



Pflegeversicherung

Hilfen bei Pflegebedürftigkeit nach der



Pflegereform 2008

Copyright:
Das Urheberrecht und alle damit verbundenen
Rechte für die „Broschüre Hilfen bei Pflegebedürftigkeit nach der Pflegereform
2008“ liegen bei
[Initiative: Teilhabe](#)

Hinweis: Unsere Ratgeber sind stets bemüht, Sie nach bestem Wissen zu informieren.
Die vorliegende Ausgabe beruht auf dem Stand von November 2011. Verbindliche Auskünfte
holen Sie gegebenenfalls beim Fachanwalt für Sozialrecht ein.

Was bedeutet die Pflegereform 2008

Die Leistungen der 1995 eingeführten Pflegeversicherung wurden durch die Pflegereform 2008 erweitert. Personen die von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sind, können im Bereich der Pflege zum ersten Mal einen umfangreicheren Anspruch innerhalb der Umsetzung ihres persönlichen Hilfe- und Betreuungsbedarfs erhalten. Die neue Pflegereform 2008 ermöglicht nicht nur den Betroffenen sondern auch den Angehörigen, die finanziellen Aufwendungen innerhalb der Pflege leichter zu tragen. Durch das breite Angebot in der ambulanten und teilstationären Versorgung können Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in ihrer häuslichen Situation entlastet und in ihrer Selbständigkeit unterstützt werden.

Welche Änderungen der Pflegeversicherung betreffen den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen

- Erhöhung der Leistungsbeträge bei Sachleistung, Geldleistung, Ersatzpflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege gemäß § 36 ff SGB XI
- Verkürzung der Vorversicherungszeit § 33 SGB XI
- Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich § 45 a/b SGB XI (Zusätzliche Betreuungsleistungen)
- Frühzeitiger Anspruch auf Ersatzpflege § 39 SGB XI (Verhinderungspflege)
- Förderung der Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI

- Förderung alternative Wohnformen insbesondere ambulante betreute Wohngemeinschaften (z. B. Wohnen mit Service für Demenzkranke)

Die Pflegeversicherung tritt bei Pflegebedürftigkeit ein. Hierbei ist für Sie entscheidend, dass eine Mitgliedschaft in Ihrer Pflegekasse besteht und die Vorversicherungszeit erfüllt wurde.

Wann ist die Vorversicherungszeit erfüllt?

Seit dem 01.07.2008 gilt, dass die Voraussetzungen der Vorversicherungszeit erfüllt sind, wenn in den letzten zehn Jahren vor Ihrer Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung mindestens eine 2 jährige Mitgliedschaft für Sie oder Ihre Familienangehörigen nachgewiesen wurde. Bei pflegebedürftigen Kindern gilt die Vorversicherungszeit als erreicht, wenn ein Elternteil diese Voraussetzung erfüllt.

Liegen die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vor, ist bei der Pflegekasse ein Antrag zu stellen. Der erforderliche Pflegebedarf wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bestimmt. Dieses Begutachtungsverfahren ist gesetzlich vorgeschrieben und Ihrer Einstufung in eine Pflegestufe vorgeschaltet. Der MDK stellt neben der Anerkennung Ihrer Pflegebedürftigkeit auch eine eingeschränkte Alltagskompetenz fest.

Die Broschüre „*Der Medizinische Dienst kommt zur Begutachtung – Wie bereite ich mich vor*“ beschreibt für Sie ausführlich, wie Sie sich auf das Begutachtungsverfahren vor-

bereiten können, nennt Ihnen Tipps und Hilfestellungen und erläutert Ihnen das Führen eines Pfl egetagebuchs.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, mindestens aber für 6 Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe Anderer bedürfen. Die für Sie notwendige Hilfe kann durch einen anerkannten Pflegedienst oder auch durch Ihre Angehörigen erbracht werden.

Eine vorliegende Krankheit und Behinderung können z.B. sein:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- oder Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder Sinnesorgane,
- Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Notwendig werdende Hilfen und Unterstützungen können teilweise oder vollständig durch Ihre Angehörigen, Bekannten oder einen Pflegedienst mit der Übernahme der täglichen Verrichtungen erbracht werden. Hierzu gehört auch die Beaufsichtigung oder Anleitung der pflegebedürftigen Person.

Die Eingruppierung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in Pflegestufen.

Das Pflegestufensystem unterteilt sich in die Pflegestufen 1 – 3. Bei der sogenannten „Pflegestufe 0“ haben Sie keinen Anspruch auf Pflegegeld. Der Anspruch auf Erhalt der Zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 SGB XI kann bei Vorliegen der dort genannten gesetzlichen Voraussetzungen dennoch bestehen.

Mit der Pflegestufe 0 sind dann die Patienten ohne Pflegestufe gemeint, deren Pflegebedarf noch unter 45 Minuten Grundversorgung am Tag liegt.

Nach welchen Kriterien richtet sich die Pflegeeinstufung?

- Wie oft benötigt jemand tägliche Hilfe bei den Tätigkeiten der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität)?
- Wie häufig wird wöchentlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung geleistet?
- Wie hoch ist der durchschnittliche Zeitaufwand, den eine Pflegeperson (Angehörige, Bekannte) für Hilfestellungen im Bereich der Grundpflege benötigt?

Aus den hier genannten Kriterien ergeben sich die einzelnen Pflegestufen (I bis III, Härtefall = wenn ein außergewöhnlicher hoher Pflegeaufwand von mindestens 120 Minuten auf die Nacht entfallen).

Im Rahmen der Pflegereform 2008 haben sich die Leistungsbeträge bei Zuerkennung einer Pflegestufe in folgenden Leistungsbereichen verändert:

- Sachleistung: Hierbei handelt es sich um die häusliche Pflegehilfe, die als Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in Anspruch genommen werden kann. Die häusliche Pflegehilfe kann nur durch einen beauftragten Pflegedienst erbracht werden, wobei sich die Höhe der Sachleistung nach der jeweiligen Pflegestufe richtet und direkt mit der Pflegekasse abgerechnet wird.
- Geldleistung: Mit dem Pflegegeld wird die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch selbst organisierte Pflegekräfte z. B. Angehörige oder Bekannte sichergestellt. Pflegenden Angehörigen oder Bekannten erhalten einen Anerkennungsbeitrag für ihre geleistete Hilfestellung.
- Kombinationsleistung: Sachleistung und Geldleistung können kombiniert und nebeneinander in Anspruch genommen werden, hierbei stehen Sach,- und Geldleistung in einem variablen prozentualen Verhältnis zueinander.
- Ersatzpflege: Ist eine Pflegeperson an der Pflege verhindert, z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen, werden die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege (Verhinderungspflege) für längstens 4 Wochen, höchstens jedoch 1.510,00 € im Kalenderjahr, übernommen. Erstmaliger Anspruch zum Erhalt dieser Leistung besteht, wenn die Einstufung in eine Pflegestufe bereits mindestens ein halbes Jahr vorliegt.

Eine **Pflegevertretung** oder auch **Ersatzpflege** bzw. **Verhinderungspflege** genannt, ist die Pflege durch eine andere als die normalerweise tätige **Pflegeperson**, wenn diese aufgrund von Erholungsurlaub, Krankheit

oder **aus anderen Gründen** (z.B. Arzttermin, Familienfeier) **verhindert** ist.

Wie lange ist eine Ersatzpflege möglich?

Die mögliche Dauer einer Pflegevertretung beträgt max. 28 Tage pro Jahr. Sie kann für den kompletten Zeitraum, wochenweise, tageweise oder stundenweise und vor allem kurzfristig erfolgen.

In der Regel wird die Leistung durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht.

Tipp: Wenn Sie für **weniger als 8 Stunden pro Tag (!)** Ersatzpflege in Anspruch nehmen, erfolgt:

- **keine** Anrechnung an die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr und
- das Pflegegeld wird **nicht** gekürzt!

Hier erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.510,- €.

Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Pflegevertretung:

- Bei erstmaligem Anspruch muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits mindestens 6 Monate in seiner ***häuslichen Umgebung*** gepflegt haben (**Vorauspflege**). Den Beginn der Pflege in häuslicher Umgebung (**tatsächlicher Pflegestartzeitpunkt**) setzen die meisten Pflegekassen mit der Einstufung in der Pflegeversicherung gleich. Bei der Erstbegutachtung durch den MDK ist es daher empfehlenswert auf den Beginn der Pflegebedürftigkeit hinzuweisen, auch wenn dieser schon Mo-

nate zurückliegt. Somit besteht der Anspruch auf Ersatzpflege schon deutlich eher.

- Erfüllung der **Vorversicherungszeit**, Feststellung der **Pflegebedürftigkeit** und Beantragung der Pflegeleistung bei der **Pflegekasse**.
- Wird die Verhinderungspflege/Ersatzpflege ein weiteres Mal beantragt, ist **keine** Vorauspflege von 12 Monaten erforderlich.

Wenn Sie **ausschließlich** von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden, können Sie keine Ersatzpflege/Verhinderungspflege erhalten. Leistet jedoch der Pflegedienst bei Ihnen Pflegesachleistungen nur bis zum Höchstbetrag und ein Angehöriger ist zusätzlich an der Pflege beteiligt, besteht bei Ausfall dieser Pflegeperson Anspruch auf Ersatzpflege/Verhinderungspflege, unabhängig davon, ob Ihr Angehöriger Pflegegeld erhält oder nicht.

Kosten der Verhinderungspflege

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr (= Urlaubsvertretung). Während der Dauer der Verhinderungspflege erhalten Sie, mit Ausnahme des 1. und letzten Tages der Vertretung, **kein Pflegegeld**, jedoch weiterhin Pflegesachleistungen.

- Die Kosten dürfen dabei 1.510,- € im Kalenderjahr nicht überschreiten (Höchstbetrag).
- Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher

Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes, also 225,- € (Pflegestufe I), 430,- € (Pflegestufe II), 685,- € (Pflegestufe III), nicht überschreiten.

- Wird die Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege in einer stationären Einrichtung (z.B. Wohnheim für Behinderte, **Kurzzeitpflege** oder **Pflegeheim**) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.510,- € im Kalenderjahr.

Alle weiteren Kosten, z.B. für Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

- Tagespflege und Nachtpflege: Diese Leistung kann in Anspruch genommen werden, wenn die bisherige häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Neben dieser teilstationären Leistung können parallel Sach-, Geld-, oder Kombinationsleistungen genutzt werden.
- Kurzzeitpflege: Eine kurzzeitige Heimbetreuung kann für längstens 4 Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege zu Hause (z.B. nach Krankenhausaufenthalt) vorübergehend nicht oder noch nicht übernommen werden kann.
- Vollstationäre Pflege: Ist die Pflege im häuslichen Umfeld nicht mehr ausreichend sicherzustellen kann eine stationäre Pflegeunterbringung in Betracht gezogen werden.

Die monatlichen Sätze für ambulante Sachleistung, Geldleistung, Ersatzpflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege werden ab dem 1. Juli 2008 schrittweise angehoben.

Die folgenden Tabellen zeigen Ihnen die veränderten Leistungsbereiche mit ihren Leistungssätzen auf:

Ambulante Sachleistung, Tages- und Nachtpflege im Monat

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384,00 €	420,00 €	440,00 €	450,00 €
Stufe II	921,00 €	980,00 €	1.040,00 €	1.100,00 €
Stufe III *	1.432,00 €	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €

Die Stufe III für Härtefälle bleibt im ambulanten Bereich mit 1.918,00 € monatlich unberührt.

Pflegegeld im Monat

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205,00 €	215,00 €	225,00 €	235,00 €
Stufe II	410,00 €	420,00 €	430,00 €	440,00 €
Stufe III *	665,00 €	675,00 €	685,00 €	700,00 €

Ersatz- und Kurzzeitpflege im Jahr

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Alle Pflegestufen	1.432,00 €	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €

Vollstationäre Pflege im Monat

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe III	1.432,00 €	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €
Stufe III Härtefall	1.688,00 €	1.750,00 €	1.825,00 €	1.918,00 €

Die stationären Leistungen der Stufen I und II bleiben unverändert.

Unter welchen Voraussetzungen können „zusätzliche Betreuungsleistungen“ in Anspruch genommen werden?

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz erhalten einen Betreuungsbetrag von bis zu 200 Euro monatlich (Höchstsatz 2.400 € jährlich) anstatt bisher maximal 460 Euro jährlich. Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen einem Grundbetrag von 100 Euro monatlich und einem erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro monatlich. Die Höhe des zustehenden monatlichen Betreuungsbetrages richtet sich nach den unterschiedlichen Störungen und Einschränkungen, die jeweils bei dem betreffenden Pflegebedürftigen oder Behinderten vorliegen. Mit Hilfe eines besonderen Begutachtungsverfahrens kann der MDK anhand von 13 festgelegten Auswahlkriterien Ihren Betreuungsbedarf ermitteln und somit kann die Zuordnung des Ihnen zustehenden monatlichen Betreuungsanspruchs (100 € oder 200 € monatlich) festgestellt werden. Infolge dieses Begutachtungsverfahrens gibt es seit dem 01.07.2008 für Sie die Möglichkeit, bei einem festgestellten Pflegebedarf von weniger als 45 Minuten täglich, in die sogenannte Pflegestufe 0 eingestuft zu werden. Das sind jene Menschen, die die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe 1 nicht erfüllen, aber dennoch auf einen Betreuungsbedarf angewiesen sind. Bei einem Betreuungsbedarf innerhalb der Pflegestufe 0 können Sie z. B. Unterstützung im häuslichen Bereich stundenweise in Anspruch nehmen oder auf Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung in Kleingruppen, Gruppenangebote und/oder auf Angebote im Rahmen der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben zurückzugreifen.

Was bedeutet die „eingeschränkte Alltagskompetenz“?

Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vor, so führen diese Erkrankungen zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz.

Die Alltagskompetenz zählt als erheblich eingeschränkt (hier erhalten Sie einen monatlichen Betreuungsbetrag von bis zu 200 €), wenn der MDK bei der Begutachtung bei mindestens zwei Kriterien aus dem unten beschriebenen Bewertungsverfahren aufgelisteten Störungen als dauerhafte und regelmäßige Schädigungen sowie Fähigkeitsstörungen in seinem Gutachten benennt.

1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufftendenz)
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder gefährdenden Substanzen
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5.	Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6.	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8.	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteils-

	vermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9.	Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11.	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12.	ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13.	zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagt-heit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

1. **Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)**

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,
- planlos in der Wohnung umherläuft oder sie verlässt

2. **Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen**

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung)

3. **Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen**

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- mit kochendem Wasser Zähne putzt,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- Zigaretten isst,

- unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennen der Situation

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,
- in fremde Räume eindringt,
- sich selbst verletzt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

5. Im Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),
- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Ausklei-

den, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),

- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

6. **Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen**
Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann oder aufgrund mangelndem Hunger- und Durstgefühl bereit stehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt oder übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann,
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden Verletzungen nicht wahrnimmt,
- Harn- und Stuhlgang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu jedem Toilettengang aufgefordert werden muss,

- Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,
- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingezogen wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,
- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wiedererkennt,
- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,

- sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,
- sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,
- Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.

9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,

- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint,

- Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- ständig "jammert" und klagt,
- ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt. Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich psychiatrisch gesichert sein.

Weiterhin bietet Ihnen das Gesetz seit dem 01.07.2008 im Rahmen der Berufstätigkeit eine Pflegezeit gemäß § 44 a SGB XI in Anspruch zu nehmen.

Was beinhalten die zusätzlichen Leistungen bei Inanspruchnahme der Pflegezeit nach SGB XI?

Berufstätige, die ihre Angehörige pflegen, haben Anspruch auf unbezahlte Freistellung von ihrer täglichen Arbeit für maximal sechs Monate. Es besteht die Möglichkeit einer kurzzeitigen Freistellung für bis zu zehn Arbeitstage, um in einer akut auftretenden Pflegesituation die Versorgung sicherzustellen oder eine entsprechende bedarfsgerechte Pflege zu organisieren.

Welche Möglichkeiten habe ich, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr ausreicht?

Wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege Ihres pflegebedürftigen Angehörigen nicht mehr ausreichend sichergestellt ist oder eine Besonderheit Ihres Einzelfalles vorliegt, kann anstelle einer vollstationären Pflege eine ambulante Wohngemeinschaft in Betracht gezogen werden.

Durch die Umsetzung der Pflegereform 2008 können Sie jetzt alternative Wohnformen nutzen, insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften nehmen hier einen hohen Stellenwert ein. Ambulant betreute Wohngemeinschaften bieten Ihnen in einer Gruppe von maximal 8 Hausbewohnern eine eigene Häuslichkeit an.

Warum sind ambulante Wohngemeinschaften eine ansprechende und interessante Alternative?

In der ambulanten Wohngemeinschaft können Sie Ihre individuellen Bedürfnisse und Leistungsansprüche umsetzen und verwirklichen. Durch das sogenannte „Poolen“ (Zusammenfassen der Leistungsansprüche des Pflegebedürftigen) gemäß § 89 SGB XI können Sie Ihre gesamten Ansprüche innerhalb dieser Wohngemeinschaft ziel- und bedarfsgerecht umsetzen. Aus diesem sogenannten „Pooltopf“ kann nicht nur Ihre Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt werden, sondern auch ambulante Betreuungsleistungen in Form von Sachleistungen nach § 36 SGB XI mit umgesetzt werden.

Nach § 36 SGB XI sollen Pflegebedürftige künftig Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die hauswirtschaftliche

Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen können. Der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen geht die zuvor sichergestellte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung voran.

Diese Form von Sachleistungsanspruch kann nur im Rahmen einer ambulanten Wohngemeinschaft verwirklicht werden. Durch die gemeinsame Leistungsanspruchnahme wird ein Versorgungspaket geschnürt, das eine häusliche Vollversorgung durch Ihren Leistungsanbieter sicherstellt und gleichzeitig eine Gesamtsteuerung Ihrer Kosten erfolgen kann.

Unser Dienst des [Pflegedienst Iserlohn](#) steht Ihnen gerne als verlässlicher Ansprechpartner bei der Zusammenstellung, Beratung und Umsetzung eines geeigneten Versorgungspakets zur Seite.

Ansprechpartner:

**Pflegedienst Iserlohn
Hagenerstr. 80
58642 Iserlohn**

**Pflegedienstleitung und Beratung:
Herr Kutsche**

E-Mail: pflegedienstleitung2008@web.de

Telefon: 0 23 74/16 93 23

Mobil: 0173 / 82 41 620