversicherung nach den Richtlinien der jeweiligen Krankenkassen. Bei ihnen sind die Tabellen mit den im Einzelfall gültigen Beiträgen auch einzusehen.

Falls du Fragen zur Mitgliedschaft oder zur Beitragsgestaltung hast, kannst du dich jederzeit an die Mitarbeiter deiner Krankenkasse oder an eine andere Beratungsstelle wenden. Nachdem das gesamte Verfahren der Beitragserhebung von den gesetzlichen Krankenkassen jedoch bereits bekannt ist, dürfte es in diesem Bereich keine größeren Schwierigkeiten geben.

#### **1. Oktober 1994**

Die Pflegekassen nehmen ihre Arbeit auf.  
Anträge auf Leistungen nach dem SGB XI können eingereicht werden.

#### **1. Januar 1995**

Beginn der Beitragszahlung  
Die Pflegekassen prüfen die bereits vorliegenden Anträge.

#### **1. April 1995**

Die Pflegekassen beginnen mit der Gewährung von Leistungen zur häuslichen Pflege.

#### **1. Juli 1996**

Die Pflegekassen beginnen mit der Gewährung von Leistungen zur stationären Pflege.

**Zeitplan zur  
Umsetzung  
des Pflege-  
versicherungs-  
gesetzes SGB XI**

**WICHTIG**

### Wann gelte ich als pflegebedürftig?

Nicht jeder, der in seinem Alltag auf die Hilfe von Mitmenschen angewiesen ist, gilt im Sinne des Gesetzes als pflegebedürftig. Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, mußt du eine Reihe von **Bedingungen** erfüllen. Sie beziehen sich

- ▶ auf den Grund für die Pflegebedürftigkeit
- ▶ auf die Tätigkeiten, bei denen du Hilfe benötigst
- ▶ auf die Dauer und
- ▶ auf den Umfang deiner Pflegebedürftigkeit.

Anhand der folgenden Liste kannst du überprüfen, ob du diese Bedingungen erfüllst. Nur wenn du dich mindestens in die erste Pflegestufe einordnen kannst, wird die Pflegekasse die festgelegten Leistungen erbringen.

Die Liste mit den Aufgaben des täglichen Lebens (vgl. Punkt 2, Seite 22) ist vom Gesetzgeber abschließend festgelegt. Ausschließlich ein Hilfebedarf bei diesen 21 Aufgaben des täglichen Lebens kann eine Pflegebedürftigkeit begründen.

Hilfebedarf bei anderen Aufgaben wird im Rahmen der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt. Das Gehen, Stehen, Treppensteigen und das Verlassen der Wohnung wird zudem vermutlich nur dann berücksichtigt, wenn du es zur Erfüllung einer der anderen Aufgaben brauchst, z. B. weil deine Küche sich im Erdgeschoß befindet oder du eine Außentoilette hast und deshalb die Wohnung verlassen mußt.

Brauchst du „nur“ jemanden, der

- ▶ hin und wieder das Treppenhaus putzt
- ▶ die Fenster reinigt oder den Frühjahrsputz macht
- ▶ die große Wäsche erledigt
- ▶ dich zum Friseur bringt und wieder abholt
- ▶ dir einmal in der Woche beim Nägelschneiden hilft
- ▶ dich auf Spaziergänge oder bei Theaterbesuchen begleitet
- ▶ einfach mal mit dir redet, wenn du dich allein fühlst

kannst du damit **nicht** deine Pflegebedürftigkeit begründen.

Gleiches gilt auch, wenn du zwar pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes bist, aber nur unregelmäßig Hilfe brauchst. Oft wird es sehr stark von deiner Tagesform abhängen, ob du die täglichen Aufgaben in diesen vier Bereichen allein erledigen kannst oder ob du dazu fremde Hilfe brauchst. Wegen des schwankenden Krankheitsverlaufs kann das bei Menschen mit HIV und AIDS sehr oft beobachtet werden. Der wirkliche Pflegebedarf ist daher bei dieser Gruppe von Pflegebedürftigen nur sehr schwer einzuschätzen. Die Kriterien zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit wurden bei der Pflegeversicherung in erster Linie auf den Hilfebedarf von alten Menschen zugeschnitten.

Brauchst du in derartigen Fällen dennoch eine Unterstützung, so bleiben dir nur die folgenden Möglichkeiten:

- ▶ Freunde und Bekannte um ihre Hilfe zu bitten
- ▶ ehrenamtliche Helfer in Anspruch zu nehmen
- ▶ die notwendigen Kosten für fremde Hilfe selbst aufzubringen
- ▶ oder um Unterstützung bei deinem Sozialamt nachzufragen.

**Definition der  
Pflegerbedürftigkeit  
nach SGB XI**

**1. Als Grund für die Pflegebedürftigkeit gelten körperliche, geistige oder seelische Krankheiten oder Behinderungen**

- ▶ Verluste, Lähmungen oder andere Funktionseinschränkungen an Skelett und Muskeln
- ▶ Störungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- ▶ Störungen des Zentralnervensystems, wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen
- ▶ bestimmte psychische Erkrankungen (endogene Psychosen, Neurosen) oder auch geistige Behinderungen

**2. Die Hilfe muß bei Aufgaben des täglichen Lebens benötigt werden, die sich regelmäßig wiederholen**

Körperpflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahn- und Mundpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
Ernährung	mundgerechte Zubereitung von Mahlzeiten, Essen von flüssiger oder fester Nahrung
Bewegung	An- und Ausziehen, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, Stehen, Gehen oder Treppensteigen, selbständiges Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung
Hauswirtschaft	Einkaufen, Kochen, Spülen, Reinigen der Wohnung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen der Wohnung

Diese Liste ist abschließend vom Gesetzgeber festgelegt. Hilfebedarf bei anderen als den 21 angeführten Aufgaben begründet keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes.

**3. Die Hilfe muß auf Dauer bestehen, voraussichtlich für mindestens sechs Monate**

Eine Anerkennung ist nur möglich, wenn

- ▶ seit mindestens sechs Monaten Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes besteht und
- ▶ eine Beseitigung oder Linderung der Ursache der Pflegebedürftigkeit nicht möglich ist (z. B. AIDS-Vollbild-Erkrankungen)

Eine vorzeitige Anerkennung ist möglich, wenn

- ▶ absehbar ist, daß sich der Grund für die Pflegebedürftigkeit nicht mehr beheben oder lindern läßt (z. B. AIDS-Vollbild-Erkrankungen)
- ▶ die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate andauern wird oder
- ▶ der Pflegebedürftige so krank ist, daß er die sechs Monate voraussichtlich nicht überlebt

**4. Die Hilfe muß mindestens den Umfang einer der drei Pflegestufen haben.**

Pflegestufe I: Erheblich pflegebedürftig

Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftig

Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftig

Die einzelnen Pflegestufen werden im Kapitel e, Seite 40 näher erklärt.

Was muß ich machen, um Leistungen zu erhalten?

Für die **Anerkennung** deiner Pflegebedürftigkeit und die Gewährung von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz ist deine Pflegekasse zuständig. Das Antragsverfahren ist im Pflegeversicherungsgesetz bereits festgelegt und wird hier kurz beschrieben. Es gilt auch, wenn du einen Antrag auf Einordnung in eine höhere Pflegestufe stellst.

**WICHTIG**

**Pflegebedürftige, die bereits jetzt Leistungen ihrer Krankenkasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit (§ 53 ff SGBV) erhalten, werden ohne besonderes Antragsverfahren automatisch in die zweite Pflegestufe eingruppiert. Die Leistungen der Krankenkasse für Schwerpflegebedürftige werden mit Beginn der Pflegeversicherung ersatzlos gestrichen.**

Besonders zu Beginn der Pflegeversicherung wird es aufgrund des aufwendigen Verfahrens zu langen Wartezeiten kommen, bis die Pflegekasse einen Bescheid erteilt. Auch später, z. B. bei einer Höhergruppierung, kannst du nicht immer mit einer sofortigen Entscheidung der Pflegekasse rechnen. Insbesondere der Medizinische Dienst wird mit der Einzelfallprüfung vielfach völlig überlastet sein. Es ist daher zu empfehlen, den Antrag rechtzeitig bei der Pflegekasse zu stellen.

**Antrag**

Du kannst jederzeit einen Antrag auf Anerkennung deiner Pflegebedürftigkeit bzw. Höherstufung bei deiner Pflegekasse einreichen. Du beantragst damit Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Dabei mußt du dich für eine bestimmte Form der Leistung entscheiden (Sachleistung, Geldleistung oder eine Mischung aus beidem).

Formulare erhältst du in der Geschäftsstelle deiner Pflegekasse. In dringenden Fällen kann der Antrag auch formlos gestellt werden. Für einen derartigen Antrag brauchst du zunächst kein ärztliches Attest oder andere Bescheinigungen. Du mußt jedoch der Pflegekasse erlauben, bei deinen Ärzten oder einem Pflegedienst, der dich bereits betreut, nähere Informationen einzuholen. Die erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Stellst du einen Antrag auf Höherstufung in die Pflegestufe III, kann die Untersuchung durch den Medizinischen Dienst auch zu einer Rückstufung in die Pflegestufe I führen. Du solltest daher zuvor gemeinsam mit deinem Arzt überprüfen, ob dein Antrag Aussicht auf Erfolg hat.**

Du kannst auch Angehörige, Freunde oder einen (Krankenhaus-) Sozialarbeiter damit beauftragen, einen Antrag bei deiner Pflegekasse einzureichen. Sie benötigen dafür deine Einwilligung, die du am besten schriftlich erteilst (Vollmacht). Daneben kann auch deine Krankenkasse ein Prüfungsverfahren bei der Pflegekasse einleiten, wenn aufgrund deiner Krankenunterlagen Aussicht auf Anerkennung als Pflegebedürftiger im Sinne des Gesetzes besteht.

Wurde dein Antrag auf Leistungen für Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige von der Krankenkasse in der Vergangenheit bereits einmal abgelehnt, empfiehlt es sich, den Antrag bei der Pflegekasse noch einmal einzureichen. Die Kriterien haben sich bei der Pflegeversicherung verändert, weshalb du möglicherweise doch als pflegebedürftig anerkannt wirst.

Zunächst beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), ein Gutachten zu erstellen. Im MDK sind Ärzte und Pflegekräfte beschäftigt.

**Prüfung**

Die Mitarbeiter des MDK müssen dich dafür in deiner häuslichen Umgebung untersuchen. Bei Bedarf kann die Untersuchung auch im Krankenhaus erfolgen. Lediglich in Ausnahmefällen darf die Pflegekasse auf diese Untersuchung verzichten und nur nach den Informationen aus den Unterlagen entscheiden. Die **Untersuchung in deiner Wohnung** muß in angemessenen Abständen wiederholt werden.

**Die Mitarbeiter des MDK werden sich vor einem Besuch bei dir anmelden, damit du zum Zeitpunkt der Untersuchung auch anwesend bist und nicht z. B. gerade einen Arzttermin wahrnimmst.**

**WICHTIG**

**WICHTIG**

Bei diesem Besuch wollen sich die Mitarbeiter des MDK ein Bild von deinem Zustand und dem Umfang deiner Pflegebedürftigkeit machen. Dabei müssen sie auch prüfen, ob bei dir ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf nach den Härtefallrichtlinien vorliegt. Bei diesem Besuch wird zudem untersucht, ob deine Wohnung für eine häusliche Pflege überhaupt geeignet ist. Hast du Pflegegeld beantragt und möchtest du deine Pflege lieber selbst organisieren, prüft der MDK, ob z. B. Angehörige oder Freunde vorhanden sind, die dir tatsächlich helfen können.

**WICHTIG**

**Bist du nicht bereit, dich von den Mitarbeitern des MDK untersuchen zu lassen oder sind deine Angehörigen mit einem Hausbesuch nicht einverstanden, kann dir die Pflegekasse die Leistungen verweigern.**

Der MDK informiert die Pflegekasse über das Ergebnis der Untersuchung. Dabei gibt er auch Hinweise, ob die Pflegebedürftigkeit durch entsprechende Maßnahmen beseitigt oder gelindert bzw. eine Verschlimmerung vermieden werden kann. In einem Pflegeplan werden Regelungen zur Sicherstellung deiner häuslichen Pflege vorgeschlagen. Das Gutachten muß auch Empfehlungen zur Rehabilitation sowie zu Art und Umfang der pflegerischen Hilfen enthalten.

Bevor die Pflegekasse eine Entscheidung über deinen Antrag fällen kann, muß sie zunächst prüfen, ob du die notwendigen Bedingungen erfüllst, z. B. Vorversicherungszeiten. Mit diesem Begriff bezeichnet man den Zeitraum, den du Mitglied in der Pflegeversicherung sein mußst, bevor du Anspruch auf Leistungen deiner Pflegekasse hast.

Wurde dein Antrag bis zum 31.12.1995 bei der Pflegekasse eingereicht, mußst du keine Vorversicherungszeiten erbringen (Beispiel 1). Ab dem 1. Januar 1996 werden diese Vorversicherungszeiten stufenweise eingeführt, bis sie im Jahr 2000 insgesamt 5 Jahre betragen. Das bedeutet: Pflegebedürftige, die im Jahr 2000 einen Antrag auf Leistungen bei ihrer Pflegekasse stellen, müssen insgesamt fünf

Jahre Beiträge in die Pflegeversicherung eingezahlt haben, um Leistungen zu erhalten (Beispiel 2). Erfüllst du diese Bedingung nicht, mußt du deine Pflege anders finanzieren, z. B. über dein Einkommen, Vermögen oder – sofern die eigenen Mittel nicht ausreichen – über die Sozialhilfe.

**Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes**

**Beispiel 1**

liegt vor seit ..... 01. Aug. 1995  
Der Antrag ging ein am ..... 01. Aug. 1995  
Rahmenfrist nicht erforderlich  
Vorversicherungszeit nicht erforderlich  
Anspruch auf Leistungen besteht seit ..... 01. Aug. 1995

**Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes**

**Beispiel 2**

liegt vor seit ..... 01. Febr. 1998  
Der Antrag ging ein am ..... 01. Nov. 1998  
Rahmenfrist ..... 01. Jan. 1995–31. Okt. 1998  
Vorversicherungszeit ..... 01. Juli 1995–31. Okt. 1998  
Anspruch auf Leistungen besteht seit ..... kein Anspruch  
Begründung: Die notwendige Vorversicherungszeit von 4 Jahren wurde nicht erfüllt.

**Entscheidung** Die Pflegekasse entscheidet darüber, ob in deinem Fall Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt und in welche Pflegestufe du eingeordnet wirst. Sie entscheidet ebenfalls darüber, ob Hilfsmittel oder technische Hilfen für die Sicherstellung der Pflege gebraucht werden und zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Leistungen werden in der Regel vom Tag der Antragstellung an gewährt (Beispiel 1), frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, an dem deine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes begonnen hat (Beispiel 2).

**Beispiel 1** Antrag auf Pflegegeld wurde eingereicht am ..... 28. April 1995

Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst am ..... 15. Sept. 1995

Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes liegt vor seit dem ..... 10. April 1995

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab dem ..... 28. April 1995

**Beispiel 2** Antrag auf Pflegegeld wurde eingereicht am ..... 28. April 1995

Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst am ..... 15. Sept. 1995

Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes liegt vor seit dem ..... 10. Juli 1995

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab dem ..... 10. Juli 1995

Über das Ergebnis der Entscheidung wird ein schriftlicher Bescheid erteilt. Der Bescheid enthält Aussagen über deine **Pflegestufe** und die Leistung der Pflegeversicherung. Er muß zudem einen Rechtsbehelf enthalten. Bist du mit diesem Bescheid nicht einverstanden, kannst du einen Widerspruch einlegen. Es beginnt dann ein ähnliches Verfahren, wie es bisher schon von **Einspruchsverfahren** bei den Krankenkassen bekannt ist.

Die Pflegekassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, dich über das gesamte Verfahren aufzuklären und dir alle deine Fragen zu beantworten. Du solltest dich nicht scheuen, bei Fragen sowohl auf die Mitarbeiter des MDK als auch auf die der Pflegekasse zuzugehen.

Auch Pflege- und Betreuungseinrichtungen bieten Beratung und Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz an. Mitarbeiter von regionalen AIDS-Hilfen, die eine Sozialrechtsberatung anbieten, können dir bei deinen Fragen weiterhelfen oder dich an entsprechende Stellen vermitteln.

Im Pflegeversicherungsgesetz sind drei verschiedene Formen von Leistungen vorgesehen:

- ▶ **Sachleistung** ..... Häusliche Pflege durch Pflegedienstleistungen
- ▶ **Geldleistung** ..... Häusliche Pflege durch Pflegegeld
- ▶ **Kombinationsleistung** ..... Häusliche Pflege durch Pflegedienstleistungen und Pflegegeld

Die Leistungen sind grundsätzlich gleichwertig, d.h. du kannst wählen, welche Form der Leistungen du in Anspruch nehmen willst.

Die Leistungen dürfen in der ersten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes (bis zum 31. Juni 1996) nur in deiner häuslichen Umgebung erbracht werden. Dazu gehören auch Wohnheime für Behinderte oder betreute Wohneinrichtungen. Vorausgesetzt ist immer,

In welcher Form werden die Leistungen gewährt?

daß du in einer derartigen Einrichtung – prinzipiell – die Möglichkeit hast, deinen Haushalt selbst zu führen.

Ausgeschlossen sind Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, wenn du in einem Pflegeheim, einer Pflegeabteilung in der Klinik oder einer besonderen Pflegewohnung untergebracht bist. Hierfür werden erst ab dem 1. Juli 1996 Leistungen gewährt.

## 1. Sachleistung

Wenn du die Sachleistung wählst, gewährt die Pflegekasse dir häusliche Pflegehilfe in dem Umfang, der für deine Pflegestufe vorgesehen ist.

Pflegestufe I .....	bis zu 750,- DM monatlich
Pflegestufe II .....	bis zu 1.800,-DM monatlich
Pflegestufe III .....	bis zu 2.800,-DM monatlich
in Ausnahmefällen (Härtefallregelung): .....	
bis zu 3.750,- DM monatlich	

Häusliche Pflegehilfe leisten zugelassene ambulante Pflegedienste, z. B. eine Sozialstation oder ein AIDS-Spezialpflegedienst. Der Pflegedienst kommt zu dir nach Hause und erbringt dort die Leistungen, die du laut Pflegeplan benötigst und die du gemeinsam mit dem Pflegedienst festlegst.

Der Pflegedienst muß hierzu mit dir einen **Dienstleistungsvertrag** abschließen, in dem die Leistungen des Pflegedienstes genau beschrieben werden. Du solltest dich vor Unterzeichnung eines solchen Vertrags ausführlich informieren und beraten lassen (vgl. Kapitel f, Seite 69).

**Die Pflegekasse zahlt nur für die Leistungen, die im Pflegeplan festgelegt wurden und auch nur bis zu dem Betrag, der für deine Pflegestufe vorgesehen ist. Leistungen aus dem Vertrag, die darüber hinausgehen, mußt du selbst bezahlen.**

Die Kosten für notwendige Leistungen, die nicht von der Pflegeversicherung gedeckt sind, trägt für dich unter Umständen das Sozialamt, sofern dein Vermögen oder Einkommen bestimmte Freigrenzen nicht übersteigt.

**Die Pflegedienste sind verpflichtet, zur Erbringung dieser Pflegeleistungen geeignete Pflegekräfte einzusetzen. Da die zur Verfügung stehenden Mittel jedoch sehr niedrig sind, wird es sich bei den Mitarbeitern des Pflegedienstes nur selten um ausgebildete Kranken- oder Altenpflegekräfte und damit um wirkliche Fachkräfte handeln (vgl. hierzu auch Kapitel f, Seite 63).**

Die Pflegeleistungen können zudem von Einzelpersonen, z. B. einer selbständigen Krankenschwester erbracht werden. Wichtig ist jedoch, daß alle Einrichtungen oder Personen, die häusliche Pflegehilfen erbringen, einen Vertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen haben. Die Leistungen werden dann direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Wenn du deine Pflege lieber selbst organisieren möchtest und du auf einen Lebenspartner, eine Familie oder einen Freundeskreis zurückgreifen kannst, bietet dir die Pflegeversicherung die Möglichkeit der Geldleistung. Das **Pflegegeld** – in der für deine Pflegestufe vorgesehenen Höhe – wird dann direkt an dich ausgezahlt. Auch die Höhe der Geldleistung richtet sich nach deiner Pflegestufe.

Pflegestufe I .....	400,- DM monatlich
Pflegestufe II .....	800,- DM monatlich
Pflegestufe III .....	1.300,- DM monatlich

Vorausgesetzt ist dabei, daß du mit diesem Geld auch wirklich deine Pflege organisierst und es nicht für andere Zwecke verwendest. Der Medizinische Dienst kann bei der Begutachtung überprüfen, ob die Voraussetzungen für eine häusliche Pflege gegeben sind, d. h. ob es Menschen gibt, die dich pflegen und versorgen können. Ist dies nicht der Fall, kann dir die Pflegekasse das Pflegegeld verweigern.

## 2. Geldleistung

**WICHTIG**

Das Pflegegeld ist eine Versicherungsleistung und gilt nicht als Einkommen. Es wird daher bei der Berechnung von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) nicht berücksichtigt.

Im Gesetz werden die Helfer, d. h. deine Angehörigen, Freunde und sonstige Ehrenamtliche, als **Pflegepersonen** bezeichnet, im Unterschied zur Pflegekraft, die diese Tätigkeit beruflich ausübt. Weil das Gesetz möglichst viele Menschen anregen will, diese soziale Aufgabe zu übernehmen, werden die Pflegepersonen in besonderer Weise unterstützt (vgl. Kapitel e, Seite 57).

Damit es nicht zu schwerwiegenden Pflegefehlern kommt und die Pflegekasse auch sicher sein kann, daß du tatsächlich gut versorgt bist, mußt du beim Bezug von Pflegegeld in bestimmten Zeitabständen Besuche von Pflegediensten akzeptieren. Die Pflegedienste kommen in einem halbjährlichen (Pflegestufe I und II) oder vierteljährlichen (Pflegestufe III) Rhythmus in deine Wohnung und überprüfen deinen Zustand. Die Kosten für diesen **Pflegeeinsatz** durch eine Pflegefachkraft mußt du von deinem Pflegegeld bezahlen. Du kannst selbst auswählen, welcher Pflegedienst diesen Besuch bei dir durchführen soll.

### 3. Kombinationsleistung

Willst du nur hin und wieder auf die Sozialstation zurückgreifen, kannst du Sach- und Geldleistungen miteinander kombinieren. Dies könnte der Fall sein, wenn dein Lebenspartner stundenweise für die Pflege nicht zur Verfügung steht oder die Sozialstation nur bestimmte Aufgaben übernehmen soll.

In diesem Fall werden die beiden Leistungen anteilig miteinander verrechnet. Bei der Berechnung wird der für die Pflegestufe fällige Höchstbetrag jeweils anteilig berücksichtigt.

**Höchstbetrag der Sachleistung  
für Pflegestufe I ..... 750,- DM/Monat**

Beispiel 1

**Davon wurden 60 %  
in Anspruch genommen ..... 450,- DM/Monat**

**Höchstbetrag der Geldleistung  
für Pflegestufe I ..... 400,- DM/Monat**

**Anspruch auf Pflegegeld  
besteht noch in Höhe von 40 % ..... 160,- DM/Monat**

Insgesamt erhält der Pflegebedürftige damit 100 % der ihm für Pflegestufe I zustehenden Leistungen (60 % der Sachleistung und 40 % der Geldleistung).

**Höchstbetrag der Sachleistung  
für Pflegestufe III ..... 2.800,- DM/Monat**

Beispiel 2

**Davon wurden 45 %  
in Anspruch genommen ..... 1.260,- DM/Monat**

**Höchstbetrag der Geldleistung  
für Pflegestufe III ..... 1.300,- DM/Monat**

**Anspruch auf Pflegegeld  
besteht noch in Höhe von 55 % ..... 715,- DM/Monat**

Insgesamt erhält der Pflegebedürftige damit 100 % der ihm für Pflegestufe III zustehenden Leistungen (45 % der Sachleistung und 55 % der Geldleistung).

Wenn du die Kombinationsleistung wählst, mußt du zuvor genau überlegen, in welchem Verhältnis du Sach- und Geldleistungen miteinander kombinieren willst. Du solltest dies mit deinen Angehörigen wie auch mit der Sozialstation, die die Pflege übernimmt, zuvor genau durchplanen.

Die Entscheidung darüber, in welchem Verhältnis du Geld- und Sachleistungen in Anspruch nimmst, ist für sechs Monate bindend.

Von dieser Frist darf nur in besonders begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Eine solche Ausnahmesituation liegt vor, wenn sich dein Gesundheitszustand deutlich verschlechtert. Diese Frist gilt nicht, wenn du dich entscheidest, zukünftig auf die Kombinationsleistung zu verzichten und nur noch Sach- oder Geldleistungen in Anspruch zu nehmen.

In bestimmten Fällen ruhen die Leistungen der Pflegeversicherung, z. B. wenn du dich länger als vermutlich sechs Wochen im Ausland aufhältst oder Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nimmst. Bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt wird dir noch für einen Zeitraum von vier Wochen Pflegegeld gewährt. Die Leistungen für deine Pflegepersonen (Beiträge zur Rentenversicherung) laufen jedoch auch bei längeren Krankenhausaufenthalten weiter.

Wie schon ausgeführt, gibt es in unserem System der sozialen Sicherung verschiedene Zuständigkeiten für die Gewährung von Pflegeleistungen. Der Gesetzgeber hat durch eine Rangordnung der einzelnen Leistungsgesetze festgelegt, wer in welcher Situation die Kosten übernehmen muß.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind

#### **nachrangig gegenüber Entschädigungsleistungen**

z. B. aus dem Bundesversorgungsgesetz (Beamte, Zivildienstleistende, Soldaten u. ä.) oder aus der Unfallversicherung

#### **vorrangig gegenüber Fürsorgeleistungen**

z. B. aus dem Bundessozialhilfegesetz und dem Bundesversorgungsgesetz (Beamte, Zivildienstleistende, Soldaten u. ä.).

Zudem gibt es eine deutliche Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung. So werden Leistungen für Schwerpflegebedürftige in Zukunft nicht mehr von der Krankenkasse finanziert. Für den Krankenhausaufenthalt oder die Behandlungspflege bleibt die Krankenkasse jedoch auch weiterhin zuständig.

Einzelne Bundesländer haben in der Vergangenheit zusätzliche Leistungen bei Pflegedürftigkeit gewährt (z. B. Berliner Hilflosenpflegegeld). Diese Leistungen der Bundesländer werden durch die Einführung der Pflegeversicherung in den kommenden Jahren schrittweise abgebaut. Näheres hierzu erfährst du über Beratungsstellen in deinem Bundesland.

**Was geschieht mit meinen Ansprüchen aus anderen Gesetzen?**

### Wie wird die häusliche Pflege durchgeführt?

Wie bereits erwähnt, ist es das oberste Ziel aller Pflegeleistungen, deine noch vorhandenen Fähigkeiten zur Selbstpflege und Selbstorganisation zu fördern und zu erhalten. Es soll solange wie möglich vermieden werden, daß du von anderen Menschen abhängig wirst. Vielmehr sollen die Hilfen dich dabei unterstützen, auch weiterhin dein Leben weitestgehend selbst zu bestimmen.

Bei der Gestaltung der Hilfen wird sehr sorgfältig unterschieden. Nicht alles, was notwendig ist, wird auch von der Pflegeversicherung finanziert.

In der Pflege unterscheidet man üblicherweise zwischen drei Aufgabengebieten:

- ▶ **Grundpflege oder allgemeine Pflege**  
z. B. Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Bewegung
- ▶ **Behandlungspflege oder spezielle Pflege**  
z. B. Hilfe bei der Wundversorgung, Therapien, Prophylaxen
- ▶ **Hauswirtschaftliche Versorgung**  
z. B. Hilfe beim Kochen, Putzen, Waschen

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehören nur die sogenannten grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Verrichtungen.

**Die Behandlungspflege, z. B. die Versorgung von Kaposi- oder offenen Wunden, die Pcp-Prophylaxe oder die Infusionstherapie gehören nicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung.**

Behandlungspflegerische Leistungen dürfen auch zukünftig nur von **ausgebildeten Pflegefachkräften** nach ärztlicher Verordnung durchgeführt werden und sind unabhängig von der Einordnung in eine der drei Pflegestufen. Die Kosten für diese speziellen pflegerischen Leistungen übernimmt die Krankenkasse – unabhängig davon, ob du von der Pflegekasse als pflegebedürftig anerkannt wurdest oder nicht.

Ist es aufgrund der AIDS-Erkrankung bereits zu einer Einschränkung deiner Selbstpflegefähigkeiten und damit zur langfristigen Pflege-

bedürftigkeit im Sinne des Gesetzes gekommen, sollen deine Fähigkeiten durch die sogenannte **aktivierende Pflege** so weit wie möglich wiederhergestellt werden.

Bei dieser Form der Pflege übernimmst du nicht nur eine passive Rolle. Vielmehr sollst du auch weiterhin aktiv an deiner Pflege und Alltagsorganisation mitwirken bzw. sie schrittweise wieder vollständig übernehmen. Oft spricht man in diesem Zusammenhang auch von der „Pflege mit der Hand in der Tasche“, weil der Helfer – anstatt selbst Hand anzulegen – dir lediglich zur Seite steht, wenn du eine bestimmte Pflegetätigkeit eigenständig durchführst, z. B. das Waschen oder Zähneputzen.

**Als Pflegebedürftiger bist du dazu verpflichtet, deine Situation durch Mitwirkung an der Pflege und Versorgung zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.**

Der Helfer kann dir in dieser Situation Sicherheit vermitteln und in schwierigen Momenten einspringen bzw. Unfälle oder Überlastungen verhindern. Als problematisch erweist sich dabei oft, daß der Pflegebedürftige sehr viel mehr Zeit braucht, um sich z. B. allein zu waschen, als dies der Fall wäre, wenn er von einem Helfer gewaschen wird. Das Pflegeversicherungsgesetz sieht dennoch vor, daß der Helfer dich bei allen Maßnahmen aktiv beteiligt.

Die Hilfe kann in drei Formen erbracht werden:

#### 1. Unterstützung

##### Aufstehen aus dem Bett

Der Helfer kann dir seinen Arm reichen, damit du dich beim Aufstehen darauf abstützen kannst. Er kann dir helfen, mit notwendigen Hilfsmitteln (z. B. Haltegriffen) so umzugehen, daß du sie selbständig benutzen kannst. Die Unterstützung kann auch darin bestehen, daß der Helfer dich einfach nur auffordert, mehrmals täglich dein Bett zu verlassen oder dich zu bewegen. Deine Eigenständigkeit kann durch diese „kleinen“ Hilfen gesichert und bestimmte Therapien (z. B. zur Erhaltung deiner Beweglichkeit) können unterstützt werden.

WICHTIG

Beispiel

## 2. Teilweise oder vollständige Übernahme

### Beispiel Wechseln und Waschen der Bettwäsche

Bist du nicht mehr in der Lage, deine Bettwäsche eigenständig zu wechseln und zu waschen, dann kann der Helfer diese Tätigkeiten teilweise oder vollständig übernehmen. Bei einer teilweisen Übernahme würde der Helfer die schweren Decken oder Laken abziehen und dir die leichteren Kissen überlassen. Erst wenn du auch dazu nicht mehr in der Lage bist, wird der Helfer diese Aufgaben vollständig alleine durchführen.

## 3. Beaufsichtigung oder Anleitung

### Beispiel Duschen oder Baden

Der Helfer hat hierbei in erster Linie Gefahren für dich oder deine Mitmenschen auszuschließen. Eine solche Situation liegt vor, wenn das Risiko besteht, daß du beim Duschen stürzt und dich verletzt oder du häufiger vergißt, das Badewasser abzustellen und es dadurch zu einer Überschwemmung kommt. Der Helfer soll hierbei deine körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten, z. B. dein Erinnerungsvermögen oder deine Merkfähigkeit, durch gezielte Maßnahmen fördern.

Nicht nur die Mitarbeiter von Pflegediensten, sondern auch die privaten Pflegepersonen, d. h. dein Lebenspartner, deine Angehörigen und Freunde sind aufgefordert, die Pflege in dieser Form durchzuführen. Sie erhalten die Möglichkeit, die dazu notwendigen Kenntnisse in Pflegekursen zu erlernen.

Zu den großen Herausforderungen bei der Gestaltung des Pflegeversicherungsgesetzes gehört die Festlegung der Pflegestufen. Damit soll zum einen der Personenkreis genauer umrissen werden, der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung geltend machen kann. Du mußt demnach mindestens die Bedingungen der Pflegestufe I erfüllen, um deine häusliche Pflege oder dein Pflegegeld erhalten zu können. Erfüllst du diese Voraussetzung nicht, muß du deine Pflege anderweitig sicherstellen.

Zum anderen wurde mit den Pflegestufen versucht, dem unterschiedlichen Grad der Hilfsbedürftigkeit von pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden. Ähnliche Pflegestufen sind bereits seit längerem aus dem Bereich der Sozialhilfe bekannt.

Als problematisch erweist sich dabei, daß menschliches Leben und damit auch die Pflegebedürftigkeit sich nur sehr schwer planen und in Kategorien unterteilen läßt. Insbesondere Menschen mit HIV und AIDS kennen starke Schwankungen in ihrem Krankheitsverlauf und damit auch in ihrem täglichen Hilfebedarf. Oftmals folgt auf eine Phase, in der du sehr viel Hilfe brauchst, eine Zeit, in der du wieder ohne Schwierigkeiten allein zurechtkommst. Hierauf nimmt die Pflegeversicherung kaum Rücksicht. Bislang ist noch nicht klar, wie der Medizinische Dienst auf dieses Problem reagieren will.

Viel Kritik wurde zudem daran geäußert, daß die Pflegestufen sehr eng mit bestimmten Leistungen und finanziellen Mitteln verbunden wurden. Bereits heute ist absehbar, daß die hohen Forderungen an die Pflegedienste mit den geringen Mitteln nicht zu erfüllen sind (vgl. hierzu auch Kapitel f, Seite 63). Oftmals wird deshalb – besonders bei Menschen mit HIV und AIDS – ergänzende Sozialhilfe für die Sicherung der Pflege beantragt werden müssen.

Nachfolgend werden die drei Pflegestufen jeweils kurz erklärt. Dabei wird dargestellt, welche Leistungen bei der jeweiligen Pflegestufe erbracht werden müssen und welche Mittel (Sach- und Geldleistung) dafür zur Verfügung gestellt werden. Zu jeder Pflegestufe folgt ein konkretes Beispiel zum besseren Verständnis. Für die Pflege von Kindern ist ausschlaggebend, wieviel Hilfe sie im Vergleich zu einem gleichaltrigen, gesunden Kind brauchen.

Welche Bedeutung haben die Pflegestufen und wie sind sie eingeteilt?

**Pflegestufe I –  
Erheblich  
Pflegebedürftige**

Definition der  
Pflegestufe

- ▶ Es besteht mindestens **einmal täglich** Hilfebedarf.
- ▶ Die Hilfe wird für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen (Körperpflege, Ernährung und Bewegung) benötigt.
- ▶ Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten notwendig.
- ▶ Der zeitliche Mindestaufwand für die Pflege beträgt **1,5 Stunden** pro Wochentag. Dabei muß die Grundpflege gegenüber der Hauswirtschaft überwiegen.

Pflegesachleistung –  
häusliche Pflege

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **bis zu 750,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch eine frei wählbare Vertragseinrichtung der Pflegekassen erbracht (Sozialstation, Pflegedienst u.ä.).

Pflegegeld –  
häusliche Pflege

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **400,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch private Pflegepersonen (Angehörige, Freunde, Ehrenamtliche) erbracht.
- ▶ Mindestens einmal im halben Jahr ist ein kostenpflichtiger Pflegeeinsatz durch einen frei wählbaren Pflegedienst abzurufen.

Kombinations-  
leistung

- ▶ Eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen ist grundsätzlich möglich.
- ▶ Die Verrechnung erfolgt anteilig (z. B. 60 % Sach- und 40 % Geldleistung).
- ▶ Die Entscheidung ist bis auf wenige Ausnahmen für einen Zeitraum von sechs Monaten bindend.

**Beispiel**

Ludger ist 43 Jahre alt und von Beruf Friseurmeister. Er lebt allein in einer kleinen Zwei-Zimmer-Wohnung im 4. Stock eines Mehrfamilienhauses in München. Ludger hat bereits seine ersten AIDS-definierenden Erkrankungen hinter sich. Nach seiner letzten Infektion hat er immer häufiger Schwierigkeiten, allein zurechtzukommen. Er benötigt hin und wieder jemanden, der für ihn die Einkäufe erledigt und die Wohnung sauberhält. Einen Zivildienstleistenden der Sozialstation, der hin und wieder die großen Einkäufe erledigt hat, bezahlte Ludger bislang immer aus eigener Tasche. Auch beim Aufstehen braucht er seit einem halben Jahr immer öfter Hilfe, weil er sich nur schwer bewegen kann. Das Benutzen der Badewanne fällt ihm besonders schwer. Schienen zum Festhalten gibt es dort nicht, weshalb Ludger nur baden kann, wenn ihm jemand dabei hilft.

Da Ludger keine Angehörigen oder Freunde hat, die ihm helfen könnten, hat er bei der Pflegeversicherung die häusliche Pflege (Sachleistung) beantragt.

Ludger wird in die Pflegestufe I eingeordnet und täglich von der Sozialstation besucht. Die Pflegekraft macht mit Ludger Übungen zur besseren Beweglichkeit und hilft ihm bei der Benutzung der Badewanne. Ein Zivildienstleistender hilft Ludger bei den Einkäufen und beim Saubermachen. Für diese Leistungen reichen jedoch die 750,- DM Sachleistung der Pflegekasse nicht aus. Ludger hat deshalb mit der Sozialstation einen Vertrag geschlossen, in dem festgelegt ist, daß er die zusätzlichen Kosten selbst bezahlt. Zur Erleichterung der Körperpflege hat die Pflegekasse die Montage eines Haltegriffes bezahlt, der an den Badewannenrand angeschraubt wurde.

## Pflegestufe II – Schwerpflege- bedürftige

### Definition der Pflegestufe

- ▶ Es besteht mindestens **dreimal täglich** Hilfebedarf.
- ▶ Der Hilfebedarf besteht zu verschiedenen Tageszeiten (z. B. morgens, mittags und abends).
- ▶ Die Hilfe wird im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Bewegung benötigt.
- ▶ Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten notwendig.
- ▶ Der zeitliche Mindestaufwand für die Pflege beträgt **3 Stunden** pro Wochentag. Dabei muß die Grundpflege gegenüber der Hauswirtschaft überwiegen.

### Pflegesachleistung – häusliche Pflege

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **bis zu 1.800,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch eine frei wählbare Vertragseinrichtung der Pflegekassen erbracht (Sozialstation, Pflegedienst u. ä.).

### Pflegegeld – häusliche Pflege

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **800,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch private Pflegepersonen (Angehörige, Freunde, Ehrenamtliche) erbracht.
- ▶ Mindestens einmal im halben Jahr ist ein kostenpflichtiger Pflegeeinsatz durch einen frei wählbaren Pflegedienst abzurufen.

### Kombinations- leistung

- ▶ Eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen ist grundsätzlich möglich.
- ▶ Die Verrechnung erfolgt anteilig (z. B. 60 % Sach- und 40 % Geldleistung).
- ▶ Die Entscheidung ist bis auf wenige Ausnahmen für einen Zeitraum von sechs Monaten bindend.

## Beispiel

Eva ist 33 Jahre alt und wegen ihres langjährigen Drogenkonsums ohne Berufsausbildung. Sie ist Mutter einer Tochter im Alter von zehn Jahren. Sie wohnt in einer 2,5-Zimmer-Sozialwohnung in Osna-brück. Eva ist auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Von ihrer HIV-Infektion hat sie erst vor zwei Jahren erfahren. Seit über einem halben Jahr kann Eva immer schlechter sehen. In den letzten Wochen hat sie zudem stark abgenommen. Zur Zeit befindet sie sich in der Klinik, wo eine Cytomegalie-Infektion der Augen festgestellt wurde. Ihr wurde ein zentraler Zugang implantiert, damit sie zweimal täglich eine intravenöse Infusion erhalten kann.

Besonders wegen ihrer Tochter will Eva unbedingt nach Hause. Neben Unterstützung bei der Körperpflege und beim An- und Ausziehen braucht Eva auch Hilfe im Haushalt. Zudem muß sie zweimal täglich die Infusionen erhalten. Es ist absehbar, daß sich der gesundheitliche Zustand von Eva noch verschlechtern wird, mit einer baldigen Erblindung ist zu rechnen. Matthias, ein enger Freund, will sich in nächster Zeit um Eva kümmern. Seine berufliche Tätigkeit als Taxifahrer will er dafür reduzieren. Vom Arzt wird er darüber informiert, daß bei Eva auch mit hirnorganischen Veränderungen zu rechnen ist, immer öfter ist sie verwirrt.

Bei der Pflegekasse wurde von der Kliniksozialarbeiterin ein Antrag auf Leistungen eingereicht. Eva wird zunächst in Pflegestufe II eingestuft. Da Matthias für die Pflege zur Verfügung steht und Eva nicht mit so vielen fremden Menschen in Kontakt kommen soll, haben sich Eva und Matthias für das Pflegegeld entschieden.

Morgens und abends kommt eine Krankenschwester für die notwendigen Infusionen. Die Kosten für diese Behandlungspflege übernimmt die Krankenkasse. Von der Pflegeversicherung erhält Eva 800,- DM Pflegegeld. Matthias wird als Pflegeperson bei der Pflegekasse angegeben. Die Pflegekasse zahlt deshalb für Matthias Beiträge zur Renten- und Unfallversicherung. Zudem hat sich Matthias zu einem Pflegekurs bei der Pflegekasse angemeldet. Dort will er lernen, wie er Eva besser helfen kann.

### Pflegestufe III – Schwerstpflege- bedürftige

#### Definition der Pflegestufe

- ▶ Es besteht **täglich rund um die Uhr, auch nachts** Hilfebedarf.
- ▶ Die Hilfe wird bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Bewegung benötigt.
- ▶ Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten notwendig.
- ▶ Der zeitliche Mindestaufwand für die Pflege beträgt **5 Stunden** pro Wochentag. Dabei muß die Grundpflege gegenüber der Hauswirtschaft überwiegen.

#### Pflegesachleistung – häusliche Pflege

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **bis zu 2.800,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch eine frei wählbare Vertragseinrichtung der Pflegekassen erbracht (Sozialstation, Pflegedienst u. ä.)

#### Pflegegeld – häusliche Pflege

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **1.300,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch private Pflegepersonen (Angehörige, Freunde, Ehrenamtliche) erbracht.
- ▶ Mindestens einmal pro Vierteljahr ist ein kostenpflichtiger Pflegeeinsatz durch einen frei wählbaren Pflegedienst abzurufen.

#### Kombinations- leistung

- ▶ Eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen ist grundsätzlich möglich.
- ▶ Die Verrechnung erfolgt anteilig (z. B. 60 % Sach- und 40 % Geldleistung).
- ▶ Die Entscheidung ist bis auf wenige Ausnahmen für einen Zeitraum von sechs Monaten bindend.

### Beispiel

Dirk ist 26 Jahre alt und liegt zur Zeit in einer Berliner Klinik. Er wird dort wegen Fieber, einer allgemeinen Schwäche und einer Toxoplasmose behandelt. Bei Dirk hat HIV das Gehirn befallen. Er befindet sich im fortgeschrittenen Stadium der AIDS-Erkrankung. Hin und wieder verliert er sogar das Bewußtsein.

Dirk wohnt in einer kleinen 1-Zimmer-Wohnung in Kreuzberg. Immer wieder äußert Dirk, daß er gerne zu Hause sterben würde. Die Ärzte informieren seinen Lebensgefährten Heiko darüber, daß Dirk die kommenden sechs Monate nicht überleben wird.

Dirk erhält Hilfe zum Lebensunterhalt. Ihm wurden zusätzlich in den letzten Wochen vor der Klinikeinweisung häusliche Pflegeleistungen von seinem Sozialamt finanziert. Mehrmals in der Woche kam eine Haushaltshilfe in die Wohnung. Gemeinsam mit dem Pflegedienst wird festgestellt, daß Dirk zu Hause rund um die Uhr betreut werden muß. Gerade in der Nacht soll er nicht alleine sein. Da Heiko berufstätig ist und nicht die ganze Zeit bei seinem Freund bleiben kann, sind die beiden auf Freunde und professionelle Hilfe angewiesen.

Von der Pflegekasse wird Dirk in Pflegestufe III eingeordnet. Ob Dirk Leistungen aus der Härtefallregelung erhält, ist noch unklar. Die Pflegekasse hat zunächst Sachleistungen in Höhe von DM 2.800,- im Monat bewilligt. Außerdem stellt die Pflegekasse ein Krankbett und einige andere Hilfsmittel zur Verfügung.

Weil es Dirk immer schlechter geht, ist der Pflegedienst jetzt 12 Stunden täglich in der Wohnung. Die restlichen zwölf Stunden werden von Heiko und ehrenamtlichen Helfern abgedeckt. Dafür reichen die Mittel aus der Pflegeversicherung jedoch nicht aus. Den Rest der Kosten rechnet der Pflegedienst deshalb mit dem Sozialamt über die Hilfe zur Pflege ab.

**Pflegestufe III –  
Besonders  
schwere Fälle**

Im Verlauf der Diskussionen um die Pflegeversicherung wurde immer wieder deutlich, daß die vom Gesetzgeber vorgesehenen Leistungen den tatsächlichen Pflegebedarf einzelner Patienten nicht in jedem Fall decken.

Aus diesem Grund wurde der Leistungskatalog um eine Ausnahmeregelung ergänzt (Härtefallregelung). Sie ist folgendermaßen festgelegt:

**Definition der  
Härtefallregelung**

- ▶ Es besteht ein **außergewöhnlich hoher Pflegebedarf**, der das übliche Maß der Pflegestufe III übersteigt.
- ▶ Die Hilfe wird **mehrfach auch in der Nacht** benötigt.
- ▶ Ein solcher Hilfebedarf besteht z.B. im Endstadium von Krebserkrankungen oder auch bei AIDS.

**Pflegesachleistung –  
häusliche Pflege**

- ▶ Je Kalendermonat stehen für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung **bis zu 3.750,- DM** zur Verfügung.
- ▶ Die häusliche Pflege wird durch eine frei wählbare Vertragseinrichtung der Pflegekassen erbracht (Sozialstation, Pflegedienst u. ä.)

Diese Regelung ist unter Fachleuten bereits heftig kritisiert worden, weil sie auf einen sehr geringen Teil der Pflegebedürftigen begrenzt wurde. Der Gesetzgeber hat festgelegt, daß diese Regelung **nur für 3 % aller Pflegebedürftigen der Pflegestufe III gültig** ist. Sie wird lediglich in Form von Pflegesachleistungen gewährt.

Unklar ist derzeit jedoch, wie diese Einteilung vorgenommen werden soll, da im Pflegeversicherungsgesetz hierzu keine näheren Angaben gemacht wurden. Folgendes ist denkbar:

Du reichst zum November eines Jahres einen Antrag auf Leistungen nach Pflegestufe III (Härtefallregelung) bei deiner Pflegekasse ein. Es wird festgestellt, daß du zwar die Voraussetzungen erfüllst, die Leistungen im Laufe des Jahres jedoch bereits von 3 % der Pflegebedürftigen aus Pflegestufe III in Anspruch genommen wurden. Demnach kann dir – obwohl du die Voraussetzungen erfüllst – die Leistung nicht gewährt werden. Du gehst somit leer aus.

Die Kritiker sind der Ansicht, daß eine derartige Regelung gegen den Gleichheitsgrundsatz unserer Verfassung verstößt, und beabsichtigen, gegen das Pflegeversicherungsgesetz vor dem Bundesverfassungsgericht zu klagen. Wie das Gericht über diese Klagen entscheiden wird und was das für die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes bedeutet, ist derzeit noch offen.

**Was geschieht,  
wenn häusliche  
Pflege nicht mehr  
ausreicht?**

Immer wieder treten Situationen auf, in denen die übliche häusliche Pflege nicht mehr ausreicht, z. B. wenn

- ▶ dein Gesundheitszustand sich kurzfristig stark verschlechtert und du deshalb mehr Pflege brauchst
- ▶ du aufgrund deines Krankheitsbildes intensiver beaufsichtigt werden mußt
- ▶ Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind, die in deiner Wohnung nicht durchgeführt werden können.

In diesem Fall wird über die Pflegeversicherung die sogenannte **Tages- und Nachtpflege** – oft auch als teilstationäre Pflege bezeichnet – mitfinanziert. Das gilt jedoch nur, wenn du entweder in der Nacht oder am Tag für mehrere Stunden nicht allein bleiben solltest und eine intensive häusliche Pflege zu diesen Zeiten nicht sichergestellt werden kann.

Dafür wirst du z. B. um 10 Uhr aus deiner Wohnung abgeholt und in eine Pflegeeinrichtung, z. B. eine Pflegewohnung gebracht. Dort kannst du dann besser versorgt werden. Um 17 Uhr bringen dich die Helfer dann zurück in deine eigene Wohnung, wo die Angehörigen die Pflege wieder übernehmen. Lebst du alleine, dann kann es sinnvoll sein, daß du deine Nächte in einer derartigen Einrichtung verbringst, während du tagsüber in deiner eigenen Wohnung versorgt wirst. Leider ist die Zahl dieser Einrichtungen, die für Menschen mit HIV und AIDS zur Verfügung stehen, zur Zeit noch verschwindend gering.

Je Kalendermonat stehen für die Pflege in einer teilstationären Einrichtung je nach deiner Pflegestufe die folgenden Beträge zur Verfügung:

Pflegestufe I .....	bis zu 750,- DM
Pflegestufe II .....	bis zu 1.500,- DM
Pflegestufe III .....	bis zu 2.100,- DM

In diesen Beträgen sind die Fahrtkosten von der privaten Wohnung zur teilstationären Einrichtung und zurück bereits enthalten. Sie dürfen daher von dem Transportunternehmen oder der Pflegeeinrichtung nicht extra abgerechnet werden. Die Pflegekasse schließt mit diesen Einrichtungen entsprechende Verträge. Die Zahl solcher Einrichtungen für die Tages- und Nachtpflege ist jedoch sehr gering. Daher stehen bislang nur wenige Plätze für diese Form der Pflege zur Verfügung.

Eine Kombination mit Sach- und Geldleistungen ist für die Pflegestufe I wegen der geringen Beträge, die dort ausgezahlt werden, nicht vorgesehen. Bei den Pflegestufen II und III kann man die Tages- und Nachtpflege jedoch mit Sach- und Geldleistungen kombinieren. Auch hier werden die Ansprüche aus deiner Pflegestufe anteilig miteinander verrechnet.

Mit der zweiten Stufe der Pflegeversicherung werden ab dem **1. Juli 1996** dann auch Leistungen für die **vollstationäre Pflege** finanziert.

Unter vollstationärer Pflege versteht man die Pflege und Versorgung in einem Pflegeheim, einer besonderen Pflegewohnung oder einer Einrichtung, die ihre Leistungen nach bestimmten Pflegesätzen abrechnet. Zu diesen Einrichtungen zählen in aller Regel auch die sogenannten Hospize.

Wie bereits erwähnt, will das Pflegeversicherungsgesetz vorrangig die häusliche Pflege fördern. Die Kosten für eine vollstationäre Pflege werden demnach nur unter besonderen Voraussetzungen von der Pflegekasse übernommen.

Sie dürfen ab 1996 nur dann von der Pflegekasse finanziert werden, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Dies könnte dann der Fall sein, wenn du über keine geeignete Wohnung verfügst oder wenn du aufgrund der Schwere deines Krankheitsbildes nicht unbeaufsichtigt bleiben darfst.

Bei der Finanzierung wird zwischen zwei Bereichen unterschieden:

## 1. Pflegeleistungen

Darunter versteht man die (oben beschriebenen) grundpflegerischen Tätigkeiten. Der Umfang der pflegerischen Tätigkeiten richtet sich nach der Art und Schwere deiner Pflegebedürftigkeit.

Die Pflegekasse übernimmt die entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von monatlich **2.800,- DM**. Auch hier wurde jedoch vom Gesetzgeber eine Begrenzung eingebaut. Die Gesamtkosten für vollstationäre Pflege dürfen im Jahr pro Pflegebedürftigen im Durchschnitt 30.000,- DM nicht überschreiten.

Bei Pflegebedürftigen, deren Pflegeaufwand den Härtefallrichtlinien der Pflegestufe III entspricht, dürfen sich die Ausgaben ausnahmsweise bis auf **3.300,- DM** erhöhen. Dafür muß jedoch ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf bestehen, wie er in der Sterbephase von Krebskranken oder Menschen mit AIDS vorkommt. In diesem Fall müssen die Pflegekassen sicherstellen, daß nicht mehr als **5% der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III** diese höheren Leistungen erhalten.

## 2. Hotelleistungen

Als Hotelleistung werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einer vollstationären Einrichtung bezeichnet. Da es verschiedene Kategorien von Pflegeheimen gibt – vergleichbar den verschiedenen Hotelkategorien – können die Kosten für diese Leistungen sehr unterschiedlich sein. Dennoch wird über Verhandlungen versucht, für gleiche Leistungen zu vergleichbaren Kostenätzen zu kommen. In jedem Fall muß der Pflegebedürftige die **Hotellkosten selbst finanzieren**. Reichen seine finanziellen Mittel dafür nicht aus, müssen entweder die Angehörigen dafür aufkommen, oder das Sozialamt übernimmt die angemessenen Aufwendungen.

In der Pflegeversicherung gibt es kein „Wahlrecht“ zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Willst du trotzdem lieber in einem Heim oder einem Hospiz gepflegt werden, ohne daß die

Pflegekasse dies für notwendig hält, wird dir lediglich ein Zuschuß zu den Pflegekosten gewährt. Der Zuschuß richtet sich nach deiner Pflegestufe und entspricht höchstens den Beträgen, die für die häusliche Pflege aufgebracht werden.

In besonderen Fällen können die Kosten für eine stationäre Pflege bereits vor dem 1. Juli 1996 von der Pflegekasse übernommen werden. Diese Leistung ist aber auf einen Zeitraum von vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt und wird daher als **Kurzzeitpflege** bezeichnet. Sie kann notwendig werden

- ▶ für eine **Übergangszeit** nach einem Klinikaufenthalt, z. B. weil deine Wohnung für die häusliche Pflege noch umgebaut werden muß, oder
- ▶ in **Krisenzeiten**, z. B. weil dein Lebenspartner, der dich pflegt, selbst kurzfristig erkrankt ist und ausfällt oder sich dein Zustand überraschend erheblich verschlechtert hat.

Du wirst in diesem Fall für eine begrenzte Zeit – **längstens für vier Wochen** – in eine stationäre Einrichtung, z. B. ein Pflegeheim oder eine Pflegewohnung, aufgenommen und dort versorgt.

Die Kosten für die Kurzzeitpflege werden jedoch von der Pflegekasse nur bis zu einer Höhe von **2.800,- DM im gesamten Kalenderjahr** übernommen. Wird die Kurzzeitpflege notwendig, weil deine Pflegeperson ausgefallen ist, mußst du vorher mindestens zwölf Monate in deiner häuslichen Umgebung gepflegt worden sein, damit die Pflegekasse die Kosten für die Kurzzeitpflege übernimmt.

## Welche Hilfsmittel werden von der Pflegeversicherung bezahlt?

Wenn du wegen einer Krankheit oder Behinderung Hilfsmittel benötigst, ist zunächst deine Krankenkasse zuständig. Dies gilt z. B. für Windeln, die bei häufigen Durchfällen vom Arzt verordnet werden. Erst wenn geklärt ist, daß die Krankenkasse die Kosten für ein Hilfsmittel nicht übernimmt, kannst du dich an die Pflegekasse wenden.

Pflegehilfsmittel können von der Pflegekasse übernommen werden, wenn sie

- ▶ die Pflege erleichtern
- ▶ die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder
- ▶ eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Der Medizinische Dienst oder eine Pflegefachkraft prüft, ob in deinem Fall ein Bedarf an Pflegehilfsmitteln besteht. Sie informieren dich darüber, welche Mittel geeignet sind, um dir bei einer weitgehend selbständigen Lebensführung zu helfen. Die Entscheidung darüber, ob die Kosten für die Hilfsmittel übernommen werden, fällt die Pflegekasse.

### Pflegehilfsmittel werden in der Regel in zwei Gruppen eingeteilt:

#### 1. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Dabei handelt es sich um Produkte, die aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden können, z. B. Desinfektionsmittel, Windeln, Einmalhandschuhe, Körperpflegeartikel, Krankenunterlagen.

Von der Pflegekasse werden die Kosten für diese Hilfsmittel **höchstens bis zu einem Betrag von 60,- DM im Monat** bezahlt. Hast du höhere Ausgaben für diese Hilfsmittel, mußt du die Differenz selbst bezahlen oder bei deinem Sozialamt die Übernahme der Kosten beantragen.

Damit sind Pflegehilfsmittel gemeint, wie z. B. Haltegriffe, Rollstühle, Krankenbetten, Hebelifte u. ä. Die Pflegekassen haben Verzeichnisse, in denen alle lieferbaren Hilfsmittel aufgeführt sind, die eine selbständige Lebensführung unterstützen, die Pflege erleichtern oder die Beweglichkeit erhöhen können.

Im Pflegeversicherungsgesetz ist hier eine **Kostenbeteiligung** der Pflegebedürftigen vorgesehen. Sie beträgt 10 % der Kosten, höchstens jedoch 50,- DM je Pflegehilfsmittel.

Technische Hilfsmittel sollen aber in erster Linie **ausgeliehen** werden. In diesem Fall entfällt eine Zuzahlung. Lehnst du das ab, mußt du die Kosten für das Pflegehilfsmittel in voller Höhe selbst tragen. Einzelheiten dazu erfährst du bei deiner Pflegekasse oder einem Pflegedienst.

Wenn die Pflegekasse die Kosten für Hilfsmittel übernimmt, ist dabei die Unterweisung in ihren Gebrauch eingeschlossen. Das kann besonders bei bestimmten technischen Hilfsmitteln wichtig sein, um Unfälle zu vermeiden, z. B. bei einem Hebelift für die Badewanne. Du bist verpflichtet, dich mit dem Gebrauch der Hilfsmittel sorgfältig vertraut zu machen. Dies gilt auch für deine Angehörigen oder die Personen, die die Pflege durchführen. Andernfalls kann die Pflegekasse dir die Hilfsmittel verweigern.

Zusätzlich zu diesen Hilfsmitteln kann dir die Pflegeversicherung finanzielle Zuschüsse gewähren für **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds**.

Darunter werden Maßnahmen verstanden, die dazu beitragen, daß

- ▶ die häusliche Pflege überhaupt erst möglich wird
- ▶ die Durchführung der Pflege erheblich erleichtert wird
- ▶ die Abhängigkeit von einer Pflegekraft verringert wird.

Dabei kann es sich um bauliche Veränderungen deiner Wohnung handeln, z. B. die Verbreiterung von Türen, damit du dich mit einem Rollstuhl problemlos bewegen kannst, oder den Einbau einer Duschwanne zur Erleichterung der Körperpflege. Auch ein Umzug,

## 2. Technische Pflegehilfsmittel

z. B. in eine Erdgeschoßwohnung, kann unter Umständen mit Unterstützung der Pflegekasse finanziert werden.

Diese Maßnahmen können bei Bedarf auch in der Wohnung deines Lebenspartners oder von Angehörigen durchgeführt werden. Voraussetzung ist dabei, daß es sich bei der Wohnung um deinen unmittelbaren Lebensmittelpunkt handelt und deine Pflege dort tatsächlich durchgeführt wird. Die Pflegekasse kann dir in solchen Fällen nach eigenem Ermessen einen **Zuschuß bis zu einer Höhe von 5.000,- DM** je Maßnahme gewähren. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach deinem Einkommen. Deine Eigenbeteiligung beträgt 10% der Kosten für die Maßnahme, höchstens jedoch 50% deiner monatlichen Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt.

**Wenn du keine eigenen Einkünfte hast, z. B. weil du Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt erhältst, entfällt dein Eigenanteil.**

<b>Beispiel</b>	<b>Kosten der Maßnahme</b> .....	<b>4.900,- DM</b>
	<b>Monatliche Einnahmen zum Lebensunterhalt</b> .....	<b>900,- DM</b>
	<b>Eigenbeteiligung</b> .....	<b>450,- DM</b>
	<b>Zuschuß der Pflegekasse</b> .....	<b>4.450,- DM</b>

**Was ist, wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht reichen?**

Auch mit der neuen Pflegeversicherung mußt du bis zu einem gewissen Grad für deine Pflegekosten selbst aufkommen (private Vorsorge). Reichen deine finanziellen Mittel dafür nicht aus, kannst du ergänzende Sozialhilfe bei deinem Sozialamt beantragen. Gerade bei Menschen mit HIV und AIDS wird dies aufgrund der hohen Pflegekosten und der oft geringen Eigenmittel häufig der Fall sein.

Für diese **Hilfe in besonderen Lebenslagen** gelten bestimmte Einkommensfreigrenzen. Du mußt also nicht völlig mittellos sein, um diese Hilfe zu erhalten (vgl. hierzu auch die Broschüre der D.A.H.: Sozialrecht für Menschen mit HIV und AIDS).

**Bist du zur Finanzierung deiner Pflege auf Sozialhilfe angewiesen, mußt du vor Abschluß eines Dienstleistungsvertrags mit einem Pflegedienst eine Kostenübernahmeerklärung deines Sozialamts einholen. Ansonsten kann das Sozialamt die Übernahme der Kosten ablehnen.**

Die Sozialhilfe übernimmt für ihren Bereich die Definition der Pflegebedürftigkeit aus der Pflegeversicherung. Sie kann jedoch auch dann **Hilfe zur Pflege** gewähren, wenn der Hilfebedarf

- ▶ für voraussichtlich weniger als sechs Monate
- ▶ nicht mindestens täglich
- ▶ oder bei anderen Verrichtungen besteht, als sie in der Pflegeversicherung aufgezählt sind.

Die Sozialhilfe kann demnach im Einzelfall auch dann die Pflegekosten übernehmen, wenn du noch nicht die Bedingungen der Pflegestufe I erfüllst, z. B. wenn du lediglich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigst.

Auch wenn dein Bedarf über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgeht, kannst du für die Übernahme der Kosten ergänzende Sozialhilfe beantragen. Deine Ansprüche aus der Pflegeversicherung werden auf die Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) in unterschiedlicher Höhe angerechnet.

Durch diese Regelung ist die wichtige **Ergänzungsfunktion der Sozialhilfe** erhalten geblieben. Ursprünglich wollte der Gesetzgeber diese Funktion aufheben und die Zuständigkeit der Sozialhilfe für die Pflegebedürftigen stärker eingrenzen. Unser soziales Netz hätte damit deutlich größere Lücken aufgewiesen, als es bislang schon hat. Dieser geplante Abbau von Sozialleistungen konnte jedoch aufgrund heftiger Proteste verhindert werden.

**Beispiel** Heiner ist bereits fortgeschritten an AIDS erkrankt. Er hat trotz einer Ernährungstherapie sehr stark abgenommen und ist so schwach, daß er sich kaum bewegen und sein Bett nicht mehr verlassen kann. Eine Nervenerkrankung (Polyneuropathie) und der Soor in der Speiseröhre machen ihm sehr zu schaffen. Nach seinem letzten Klinikaufenthalt geht es ihm immer schlechter, weshalb er zur Zeit nicht mehr unbeaufsichtigt in seiner Wohnung bleiben kann. Da Heiner alleine lebt und nur seine 70jährige Mutter hin und wieder mithelfen kann, muß er von einem Pflegedienst versorgt werden.

Rund um die Uhr sind jetzt Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes in der Wohnung. Abzüglich der behandlungspflegerischen Leistungen der Krankenkasse entstehen dafür täglich Kosten in Höhe von 475,- DM. Von der Pflegekasse erhält Heiner Leistungen nach Pflegestufe III. Doch selbst die in einem derartigen Härtefall zur Verfügung stehenden Mittel (3.750,- DM/Monat) reichen bei weitem nicht aus, um die Kosten einer solch intensiven Pflege decken zu können.

Heiner hat keine Ersparnisse und bezieht nur eine geringe Erwerbsunfähigkeitsrente. Auch seine Mutter erhält nur eine geringe Rente, weshalb das Sozialamt nach Prüfung der Voraussetzungen die zusätzlichen Kosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege übernimmt. Der Pflegedienst rechnet seine Leistungen direkt mit dem Sozialamt und der Pflegeversicherung ab. Wegen des erheblichen Umfangs seiner Pflege erhält Heiner zudem ein reduziertes Pflegegeld von seinem Sozialamt.

In diesem Fall werden die Sachleistungen der Kranken- und Pflegekasse durch Sachleistungen und ein reduziertes Pflegegeld des Sozialhilfeträgers ergänzt. Für den Fall, daß für die Finanzierung deiner Pflege mehrere Einrichtungen zuständig sind (Kranken- und Pflegekassen, Sozialamt), sind die Organisationen gesetzlich zur Kooperation verpflichtet. Auf diese Weise erhältst du einen eindeutig zuständigen Ansprechpartner.

Dennoch übernimmt auch das Sozialamt nicht alle Kosten, die bei einer häuslichen Pflege und Versorgung von Menschen mit HIV und

AIDS entstehen können. Bei einer derartig intensiven Versorgung wie in dem oben genannten Beispiel entstehen bei fachgerechter Pflege binnen kürzester Zeit oft Kosten in fünfstelliger Höhe. Hier kann das Sozialamt unter Verweis auf die **unverhältnismäßigen Mehrkosten** die Finanzierung ablehnen und z. B. auf einer kostengünstigeren Heimunterbringung bestehen.

Problematisch ist dabei, daß es für Menschen mit AIDS, die in einem derartigen Umfang pflegebedürftig sind, kaum Alternativen zur häuslichen Pflege gibt. Die Zahl geeigneter Krankenwohnungen und Hospize ist nach wie vor sehr gering. Die Unterbringung von jungen AIDS-Patienten in Alterspflegeheimen ist dagegen in der Regel als unangemessen abzulehnen.

Wegen der komplizierten Bestimmungen solltest du dich in jedem Fall frühzeitig und ausführlich von Fachleuten (z. B. einem Sozialarbeiter) beraten lassen. Nur wenn du deine Rechte kennst, kannst du sie auch gegenüber den verschiedenen Einrichtungen vertreten. AIDS-Hilfen, Beratungsstellen und Pflegedienste können dir oder deinen Angehörigen helfen, damit du die Leistungen erhältst, die dir zustehen.

Ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung ist es, die Bereitschaft von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern zur Übernahme von Aufgaben in der Pflege zu fördern. Daher ist im Pflegeversicherungsgesetz für diese Personen eine Reihe von Hilfen vorgesehen.

Bezogen auf die Pflegeversicherung werden im wesentlichen zwei Gruppen von Helfern unterschieden:

#### **Pflegekräfte**

Damit sind Personen gemeint, die **erwerbsmäßig** in der Pflege arbeiten. Das sind in der Regel Kranken- oder Altenpflegefachkräfte (dreijährige Ausbildung), Pflegehilfskräfte (einjährige Ausbildung) oder angelernte Kräfte (z. B. im Hauswirtschaftsbereich).

**Welche Hilfen erhalten Angehörige und ehrenamtliche Helfer durch die Pflegeversicherung?**

## Pflegepersonen

Damit sind Personen gemeint, die **nicht erwerbsmäßig** in der Pflege arbeiten, z. B. dein Lebenspartner, Angehörige oder ehrenamtliche Helfer, z. B. von Selbsthilfegruppen.

Pflegepersonen tragen eine besondere Verantwortung. Du mußt dich auch in schwierigen Situationen auf sie verlassen können – insofern ist es wichtig, bei der Planung der Pflege genau zu überlegen, wen du in deine Pflege einbeziehen möchtest. Für die Planung der Pflege ist es besonders wichtig zu wissen, wieviel Zeit die einzelne Pflegeperson zur Verfügung stellen kann.

Mit dem Pflegegeld, das du als Pflegebedürftiger erhältst, soll es dir ermöglicht werden, deinen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung zu geben und dich auch auf diese Weise für ihren Einsatz zu bedanken. Es ist jedoch **keine angemessene Bezahlung** für deine Pflegepersonen. Daher ist das Pflegegeld auch niedriger als die Pflegesachleistung.

Für einige Leistungen der Pflegeversicherung wurde der Begriff der Pflegeperson genauer definiert. Danach gilt als Pflegeperson, wer einen Pflegebedürftigen im Sinne des Gesetzes **wenigstens 14 Stunden in der Woche** in seiner häuslichen Umgebung pflegt und versorgt.

Das Pflegeversicherungsgesetz gewährt Pflegepersonen, die diese Bedingung erfüllen, **Leistungen zur sozialen Sicherung** (Beiträge zur Renten- und Unfallversicherung). Vorausgesetzt ist dabei, daß die Pflegeperson nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

## Beispiel

Peter ist pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und erhält Leistungen aus Pflegestufe II. Er wohnt mit seinem Lebensgefährten Jan in einer gemeinsamen Wohnung. Jan übernimmt die Pflege und arbeitet aus diesem Grund nur noch zwanzig Stunden in der Woche. Mit dem Pflegegeld in Höhe von DM 800,- können die beiden den Verdienstausfall etwas ausgleichen. Im Durchschnitt ist Jan 25 Stunden pro Woche mit der Pflege von Peter beschäftigt. Er gilt demnach als Pflegeperson und hat Anspruch darauf, daß die Pflegekasse für ihn Rentenversicherungsbeiträge abführt. Auch die Beiträge zur Unfallversicherung trägt die Pflegekasse. Auf diese Weise werden Jans Verluste bei der Rente durch die niedrigeren Beiträge einer Halbtagsstätigkeit etwas vermindert.

Die Höhe der Rentenbeiträge wird nach einem komplizierten Verfahren berechnet und richtet sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem sich daraus ergebenden Umfang der notwendigen Pflegeleistungen. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, dann werden die Beiträge entsprechend der erbrachten Pflegeleistung aufgeteilt.

### Alte Bundesländer (Bezugsgröße für 1995: 4.060,- DM)

#### Pflegestufe I

mindestens 14 Wochenstunden Pflege ..... ca. 208,- DM

#### Pflegestufe II

mindestens 14 Wochenstunden Pflege ..... ca. 277,- DM

mindestens 21 Wochenstunden Pflege ..... ca. 416,- DM

#### Pflegestufe III

mindestens 14 Wochenstunden Pflege ..... ca. 312,- DM

mindestens 21 Wochenstunden Pflege ..... ca. 468,- DM

mindestens 28 Wochenstunden Pflege ..... ca. 624,- DM

## Neue Bundesländer (Bezugsgröße für 1995: 3.360,- DM)

### Pflegestufe I

mindestens 14 Wochenstunden Pflege ..... ca. 172,- DM

### Pflegestufe II

mindestens 14 Wochenstunden Pflege ..... ca. 229,- DM

mindestens 21 Wochenstunden Pflege ..... ca. 344,- DM

### Pflegestufe III

mindestens 14 Wochenstunden Pflege ..... ca. 258,- DM

mindestens 21 Wochenstunden Pflege ..... ca. 387,- DM

mindestens 28 Wochenstunden Pflege ..... ca. 516,- DM

Zusätzlich haben Pflegepersonen, die nach der Pflege wieder eine Arbeit aufnehmen möchten, Anspruch auf Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz. Mit diesen Leistungen will der Gesetzgeber Personen, die sich langfristig stark in der Pflege ihrer Angehörigen engagieren, sozial besser absichern. Nähere Informationen hierzu erhältst du bei deiner Pflegekasse oder deinem Arbeitsamt.

Zusätzlich zu dieser sozialen Sicherung werden zukünftig **Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen** angeboten. Die Teilnahme an diesen Pflegekursen ist unabhängig davon, ob man die oben genannten Bedingungen erfüllt. Sie stehen jedem Interessierten offen. Die Kosten dafür übernehmen die Pflegekassen. Sie können die Kurse entweder selbst anbieten, gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete Einrichtungen mit der Organisation und Durchführung beauftragen.

Die Kurse sollen

- ▶ soziales Engagement im Bereich der Pflege fördern und stärken
- ▶ Kenntnisse und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln
- ▶ Pflege und Betreuung erleichtern und verbessern sowie
- ▶ pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen gleichermaßen vermindern.

Angesichts der besonderen Belastungen, denen Pflegepersonen bei der Pflege und Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS ausgesetzt sind, ist der letztgenannte Punkt von besonderer Bedeutung. Insbesondere die Grenzen des Einsatzes von Pflegepersonen ohne eine angemessene Ausbildung müssen beachtet werden.

Die Pflege und Versorgung von Menschen mit AIDS ist in besonderer Weise auf das ehrenamtliche Engagement der Selbsthilfe und solidarischen Hilfe angewiesen. Ohne den engagierten Einsatz solcher Helfer wäre die Pflege von Menschen mit HIV und AIDS in vielen Fällen nicht möglich.

Das Pflegereferat der Deutschen AIDS-Hilfe bemüht sich zur Zeit um Vereinbarungen mit den Pflegekassen. Darin soll festgelegt werden, in welcher Form für diese Patientengruppe Pflegekurse angeboten werden und wer diese Kurse durchführen soll. Nähere Informationen darüber werden baldmöglichst über die Pflegekassen sowie die Pflegedienste, AIDS-Hilfen und Beratungsstellen erhältlich sein.

Fällt deine Pflegeperson aus irgendwelchen Gründen einmal aus, z. B. weil sie selber erkrankt oder im Urlaub ist, dann mußt du mit Hilfe deines Pflegegeldes selbst für Ersatz sorgen. Du kannst dich in solchen Fällen zunächst an deine AIDS-Hilfe oder eine Beratungsstelle wenden, bei der es ehrenamtliche Helfer gibt. Möglicherweise kennt man dort jemanden, der kurzfristig einspringen kann.

Greifst du in einem solchen Fall auf die Dienstleistungen einer Sozialstation zurück, mußt du die Kosten für diese Pflegeeinsätze selbst tragen. Erst wenn dich deine Pflegeperson über einen Zeitraum von mindestens **zwölf Monaten** in deiner Wohnung gepflegt und versorgt hat, springt die Pflegekasse ein.

Ist diese Bedingung erfüllt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die Einsätze eines Pflegedienstes bis zu einer Höhe von **2.800,- DM für vier Wochen pro Kalenderjahr**. Ist die Pflege bei dir zu Hause

**Wer hilft mir, wenn meine Pflegeperson ausfällt?**

nicht möglich, dann gewährt dir die Pflegekasse diesen Zuschuß auch für einen kurzzeitigen Aufenthalt in einem Pflegeheim oder einer anderen stationären Einrichtungen (z. B. Pflegewohnung oder Hospiz). Dies gilt dann als sogenannte Kurzzeitpflege (vgl. oben).

**WICHTIG**

**Beide Entlastungen können nebeneinander in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, daß die Pflegekasse dir für insgesamt 8 Wochen pro Kalenderjahr Hilfen anbietet, wenn deine Pflegeperson während dieser Zeit ausfällt.**

Wenn du zum Friseur gehst oder die Nacht in einem Hotel verbringst, kannst du sicherlich klar einschätzen, ob die dortigen Dienstleistungen gut oder schlecht erbracht wurden. Bei einer großen Auswahl an Anbietern ist die Qualität der Dienstleistung ein wichtiger Entscheidungsfaktor für den Kunden.

Die Qualität ist damit ein wichtiges Steuerungsinstrument auf dem freien Markt, der nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage funktioniert. Gleichzeitig wird über die Qualität auch der Preis der Dienstleistung bestimmt. Dabei spielen die Kosten für das Personal eine besondere Rolle. Je besser das Personal ausgebildet ist, um so höher muß man es bezahlen.

Die verschiedenen Dienste konkurrieren miteinander und sind bemüht, soviel Qualität wie möglich anzubieten, ohne die Preise so hoch steigen zu lassen, daß niemand mehr die Dienstleistung bezahlen kann.

In Zukunft wird auch die pflegerische Versorgung von kranken, alten und behinderten Menschen stärker nach diesen marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgerichtet sein. Qualität und Wirtschaftlichkeit werden von den Pflegediensten und Einrichtungen gleichermaßen gefordert. Der Gesetzgeber hofft auf diese Weise die Kosten für die Pflege bei möglichst hoher Qualität niedrig zu halten.

Die einzelnen Anbieter auf dem „Pflegemarkt“ – kirchliche Träger, Wohlfahrtsverbände, frei gemeinnützige Einrichtungen, aber auch private Pflegedienste – müssen nun miteinander in Konkurrenz treten. Die wichtigste Frage dabei ist, wer von ihnen die beste Pflegequalität mit den vorhandenen Mitteln zur Verfügung stellen kann.

**Was verändert sich durch die Pflegeversicherung?**

## Wie sicher ist meine Pflege eigentlich?

Mit der Frage der Qualität ist ein zentrales Problem der Pflegeversicherung angesprochen. Für Patienten ist es oft sehr schwer, gute von schlechter Krankenpflege zu unterscheiden. Es fehlen nicht selten die richtigen Informationen und Vergleichsmöglichkeiten. Oft ist man einfach froh, wenn überhaupt jemand kommt, der hilft.

Falsche Ratschläge oder unbemerkte Pflegefehler können jedoch schwerwiegende gesundheitliche Folgen für dich haben. Du mußt dich als Patient darauf verlassen können, daß die Pflegekraft sorgfältig und vorausschauend arbeitet. Durch ihre Kenntnisse kann sie deine Selbständigkeit entscheidend verbessern und der Verschlimmerung deiner Pflegebedürftigkeit vorbeugen.

Gerade bei AIDS spielt die vorausschauende **Krankenbeobachtung** eine besonders wichtige Rolle. Eine erfahrene Pflegekraft erkennt an kleinen Anzeichen, ob bei dir z.B. eine neue Infektion droht. Sie kann dann rechtzeitig den Arzt verständigen. Auf diese Weise läßt sich dein Wohlbefinden steigern, und du bleibst länger gesund.

Zwar streiten sich die Fachleute darüber, worin sich Qualität von Pflege eigentlich genau ausdrückt und wie man sie messen kann. Dennoch ist man sich einig darüber, daß die **Ausbildung des Pflegepersonals** dabei eine zentrale Rolle spielt. Hierin liegt jedoch eines der größten Probleme.

Mit den geringen Sätzen der Pflegeversicherung wird in erster Linie die Pflege von Laien gefördert, d. h. von Menschen, die keine oder nur eine geringe Ausbildung in der Pflege haben. Die gut ausgebildeten und damit auch teuren Pflegefachkräfte können mit den wenigen Mitteln der Pflegeversicherung kaum bezahlt werden. Der wirtschaftliche Druck, unter dem die Pflegedienste stehen, führt vermutlich dazu, daß sie vermehrt mit schlecht ausgebildetem Personal arbeiten oder ihre Dienste aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen.

Die Folgen des Sparzwangs werden die Patienten am eigenen Leib spüren. Fachleute bezeichnen diesen Mißstand als „**gefährliche Pflege**“, weil durch Überlastungen oder Unwissenheit vermehrt

Pflegefehler auftreten. Bereits seit langem weist die D.A.H. gemeinsam mit den AIDS-Spezialpflegediensten darauf hin, daß gerade bei Menschen mit AIDS der verstärkte Einsatz von Fachpflegekräften unverzichtbar ist. Die **Grenzen der Laienpflege** sind bei einem derartig schweren Krankheitsbild offensichtlich.

Hast du das Gefühl, nicht richtig gepflegt worden zu sein, solltest du dich zunächst an die Leitungskraft deines Pflegedienstes wenden. Lassen sich die Schwierigkeiten auf diese Weise nicht beheben, ist es ratsam, eine Beratungsstelle oder besser deine Pflegekasse zu informieren. Die Pflegekassen sind verpflichtet, derartigen Beschwerden nachzugehen.

Wenn du dich unsicher fühlst oder Zweifel an der Qualität der Pflege hast, solltest du den Pflegedienst wechseln. **Vertrauen und Sicherheit** sind zwei wichtige Voraussetzungen, damit das oberste Ziel der Pflegeversicherung erreicht werden kann und du auch als Pflegebedürftiger ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen kannst, das der Würde des Menschen entspricht.

Rechtzeitig vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit solltest du bereits mit deiner Beratungsstelle, deiner regionalen AIDS-Hilfe oder deinem Hausarzt Kontakt aufnehmen. Gemeinsam könnt ihr dann überlegen, ob es Angehörige und Freunde gibt, die für deine Pflege zur Verfügung stehen, oder ob du lieber auf professionelle Hilfe zurückgreifen willst.

Vielleicht wird dir bei dieser Gelegenheit ein guter Pflegedienst empfohlen. Oftmals gibt es eine enge Zusammenarbeit von einzelnen Pflegediensten mit Beratungsstellen und niedergelassenen Ärzten. Auch die AIDS-Hilfen kennen meist einen guten Pflegedienst, der schon Erfahrung in der Pflege von Menschen mit AIDS gesammelt hat.

## Wie finde ich einen guten Pflegedienst?

Bei den Pflegekassen gibt es Verzeichnisse, in denen alle Pflegedienste aufgeführt sind, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erbringen können. Die Mitarbeiter der Pflegekasse können dich beraten und dir einen geeigneten Dienst oder eine Sozialstation in deiner Nähe vermitteln.

Gute Pflegedienste werden bereit sein, mit dir ein unverbindliches Aufklärungsgespräch über ihre Leistungen zu führen. Bei dieser Gelegenheit kannst du die Mitarbeiter kennenlernen, dich über die Arbeit des Dienstes informieren und dich in den Räumen des Pflegedienstes umschaun. Die folgenden Fragen geben dir einige Anhaltspunkte, auf die du bei einem solchen Gespräch achten solltest.

### **Pflegepersonal**

- ▶ Wieviele Mitarbeiter hat der Pflegedienst?
- ▶ Welche Ausbildung hat das Pflegepersonal (z. B. dreijährige oder einjährige Ausbildung)?
- ▶ Hat mindestens die Hälfte des Pflegepersonals eine Ausbildung?
- ▶ Haben die Pflegekräfte irgendwelche Zusatzausbildungen, oder werden regelmäßig Fortbildungen besucht?
- ▶ Gibt es bereits Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit AIDS?
- ▶ Sind das Krankheitsbild und die wichtigsten Symptome genauer bekannt?
- ▶ Kann das Pflegepersonal deinen Lebensstil akzeptieren?
- ▶ Wie stehen die Pflegekräfte zu den „AIDS-Themen“ (Sexualität, Drogenkonsum, Sterben und Tod)?
- ▶ Gibt es eine Pflegekraft, die für dich zuständig ist?
- ▶ Welche Ausbildung haben die Leitungskräfte bzw. der Geschäftsführer (Pflegekraft, Sozialarbeiter, Betriebswirt o. ä.)?

- ▶ Welche Ausbildung hat das Betreuungspersonal (z. B. Sozialarbeiter, Psychologe, Pädagoge o. ä.)?
- ▶ Wirst du ausreichend und sorgfältig beraten?
- ▶ Hilft man dir bei der Beantragung von zusätzlichen Leistungen (z. B. Sozialhilfe)?
- ▶ Wirst du und deine Angehörigen auch während der Pflege ausreichend betreut?
- ▶ Kannst du in Krisen einen Sozialarbeiter oder Psychologen anrufen?

### **Sonstiges Personal**

- ▶ Hat der Pflegedienst ein Büro, das möglichst auch von Behinderten erreichbar ist?
- ▶ Zu welchen Zeiten ist das Büro des Pflegedienstes besetzt?
- ▶ Ist der Dienst auch an Wochenenden oder Feiertagen telefonisch erreichbar?
- ▶ Gibt es einen Anrufbeantworter, und wird er außerhalb der Bürozeiten regelmäßig abgehört?
- ▶ Wie schnell wird auf deinen Anruf reagiert?
- ▶ Kannst du die für dich zuständige Pflegekraft oder den Sozialarbeiter auch direkt erreichen (z. B. über ein Cityruf-System)?

### **Erreichbarkeit**

- ▶ Wer ist der Träger der Einrichtung (Kirche, Wohlfahrtsverband, AIDS-Hilfe oder privatwirtschaftlicher Träger)?
- ▶ Gibt es einen Prospekt oder andere schriftliche Informationen, die über den Pflegedienst, seine Ziele und Leistungen informieren?
- ▶ Wie ist der Ruf des Dienstes (im Freundeskreis, in den Beratungsstellen, bei Ärzten); wird er empfohlen?
- ▶ Ist der Pflegedienst Mitglied einer großen Wohlfahrtsorganisation oder eines anderen Fachverbandes?

### **Träger und Selbstdarstellung**

## Aufnahme und Planung

- ▶ Hält der Dienst auf den ersten Blick, was er in seiner Werbung verspricht?
- ▶ Mit wem arbeitet der Pflegedienst zusammen (AIDS-Hilfe, Beratungsstellen, Ärzte, andere Einrichtungen)?
- ▶ Wird ein ausführliches Aufnahmegespräch mit dir und deinen Angehörigen geführt?
- ▶ Kommen die Mitarbeiter des Pflegedienstes dazu auch ins Krankenhaus?
- ▶ Wer führt dieses Aufnahmegespräch (Geschäftsführer, Pflegedienstleitung, Sozialarbeiter)?
- ▶ Wird die Pflegeplanung und das Pflegeziel mit dir besprochen?
- ▶ Werden deine Angehörigen und Freunde in die Planung einbezogen?
- ▶ Berücksichtigt der Pflegedienst deine besonderen Wünsche oder begründet er, warum dies im Einzelfall nicht möglich ist?
- ▶ Wie wird für deine Sicherheit gesorgt (z.B. durch die Beantragung eines Hausnotrufs)?
- ▶ Kann der Pflegedienst auch eine zeitintensive Pflege (z.B. rund um die Uhr) sicherstellen?
- ▶ Verfügt der Dienst über ergänzende Angebote, z.B. eine Pflegewohnung oder eine andere (teil-)stationäre Einrichtung, oder kann er solche vermitteln?

- ▶ Wieviele Mitarbeiter werden an deiner Pflege beteiligt?
- ▶ Sind die Mitarbeiter des Pflegedienstes zuverlässig und gewissenhaft?
- ▶ Wirst du aktiv an den Pflegemaßnahmen beteiligt, und lassen sich die Pflegekräfte dafür genügend Zeit?
- ▶ Wird die Pflege mit einem Pflegedokumentationssystem schriftlich festgehalten?
- ▶ Werden von allen Mitarbeitern die gleichen Standards eingehalten (z. B. bei der Hygiene)?
- ▶ Sind die Mitarbeiter in der Lage, ihre Handlungen zu begründen?
- ▶ Werden deine Beschwerden ernstgenommen, und sind die Mitarbeiter bemüht, die aufgetretenen Probleme abzustellen?
- ▶ Garantiert dir der Pflegedienst, daß du z. B. nach einem Klinikaufenthalt wieder in die ambulante Pflege aufgenommen wirst?

Wenn du dich für einen Pflegedienst entschieden hast, der deinen Wünschen entspricht, kommt es zum Abschluß eines **Dienstleistungsvertrags**. In diesem Vertrag werden alle wichtigen Fragen zwischen dir und dem Pflegedienst geregelt.

Wie bereits mehrfach angedeutet, werden sich die Bedingungen im Pflegebereich in Zukunft sehr verändern. Die Pflegedienste sind darauf angewiesen, sich durch wirtschaftliche Führung auf dem „Pflegemarkt“ zu behaupten. Insbesondere für zusätzliche Leistungen, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden und für die auch die Sozialhilfe nicht aufkommt, kann es innerhalb einer Stadt oder Region zu unterschiedlichen Preisen für ein und dieselbe Leistung kommen. Du mußt also neben der Qualität auch die Preise der Pflegedienste miteinander vergleichen.

## Durchführung und Dokumenta- tion

**Worauf muß ich  
achten, wenn ich  
einen Pflegedienst  
bestelle?**

**In jedem Fall solltest du dir vor Unterzeichnung eines Dienstleistungsvertrags über zusätzliche Leistungen von deinem Pflegedienst einen unverbindlichen Kostenvoranschlag erstellen lassen.**

Müssen zusätzliche Pflegekosten über die Sozialhilfe gedeckt werden, brauchst du vor Auftragserteilung eine Kostenübernahmeerklärung deines Sozialamts.

Insbesondere auf folgende Punkte solltest du vor der Unterzeichnung eines Vertrags und der Beauftragung eines Pflegedienstes achten:

- ▶ Welche Dienstleistungen gebe ich in Auftrag?
- ▶ Welche Dienstleistungen werden von der Pflegekasse anerkannt?
- ▶ Welchen Preis berechnet der Pflegedienst für die einzelnen Dienstleistungen?
- ▶ Welche Kosten übernimmt die Pflegekasse?
- ▶ Welche Kosten muß ich selbst übernehmen?
- ▶ Welche Kosten übernimmt das Sozialamt?
- ▶ Welche Kündigungsfristen stehen im Vertragsformular?

Auch hier gilt wie bei allen Verträgen: **Das Kleingedruckte unbedingt sorgfältig lesen und erst unterzeichnen, wenn deine Fragen ausreichend beantwortet wurden.** Oft ist es hilfreich, zu Vertragsgesprächen eine Vertrauensperson hinzuzuziehen, weil man als Betroffener in solchen Situationen oft überfordert ist.

Es mag lästig sein, sich mit derartigen Fragen zu beschäftigen, wenn man auf Hilfe angewiesen ist und eigentlich ganz andere Sorgen hat. Leider werden wir zukünftig auch im Pflegebereich diesen formellen und finanziellen Notwendigkeiten nicht entgehen können. Nicht alle Pflegedienste werden in jedem Fall eine gute und

preiswerte Dienstleistung erbringen. Um so wichtiger ist es, sich vorab sorgfältig zu informieren, damit du dich in Notsituationen auf deinen Pflegedienst tatsächlich verlassen kannst.

Bei Fragen und Problemen kannst du dich jederzeit an die Pflegekassen, Beratungsstellen oder die AIDS-Hilfe deines Vertrauens wenden. Dort wird man dir im Rahmen der Möglichkeiten weiterhelfen und dich in allen Fragen der Pflegeversicherung unterstützen.

## Stichwortverzeichnis

- Aktivierende Pflege 37  
 AIDS 4  
 AIDS-Hilfe 61  
 Allgemeine Pflege 36  
 Ambulante Pflege 10  
 Anerkennung 24  
 Angehörige 58  
 Anleitung 38  
 Antrag 24  
 Arbeitgeberanteil 16  
 Arbeitslosenversicherung 8  
 Arbeitslosenhilfe 12  
 Arbeitsförderungsgesetz 60  
 Aufklärung 16  
 Ausbildung 64  
 Auslandsaufenthalt 34
- Beamte 17  
 Beaufsichtigung 38  
 Behandlungspflege 36  
 Behinderung 22  
 Beitragsbemessungsgrenze 14  
 Beitragspflichtiges  
 Einkommen 17  
 Beiträge 16  
 Beratung 16  
 Betreutes Wohnen 10  
 Beschwerden 65  
 Bewegung 22
- Dienstleistung 63  
 Dienstleistungsvertrag 30  
 Durchführung 15  
 Dokumentation 69
- Ehrenamtliche Helfer 58  
 Eigenbeteiligung 70  
 Eigenverantwortlichkeit 9  
 Einspruchsverfahren 29  
 Einzugsermächtigung 18  
 Entlastung 11  
 Entschädigungsleistung 35  
 Entscheidung 28  
 Ergänzungsfunktion 55  
 Erheblich Pflegebedürftige 40  
 Ernährung 22  
 Erreichbarkeit 67
- Familienergänzende  
 Leistung 13  
 Familienversicherung 14  
 Feiertag 16  
 Freiwillig Versicherte 18  
 Fürsorgeleistung 35
- Geeignete Kräfte 31  
 Gefährliche Pflege 64  
 Geldleistung 31  
 Gesetzliche  
 Pflichtversicherung 7  
 Grundpflege 36
- Härtefallregelung 46  
 Häusliche Pflegehilfe 30  
 Haftung 12  
 Hausbesuch 26  
 Hauswirtschaftliche  
 Versorgung 36  
 Hilfsmittel 52
- Hilfe in besonderen  
 Lebenslagen 54  
 Hilfe zur Pflege 55  
 Höherstufung 25  
 Hotelleistung 50  
 Hospiz 49
- Kinder 39  
 Körperpflege 22  
 Kombinationsleistung 32  
 Kostenübernahmeerklärung 55  
 Kostenvoranschlag 70  
 Krankenhaus 35  
 Krankenversicherung 8  
 Krankheit 22  
 Kurzzeitpflege 51  
 Kündigungsfristen 70
- Medizinischer Dienst 25  
 Mindestaufwand 40  
 Mitgliedschaft 14
- Nachrang 35  
 Nachtpflege 48
- Organisation 14
- Personenkreis 20  
 Pflegebedürftigkeit 22  
 Pflegedienste 30  
 Pflegeeinsatz 32  
 Pflegefachkraft 36
- Pflegegeld 31  
 Pflegeheim 49  
 Pflegehilfsmittel 52  
 Pflegekassen 15  
 Pflegekräfte 57  
 Pflegekurse 60  
 Pflegeleistungen 50  
 Pflegeperson 58  
 Pflegeplan 26  
 Pflegesätze 49  
 Pflegestufen 39  
 Pflegewohnung 48  
 Pflichtversicherung 7  
 Private Kranken-  
 versicherung 14  
 Private Pflegeversicherung 15  
 Prüfung 25
- Qualität 63  
 Qualitätssicherung 65  
 Qualifikation 64
- Rehabilitation 9  
 Rentenversicherung 8  
 Rentner 14  
 Rentenbeiträge 59  
 Risikoausschluß 15
- Sachleistung 30  
 Schüler 17  
 Schwerpflegebedürftige 42  
 Schwerstpflegebedürftige 44  
 Selbstverwaltung 15  
 Sicherheit 65

Sicherstellungsauftrag 15  
Solidargemeinschaft 8  
Solidaritätsprinzip 8  
Soziale Sicherung 58  
Sozialgesetzbuch 7  
Sozialhilfe 54  
Spezialpflegedienste 30  
Spezielle Pflege 36  
Stationäre Pflege 49  
Studenten 14  
Subsidiaritätsprinzip 11

Tagespflege 48  
Technische Hilfsmittel 53  
Teilstationäre Pflege 48

Übernahme 37  
Unfallversicherung 8  
Unterhaltsgeld 60  
Unterstützung 37  
Untersuchung 25  
Unverhältnismäßige  
Mehrkosten 57

Verfahren 20  
Vermögen 12  
Verpflegungskosten 50  
Versicherungspflicht 8  
Versorgungsauftrag 16  
Vollstationäre Pflege 49  
Vorrang 35  
Vorsorge 12  
Vorversicherungszeit 26

Wahlrecht 9  
Widerspruch 29  
Wohnumfeld 53  
Würde 9

Zeitplan 19  
Ziele 9  
Zuständigkeit 15

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat folgende Broschüren zur Pflege und Versorgung von Menschen mit AIDS veröffentlicht. Sie sind über die regionalen AIDS-Hilfen, Pflegedienste, Beratungsstellen oder direkt bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Berlin erhältlich:

## Broschüren

### **Alles geregelt?**

**Tips zur rechtlichen** Vorsorge für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen  
D.A.H., Berlin, November 1993  
ISBN 3-930425-00-9  
(DM 5,-)

### **Das bißchen Haushalt ...**

Informationen zur hauswirtschaftlichen Versorgung für Menschen mit HIV und AIDS  
D.A.H., Berlin, Dezember 1994  
(kostenlos)

### **Essen mit Lust.**

Appetitmacher für Menschen mit HIV und AIDS  
D.A.H., Berlin, 1993 (2. Aufl.)  
(kostenlos)

### **Menschen mit AIDS zu Hause pflegen**

Tips für Freunde und Angehörige  
D.A.H., Berlin, September 1993  
(kostenlos)

### **Sozialrecht für Menschen mit HIV und**

**Menschen mit AIDS.** Ein Ratgeber  
D.A.H., Berlin, Februar 1994 (2. Aufl.)  
(kostenlos)

### **Vitamine, Vitamine!**

Eine Broschüre mit Rezepten über Vitamine und Mineralstoffe für Menschen mit HIV und AIDS  
D.A.H., Berlin, Februar 1995  
(kostenlos)

Bundesministerium für Arbeit  
und Sozialordnung  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Postfach 500  
53107 Bonn  
(kostenlos)

Bei allen Kranken- und  
Pflegekassen  
(Anschriften über das Telefonbuch)  
(kostenlos)

#### Anschriften

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
Referat Pflege und Gesundheitswesen  
Dieffenbachstraße 33  
10967 Berlin  
Tel. 030 / 69 00 87-29

Bundesministerium für Arbeit  
und Sozialordnung  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Postfach 500  
53107 Bonn  
Tel. 0130 / 62 81 (gebührenfrei)

Sozial-Info-Telefon e.V.  
Am Bauhof 28-32  
48431 Rheine  
Tel. 0130 / 85 48 54 (gebührenfrei)

Persönliche Beratungs- und Informationsmöglichkeiten bieten die regionalen AIDS-Hilfen, AIDS-Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Pflegedienste und die Kranken- und Pflegekassen. Die Telefonnummern kannst du deinem regionalen Telefonbuch entnehmen.

ad hoc e.V.  
Chamissoplatz 5  
10965 **Berlin**  
Tel. 030 / 69 41 26 0

FELIX-Pflegeteam der  
Berliner AIDS-Hilfe gGmbH  
Heimstraße 17  
10965 **Berlin**  
Tel. 030 / 69 47 07 1

HIV e.V.  
(Hilfe – Information –  
Vermittlung)  
Lilienthalstraße 28  
10965 **Berlin**  
Tel. 030 / 69 18 03 3

AIDS-Hilfe Bremen e.V.  
Ambulanter Dienst  
Am Dobben 66  
28203 **Bremen**  
Tel. 0421 / 71 92 5

Ambulanter Dienst für  
AIDS-Erkrankte  
c/o Paritätische Sozialstation  
Zollstock 9 a  
37081 **Göttingen**  
Tel. 0551 / 960 52

SIDA e.V.  
Ferdinand-Walbrecht-Str. 34  
30163 **Hannover**  
Tel. 0511 / 62 45 68

Ambulanter Dienst der  
AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.  
Borsigstraße 34  
40227 **Düsseldorf**  
Tel. 0211 / 72 01 86

Schwule Initiative für  
Pflege und Soziales –  
SCHWIPS e.V.  
Büro Pflegedienst:  
Pipinstraße 7  
50667 **Köln**  
Tel. 0221 / 92 57 68 - 0

SCHWIPS-Infusionszentrum:  
Rubenstraße 8-10  
50676 **Köln**  
Tel. 0221 / 92 18 30 - 0

Regenbogendienst der  
AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.  
Eiserne Hand 12  
60318 **Frankfurt/Main**  
Tel. 069 / 59 13 93

Pflege und Service Centrum  
der Münchener AIDS-Hilfe e.V.  
Lindwurmstraße 71-73  
80337 **München**  
Tel. 089 / 54 33 3 - 0

Ambulante Hilfen der AIDS-Hilfe  
Nürnberg/Erlangen/Fürth e.V.  
Hessestraße 5-7  
90443 **Nürnberg**  
Tel. 0911 / 26 85 90

#### AIDS-Spezial- pflegedienste





