Pflegewegweiser

Informationen, Anbieter und Checklisten bei Pflegebedarf

vom

Pflegestützpunkt Ingolstadt
Pflegeberatung und -koordination

2. AUFLAGE 2024

Pflegestützpunkt
Ingolstadt
Pflegeberatung
und -koordination

Pflegewegweiser

Informationen, Anbieter und Checklisten bei Pflegebedarf

2. Auflage 2024

Inhaltsverzeichnis Pflegewegweiser

1. Vorwort 4

2. Informationen 5

2.1 Pflegebedürftigkeit 6
2.2 Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche 9
2.3 Pflegebegutachtung 12
2.4 Widerspruchsverfahren 18
2.5 Leistungen der Pflegeversicherung 23
2.6 Entlastungsbetrag 28
2.7 Ehrenamtlich tätige Einzelpersonen 31
2.8 Leistungen häusliche Pflege 36
2.9 Finanzierung und Auswahl Pflegedienst 43
2.10 Pflegevertrag häusliche Pflege 46
2.11 Beschäftigung 24-Stunden-Betreuung 49
2.12 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel 53
2.13 Maßnahmen zur Verbesserung des indiv. Wohnumfelds . 54
2.14 Verhinderungspflege 57
2.15 Tagespflege 62
2.16 Alternative Wohnformen 64
2.17 Auswahlkriterien Pflegeheim 66
2.18 Umzug ins Pflegeheim 70
2.19 Zuschläge vollstationäre Pflege im Pflegeheim 75
2.20 Freiheitsentziehende Maßnahmen 77
2.21 Zuzahlungsbefreiung 79

3. Anbieter 84

3.1 Betreuungs- und Entlastungsleistungen 85
3.2 Ambulante Pflegedienste 87
3.3 Essen auf Rädern 91
3.4 Hausnotrufsysteme 92
3.5 Tagespflegeeinrichtungen 93
3.6 Agenturen 24-Stunden-Betreuung 94
3.7 Sanitätsfachgeschäfte 96
3.8 40 Euro Box Pflegehilfsmittel 97
3.9 Betreutes Wohnen 98
3.10 Betreutes Wohnen Demenz 100
3.11 Stationäre Pflege 101
3.12 Stationäre Pflege Demenz 103

4. Formulare und Checklisten 104

4.1 Checkliste Begutachtungsvorbereitung 105
4.2 Checkliste Auswahl Pflegedienst 108
4.3 Checkliste Auswahl Pflegeheim 109
4.4 Checkliste Umzug ins Pflegeheim 111
4.5 Checkliste zum Kofferpacken 113
4.6 Checkliste Rollator 115
4.7 Formular Patientenverfügung 117
4.8 Formular Vorsorgevollmacht 121
4.9 Formular Betreuungsverfügung 125

1. VORWORT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

der Pflegestützpunkt Ingolstadt besteht seit dem 01.04.2021 und steht für professionelle, neutrale Pflegeberatung. Die Träger des Pflegestützpunktes sind neben den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen der Bezirk Oberbayern und die Stadt Ingolstadt.

Innerhalb des ersten Jahres wurden für die Beratung Anbieterlisten, Informationsblätter und Checklisten erstellt. Auf der Homepage des Pflegestützpunktes www.pflegestuetzpunkt-ingolstadt.de sind all diese den Beratungsthemen zugeordnet zu finden.

Von der ersten Auflage des Pflegewegweisers wurden im Jahr 2023 insgesamt 800 Exemplare ausgegeben. Aufgrund von Neuerungen der Angebote in Ingolstadt und von gesetzlichen Veränderungen durch das Pflege- und Entlastungsgesetz PUEG wurde der Pflegewegweiser zum Januar 2024 aktualisiert.

Vielen Dank an alle Mitwirkenden!

Anita Schmaus
Leitung Pflegestützpunkt Ingolstadt, 2024

2. INFORMATIONEN

Die nachfolgenden Informationen wurden unter Angaben von Quellen von den Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes Ingolstadt zusammengefasst und sind auf dem aktuellen Stand von 2024.

2.1 Pflegebedürftigkeit

Wann gilt eine Person als pflegebedürftig?

Die Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland durch das Sozialgesetzbuch Elf (SGB XI) definiert. Es enthält unter § 14 und § 15 genaue Bestimmungen, wann ein Mensch per Gesetz als „pflegebedürftig“ gilt und wie diese Einstufung gemessen und beurteilt wird.
Laut Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) gelten alle Menschen als pflegebedürftig, die nach bestimmten Kriterien in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und für voraussichtlich mindestens sechs Monate pflegerische und betreuerische Hilfen benötigen.

Der Gesetzestext im SGB XI, § 14 lautet:
„Pflegebedürftig (...) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen...“

Der gesetzliche Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nicht gleichzusetzen mit einer allgemeinen Pflegebedürftigkeit. Menschen können durchaus Pflege und Unterstützung benötigen, ohne dass ihnen ihre Pflegekasse einen der fünf Pflegegrade zuspricht. Benötigen Versicherte wenig Hilfe, weil sie noch weitestgehend selbstständig handeln können, kommt es vor, dass ihnen noch kein Pflegegrad zugestanden wird.

Letztlich entscheidet die Pflegekasse, ob die versicherte Person im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig ist. Sie orientiert sich dabei an der Einschätzung des Medizinischen Dienstes (MD; bei gesetzlich Versicherten) oder von Gutachter/-innen der Firma MEDICPROOF (bei privat Versicherten).
Anhand der Begutachtungsrichtlinien beurteilen diese im persönlichen Gespräch mit den Versicherten, ob und inwieweit sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind.

Pflegeleistungen bei Pflegebedürftigkeit ohne Pflegegrad

Es gibt Situationen bei den Personen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt für eine gewisse Zeit professionelle Hilfe benötigen, etwa nach einem Unfall. In diesem Fall trägt deren Pflegekasse die Pflegekosten nicht, denn Sie benötigen voraussichtlich weniger als sechs Monate Pflege.
Gesetzlich oder privat Krankenversicherte, die weniger als sechs Monate z. B. nach einer Klinikbehandlung gepflegt werden müssen, haben die Möglichkeit, sich anschließend häusliche Krankenpflege oder bei schwerer Krankheit oder nicht ausreichender ambulanter Pflege bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege in einem Heim von ihrer Krankenversicherung finanzieren zu lassen.
Hierzu kann häusliche Krankenpflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder Kurzzeitpflege z. B. in einem Pflegeheim ärztlich verordnet werden. Mit der Verordnung wird die Notwendigkeit dieser Leistungen, für die die Krankenkassen aufkommen müssen, bescheinigt.

ACHTUNG:
Als krankenversicherte Person tragen Sie einen Eigenanteil für die verordnete häusliche Krankenpflege oder Kurzzeitpflege.
Bei häuslicher Krankenpflege fällt neben der Gebühr von 10 Euro pro Verordnung eine Eigenbeteiligung von zehn Prozent der Pflegekosten an.
Bei Kurzzeitpflege müssen Versicherte zusätzlich die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung selbst zahlen.

Quellen:
Sozialgesetzbuch § 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit
Sozialgesetzbuch § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
Sozialgesetzbuch § 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
Weiterführende Literatur:
Infoblatt Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen
Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegeversicherung
Infoblatt Pflegebegutachtung
Stand: 11/2023

2.2 Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen wird ein Antrag auf Pflegegrad bei der Krankenkasse gestellt. Diese beauftragt den Medizinischen Dienst zur Pflegebegutachtung. Bei der Pflegebegutachtung werden folgende fünf Module bepunktet:

- Modul 1: Mobilität
- Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Modul 4: Selbstversorgung
- Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Bei Kindern bis 18 Monate werden nur die Module 3 und 5 bewertet. Zusätzlich wird bewertet, ob im Modul 4 gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.
Bei Kindern ab 18 Monate bis 11 Jahre werden alle Module bewertet und der Unterstützungsbedarf im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern bemessen. Ab dem 12. Lebensjahr gelten gesunde Gleichaltrige in allen Modulen als selbstständig und die Bewertung findet wie bei Erwachsenen statt.

Beratung durch den Pflegestützpunkt

Bei der Beratung im Pflegestützpunkt erhalten Sie nach Bedarf

- Unterstützung bei der Antragstellung
- Einschätzung der Chancen auf einen Pflegegrad
- Vorbereitung auf eine Pflegebegutachtung
- Organisation von Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Informationen über Wohnumfeldverbesserung

- Informationen und Kontakte zu Dienstleistern und Unterstützungsangebote
- Informationen über Entlastungsangebote für die Familie

Ansprüche und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit:
Die Ansprüche gegenüber den Pflegekassen sind mit den Ansprüchen erwachsener Pflegebedürftiger identisch. (siehe Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegversicherung) Eine kleine Besonderheit gibt es im Rahmen der Verhinderungspflege:

Besonderheit für junge Pflegebedürftige:
Für Pflegebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und in den Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft sind, gilt seit dem 01.01.2024:

- Anspruch auf bis zu 8 Wochen Verhinderungspflege
- Anspruch auf die hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes während der Verhinderungspflege für bis zu 8 Wochen
- Die Vorpflegezeit von 6 Monaten als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege entfällt.
- Nutzung des „Entlastungsbudgets“ möglich: d.h., die Verhinderungspflege kann mit der Kurzzeitpflege für ein jährliches Budget von bis zu 3386 Euro flexibel kombiniert werden.

Netzwerk

- **Kinderklinik Neuburg** mit...
- SPZ
  Sozialpädiatrische Zentren sind auf die ambulante interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert. Mit ärztlicher Überweisung erhalten Sie Beratung, Diagnostik, Therapie und Frühförderung durch multiprofessionelle Teams.
- ADHS Gruppenangebote
- Famoses – Schulungsprogramm bei Epilepsie
- Gebärden Café
- Heidelberger Elterntraining bei Entwicklungsauffälligkeiten und Sprachverzögerung
- Schmerzgruppe – Kopfschmerzen und Migräne
- TASK – Elterntraining bei Autismus

- **Caritaszentrum St. Vinzenz**
- Frühförderung

- **EUTB**
- Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung unterstützt und berät Menschen mit Behinderung zu den Themen Rehabilitation und Teilhabe.

- **Elisa Verein zur Familiennachsorge e.V.**
- Kinderkrankenpflege- und Kinderhospizdienst

- **FIPS**
- Kinderkrankenpflegedienst

- **Harl.e.kin-Nachsorge**
- Für Früh- und Risikogeborene

Selbsthilfegruppen

- Autismus – (08454) 91 41 64
- Down Kind – (08402) 93 89 40
- Eltern von Frühgeborenen – (08431) 5 36 05 98
- Lippen-Gaumen-Fehlbildungen – (0841) 7 76 36
- Spina bifida und Hydrocephalus – (08456) 9 15 59 51

Quellen: MD Bayern, 2022, Stand: 11/2023

2.3 Pflegebegutachtung

Die Pflegebegutachtung wird bei der zuständigen Pflegekasse beantragt. Die Beantragung kann telefonisch oder schriftlich erfolgen. Bei der Bewilligung eines Pflegegrades zählt das Datum der **Antragsstellung**, weshalb eine schriftliche Antragsstellung per Fax mit Sendebestätigung oder per Post mit Rückscheineinschreiben zu empfehlen ist.

Falls vorhanden schicken Sie dabei einen aktuellen Arztbrief, Krankenhausbericht, Liste Ihrer vorhandenen Pflegehilfsmittel und Ihrer Medikamentenliste (alles in Kopie) mit. Im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts kann eine Einstufung oder Höherstufung durch den klinischen Sozialdienst beantragt werden.

Die Pflegebegutachtung findet ausschließlich nach vorheriger **Terminvereinbarung** durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD) statt. Zur Vorbereitung wird Ihnen ein Vorbereitungsbogen per Post zugeschickt.
Die Pflegebegutachtung findet in Ihrer eigenen Häuslichkeit statt. Eine telefonische Begutachtung kann nur mit Zustimmung der antragstellenden Person erfolgen.
Bei der Begutachtung darf eine angehörige Person und/ oder eine Pflegeperson anwesend sein.

Zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, also **Einstufung** in einen Pflegegrad oder **Höherstufung** in einen höheren Pflegegrad, kommt ein Begutachtungsinstrument zum Einsatz, das von der individuellen Pflegesituation ausgeht. Es orientiert sich an Fragen wie:

- Was kann der oder die Pflegebedürftige im Alltag allein leisten?
- Welche Fähigkeiten sind noch vorhanden?
- Wie selbstständig ist der oder die Erkrankte?
- Wobei benötigt er oder sie Hilfe?

Diese Fragestellungen zur individuellen Hilfsbedürftigkeit wurden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen in einzelne Module gegliedert. Zu jedem Modul werden Punkte vergeben.

Modul 4 „Selbstversorgung“ ist dabei am stärksten gewichtet (40 %), Modul 5 folgt mit 20 %, Modul 6 fällt mit 15 % ins Gewicht, Modul 2 oder 3 (der jeweils höhere Punktewert wird berechnet) fällt mit 15 % und Modul 1 mit 10 % ins Gewicht.

MODUL 1

Mobilität (10 %)

1.1. Positionswechsel im Bett
1.2. stabile Sitzposition halten
1.3. Aufstehen aus der sitzenden Position
1.4. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
1.5. Treppensteigen

MODUL 2

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 % mit Modul 3)

2.1. Personen aus dem näheren Umfeld erkennen
2.2. örtliche Orientierung
2.3. zeitliche Orientierung
2.4. Gedächtnis
2.5. mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen bzw. steuern
2.6. Entscheidungen im Alltag treffen
2.7. Sachverhalte und Informationen verstehen
2.8. Risiken und Gefahren erkennen
2.9. Mitteilung elementarer Bedürfnisse
2.10. Verstehen von Aufforderungen
2.11. Beteiligung an Gesprächen

MODUL 3

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 % mit Modul 2)

3.1. motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
3.2. nächtliche Unruhe
3.3. autoaggressives Verhalten
3.4. Beschädigung von Gegenständen
3.5. aggressives Verhalten gegen andere Personen
3.6. verbale Aggression
3.7. andere vokale Auffälligkeiten
3.8. Abwehr pflegerischer und unterstützender Maßnahmen
3.9. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen
3.10. Ängste
3.11. Antriebslosigkeit und depressive Stimmungslage
3.12. sozial inadäquate Verhaltensweise
3.13. sonstige inadäquate Handlungen

MODUL 4

Selbstversorgung (40 %)

4.1. vorderen Oberkörper waschen
4.2. Kämmen, Zahnpflege/Prothesenpflege, Rasieren
4.3. Intimbereich waschen
4.4. Duschen und Baden
4.5. Oberkörper an- und auskleiden
4.6. Unterkörper an- und auskleiden
4.7. Nahrung mundgerecht zubereiten und Getränke eingießen
4.8. Essen
4.9. Trinken
4.10. Toilette/ Toilettenstuhl benutzen
4.11. Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/ Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma
4.12. Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen bzw. Umgang mit Stoma
4.13. Ernährung parenteral/ oder via Sonde

MODUL 5

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)

5.1. Medikation
5.2. Injektion
5.3. Versorgung intravenöser Zugang/ Port
5.4. Absaugung und Sauerstoffgabe
5.5. Einreibungen/ Kälte- Wärmeanwendungen
5.6. Messung und Deutung von Körperzuständen
5.7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln
5.8. Verbandwechsel/ Wundversorgung
5.9. Versorgung bei Stoma
5.10. Regelmäßige Einmalkatheterisierung / Nutzung von Abführmethoden
5.11. Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
5.12. zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
5.13. Arztbesuche
5.14. Besuch anderer med./ therapeutischer Einrichtungen
5.15. zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer/ therapeutischer Einrichtungen
5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften

MODUL 6

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

6.1. Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
6.2. Ruhen und Schlafen
6.3. sich beschäftigen
6.4. in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
6.5. Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
6.6. Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Die Angaben in den beiden folgenden Modulen werden nicht bei der Bewertung zu einem Pflegegrad berücksichtigt:

MODUL 7
außerhäusliche Aktivitäten

Modul 8
Haushaltsführung

Der Gutachter oder die Gutachterin des Medizinischen Dienstes (Servicetelefon: (089) 15 90 60 555) fassen die Ergebnisse der Begutachtung in einem Gutachten zusammen und senden es an die Pflegekasse. Die Entscheidung über Ihren Antrag trifft die Pflegekasse. Von dort erhalten Sie einen schriftlichen Bescheid über den Pflegegrad und die Leistungen sowie auf Wunsch das Gutachten. In der Regel dauert es von der Antragstellung bis zum Bescheid bis zu 25 Arbeitstage.

Quelle:
MD Bayern, 2021
Weiterführende Literatur:
Infoblatt Pflegebedürftigkeit
Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegeversicherung
Infoblatt Widerspruch
Stand: 11/2023

Pflegegrad 1

- 12,5 bis unter 27 Punkte
- **geringe** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 2

- 27 bis unter 47,5 Punkte
- **erhebliche** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 3

- 47,5 bis unter 70 Punkte
- **schwere** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 4

- 70 bis unter 90 Punkte
- **schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 5

- 90 bis 100 Punkte
- Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten **mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung**

Quellen:
MD Bayern, 2023

2.4 Widerspruchsverfahren

Als Versicherte/-r können Sie gegen die Entscheidung der Pflegekasse über Ihren Pflegegrad Widerspruch einlegen.

Wer kann einen Widerspruch einlegen?
Die versicherte Person selbst, eine bevollmächtigte Person, gesetzliche Betreuungsperson oder eine Anwältin/ ein Anwalt.

Aus welchen Gründen kann ich Widerspruch einlegen?

- Das Schreiben der Pflegekasse entspricht nicht den formalen Kriterien
- Die Rechtsbehelfsbelehrung fehlt
- Formale Fehler bei der Addition oder Gewichtung der Punkte
- Die Ablehnung des Antrags ist unbegründet
- Eingereichte Unterlagen wurden nicht berücksichtigt

Wie lange ist die Widerspruchsfrist?
Die reguläre Widerspruchsfrist gegen einen Verwaltungsakt beträgt einen Monat. Für die Fristwahrung ist der Posteingang bei der zuständigen Pflegekasse entscheidend.

Wie und an wen richte ich den Widerspruch?
Der Widerspruch ist schriftlich an die Pflegekasse der versicherten Person zu richten. Der Widerspruch sollte zum Nachweis der Fristeinhaltung als Einschreiben mit Rückschein oder als Fax mit Sendebestätigung abgesandt werden.

Habe ich Recht auf Akteneinsicht?
Die versicherte Person hat nach § 25 Abs.1 SGB X Recht auf Einsicht in sämtliche Akten, einschließlich des Gutachtens und der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes.

Die Mitarbeiter des Medizinischen Dienst (MD) Bayern stehen bei Fragen zu Ergebnissen des Gutachtens am Servicetelefon Pflege (089) 15 90 60 555 (Montag bis Freitag von 08:00 bis 18:00 Uhr) zur Verfügung. E-Mail: pflegeinfo@md-bayern.de

Welche Wirkung hat der Widerspruch?
Der Widerspruch entfaltet aufschiebende Wirkung. Eine Entscheidung, gegen die Widerspruch eingelegt wird, kann bis zur Entscheidung über den Widerspruch nicht vollzogen werden.

Welche Angaben sollte das Widerspruchsschreiben enthalten?

- Name und Anschrift der versicherten Person
- Name und Anschrift der Pflegekasse
- Datum des Widerspruchsschreibens
- Betreff: Widerspruch gegen das Gutachten vom ...
- Geburtsdatum der versicherten Person
- Versichertennummer
- Auftragsnummer des MD (aus dem Gutachten des MD ersichtlich)
- Widerspruchsgegenstand: z.B.: „fristwahrender Widerspruch gegen das Gutachten vom ...“
- Unterschrift der versicherten Person/der bevollmächtigten Person etc.

Wie formuliere ich eine fachliche Widerspruchsbegründung?
Die Widerspruchsbegründung kann unabhängig vom Widerspruchsschreiben zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden. Dies sollte dennoch zeitnah geschehen. In der Widerspruchbegründung sollte genau dargelegt werden, warum die Entscheidung aus Sicht der versicherten Person nicht rechtmäßig ist:

- Gibt es formale Fehler? Wurden z.B. die Punkte richtig addiert?
- Stimmt die Gewichtung der Punkte?
- Wurden eingereichte Unterlagen vom Haus-/ Facharztpraxis oder

vom letzten Krankenhausaufenthalt berücksichtigt?
- Welche Diagnose/ Hilfebedarfssituation wird nicht berücksichtigt?
- Wurden das Pflegetagebuch oder pflegerelevante Fremdbefunde berücksichtigt?

Hinweise zur fachlichen Widerspruchsbegründung

Der MD beurteilt die Selbständigkeit der versicherten Person anhand von sechs Modulen die unterschiedlich gewichtet werden. Diese sind:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Umgang mit krankheitsbedingten oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Hier empfiehlt es sich im Vorfeld ein Pflegetagebuch zu führen, um festzuhalten, an welchen Stellen im Pflegealltag Unterstützung erforderlich ist.

Das Gutachten des MD kann mit den eigenen Einschätzungen aus dem Pflegetagebuch verglichen werden. Hier erhält man einen Überblick in welchen Bereichen die Pflegesituation möglicherweise falsch eingeschätzt wurde. Werden mehrere Fehleinschätzungen gefunden und ist der Punkteabstand zum nächst höheren Pflegegrad gering, kann ein Widerspruch sinnvoll sein. Die Fehleinschätzungen müssen anhand von Beispielen aus der alltäglichen Pflegepraxis genau widerlegt werden.

Wie verläuft eine Widerspruchsbegutachtung?

Die Pflegekasse prüft die fachliche Begründung und beauftragt ggf. den MD mit einem erneuten Gutachten. Voraussetzung ist, dass in der fachlichen Begründung Unstimmigkeiten zwischen dem Gutachten des

MD und der eigenen Einschätzung herrschen. Die Widerspruchsbegutachtung wird von einem zweiten Gutachter durchgeführt.

Welche Möglichkeiten habe ich bei erneuter Ablehnung?
Ergibt das zweite Gutachten, dass kein oder kein höherer Anspruch auf Pflegeleistung besteht, kann ein erneuter Antrag gestellt werden. Gegen die Ablehnung ist der Rechtsbehelf der Klage vor dem zuständigen Sozialgericht zulässig.

Klage vor dem Sozialgericht
Die Klage vor dem Sozialgericht ist kostenfrei, zu empfehlen ist hierbei die Vertretung durch eine Anwältin/ einen Anwalt. Die Kosten für den Rechtsbeistand sind in der Regel selbst zu übernehmen, wenn der Fall nicht gewonnen wird.

Quellen:
beta Institut, 2021
Verband Pflegehilfe, 2021
Sozialverband VdK Deutschland, 2021
Stand: 11/2023

Musteranschreiben Widerspruchseinlegung

Versicherte Person XY
Straße XY
PLZ Ort XY
Tel.: XY / E-Mail: XY

Pflegekasse XY
Postfach XY
PLZ Ort XY

Datum XY

Betreff: Widerspruch gegen das Gutachten vom (Datum der Begutachtung des MD)

Geburtsdatum der versicherten Person: XY
Versichertennummer: XY
Auftragsnummer des MD (aus dem Gutachten des MD ersichtlich): XY

Sehr geehrte Damen und Herren,
am ... habe ich den oben genannten Bescheid erhalten, den Sie am (Datum der Begutachtung des MD) erlassen haben. Darin teilen Sie mir mit, dass ...
Gegen diesen Bescheid lege ich hiermit fristwahrend Widerspruch ein.

Die Widerspruchsbegründung wird in einem gesonderten Schreiben nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

2.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Mögliche Leistungen der Pflegeversicherung:	**Anspruch bei Pflegegrad 1:**
Individuelle **Pflegeberatung** durch eine/-n Pflegeberater/-in § 7a SGB XI	ja
Kostenlose **Pflegekurse** für pflegebedürftige Personen und Angehörige § 45 SGB XI	ja
Hausnotrufsystem	ja, **25,50 Euro** mtl. + Installationskosten bis max. 10,49 Euro
Versorgung mit anerkannten **Pflegehilfsmitteln** § 40 (1) SGB XI	ja
Versorgung mit **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** § 40 (2) SGB XI	Ja, bis zu **40 Euro** monatlich
Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfelds** § 40 (4) SGB XI	ja, bis zu **4000 Euro** je Maßnahme
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	ja, **125 Euro** monatl.
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen § 37 (1) +(2) SGB XI	nein
ambulante **Pflegesachleistung** § 36 SGB XI	nein
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI	nein, bei Wahl der vollstationären Pflege Zuschuss von **125 Euro** monatlich möglich. § 43 (3) SGB XI
Tages- oder Nachtpflege § 41 SGB XI	nein
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	nein
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	nein
+ Landespflegegeld (bayerisches Landespflegegeldgesetz)	nein

2.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Mögliche Leistungen der Pflegeversicherung:	**Anspruch bei Pflegegrad 2:**
Individuelle **Pflegeberatung** durch eine/-n Pflegeberater/-in § 7a SGB XI	ja
Kostenlose **Pflegekurse** für pflegebedürftige Personen und Angehörige § 45 SGB XI	ja
Hausnotrufsystem	ja, **25,50 Euro** mtl. + Installationskosten bis max. 10,49 Euro
Versorgung mit anerkannten **Pflegehilfsmitteln** § 40 (1) SGB XI	ja
Versorgung mit **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** § 40 (2) SGB XI	bis zu **40 Euro** monatlich
Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfelds** § 40 (4) SGB XI	ja, bis zu **4000 Euro** je Maßnahme
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	ja, **125 Euro** monatl.
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen § 37 (1) +(2) SGB XI	ja, **332 Euro** monatl.
Ambulante **Pflegesachleistung** § 36 SGB XI	ja, bis zu **761 Euro** monatlich
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI + Leistungszuschlag für pflegebedingte Aufwendungen je nach Verweildauer	ja, **770 Euro** monatlich
Tages- oder Nachtpflege § 41 SGB XI	ja, **689 Euro** monatl.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	ja, bis zu **1774 Euro** jährlich
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	ja, bis zu **1612 Euro** jährlich
+ Landespflegegeld (bayerisches Landespflegegeldgesetz)	ja, **1000 Euro** jährlich

2.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Mögliche Leistungen der Pflegeversicherung:	**Anspruch bei Pflegegrad 3:**
Individuelle **Pflegeberatung** durch eine/-n Pflegeberater/-in § 7a SGB XI	ja
Kostenlose **Pflegekurse** für pflegebedürftige Personen und Angehörige § 45 SGB XI	ja
Hausnotrufsystem	ja, **25,50 Euro** mtl. + Installationskosten bis max. 10,49 Euro
Versorgung mit anerkannten **Pflegehilfsmitteln** § 40 (1) SGB XI	ja
Versorgung mit **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** § 40 (2) SGB XI	bis zu **40 Euro** monatlich
Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfelds** § 40 (4) SGB XI	ja, bis zu **4000 Euro** je Maßnahme
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	ja, **125 Euro** monatl.
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen § 37 (1) +(2) SGB XI	ja, **573 Euro** monatl.
Ambulante **Pflegesachleistung** § 36 SGB XI	ja, bis zu **1432 Euro** monatlich
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI + Leistungszuschlag für pflegebedingte Aufwendungen je nach Verweildauer	ja, **1262 Euro** monatlich
Tages- oder Nachtpflege § 41 SGB XI	ja, **1298 Euro** mtl.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	ja, bis zu **1774 Euro** jährlich
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	ja, bis zu **1612 Euro** jährlich
+ Landespflegegeld (bayerisches Landespflegegeldgesetz)	ja, **1000 Euro** jährlich

2.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Mögliche Leistungen der Pflegeversicherung:	**Anspruch bei Pflegegrad 4:**
Individuelle **Pflegeberatung** durch eine/-n Pflegeberater/-in § 7a SGB XI	ja
Kostenlose **Pflegekurse** für pflegebedürftige Personen und Angehörige § 45 SGB XI	ja
Hausnotrufsystem	ja, **25,50 Euro** mtl. + Installationskosten bis max. 10,49 Euro
Versorgung mit anerkannten **Pflegehilfsmitteln** § 40 (1) SGB XI	ja
Versorgung mit **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** § 40 (2) SGB XI	bis zu **40 Euro** monatlich
Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfelds** § 40 (4) SGB XI	ja, bis zu **4000 Euro** je Maßnahme
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	ja, **125 Euro** monatl.
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen § 37 (1) +(2) SGB XI	ja, **765 Euro** monatl.
Ambulante **Pflegesachleistung** § 36 SGB XI	ja, bis zu **1778 Euro** monatlich
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI + Leistungszuschlag für pflegebedingte Aufwendungen je nach Verweildauer	ja, **1775 Euro** monatl.
Tages- oder Nachtpflege § 41 SGB XI	ja, **1612 Euro** monatl.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	ja, bis zu **1774 Euro** jährlich
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	ja, bis zu **1612 Euro** jährlich
Entlastungsbudget (flexible Kombination aus Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege) für Pflegebedürftige unter 25 Jahre	ja, jährlich bis zu **3386 Euro**
+ Landespflegegeld (bayerisches Landespflegegeldgesetz)	ja, **1000 Euro** jährlich

2.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Mögliche Leistungen der Pflegeversicherung:	**Anspruch bei Pflegegrad 5:**
Individuelle **Pflegeberatung** durch eine/-n Pflegeberater/-in § 7a SGB XI	ja
Kostenlose **Pflegekurse** für pflegebedürftige Personen und Angehörige § 45 SGB XI	ja
Hausnotrufsystem	ja, **25,50 Euro** mtl. + Installationskosten bis max. 10,49 Euro
Versorgung mit anerkannten **Pflegehilfsmitteln** § 40 (1) SGB XI	ja
Versorgung mit **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** § 40 (2) SGB XI	bis zu **40 Euro** monatlich
Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfelds** § 40 (4) SGB XI	ja, bis zu **4000 Euro** je Maßnahme
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	ja, **125 Euro** monatl.
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen § 37 (1) +(2) SGB XI	ja, **947 Euro** monatl.
Ambulante **Pflegesachleistung** § 36 SGB XI	ja, bis zu **2200 Euro** monatlich
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI + Leistungszuschlag für pflegebedingte Aufwendungen je nach Verweildauer	ja, **2005 Euro** monatl.
Tages- oder Nachtpflege § 41 SGB XI	ja, **1995 Euro** monatl.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	ja, bis zu **1774 Euro** jährlich
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	ja, bis zu **1612 Euro** jährlich
Entlastungsbudget (flexible Kombination aus Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege) für Pflegebedürftige unter 25 Jahre	ja, jährlich bis zu **3386 Euro**
+ Landespflegegeld (bayerisches Landespflegegeldgesetz)	ja, **1000 Euro** jährlich

Quellen: bayer. Landespflegegeldgesetz, dt. Bundestag, SGB XI, Stand: 11/2023

2.6 Entlastungsbetrag

Was sind Entlastungsleistungen?
Bei Entlastungsleistungen handelt es sich um zusätzliche Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen einzusetzen.

Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag und wie hoch ist der Entlastungsbetrag?
Pflegebedürftige von Pflegegrad 1–5 in der häuslichen Pflege oder im betreuten Wohnen haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich.

Kann ich den Entlastungsbetrag rückwirkend in Anspruch nehmen?
Wenn der Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Der verbliebene Betrag wird „angespart".
Beträge, die bis zum 31.Dezember eines Jahres noch nicht verbraucht worden sind, können bis zum 30. Juni des Folgejahres übertragen werden.

Wofür kann ich den Entlastungsbetrag nutzen?

- **Für die Tages- und Nachtpflege**, hier auch für Kosten wie Unterkunft, Mahlzeit und Investitionskosten.

- **Für die Kurzzeitpflege**, hier auch für Kosten wie Unterkunft, Mahlzeit und Investitionskosten.

- **Für Leistungen der zugelassenen ambulanten Pflegedienste**
  Pflegegrad 1: Der Entlastungsbetrag darf zu pflegerischen Betreu-

ungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und zur Unterstützung bei körperbezogener Selbstversorgung verwendet werden.
Pflegegrad 2–5: Der Entlastungsbetrag darf zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder zu Hilfen bei der Haushaltsführung verwendet werden, jedoch nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung.

- **Für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag**

Was bedeutet „nach Landesrecht anerkannt“?
Der/die Anbieter/-in muss ein Konzept vorweisen mit Angaben zur Qualitätssicherung, eine Leistungsübersicht, Angaben zur Höhe der Kosten, Qualifikation der Helfenden usw. Hierzu gehört z. B. anerkannte Dienstleistung für haushaltsnahe Serviceangebote und/ oder Alltagsbegleitung.

Was sind „Angebote zur Unterstützung im Alltag“?
Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung, Begleitung und Beaufsichtigung von Pflegebedürftigen, Unterstützungsleistungen für Angehörige zur besseren Bewältigung des Pflegealltags oder die Erbringung von Dienstleistungen z. B. bei der Haushaltsführung und organisatorische Hilfestellungen.

Wie erhalte ich den Entlastungsbetrag?
Um eine Kostenerstattung für entstandene Aufwendungen zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen Belege und ein Antrag auf Erstattung der Kosten eingereicht werden. Aus dem Antrag sollte hervorgehen in welchen Bereichen für die pflegebedürftige Person Eigenbelastungen entstanden sind und in welcher Höhe Kosten aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden sollen.

Die zugelassenen ambulanten Pflegedienste oder Leistungserbringer der Tages-/Nachtpflege oder Kurzzeitpflege rechnen meist direkt mit den Pflegekassen ab. Die zuständige Pflegekasse und der/die Anbieter/-in selbst geben explizit Auskunft ob und wie der Entlastungsbetrag abgerechnet werden kann.

Können auch ehrenamtliche Helfer/-innen über den Entlastungsbetrag abrechnen?

Seit dem 01.01.2021 können Menschen ab dem Pflegegrad 1, die zu Hause leben, Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag die durch ehrenamtlich tätige Einzelpersonen erbracht werden mit der Pflegeversicherung abrechnen.

Die ehrenamtlich tätige Person muss allerdings bestimmte Voraussetzungen erfüllen: ausreichender Versicherungsschutz, Registrierung bei der Fachstelle für Demenz und Pflege des jeweiligen Regierungsbezirks, Nachweis einer Schulung bei fehlendem pflegerischen, medizinischen oder hauswirtschaftlichen Hintergrund usw. Zudem benötigt die ehrenamtlich tätige Person ein Institutionskennzeichen um mit der Pflegekasse abrechnen zu können. Detaillierte Informationen hierzu gibt die Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern.

Können Teile der ambulanten Sachleistung auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden?

Es besteht Umwandlungsanspruch auf bis zu 40 % des Leistungsbetrags aus Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Quellen:
Bundesgesundheitsministerium, 2021
Ratgeber Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, 2021
beta Institut, 2021
Verband Pflegehilfe, 2021
Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern, 2021

Weiterführende Literatur:
Infoblatt Ehrenamtlich tätige Einzelpersonen
Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegeversicherung

Stand: 11/2023

2.7 Ehrenamtlich tätige Einzelpersonen nach § 82 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 AVSG

Allgemeine Informationen

Seit dem 1.1.2021 können Menschen ab Pflegegrad 1, die zu Hause leben, auch die Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag, die durch ehrenamtlich tätige Einzelpersonen erbracht werden, mit der Pflegeversicherung abrechnen.
Bislang war das nur bezogen auf Träger von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag (AUA) und ambulanten Diensten möglich.

Voraussetzungen

Unter folgenden Voraussetzungen können ehrenamtlich tätige Einzelpersonen Tätigkeiten zur Entlastung und Unterstützung von Personen mit Pflegegrad und deren An- und Zugehörigen erbringen:

- Die Einzelperson muss mind. 16 Jahre alt sein – bei Minderjährigkeit muss eine Genehmigung der Sorgeberechtigten vorliegen.
- Sie darf weder verwandt noch verschwägert bis zum 2. Grad* mit der Person sein, die sie unterstützt – somit kommen z.B. Bekannte oder Verwandte ab dem 3. Verwandtschaftsgrad (z.B. Neffe/Nichte) in Betracht.
- Die Einzelperson lebt nicht in häuslicher Gemeinschaft mit der Person, die sie unterstützt.
- Die Einzelperson darf nicht mehr als 3 Menschen mit Pflegegrad pro Monat unterstützen.
- Die Aufwandsentschädigung der Einzelperson für die geleistete Unterstützung liegt deutlich unter dem für die jeweilige Tätigkeit maßgeblichen Mindestlohn.
- Die Einzelperson hat einen ausreichenden Versicherungsschutz
- Die Einzelperson muss sich zwingend in der Fachstelle für Demenz und Pflege des Regierungsbezirks registrieren, in der sie Hilfe leistet.

- Sie muss, wenn sie keine Fachkraft** ist, eine kostenfreie Schulung in einer Fachstelle für Demenz und Pflege in Bayern absolvieren.
- Die Einzelperson und die Person mit Pflegebedarf kommunizieren in einer gemeinsamen Sprache.

* Nicht als ehrenamtliche Einzelpersonen tätig werden, können Personen, die bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind:

- Verwandte bis zum 2. Grad der versicherten Person sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und der angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.
- Verschwägerte bis zum 2. Grad der versicherten Person sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des/der Ehegatten/-in oder der/des eingetragenen Lebenspartners/-in), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten/-innen, eingetragene Lebenspartner/-innen der Enkelkinder), Großeltern des/der Ehegatten/-in von Seiten der eingetragenen Lebenspartnerschaft, Stiefgroßeltern und Schwager/ Schwägerin.
- Ergänzung: Die Schwägerschaft dauert fort, auch wenn die Ehe bzw. Lebenspartnerschaft (§ 1 LPartG), durch die sie begründet wurde, aufgelöst ist. Bei der Adoption von volljährigen Personen gibt es eine Ausnahmeregelung zur Schwägerschaft, s. § 1770 Abs. 1 BGB.

** Nach § 82 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 Buchst. c AVSG muss eine ehrenamtlich tätige Einzelperson nachweislich zielgruppen- und tätigkeitsgerecht qualifiziert sein oder mindestens die erforderliche Basisschulung absolviert haben.

Im Gegensatz zu einer selbstständig tätigen Einzelperson (§ 82 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 Buchst. b, c i.V.m. Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a AVSG und Nr. 1.3.2 Satz 1 i.V.m. Nr. 1.2.1.1 VV-AVSG) wird es für eine ehrenamtlich tätige Einzelperson als ausreichend erachtet, wenn folgende Qualifikation im pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder medizinischen Bereich vorhanden ist.

- mindestens einjährige abgeschlossene Ausbildung oder
- abgeschlossener Bachelor-, Diplom- oder Masterstudiengang

In solchen Fällen kann nun von der 8 UE-Schulung abgesehen werden.

Wofür wird eine Registrierung der ehrenamtlich tätigen Einzelperson benötigt?

Die ehrenamtlich tätigen Einzelpersonen müssen sich zwingend in der Fachstelle für Demenz und Pflege des Regierungsbezirks registrieren (schriftlich oder online), in dem sie unterstützen möchten. Ohne vorherige Registrierung kann nicht mit den Pflegekassen über den Entlastungsbetrag abgerechnet werden.

Wie funktioniert die Registrierung der ehrenamtlich tätigen Einzelpersonen?

Für die Registrierung ist die regionale Fachstelle des Regierungsbezirks, in der die Unterstützung geleistet wird, zuständig. Eine Registrierung ist jederzeit, entweder online auf der Homepage der regionalen Fachstelle **www.einzelperson-bayern.de** (Registrierungsformular) oder vor Ort bei der regionalen Fachstelle des zuständigen Regierungsbezirks möglich. Die Einzelperson wird für drei Jahre registriert, danach ist eine erneute aktive eigenständige Registrierung durch die Einzelperson erforderlich. Die Registrierung ist auf Wunsch der Einzelperson zu jeder Zeit löschbar.

Wie funktioniert die Abrechnung über den Entlastungsbetrag?
Die ehrenamtlich tätigen Einzelpersonen benötigen, um mit den Pflegekassen über den Entlastungsbetrag abrechnen zu können, ein sogenanntes Institutionskennzeichen (IK). Dieses kann kostenfrei bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen beantragt werden. Die Einzelperson erstellt die Abrechnung monatsweise jeweils zum Monatsersten des Folgemonats. Dabei kann die Rechnung entweder direkt mit der/dem Leistungsempfängerin/-empfänger beglichen werden, die/der diese dann im Anschluss mit den Pflegekassen abrechnet, oder über eine Abtretungserklärung direkt mit den Pflegekassen durch die ehrenamtlich tätige Einzelperson selbst. Ein Abrechnungsformular kann Ihnen von der zuständigen regionalen Fachstelle zur Verfügung gestellt werden.

Wozu benötigen die Einzelpersonen ein Institutionskennzeichen (IK-Nummer)?
Alle ehrenamtlich tätigen Einzelpersonen müssen bei der ARGE·IK – Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen ein kostenfreies Institutionskennzeichen (IK-Nummer) beantragen. Das Institutionskennzeichen ist ein eindeutiges Merkmal zur Abrechnung mit den Trägern der Sozialversicherung und eine zwingende Voraussetzung dazu (unabhängig davon, ob in der Abtretungserklärung abgerechnet wird oder nicht). Die Weitergabe der IK-Nummer der Einzelpersonen an die regionalen Fachstellen stellt die Voraussetzung für die spätere Abrechnung bei den Kassen dar. Die IK-Nummer muss auf jeder Rechnungsstellung vermerkt werden. Weitere Informationen zum Institutionskennzeichen finden Sie auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK).

Schulung der ehrenamtlich tätigen Einzelperson
Für die Registrierung und Abrechnung ist eine Schulung von acht Unterrichtseinheiten notwendig, die von den regionalen Fachstellen für Demenz und Pflege kostenfrei angeboten und durchgeführt wird. Diese Schulung ist nicht erforderlich, wenn Sie als Fachkraft gelten oder bereits an einer Schulung nach § 45a SGB XI im Umfang von 40 UE teilgenommen haben. Informationen zur Schulung erhalten Sie von der regionalen Fachstelle Ihres Regierungsbezirks.

Haftungsausschluss
Mit der Registrierung der Einzelpersonen übernehmen die regionalen Fachstellen lediglich die Aufnahme in einer Liste bzw. die Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen. Eine prüfende, qualitätssichernde Funktion wird nicht übernommen, zudem hat die Regionale Fachstelle keinerlei Kenntnis über durchgeführte Leistungen der Einzelperson – eine Haftung/Verantwortlichkeit wird somit nicht übernommen.

Quelle:
Fachstelle für Demenz und Pflege, 2021
Weiterführende Literatur:
Infoblatt Entlastungsbetrag
Stand: 11/2023

2.8 Leistungen bei häuslicher Pflege

Stellt eine Person Antrag auf Eingruppierung in einen Pflegegrad, kann sie sich bei häuslicher bzw. ambulanter Pflege zwischen den Ansprüchen auf Pflegegeld, Sachleistung oder Kombinationsleistung entscheiden.

Pflegegeld nach § 37 SGB XI

Wer hat Anspruch auf Pflegegeld?
Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können für selbst beschaffte Pflegehilfen durch eine Pflegeperson bei der Pflegeversicherung Pflegegeld beantragen. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen.

Wie hoch ist das Pflegegeld?
Die Höhe des Pflegegelds ist vom Pflegegrad abhängig. Die Eingruppierung erfolgt nach der Begutachtung des Medizinischen Dienstes.
Pflegegrad 2: 332 Euro monatlich
Pflegegrad 3: 573 Euro monatlich
Pflegegrad 4: 765 Euro monatlich
Pflegegrad 5: 947 Euro monatlich

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?
Die Person muss innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen sein.
Durch die selbst beschaffte **Pflegeperson** muss die erforderliche Pflege, Betreuung und Hilfe in der Haushaltsführung sichergestellt sein.

Was ist eine Pflegeperson?

- Eine Pflegeperson pflegt eine/-n Pflegebedürftige/-n nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung (§ 19 SGB XI).
- Die Pflegeperson muss nicht mit dem/der Pflegebedürftigen verwandt sein.
- Die Pflege kann von mehreren Pflegepersonen erbracht werden.
- Eine Pflegeperson kann eine/-n oder mehrere Pflegebedürftige/-n pflegen.

Wann erhalten Pflegepersonen Leistungen zur sozialen Sicherung?

- Die pflegebedürftige Person ist mindestens in Pflegegrad 2 eingruppiert.
- Die Pflegeperson pflegt wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig zwei Tage in der Woche.
- Die Daten der Pflegeperson sind im Antrag auf Pflegegeld hinterlegt.
- Der Anspruch auf Beitragszahlungen der Pflegekasse besteht ab Antragstellung.

In welchen Bereichen ist eine Pflegeperson abgesichert?
Die Pflegeperson ist auf dem Hin- oder Rückweg zu der /dem Pflegebedürftigen und während der Pflegetätigkeit selbst beitragsfrei gesetzlich **unfallversichert**. Pflegetätigkeiten sind hier pflegerische Maßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach SGB XI.

Die Pflegekasse übernimmt Beiträge zur **Arbeitslosenversicherung**, wenn z.B. wegen der Pflege die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung unterbrochen, oder aufgegeben wurde. Auskunft hierzu geben die zuständige Pflegekasse und die Agentur für Arbeit.

Eine Pflegeperson erhält Beiträge zur **Rentenversicherung,** wenn sie neben der Pflegetätigkeit nicht mehr als 30 Stunden in der Woche zusätzlich arbeitet, und wenn die Pflege voraussichtlich für mehr als zwei Monate in der häuslichen Umgebung vollzogen wird. Der Zeitaufwand und die Höhe des Pflegegrades sind für die Berechnung des Rentenanspruches entscheidend.

In der Regel muss bei der Rentenkasse der/des Pflegebedürftigen das Formular zur „sozialen Sicherung für nicht erwerbstätige Personen“ angefordert werden. Auskunft gibt der/ die zuständige Sachbearbeiter/-in der Pflegekasse.

Das **Versicherungsamt** der Stadt Ingolstadt berät zu Angelegenheiten der gesetzlichen Rentenversicherung.

Kontakt: Auf der Schanz 39, 85049 Ingolstadt, Tel.: (0841) 305 5 02 45

Welche Verpflichtungen habe ich, wenn ich Pflegegeld beziehe?
Zur Sicherung der Qualität in der häuslichen Pflege müssen Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, nach **§ 37 (3) SGB XI** eine Beratung in der eigene Häuslichkeit abrufen. Diese kann durch eine Pflegefachkraft eines zugelassenen Pflegedienstes oder durch ein Pflegefachkraft, die durch die Pflegekasse beauftragt wird, durchgeführt werden.
Die häusliche Beratung findet bei den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich statt.
Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben Anspruch halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen, sind dazu aber nicht verpflichtet.

Zusätzliche Informationen zum Pflegegeld:

- Wird dem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stattgegeben, werden die Beiträge von der Pflegekasse rückwirkend ab Datum der Antragstellung erstattet.
- Das Pflegegeld wird nicht als Einkommen berechnet, ist somit nicht zu versteuern.
- Während einer Kurzzeitpflege (§ 24 SGB XI) wird die Hälfte des Pflegegelds für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr, während einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) wird die Hälfte des Pflegegelds für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.
- Bei einem Krankenhausaufenthalt wird das Pflegegeld während der ersten vier Wochen in voller Höhe weiterbezahlt. Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 28 Tage, wird das Pflegegeld ab dem 29. Tag ausgesetzt.

Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI

Wer hat Anspruch auf Pflegesachleistungen?
Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegesachleistung. Die „Pflegesachleistung“ kann als Dienstleistung zur körperbezogenen Pflege, zu Betreuungsmaßnahmen oder zur Unterstützung im Haushalt verwendet werden, wird also nicht bar ausbezahlt.

Wie hoch ist die Pflegesachleistung?
Die Höhe der Pflegesachleistung ist vom Pflegegrad abhängig. Die Eingruppierung erfolgt nach der Begutachtung des Medizinischen Dienstes.
Pflegegrad 2: 761 Euro monatlich
Pflegegrad 3: 1432 Euro monatlich
Pflegegrad 4: 1778 Euro monatlich
Pflegegrad 5: 2200 Euro monatlich

Wer kann die Pflegesachleistung erbringen?
Pflegekräfte, die bei einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst angestellt sind, oder als Einzelperson mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen können über die „Pflegesachleistung“ direkt mit der Pflegekasse abgerechnet werden.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?
Der Pflegebedürftige muss innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen sein.
Die Pflege findet in der häuslichen Umgebung statt.

Was ist der Umwandlungsanspruch bei Pflegesachleistungen?
Schöpft die pflegebedürftige Person den Pflegesachleistungsbetrag nicht vollständig aus, kann der Betrag bis zu einer Höchstgrenze von 40 % für „anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag“ verwendet werden.
Die Kostenerstattung muss im Vorfeld bei der Pflegekasse beantragt werden.
Die Kostenerstattung kann nur erfolgen, wenn die Leistungserbringung anhand von Belegen nachgewiesen wird.
Dienstleistungsunternehmen von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag sollten bei der Pflegekasse vorab erfragt werden.

Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI
Der Bezug von Pflegesachleistung und Pflegegeld schließen sich aus. Möglich ist aber eine Kombinationsleistung, wenn die pflegebedürftige Person die ihr zustehenden Sachleistung nur anteilig in Anspruch nimmt. Hier erfolgt die Versorgung z. B. zum Teil von einem ambulanten Pflegedienst, zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson. Die Pflegekasse erstattet den Aufwand des ambulanten Pflegedienstes und zahlt für die „restliche“ Pflege der pflegebedürftigen Person ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI aus.

Wie berechnet sich das anteilige Pflegegeld?
Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den die pflegebedürftige Person in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Rechenbeispiel:
Werden z.B. 75 % der Pflegesachleistungen des Pflegegrad 2 in Anspruch genommen (75 % von 761 Euro = 570,75 Euro), werden 25 % des Pflegegeldes für den Pflegegrad 2 (25 % von 332 Euro) mit einem Betrag von 83 Euro an die pflegebedürftige Person ausbezahlt.

Zusätzliche Informationen zur Kombinationsleistung:

- Die pflegebedürftige Person ist an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Ansprechpersonen sind hier die zuständigen Sachbearbeiter/-innen der Pflegekasse.
- Das anteilige Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr, während einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr zur Hälfte des Betrages fortgewährt.

Quellen:
beta Institut, Bundesgesundheitsministerium, Sozialgesetzbuch XI, 2023
Weiterführende Informationen:
Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegeversicherung
Infoblatt Pflegebedürftigkeit
Stand: 01/2024

2.9 Finanzierung und Auswahl Pflegedienst

Benötigt eine pflegebedürftige Person vermehrt Unterstützung im Alltag, kann ein ambulanter Pflegedienst zur Unterstützung in der häuslichen Pflege hinzugezogen werden.

Wie kann ich einen Pflegedienst bezahlen?
Die Pflegeversicherung stellt zur Finanzierung der ambulanten Pflege ab Pflegegrad 2 die „ambulante Pflegesachleistung“ zur Verfügung (§ 36 SGB XI). Die Pflegesachleistung kann als Dienstleistung zur körperbezogenen Pflege in Anspruch genommen werden.
40 % der Pflegesachleistungen können für haushaltsnahe Dienstleistungen oder Betreuungsmaßnahmen über den Umwandlungsanspruch verwendet werden.
Der zugelassene Pflegedienst rechnet direkt mit der Pflegekasse ab. Folgender Pflegesachleistungsbetrag steht zur Verfügung:
Pflegegrad 2: 761 Euro Pflegegrad 3: 1432 Euro
Pflegegrad 4: 1778 Euro Pflegegrad 5: 2200 Euro
Bei einem **Pflegegrad 1** kann der ambulante Pflegedienst zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und zur Unterstützung bei körperbezogener Selbstversorgung über den Entlastungsbetrag (125 Euro/mtl.) abrechnen.

Was mache ich, wenn der Pflegesachleistungsbetrag nicht ausreicht?
Ab Pflegegrad 2–5 darf zusätzlich der **Entlastungsbetrag** zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder zu Hilfen bei der Haushaltsführung verwendet werden, jedoch nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung.
Ab Pflegegrad 2 kann zur Finanzierung der häuslichen Pflege zusätzlich beim Bezirk Oberbayern Antrag auf **„ambulante Hilfen zur Pflege“** gestellt werden.

Benötigen Sie **Behandlungspflege** wie Verabreichung von Insulin, Kompressionsstrümpfe anziehen etc. rechnet der Pflegedienst dies unabhängig von einem Pflegegrad mit der Krankenkasse ab. Ihre Hausarztpraxis stellt Ihnen eine Verordnung dafür aus.
Unter www.pflege-navigator.de können die Kosten für die ambulante Pflege für einen standardisierten Monat unverbindlich kalkuliert werden.

Wie wähle ich einen ambulanten Pflegedienst aus?

- Hat der ambulante Pflegedienst einen Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) mit der Pflegekasse, und rechnet dieser direkt mit der Pflegekasse ab?
- Wurde ein individueller Kostenvoranschlag erstellt? Wurde Ihnen das Abrechnungsverfahren von der Leitung des Pflegedienstes erklärt?
- Wurden Sie auf evtl. anfallende Kosten, die sie selbst zu tragen haben (z.B. Investitionskosten) hingewiesen?
- Kommt die Leitung des Pflegedienstes zum Vorgespräch zu Ihnen nach Hause, um sich ein Bild von Ihrer Situation vor Ort zu machen?
- Sind beim Pflegedienst qualifizierte Pflegekräfte oder angelerntes Personal angestellt?
- Welche Leistungen werden von ausgebildeten Fachkräften ausgeführt, welche von Hilfskräften?
- Wird eine einsehbare Pflegedokumentation mit allen erbrachten Leistungen geführt?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Ihrer Hausarztpraxis oder der Apotheke?
- Gehört auch Unterstützung im Haushalt zum Leistungsangebot?
- Ist der Pflegedienst im Notfall über einen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar?
- Ist der Firmensitz des Pflegedienstes in der Nähe Ihres Wohnortes?

Private, sowie Pflegedienste die einem Wohlfahrtsverband zugehörig sind, werden jährlich vom Medizinischen Dienst Bayern geprüft. Dieser beurteilt die Qualität der Pflege und die Einhaltung der vorgeschriebenen Standards.
Die Prüfergebnisse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen online veröffentlicht und können z.B. unter www.pflege-navigator.de oder www.bkk-pflegefinder.de eingesehen werden.

Quellen:
Beta Institut, Sozialgesetzbuch XI, 2024
Weiterführende Informationen:
Infoblatt Pflegevertrag häusliche Pflege
Infoblatt Leistungen häusliche Pflege
Stand: 01/2024

2.10 Pflegevertrag in der häuslichen Pflege

Worauf muss ich bei Vertragsabschluss achten?

Im § 120 SGB XI sind die Rahmenbedingungen für einen Pflegevertrag bei häuslicher Pflege geregelt.

- Der Pflegevertrag muss schriftlich geschlossen werden.
- Der Leistungsumfang und die Kosten müssen im Vertrag genau beschrieben werden.
- Die privat zu erbringenden finanziellen Leistungen/ Eigenanteil nach Abzug der Leistungen der Pflegekasse müssen genau benannt werden.
- Eine detaillierte Abrechnung einmal im Monat ist Standard.
- Die pflegebedürftige Person muss Einsicht in Leistungsnachweise wie die Pflegedokumentation erhalten.
- Es besteht ein Ausschluss finanzieller Vorleistungen an den Pflegedienst.
- Vereinbarungen über rückwirkende Preiserhöhungen sind unzulässig.
- Alle Zusatzvereinbarungen sind mit Unterschrift beider Vertragspartner schriftlich festzulegen.
- Die Haftungsübernahme des ambulanten Pflegedienstes sollte geklärt sein.
- Für eine Kündigung durch den Pflegedienst empfiehlt sich die Festlegung einer Frist von sechs Wochen.
- Der pflegebedürftigen Person muss binnen der ersten zwei Wochen ein jederzeitiges Kündigungsrecht ohne Angabe eines konkreten Grundes eingeräumt werden.

Welche Pflichten habe ich als pflegebedürftige Person?

- Bindung an Fristen z.B. bei der Absage eines Einsatzes oder bei der Fälligkeit eines Eigenanteils.
- Bindung an festgelegte Kostensätze bei der Abrechnung über den Eigenanteil.
- Die pflegebedürftige Person muss die empfangenen Leistungen über Nachweisbögen quittieren.

Welche Rechte und Pflichten hat der Pflegedienst?

- Festlegung von Art, Inhalt und Umfang der vereinbarten Pflegeleistung im Vertrag.
- Offenlegung der Vergütung der einzelnen Pflegeleistungen über die Pflegekassen.
- Schriftliche Information über die voraussichtlichen Kosten bei Vertragsabschluss oder bei Änderungen.
- Ändert sich der Zustand der pflegebedürftigen Person wesentlich muss der Pflegedienst dies der Pflegekasse mitteilen.

Grundsätzlich gilt:

- Die Vertragsmodalitäten sind verhandelbar. Z. B.: individuelle Vereinbarung von Fristen bis wann ein Einsatz ohne Kosten abgesagt werden darf oder bis wann am Morgen die pflegebedürftige Person besucht wird.
- In den Vergütungsvereinbarungen für Wohlfahrtsverbände ist für den ambulanten Bereich festgelegt, welche Preise der Pflegedienst für welche Leistung berechnen darf. In Bayern wird nach einem Komplexleistungssystem nach Punktzahlen, nach Zeitaufwand und nach Anfahrtspauschalen abgerechnet.

Gibt es einen Ansprechpartner bei Rechtsfragen?
Der BIVA-Pflegeschutzbund als Interessensvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen berät bundesweit zu rechtlichen und finanziellen Problemen im Zusammenhang mit Pflegeheimen und ambulanter Pflege.

Quellen:
Verband der Ersatzkassen, Bayern, 2021
BIVA - Pflegeschutzbund, 2021
Verbraucherzentrale Bundesverband, 2019
Bundesgesundheitsministerium,2021
Weiterführende Literatur:
Infoblatt Auswahlkriterien Pflegedienst
Stand: 11/2023

2.11 24-Stunden-Betreuung

Worauf muss ich bei der Inanspruchnahme einer „24-Stunden-Betreuung“ achten? – Grundsätzliches:

- Die pflegebedürftige Person wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt.
- Die Betreuungskraft wird in der Regel zur Gesellschaft und Begleitung, zur hauswirtschaftlichen Versorgung und zur Grundpflege eingesetzt. Die Betreuungskraft darf in der Regel keine Behandlungspflege durchführen, dies ist abhängig von der Qualifikation und von vertraglichen Vereinbarungen.
- Die Kosten sind abhängig von Kriterien wie berufliche Qualifikation, Betreuungsaufwand und Sprachkenntnis. Kost und Logis sind frei.
- Die Betreuungskraft benötigt ein eigenes, abschließbares und möbliertes Zimmer. Internet und Telefonzugang sind Standard.
- Im Rahmen des Entsendungsmodells wechseln sich in der Regel zwei feste Betreuungskräfte alle drei Monate ab. In den Vertragsmodalitäten müssen Kosten für An- und Abreise gesondert aufgeführt werden.
- Kommt die Betreuungskraft aus einem EU Staat, kann diese ohne eine Aufenthaltserlaubnis ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen (Freizügigkeitsabkommen).
- Kommt die Betreuungskraft aus einem Nicht-EU-Staat, benötigt diese eine Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis um die Tätigkeit aufzunehmen.
- Es gelten die deutschen Bestimmungen bzgl. des Arbeitsrechts: Mindestlohn, max. Arbeitszeit pro Tag/Woche, Einhaltung von Pausenzeiten, Nachtruhe, Dienstfrei, Urlaubsanspruch, Arbeitsschutz etc.
- Laut Urteil des Bundesarbeitsgerichts im Juli 2021, steht ausländischen Betreuungskräften der gesetzliche Mindestlohn auch für die Bereitschaftszeit im Rahmen der 24-Stunden-Dienste zu.

Welche Beschäftigungsmodelle gibt es?

1. Entsendungsmodell:
Über eine deutsche Agentur wird eine Betreuungskraft vermittelt. Die Agentur kümmert sich um die Organisation und Zahlung von Sozialabgaben sowie um An- und Abreise.
Vor Vertragsabschluss muss die A1 Bescheinigung der Betreuungskraft vorgelegt werden. Durch dieses Formular wird bestätigt, dass die Betreuungskraft in ihrem Heimatland als Angestellte/-r des Entsendeunternehmens sozialversichert ist (z.B. Unfall-, Krankenversicherung). Mit der A1 Bescheinigung und deren Vorlage ist die auftraggebende Person im Gastland von der Sozialversicherungspflicht befreit.

2. Arbeitgebermodell:
Die pflegebedürftige Person schließt mit der Betreuungskraft einen Arbeitsvertrag (Direktanstellung) ab. Somit trägt diese die Verantwortung für den/die Arbeitnehmer/-in und ist verpflichtet die Regelungen des Arbeitsrechts einzuhalten und Lohn- und Sozialversicherungsbeiträge abzuführen.

3. Selbständigkeitsmodell:
Die Betreuungskraft hat ein eigenes Gewerbe angemeldet und übernimmt Versicherung und steuerliche Abgaben selbst. Es besteht die Gefahr der Scheinselbständigkeit.

Der **Bundesverband für häusliche Betreuung und Pflege e.V.** ist eine Interessensvertretung von pflegebedürftigen Personen, die durch v.a. osteuropäische Betreuungspersonen in der Häuslichkeit versorgt werden (www.vhbp.de). Der VHBP engagiert sich für legale Versorgungskonzepte und vertritt Standards zur rechtskonformen Betreuung in der häuslichen Gemeinschaft. Die Mitglieder des VHBP e.V. erfüllen die gestellten Anforderungen.

Finanzierungs- und Förderungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege:

- Ab dem Pflegegrad 2 hat der /die Pflegebedürftige Anspruch auf finanzielle Leistungen der Pflegekasse. Die Kosten der 24-Stunden-Betreuung werden über das Pflegegeld abgerechnet.

- Ab Pflegegrad 2 besteht Anspruch auf den Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich um Leistungen aus dem niedrigschwelligen Angebot abzurechnen. Hat die Agentur der „24-Stunden-Betreuung“ einen ambulanten Pflegedienst angegliedert, kann hier der Entlastungsbetrag z.B. zur stundenweisen Betreuung/ Einhaltung von Pausenzeiten der „24-Stunden-Betreuungskraft“ eingesetzt werden. Auch ein zweiter Leistungserbringer kann z.B. zur stundenweisen Betreuung hinzugezogen werden. Die zuständige Pflegekasse und die Agentur selbst geben explizit Auskunft ob und wie der Entlastungsbetrag abgerechnet werden kann.

- Ab Pflegegrad 2 wird Pflegbedürftigen mit Hauptwohnsitz in Bayern das Landespflegegeld von jährlich 1000 Euro auf Antrag zugesprochen. Das Landespflegegeld zählt als nicht steuerpflichtiges Einkommen.

- Anspruch auf Verhinderungspflegegeld ab Pflegegrad 2 besteht, wenn pflegende Angehörige aufgrund von Krankheit oder Urlaub sich nicht um die pflegebedürftige Person kümmern können. Die Pflegekasse zahlt bis max. 1612 Euro jährlich. Der/die Pflegebedürftige muss seit mind. sechs Monaten im häuslichen Umfeld gepflegt werden.

- Die Verhinderungspflege kann jährlich um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln aus der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2418 Euro erhöht werden.

- Hat der/die Pflegebedürftige einen Pflegegrad, können bis zu 4000 Euro für verbessernde Maßnahmen im Wohnumfeld in Anspruch genommen werden. Der Antrag kann auch gestellt werden, wenn durch eine Umbaumaßnahme die Unterbringung einer „24-Stunden-Betreuungskraft“ ermöglicht wird.

- Wer als Angehörige/-r unentgeltlich pflegt hat Anspruch auf Steuervorteile durch den Pflegepauschbetrag. Der Pflegepauschbetrag gilt pro zu pflegende Person.

- Alternativ können nach § 33 EStG medizinisch notwendige Pflegekosten als außergewöhnliche Belastungen in der Steuererklärung angegeben werden.

- Zusätzlich kann für alle nachweisbaren Kosten, die im Zusammenhang mit einer haushaltsnahen Dienstleistung entstehen, eine Steuerermäßigung von 20 Prozent geltend gemacht werden. Der Betrag ist auf max. 4000 Euro im Jahr begrenzt.

- Ist der Eigenanteil nicht/ nur teilweise möglich zu finanzieren, leistet der Bezirk Oberbayern auch in der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen „Hilfe zur Pflege“.

Quellen:
Verband Pflegehilfe, 2023
Bundesgesundheitsministerium, 2023
Bundesinnenministerium, 2023
Bundesarbeitsgericht, 2023
Bayerisches Landesamt für Pflege, 2023
Bundesverband für häusliche Betreuung und Pflege e.V., 2023

Weiterführende Informationen:
Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegeversicherung
Infoblatt Leistungen häusliche Pflege
Infoblatt Auswahlkriterien Pflegedienst

Stand: 11/2023

2.12 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Personen ab Pflegegrad 1 haben nach §40 (2) SGB XI Anspruch auf „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ bis zu 40 Euro pro Monat.
Dazu gehören:
Einweghandschuhe
Händedesinfektionsmittel
Flächendesinfektionsmittel
Bettschutzeinlagen (ein- oder mehrweg)
Schutzschürzen (einweg)
Mundschutz (OP-Masken oder FFP2 Masken)
Einmallätzchen
Fingerlinge

Es gibt verschiedene online Angebote, bei denen Sie Ihre Box individuell zusammenstellen und bestellen können. Die Kostenübernahme muss einmalig von Ihrer Pflegekasse bestätigt werden, ab dann erhalten Sie Ihre 40 Euro Box jeden Monat nach Hause geliefert. Die Zusammenstellung der Produkte können Sie online nach Bedarf ändern oder pausieren.
Keine zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel sind z. B. Slip- und Hygieneeinlagen, Körperpflegeprodukte, Waschmittel, Pflegetücher oder Reinigungsmittel.

Quellen:
SGB XI, 2022
GKV-Spitzenverband, 2022
Stand: 11/2023

2.13 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds

Ein Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds (§ 40 SGB XI) kann ab Pflegegrad 1 bei der Pflegekasse beantragt werden. Der Zuschuss der Pflegekasse beträgt **je Maßnahme 4000 Euro.**

Durch die wohnumfeldverbessernde Maßnahme soll die Pflege zu Hause ermöglicht, erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung wiederhergestellt werden.

Typische Beispiele zur Verbesserung des Wohnumfelds sind Umbaumaßnahmen wie Türverbreiterungen oder ein ebenerdiger Zugang zur Dusche sowie der Einbau einer technischen Hilfe wie Treppenlift, Rampe oder Haltegriff. Folgende Kosten können erstattet werden: Materialkosten, Arbeitslohn eines Fachbetriebs, nachgewiesene Fahrtkosten, Gebühren für Gutachten, Genehmigungen oder Bauanträge. Auch die Umzugskosten bei einem Umzug in eine barrierefreie Wohnung können von der Pflegekasse als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden.

Der Antrag muss vor Beginn der Umbaumaßnahme gestellt werden und wird innerhalb von drei Wochen entschieden. Beauftragt die Pflegekasse zur Prüfung des Antrags eine Pflegekraft oder den medizinischen Dienst Bayern, beträgt die Frist zur Entscheidung fünf Wochen.

Können mehrere Pflegebedürftige den Zuschuss beantragen?

Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer Wohnung zusammen, dürfen die Zuschüsse den Betrag von 4000 Euro je pflegebedürftiger Person nicht überschreiten. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist hier auf 16.000 Euro begrenzt.

Leben mehr als vier anspruchsberechtigte Personen in einer Wohnung, wird der Gesamtbetrag von 4000 Euro anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Gut zu wissen: Vorrangigkeit der Sozialträger
Berufstätige Pflegebedürftige mit einer Schwerbehinderung von mindestens 50 % haben keinen Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durch die Pflegeversicherung. Hier gilt das Vorrangigkeitsprinzip der Sozialträger.

Was mache ich, wenn ich miete, und z.B. gerne das Bad umbauen möchte?
Die Umbaumaßnahmen in einer Mietswohnung obliegen der Zustimmung der Eigentümerin/ des Eigentümers. Suchen Sie das Gespräch mit der Vermieterin/ dem Vermieter. Ein barrierefreier oder behindertengerechter Umbau steigert den Wert des Wohnraums.
Der **Freistaat Bayern** fördert zusätzlich Modernisierungs- und Erneuerungsmaßnahmen von Mietwohngebäuden von mindestens drei Wohnungen. Die Förderung erfolgt nach den Richtlinien des **Bayerischen Modernisierungsprogramms.**

Welche zusätzlichen Fördermittel gibt es noch?
Der Freistaat Bayern fördert eine behindertengerechte Anpassung von Eigen- oder Mietwohnraum durch das **Bayerische Wohnungsbauprogramm.**
Hier steht ein leistungsfreies Baudarlehen von bis zu 10.000 Euro zur Verfügung.
Voraussetzung für eine Förderung ist die Einhaltung von bestimmten Einkommensgrenzen.
Die Mittel sind begrenzt. Die Auswahl der zu fördernden Bauvorhaben richten sich nach der sozialen Dringlichkeit der Anträge.
Vor Bewilligung der Fördermittel darf mit der Baumaßnahme nicht begonnen werden.
Die **Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)** fördert altersgerechtes Umbauen sowie den Kauf soeben umgebauten Wohnraums mit einem Darlehen/ Kredit von bis zu 50.000 Euro.
Das KfW Förderprogramm greift nicht, wenn die Maßnahme bereits

über die Pflegeversicherung bezuschusst wird. Wird aber z.B. der Badumbau über die Pflegeversicherung bezuschusst, kann der Einbau eines Treppenlifts über die KfW gefördert werden.

Zusätzlichen Beratungsangebote zu diesem Thema:

- **Wohnberatungsstelle des Stadtplanungsamtes Ingolstadt:**
  Spitalstrasse 3, 85049 Ingolstadt, Tel.: (0841) 3 05 - 21 13, wohnberatungsstelle@ingolstadt.de
- **Beratungsstelle barrierefreies Bauen der Bayerischen Architektenkammer:**
  jeden ersten Freitag im Monat in Ingolstadt in der Spitalstraße 3.
  Terminvereinbarung: (089) 13 98 80 80
- **BRK Wohnberatung:**
  Grabmannstr. 2, 85072 Eichstätt, Tel.: (08421)97 57 16,
  kehr@kveichstaett.brk.de

Quellen:
AOK Bayern; Audi BKK
Barrierefrei Leben e.V.; Bayerisches Rotes Kreuz
Bayerisches Staatsministerium für Wohnen, Bau und Verkehr
Kreditanstalt für Wiederaufbau
Sozialgesetzbuch XI; Stadt Ingolstadt
Stand: 01/2024

2.14 Verhinderungspflege

Wann kann ich Verhinderungspflege in Anspruch nehmen?
Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer pflegebedürftigen Person gehindert, kann die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Verhinderungspflege übernehmen.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- die pflegebedürftige Person muss mindestens in **Pflegegrad 2** eingestuft sein.
- Die Vorversicherungszeit muss erfüllt sein.
- die pflegebedürftige Person muss **seit mindestens sechs Monaten in der häuslichen Umgebung gepflegt** werden. Die Verhinderungspflege kann für längstens **sechs Wochen** im Kalenderjahr oder **42 Tage** in Anspruch genommen werden.
- Die Verhinderungspflege kann auch **tage-, wochen- oder stundenweise** in Anspruch genommen werden.

Wie hoch ist die finanzielle Leistung der Pflegekassen?
Der maximale Anspruch der Verhinderungspflege beträgt 1612 Euro im Kalenderjahr. Die Verhinderungspflege kann zudem mit bis zu 806 Euro aus den jährlichen Ansprüchen der Kurzzeitpflege „aufgestockt“ werden. Insgesamt kann daher ein Betrag von maximal 2418 Euro pro Kalenderjahr beansprucht werden.

Wer darf Verhinderungspflege leisten?

- ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen und Betreuungsdienstleister
- Personen, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt/verschwägert sind und nicht gemeinsam mit dieser in einer häuslichen Gemeinschaft leben.

- Nahe Angehörige die mit der pflegebedürftigen Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind, oder Personen die mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben.

  Führen nahe Angehörige die Verhinderungspflege aus, zahlt die Pflegekasse aber **maximal den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes** des festgestellten Pflegegrads für 6 Wochen Verhinderungspflege.

  Als Beispiel beläuft sich dieser Höchstbetrag bei einem Pflegegrad 2 auf 498 Euro.

  Kann die nahestehende Ersatz-Pflegeperson notwendige Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall nachweisen, kann die Leistung auf max. 1612 Euro pro Kalenderjahr aufgestockt werden.

Wer ist mit der pflegebedürftigen Person verwandt/ verschwägert bis zum 2. Grad?

- Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister
- Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefgroßeltern, Stiefenkelkinder
- Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel
- Schwager, Schwägerin

Wird das Pflegegeld weiterbezahlt während Verhinderungspflege geleistet wird?

Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden am Tag besteht ein Anspruch auf das volle Pflegegeld. Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden während des Urlaubs/ der Krankheit der eingetragenen Pflegeperson weitergezahlt.

Wo stelle ich den Antrag auf Verhinderungspflege?
Der Antrag wird bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person mit entsprechendem Antragsformular gestellt.

Besteht Nachweispflicht über die entstandenen Kosten?
Ja, der Aufwand der Verhinderungspflege muss nachgewiesen werden können.
Ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen rechnen direkt mit der Pflegekasse ab.
Wird die Verhinderungspflege von privaten Ersatzpflegepersonen geleistet, gibt die zuständigen Pflegekasse Auskunft über Antragsstellung und Einreichung der Belege.
Es empfiehlt sich, den „Lohn“ an die Ersatzpflegeperson mit Angabe eines Verwendungszwecks zu überweisen und diese Belege gesammelt bei der Pflegekasse einzureichen.
Kann die erbrachte Ersatzpflegeleistung nicht per Banküberweisung nachgewiesen werden, sollte der übergebene Geldbetrag über schriftliche Belege mit Unterschriften beider Parteien nachgewiesen werden.

Besonderheit für junge Pflegebedürftige:
Für Pflegebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und in den Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft sind, gilt seit dem 01.01.2024:

- Anspruch auf bis zu 8 Wochen Verhinderungspflege
- Anspruch auf die hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes während der Verhinderungspflege für bis zu 8 Wochen
- Die Vorpflegezeit von 6 Monaten als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege entfällt.
- Nutzung des „Entlastungsbudgets“ möglich: d.h., die Verhinderungspflege kann mit der Kurzzeitpflege für ein jährliches Budget von bis zu 3386 Euro flexibel kombiniert werden.

Stundenweise Verhinderungspflege

Wie beantrage ich stundenweise Verhinderungspflege?
Die Beantragung sollte immer im Voraus bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person erfolgen.
Hier sollte eine Begründung der Verhinderung wie Arztbesuche/ Sport etc. der eingetragenen Pflegeperson hinterlegt werden.

Kann das Pflegegeld gekürzt werden, wenn stundenweise Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird?
Übersteigt der Verhinderungszeitraum der eingetragene Pflegeperson 8 Stunden am Tag kann das Pflegegeld gekürzt werden.
Wenn die Ersatzpflege weniger als 8 Stunden am Tag dauert, kann der Gesamtanspruch von 42 Tagen über das ganze Jahr verteilt werden. Das Pflegegeld wird nicht gekürzt.
Die stundenweise VH- Pflege sollte grundsätzlich nicht an mehr als 60 Tagen im Jahr beantragt werden, sonst ist die Ersatzpflegeperson versicherungspflichtig.

Wie kann ich die stundenweise Verhinderungspflege, die von einer privaten Ersatzpflegeperson erbracht wird, mit der Pflegekasse abrechnen?
Nach der Beantragung der stundenweise Verhinderungspflege wird von den Pflegekassen in der Regel eine Exel-Tabelle zugeschickt.
Hier sind die Zeiträume der Verhinderung der eingetragen Pflegeperson anzugeben und einzureichen. Die Dokumentation sollte mit Datum und Uhrzeit z.B.: „am..., von 08:00 - 10:00 Uhr“ erfolgen.

Kann ich einen „Stundenlohn“ auszahlen? – Wie hoch sollte der „Stundenlohn“ ausfallen?
Ja, es sind nicht nur die Mehraufwendungen wie Fahrtkosten/ Verdienstausfall etc. erstattungsfähig, sondern es ist auch ein angemessener „Stundenlohn“ auszuzahlen.

Der „Stundenlohn“ obliegt dem Ermessen der pflegebedürftigen Person/ Pflegeperson.
Der „Stundenlohn“ sollte an den pflegerischen Aufwand je nach Pflegegrad der/des Pflegebedürftigen gekoppelt sein und sich am Durchschnittslohn einer Pflegekraft orientieren.

Quellen:
beta Institut, 2022
Bundesgesundheitsministerium, 2022
SGB XI, 2023
Stand: 11/2023

2.15 Tagespflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die vorübergehende Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Im Rahmen der Leistungshöchstbeträge übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen grundsätzlich privat getragen werden.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zum Pflegegeld, der Kombinations- oder Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung erfolgt nicht. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der/des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Für die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege kann ebenfalls der **Entlastungsbetrag** eingesetzt werden. Dieser kann zudem für die sogenannten „Hotelkosten“ (Unterkunft, Verpflegung), die im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege entstehen, verwendet werden.

Maximale monatliche Leistungen der Pflegekassen für die Tagespflege:

Pflegegrad 1: –
Pflegegrad 2: 689 Euro
Pflegegrad 3: 1298 Euro
Pflegegrad 4: 1612 Euro
Pflegegrad 5: 1995 Euro

Quellen:
Bundesgesundheitsministerium,2021
Weiterführende Literatur:
Infoblatt Ansprüche Leistungen Pflegeversicherung
Stand: 11/2023

2.16 Alternative Wohnformen

Betreutes Wohnen

In der Regel soll das betreute Wohnen das eigenständige Leben mit den Vorteilen einer Gemeinschaft verbinden. Einige Organisationen des betreuten Wohnens sind dabei an Einrichtungen der Altenpflege angeschlossen und stehen auf dem Gelände von Pflege- oder Seniorenheimen.

Typischerweise leben ältere Menschen beim betreuten Wohnen in ihrem eigenen Appartement und können professionelle Serviceleistungen, bis hin zur Pflege, in Anspruch nehmen. Die rechtliche Betreuung ist beim betreuten Wohnen nicht miteingeschlossen. Der Begriff betreutes Wohnen ist nicht rechtlich geschützt.

Service Wohnen

Unter Service Wohnen versteht man zumeist barrierearme Wohnungen mit dem Angebot einfacher Dienstleistungen, wie beispielsweise Alltagshilfen für die Wäsche, Besuchsdienste, Hausnotrufsysteme, „Essen auf Rädern“ oder ambulante Versorgungsdienste.

Einen professionellen Pflegebereich gibt es beim Service- Wohnen jedoch nicht, so dass bei höherem Pflegebedarf ein Umzug in ein Pflegeheim erforderlich wird. Häufig ist in dieser Wohnform die freie Leistungserbringerwahl nicht gegeben, da man sich bei Vertragsunterzeichnung zur Inanspruchnahme der im Vertrag aufgeführten Leistungserbringer verpflichtet.

Angebote des Servicewohnens richten sich überwiegend an ältere Menschen. Der Begriff ist nicht rechtlich geschützt.

Ambulant Betreute Wohngemeinschaften

In einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft z.B. für Menschen mit Demenz leben in der Regel sechs bis maximal zwölf Personen in einer großen Wohnung zusammen. Sie werden von einem ambulanten Pflegedienst betreut. Die Erkrankten werden durch Angehörige, rechtliche Betreuer/-innen oder Bevollmächtigte vertreten und sind Mieter/ -innen.

Quellen:

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2021
Verbraucherzentrale Bayern, 2021
Stand: 11/2023

2.17 Auswahlkriterien Pflegeheim

Die Entscheidung zukünftig in einem Pflegeheim zu leben um die eigene Versorgung sicher zu stellen, ist ein großer Schritt. Das gewohnte Umfeld, das eigene zu Hause zu verlassen um in ein Pflegeheim zu ziehen, will gut überlegt sein. Sich frühzeitig mit diesen Gedanken zu befassen, schafft die Möglichkeit eine Auswahl treffen zu können. Es gibt verschiedenste Heime mit unterschiedlichen Angeboten.

Legen Sie zunächst für sich fest, was für Sie wichtig ist:

- Wie weit ist das Pflegeheim von der jetzigen Wohnung entfernt?
- Wie ist die Umgebung?
- Sind Geschäfte, Arztpraxen, Restaurants, Freizeitangebote und andere Einrichtungen zu Fuß erreichbar?
- Ist die Pflegeeinrichtung gut erreichbar für Angehörige, Freunde und Bekannte?
- Ist die Einrichtung gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden?
- Können eigene Möbel mitgebracht werden?
- Kann ich mein Haustier mitnehmen?
- Können die Bewohner/-innen ihren Tagesablauf mitgestalten?
- Gibt es einen Heimbeirat, der den Bewohner/-innen aktive Mitbestimmung ermöglicht?
- Welche Serviceangebote gibt es?
  (z.B. Logopädie, Krankengymnastik etc.)
- Gibt es religiöse Angebote?
- Gibt es Einzelzimmer oder nur Mehrbettzimmer?
- Wie ist die ärztliche Versorgung sichergestellt?

Der Gesetzgeber hat mit dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) ermöglicht, dass ein Probewohnen in den Pflegeeinrichtungen möglich ist. Fragen Sie deshalb bei dem von Ihnen ausgesuchten

Pflegeheim nach dieser Möglichkeit an, bevor Sie eine endgültige Entscheidung treffen.

Woran erkenne ich ein gutes Pflegeheim?
Neue Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen sind am 1. November 2019 in Kraft getreten.

Die Qualitätsdarstellung basiert auf drei Säulen:

- den strukturellen Einrichtungsinformationen (allgemeine Informationen über das Angebot der Einrichtung),
- den Qualitätsindikatoren (hier erfasst die Einrichtung selbst die Qualität ihrer Pflege),
- und den Ergebnissen aus externen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MD) beziehungsweise den Verband der privaten Krankenversicherungen.

Das kann helfen, mehrere Einrichtungen miteinander zu vergleichen und sich dazu die Qualitätsbereiche herauszusuchen, die Ihnen besonders am Herzen liegen.
Entscheidend bleibt bei der Suche nach einem passenden Pflegeheim aber: Sehen Sie sich die Einrichtungen selbst vor Ort an.

Wie ist der erste Eindruck?

- Lassen Sie sich das Haus zeigen um sich damit einen Überblick über die Sauberkeit verschaffen zu können. Riecht es frisch und sauber oder eher nach Ausscheidungen?
- Befragen Sie andere Heimbewohner/-innen und deren Angehörige nach deren Zufriedenheit.
- Führen Sie ausführliche Gespräche mit der Heimleitung und der Pflegedienstleitung.
- Lassen Sie sich die Bezugspflegekräfte vorstellen.
- Wie wirken die Bewohner/-innen auf Sie (offen, agil, apathisch, verängstigt)?

- Unterhalten Sie sich mit den Angehörigen anderer Heimbewohner/-innen und erfragen deren Erfahrungen (vielleicht auch wie mit Reklamationen und Beanstandungen umgegangen wird).
- Wirkt das Personal gestresst? Hat es Zeit, auf einzelne Bewohner/-innen einzugehen? Wie viele Vollzeitpflegekräfte gibt es?
- Werfen Sie einen Blick auf den Speiseplan. Vielleicht ist es möglich, im Vorfeld an einem Mittagessen teilzunehmen. Das wäre auch eine gute Gelegenheit mit den Heimbewohner/-innen ins Gespräch zu kommen.
- Erfragen Sie ob ein Probewohnen für ein paar Tage möglich ist.

Welche Kosten sind zu erwarten?

Klären Sie mit Ihrem Wunschheim im Vorfeld mit welchen Kosten Sie rechnen müssen für:

- die Heimunterbringung, also die reinen Wohnkosten
- die Pflege
- Investitionskosten
- Essen und Getränke
- Waschen der Wäsche, Reinigen des Zimmers/der Wohnung und andere Serviceleistungen
- Telefon, Internet
- Strom, Heizung (bei einer Wohnung)
- Anmeldegebühren
- bei Abwesenheit, zum Beispiel bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, einer Kur/Reha oder im Urlaub

Außerdem:

- Wie hoch ist der Eigenanteil? Wieviel übernimmt die Pflegekasse? Wann stehen dem/der Bewohner/-in Zuschläge der Pflegekasse in welcher Höhe zu?
- Hat der/die Bewohner/-in Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ durch den Bezirk Oberbayern, wenn der Eigenanteil nicht aus eigenen finanziellen Mitteln gestemmt werden kann?

Wenn im Wunschheim kein Platz frei ist?
Die Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen ist hoch. Findet man keinen Pflegeheimplatz, gibt es meist die Möglichkeit, sich auf eine Warteliste setzen zu lassen. Fragen Sie nach, ob die Anmeldung auf der Warteliste nach einer bestimmten Zeit automatisch gelöscht wird.
Das Pflegeheim darf für die Zeit vor dem tatsächlichen Einzug in das Pflegeheim keine Gebühr verlangen. Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil vom 15. Juli 2021 entschieden, dass Platz- und Reservierungsgebühren nicht rechtens sind.

Was beim Heimvertrag zu beachten ist:

- Ist der Heimvertrag einfach geschrieben und gut verständlich?
- Sind alle Kosten klar und transparent aufgelistet?
- Wie sind die Kündigungsfristen?
- Kann das Pflegeheim dem Bewohner/ der Bewohnerin kündigen?
- Wird ein Probewohnen angeboten?
- Gibt es Anmeldefristen oder Wartezeiten?

Quellen:
Verbraucherzentrale, Pflege durch Angehörige, Wohnen im Alter, 2022
Weiterführende Informationen:
Infoblatt Umzug ins Pflegeheim
Infoblatt Zuschläge vollstationäre Pflege
Stand: 11/2023

2.18 Umzug ins Pflegeheim

Sobald Sie einen Platz im Pflegeheim gefunden haben, ist es sinnvoll den Umzug zu organisieren. Folgende Punkte sollten berücksichtigt und bedacht werden um einen möglichst reibungslosen Umzug und Einzug ins Pflegeheim zu ermöglichen.

Überprüfen Sie im Vorfeld wie der Pflegeplatz finanziert werden kann:

- Antrag auf Kostenübernahme für vollstationäre Unterbringung bei der Pflegekasse stellen.
- Ggf. Hilfe zur Pflege über den Bezirk Oberbayern, Telefon: (089) 2 19 82 10 57 für die zusätzliche Finanzierung beantragen.

Das alte Zuhause

- Wenn Sie zur Miete wohnen, muss die Wohnung fristgerecht gekündigt werden.
- Sind Sie vertraglich verpflichtet die Wohnung in einem renovierten Zustand zu übergeben? Dann organisieren Sie z.B. rechtzeitig einen Handwerks- und/oder Malerbetrieb.
- Erstellen Sie eine Liste mit Verträgen, die zu kündigen sind:
  – Strom, Telefon, Gas, Kabelanschluss
  – Hausnotrufdienst
  – Ggf. ambulanten Pflegedienst
  – GEZ (Heimbewohner brauchen keine GEZ-Gebühren bezahlen!)
  – Ggf. Mahlzeitendienst („Essen auf Rädern“)
  – Evtl. Vereinsmitgliedschaften
- Rechtzeitig Kontakt zu einem Umzugsunternehmen herstellen
- Keller und Speicher entrümpeln.
- Klären Sie mit dem Pflegeheim welche Möbel, Bilder, Pflanzen, Fernseher, Stereoanlage etc. Sie mitnehmen können.
- Was soll mit den Möbeln und Gegenständen geschehen, die Sie nicht mitnehmen können? (verschenken, verkaufen, entsorgen)

- Es gibt Pflegeinrichtungen in die Sie Ihre Haustiere mitnehmen können. Dies sollten Sie jedoch unbedingt im Vorfeld mit der Heimleitung besprechen.
- Wohnungsübergabetermin vereinbaren.

Wer sollte benachrichtigt werden? / Adressänderungen

- Banken benachrichtigen, ggf. Daueraufträge kündigen
- Finanzamt
- Freunde, Verwandte, Bekannte
- Gemeinde-/Stadtverwaltung (ummelden)
- Pflegekasse, Krankenkasse
- Rentenversicherung
- Ggf. therapeutische Praxen informieren (z.B. Krankengymnast, Logopäde, Fußpflege ...)
- Hausarztpraxis: klären Sie ob die Betreuung auch im Pflegeheim weiterhin übernommen werden kann
- Vereine, Versicherungen, Zeitungsverlage
- Stellen Sie einen Nachsendeantrag bei der Post.

Versicherungen

Im Pflegeheim sind Sie als Bewohner/-in automatisch mit einigen Versicherungen abgesichert. Dies sollten Sie im Vorfeld mit der Heimleitung besprechen. Überlegen Sie welche Versicherungen Sie darüber hinaus benötigen, oder welche Sie kündigen sollten. Bei den Versicherungen die Sie weiterhin benötigen (z.B.: private Haftpflichtversicherung oder Sterbegeldversicherung), sollten Sie die Policen auf Ihre neue Adresse umschreiben lassen.

Dokumente/ wichtige Unterlagen

Nicht alle Dokumente Ihrer Person betreffend sind zwingend notwendig bei der Heimverwaltung zu hinterlegen (Wenn möglich geben Sie dort nur die Kopie der Unterlagen ab). Besprechen Sie dies im Vorfeld mit

der Heimleitung/Heimverwaltung. Unterlagen wie folgt werden im Pflegeheim notwendig sein:

- Personalausweis/Reisepass
- Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht evtl. Betreuungsverfügung
- Ggf. den Betreuungsbeschluss, bzw. Betreuerausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Zuzahlungsbefreiung, Medikamentenplan
- Pflegegutachten, Bescheid der Pflegegrad-Genehmigung
- Allergiepass, Herzschrittmacherpass, Blutdruckpass, Defibrillator-Ausweis, Impfpass, Diabetikerpass, Brillenpass, o. Ä.
- Krankenkassennachweis/Krankenkassenkarte
- Ärztliche Verordnungen (besprechen Sie diesen Punkt gesondert mit der Heimleitung, damit diese bei Bedarf auch fortgesetzt werden können).

Andere, für Sie wichtige Unterlagen (wie Ihr Testament, Versicherungspolicen, Rentenbescheide, Bestattungsvorsorge, ...) und die Originale der oben genannten Unterlagen, sollten Sie an einem zentralem Ort, bei einer vertretungsberechtigten Person verwahren.

Hilfsmittel

In Absprache mit der Heimleitung nehmen Sie Ihre Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Elektromobil, Gehstöcke, Hörgeräte, Sauerstoffgerät, o.Ä.) beim Einzug ins Pflegeheim mit. Falls Sie Hilfsmittel haben, die Sie im Pflegeheim nicht mehr benötigen, die aber von Ihrer Krankenkasse finanziert sind, müssen diese zurückgegeben werden. Hierzu nehmen Sie Kontakt zu Ihrer Krankenkasse und dem Sanitätshaus (welches das Hilfsmittel geliefert hat) auf.

Pflegehilfsmittel

Wenn Sie Pflegehilfsmittel z. B. als Abonnement („40-Euro-Box“) beziehen, sollten Sie dies kündigen. Wenn Sie in einem Pflegeheim

gepflegt werden haben Sie keinen Anspruch mehr auf diese Leistung.

Das neue Zuhause

In manchen Pflegeheimen ist es notwendig, dass Sie Ihre Kleidung und andere Textilien (z.B. Handtücher und Bettwäsche) mit Namensetiketten versehen. Folgende Dinge sollten Sie in Ihren „Koffer“ packen:

- Handtücher, Waschlappen, Duschtücher, Bademantel, Zahnprothese
- Hygieneartikel, Nagelfeile, Nagelschere, Bürste, Kamm, Rasierapparat
- Kleidung für alle Jahreszeiten (Röcke, Hosen, Blusen, Hemden, Pullover, Unterwäsche, Nachtwäsche, Socken, Strumpfhosen, Kompressionsstrümpfe, Jacken, Mäntel, Schuhe, Hausschuhe)
- Hausanzug, Jogginganzug, Brille, Sonnenbrille
- Handtasche, Bargeld
- Bettwäsche, Lieblingsdecke, Lieblingskissen, Tischdeckchen
- Bilder, Fotoalben, Erinnerungsstücke
- Kalender, Bücher
- Evtl. Handarbeitssachen wie Strick- oder Häkelsachen
- Evtl. etwas Geschirr (vielleicht die Lieblingstasse ...)
- Radio, Fernseher, CD-Spieler, evtl. Laptop, Handy

NÜTZLICH ZU WISSEN:

- Bei einem Umzug in ein Pflegeheim können die Umzugskosten unter Umständen als **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** von der Pflegekasse bezuschusst werden. Informieren Sie sich rechtzeitig bei Ihrer Pflegekasse und stellen Sie den Antrag.
- Kosten für das Pflegeheim (Umzugskosten, Zuzahlung zur Heimunterbringung ...) können beim Finanzamt als **außergewöhnliche Belastung** von der Steuer abgesetzt werden. Hierzu sollten Sie Kontakt zu Ihrer Steuerberatung aufnehmen.
- Wenn die Notwendigkeit des Einzuges in ein Pflegeheim für Sie und Ihre/-n Angehörige/-n z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt überraschend kommt, können Sie zur Organisation der Pflege bei Ihrer Arbeitsstelle eine **kurzfristige Arbeitsverhinderung** (bis zu 10 Arbeitstage) melden. Als teilweise Lohnersatzleistung können Sie hier das **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegeversicherung Ihrer/-s Angehörigen beantragen.

Quellen:
Verbraucherzentrale Bayern, 2021
Weiterführende Literatur:
Infoblatt Auswahlkriterien Pflegeheim
Stand: 11/2023

2.19 Leistungszuschläge in der vollstationären Pflege

Die Pflegekassen zahlen seit Januar 2022 für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2–5 einen Leistungszuschlag für anfallende pflegebedingten Kosten (§ 43 c SGB XI).
Je länger eine pflegebedürftige Person im Pflegeheim lebt, desto höher fällt der Zuschlag aus. Der monatliche Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen reduziert sich dadurch.

Verweildauer im Pflegeheim	Leistungszuschlag ab 01.01.2024
0-12 Monate	15 %
13-24 Monate	30 %
25-36 Monate	50%
über 36 Monate	75%

Wie wird die Verweildauer berechnet?
Für die Verweildauer werden angefangene Monate voll angerechnet. Zur Berechnung der Verweildauer kann der/die Bewohner/-in bis zu 42 Tage im Jahr etwa durch Krankenhausaufenthalte abwesend sein. Unerheblich für die Berechnung der Verweildauer ist ein Wechsel des Pflegeheims oder ein Wechsel der Kranken-/ Pflegekasse.

Wie erhält man den Zuschlag?
Die Pflegekasse rechnet den Zuschlag so wie die Leistung für die vollstationäre Pflege direkt mit dem Pflegeheim ab. Ein gesonderter Antrag muss nicht gestellt werden.

Wie wird der Zuschlag berechnet?
Eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2, lebt seit 6 Monaten im Pflegeheim.
Monatlich wird beispielhaft folgende Rechnung ausgestellt:

Kosten Einzelzimmer/ Monat	**Pflegegrad 2**
Investitionskosten	669,24 Euro
Unterkunft und Verpflegung	851,76 Euro
Pflegebedingte Aufwendungen	2129,40 Euro
Ausbildungsumlage	91,26 Euro
Gesamt	**3741,66 Euro**
abzgl. Leistung Pflegekasse vollstationäre Pflege	770 Euro
abzgl. Zuschlag nach Verweildauer	**217,60 Euro**
Tatsächlicher Eigenanteil	**2754,06 Euro**

Der **Zuschlag nach Verweildauer** wird folgendermaßen berechnet:	
Pflegebedingte Aufwendungen	2129,40 Euro
+ Ausbildungsumlage	91,26 Euro
abzgl. Leistung Pflegekasse vollstationäre Pflege	770 Euro
Gesamt	**1450,66 Euro**
15 % von Gesamt	**217,60 Euro**

Nur der Eigenanteil an den Pflege- und Ausbildungskosten wird von der Pflegekasse zusätzlich zu der Leistung für die vollstationäre Pflege bezuschusst.

Die Investitionskosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss die pflegebedürftige Person weiter selbst tragen.

Quellen:
Beta Institut, Sozialgesetzbuch XI, Verbraucherzentrale
Stand: 11/2023

2.20 Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen?
Es ist gesetzlich festgelegt, dass es sich dann um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt, wenn die Bewegungsfreiheit einer Person ohne ihre Zustimmung eingeschränkt wird. Unter derartige Maßnahmen fallen zum Beispiel: Bettgitter, Bauchgurte, Hand- und Fußgurte, das Feststellen der Rollstuhlbremse, das Wegstellen der Hausschuhe oder das Verschließen von Türen. Auch die Gabe von Medikamenten, die mit dem Ziel verabreicht werden, eine Person in ihrer Freiheit zu beschränken, zählt zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen.
Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur nach gewissenhafter Abwägung der Freiheitsrechte mit den Fürsorgepflichten unter bedingungsloser Beachtung der Würde des Menschen und seiner Selbstbestimmung anzuwenden. Sie sind immer das letzte Mittel der Wahl. Es muss die schonendste und am wenigsten in die Freiheit der Betroffenen eingreifende Maßnahme zum Tragen kommen. Zudem muss ihre Dauer begrenzt sein und ihre Notwendigkeit immer wieder reflektiert werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur dann angebracht, wenn alle anderen Möglichkeiten versucht wurden und keinen Erfolg hatten.

Die Anwendung von FEM
Freiheitsentziehende Maßnahmen sollten die letzte Möglichkeit sein, z.B. bei

- hohem Verletzungsrisiko durch einen Sturz;
- Gesundheitsgefahr, zum Beispiel durch Gefahr der Entfernung von Infusionen;
- aggressivem Verhalten, durch das die Betroffenen selbst oder andere Personen gefährdet werden;
- starker Unruhe, die zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen nur durchgeführt werden, wenn die Betroffenen selbst schriftlich zugestimmt haben. Falls Betroffene nicht einwilligungsfähig sind, muss die Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme durch eine/-n Betreuer/-in oder eine/-n Betreuer/-in beim Betreuungsgericht eingeholt werden. Gibt es keine bevollmächtigte oder betreuende Person, kann jeder beim Betreuungsgericht eine rechtliche Betreuung anregen.

Quelle:
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2022
Stand: 11/2023

2.21 Zuzahlungsbefreiung

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen müssen sich an den Ausgaben für ihre Gesundheit in Form von Zuzahlungen beteiligen.
Versicherte leisten Zuzahlungen in Höhe von 10 % vom Abgabepreis, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege 10 % der Kosten, sowie 10 Euro pro Verordnung.

Zuzahlungen fallen an bei:

- Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Krankenhausaufenthalten
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Häuslicher Krankenpflege
- Haushaltshilfen
- Fahrtkosten

Zuzahlungsbefreiung bei günstigen Präparaten
Es gibt Medikamente für die auch erwachsene Patientinnen und Patienten keine Zuzahlung leisten müssen. Dies sind in der Regel günstigere Alternativpräparate mit vergleichbarer Wirkung und Qualität und zum Teil auch identischer Zusammensetzung.
Aufgrund gesetzlicher Regelungen gibt es sogenannte Festbeträge für Arzneimittel. Zusätzlich handeln die Krankenkassen mit den herstellenden Firmen Rabattverträge aus, die es ermöglichen, dass es in Deutschland mehrere tausend zuzahlungsfreie Arzneimittel gibt.

Gesundheitsleistungen ohne Zuzahlung

- Bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, mit Ausnahme der Fahrkosten.
- Untersuchungen der Vorsorge- und Früherkennung werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.
- Empfohlene Schutzimpfungen
- Harn- und Blutstreifen

Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze ist der individuell berechnete Höchstbetrag, den eine krankenversicherte Person im Laufe eines Kalenderjahres maximal zahlen muss.

- Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % der Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt aller im Haushalt lebenden Personen pro Kalenderjahr.
  (bzw. 1 % bei chronisch Kranken, siehe unten)
- Die Belastungsgrenzen gelten auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.
- Bei Personen mit Sozialhilfebezug gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft.

WICHTIG:
Alle **Zuzahlungsbelege sammeln**! Grundsätzlich werden alle Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Hierzu zählen, zusätzlich zur Zuzahlung für Arzneimittel, auch der Eigenanteil für stationäre Behandlungen und die Zuzahlung bei Heilmitteln und häusliche Krankenpflege!
Die Krankenkassen benachrichtigen ihre Versicherten nicht automatisch sobald diese ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Hier muss bei der Krankenkasse eine Befreiungsbescheinigung beantragt werden. Zusammen mit dem Antrag müssen alle Originalquittungen über die geleisteten Leistungen und die Einkommensnachweise bei der Krankenkasse eingereicht werden.

Freibeträge bei der Belastungsgrenze
Für Familien gelten Freibeträge, die von den jährlichen Bruttoeinnahmen (hierzu zählen Arbeitseinkommen oder Rente aber auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten) zum Lebensunterhalt abgezogen werden können. Die Höhe des Freibetrags richtet sich nach der sogenannten Bezugsgröße.
Die Bezugsgröße ist ein Durchschnittswert der Jahreseinnahmen der Versicherten (39.480 Euro für das Jahr 2021). Zusätzlich wird für jedes minderjährige oder familienversicherte Kind der versicherten Person und des jeweiligen Lebenspartners ein Freibetrag berücksichtigt (8.388 Euro im Jahr 2021).

Besonderheit in der Landwirtschaft: Für jeden weiteren, in der Landwirtschaft mitarbeitenden Angehörigen gibt es einen Freibetrag von 3.948 Euro (im Jahr 2021).

Berechnung der Belastungsgrenze
Die Belastungsgrenze wird für die Angehörigen, die im gemeinsamen Haushalt leben zusammen berechnet. Dazu zählen:

- Ehepartner/-innen (auch wenn der/die Ehepartner/-in oder Lebenspartner/-in dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt, oder wenn beide Ehepartner/-innen oder Lebenspartner/-innen gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei Einrichtungen leben)
- Kinder bis zum 18. Lebensjahr
- Eingetragene Lebenspartner/-innen
- NICHT zu den Angehörigen zählen Partner/-innen in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft!

Vorauszahlung des individuellen Höchstbetrages
Falls Sie bereits zu Beginn eines neuen Kalenderjahres absehen können, dass Sie Ihre Belastungsgrenze überschreiten werden, ist es möglich den Höchstbetrag im Voraus an die Krankenkasse zu überweisen. So kann verhindert werden, dass Sie im Jahresverlauf zu viel bezahlen und erst im Nachhinein die Befreiung von weiteren Zuzahlungen geltend machen können.
Allerdings sollte dies gut überlegt sein, denn eine Rückzahlung einer Vorauszahlung durch die Krankenkasse ist NICHT (auch nicht anteilig) möglich.

Chronisch Kranke:
Chronisch krank ist, wer ein Jahr und länger mindestens einmal im Quartal ärztlich behandelt wurde (zum Beispiel bei Diabetesbehandlung: mindestens einmal im Quartal die Untersuchung des Blutzuckers).
Darüber hinaus müssen Sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 % oder eine Min-

derung der Erwerbstätigkeit von mindestens 60 % vor.

- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich und der Gesundheitszustand verschlimmert sich ohne eine Therapie (Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln oder eine Arzneimitteltherapie).

Versicherte Personen müssen der Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, in der der Arzt/die Ärztin die Krankheit angeben und dem dem Patienten /der Patientin ein therapiegerechtes Verhalten bestätigen muss, um als chronisch krank eingestuft werden zu können.

Quellen:
Bundesgesundheitsministerium, 2021, Verbraucherzentrale Bayern, 2021
Stand: 01/2024

3. ANBIETER

Die nachfolgenden Anbieterlisten wurden von den Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes Ingolstadt erstellt und sind auf dem aktuellen Stand von Januar 2024.

3.1 Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Nicht alle hier aufgeführten Anbieter haben Versorgungsverträge für alle Bereiche mit den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Bitte klären Sie die Finanzierung mit ihrer Kasse ab.

BETREUUNG

- **Home Instead**
  Haunwöhrer Straße 32, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 93 89 22 80
  Mail: ingolstadt@homeinstead.de

- **Mobile Betreuung Ingolstadt UG**
  Billingerstraße 6, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0151) 19 36 33 11
  Mail:info@mobile-betreuung-in.de

- **My homecare**
  Am Pulverl 6, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 13 80 69 50
  Mail: info.in@my-homecare.de

HAUSWIRTSCHAFT

- **Agentur für Haushaltshilfe GmbH**
  Tel.: (08458) 3 20 89 40
  Mail: kreis-eichstaett@afh-by.de
  Web: www.agentur-fuer-haushaltshilfe.de

- **Fair & Flex GmbH**
  Unterer Bichlweg 17, 92339 Beilngries
  Tel.: (08461) 3 30 01 82
  Mail: info@fairundflex.de

- **S&K Dienstleistungen**
  Lindberghstraße 3a, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 81 37 49
  Mail: info@sundk-dienste.de

SENIORENASSISTENZ

- Seniorenassistenz **Maren Knebel**
  Tel.: (0151) 42 05 79 86
  Mail: info@seniorenassistenz-region10.de
  Web: www.seniorenassistenz-region10.de

- Seniorenassistenz **Olga Schmid**
  Tel.: (0179) 4 88 40 73
  Mail:seniorenassistenz-in-schmid@web.de

- Seniorenassistenz **Petra Rosenberger**
  Tel.: (0841) 93 89 46 57
  Mail: petra.rosenberger@gmx.de

- Seniorenassistenz **Silke Friedrichsen**
  Tel.: (0151) 58 84 28 41
  Mail:info@seniorenbetreuung-ingolstadt.de

Stand: 01/2024

3.2 AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

- **AGNUS Pflegedienst GmbH**
  Marie-Curie-Str. 6, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 90 25 17 90
  Mail: info@agnus-pflegedienst.de

- **Alina ambulanter Pflegedienst**
  Weckenweg 13, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 15 96 22 71
  Mail: alina.pflegedienst@gmail.com

- **ALPHA Ambulanter Pflegedienst GmbH**
  Goethestr.126, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 3 79 81 52
  Mail: info@alpha-pflegedienst.com

- **Ambulanter Pflegedienst „Elisa“**
  Esplanade 15, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 3 79 79 89
  Mail: info@alloheim-mobil.de

- **Ambulanter Pflegedienst Harmonie GmbH**
  Felsenstraße 10, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 98 12 31 11
  Mail: info@harmonie-gmbh.de

- **Ambulanter Pflegedienst Ingolstadt GmbH**
  Haunwöhrer Straße 11, 85051 Ingolstadt
  Tel. (0841) 7 33 31
  Mail: info@pflegedienst-ingolstadt.de

- **Ambulanter Pflegedienst Plus**
  Ziegelberg 2, 85139 Wettstetten
  Tel.: (0841) 9 93 00 04
  Mail: dr.jens_boehm@web.de

- **AWO Pflege gemeinnützige GmbH**
  Nürnberger Straße 32a, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 31 95 11
  Mail: guenter-suess@awo-in-ei.de

- **Banater Seniorenzentrum Josef Nischbach**
  Peisserstraße 66, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 96 43 54 00
  Mail: info@banater-seniorenzentrum.de

- **B-I-D Pflegedienst mit Seniorenbetreuung**
  Goethestraße 25a, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 81 24 80
  Mail: bidpflege@gmail.com

- **Caritas-Sozialstation Gaimersheim e.V.**
  Am Wallgraben 3, 85080 Gaimersheim
  Tel.: (08458) 3 27 50
  Mail: sozialstation@caritas-gaimersheim.de

- **Caritas Sozialstation Ingolstadt e.V.**
  Münchenerstraße 69, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 97 35 80
  Mail: sozialstation@caritas-ingolstadt.de

- **Caritas-Sozialstation Kösching e.V.**
  Schlehensteinstr.2a, 85092 Kösching
  Tel.: (08456) 9 88 30
  Mail: info@caritas-sozialstation-koesching.de

- **Danuvius Ambulante Pflege**
  Preysingstraße 5, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 54 82 70
  Mail: info@danuviusambulantepflege.de

- **Diakonie- Sozialstation Ingolstadt**
  Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 86 31
  Mail: sozialstation.ingolstadt@dw-in.de

- **Familien- und Seniorenbetreuung Arend GmbH**
  Haunwöhrer Str. 32, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 93 89 22 80
  Mail: ewald.arend@homeinstead.de

- **Germedika GmbH**
  Ziegeleisstrasse 1, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 99 47 93 88
  Mail: germedika@yahoo.de

- **G & W Ambulanter Pflegedienst**
  Herschelstraße 28, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 79 41 73 98
  Mail: info@gw-pflege.de

- **LebenPlus - Pflege Zuhause GmbH**
  Peisserstr. 1, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 7 37 06
  Mail: info@lebenplus-pflegezuhause.de

- **Mandy GmbH**
  Peisserstr. 15 a, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 99 39 63 90
  Mail: info@pflegedienst-mandy.com

- **myhomecare Bayern GmbH**
  Medererstraße 1, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 13 80 69 50
  Mail:info.in@my-homecare.de

- **Pflegedienst Bohl GmbH**
  Eitensheimer Str. 6, 85114 Buxheim
  Tel.: (08458) 3 43 73 41
  Mail: info@pflegedienst-bohl.de

- **Pflege- und Versorgungdienst Sonnenglanz GmbH**
  Niederfelder Str. 15, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 93 89 79 52
  Mail: pflegedienst.ingolstadt@gmail.com

- **Privater Sozialdienst Christian Ponzer**
  Messerschmittstraße 2, 85080 Gaimersheim
  Tel.: (08458) 32 20
  Mail: info@pflegedienst-ponzer.de

Stand: 01/2024

3.3 Essen auf Rädern

- **Caritas - Essen auf Rädern**
  Telemannstraße 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 49 01 88 10
  Mail: essenaufraedern@caritas-ingolstadt.de

- **Diakonie Sozialstation Ingolstadt**
  Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 86 31
  Mail: sozialstation.ingolstadt@dw-in.de

- **Essen auf Rädern Bohl**
  Eitensheimer Str. 6, 85114 Buxheim
  Tel.: (08458) 3 43 73 43
  Mail: info@pflegedienst-bohl.de

- **Schlemmerservice Iris Ponzer**
  Messerschmittstraße 2, 85080 Gaimersheim
  Tel.: (08458) 32 22 00
  Mail: info@schlemmerservice-ponzer.de

Stand: 01/2024

3.4 Hausnotrufsysteme

- **Bayerisches Rotes Kreuz**
  Auf der Schanz 30, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 33 30

- **Johanniter**
  Geisenfelder Straße 1, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 93 25 30

- **Malteser Hilfsdienst**
  Fort-Wrede-Straße 1, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 54 54 18

- **Tellimed Rambach & Fegers GbR**
  Kesselstrasse 30 A, 47546 Kalkar
  Tel.: (02824) 97 75 70

- **Vitakt Hausnotruf GmbH**
  Hörstkamp 32, 48431 Rheine
  Tel.: (05971) 93 43 56

Stand: 01/2024

3.5 Tagespflegeeinrichtungen

- **AWO Seniorenzentrum Katharinengarten**
  Nürnberger Str. 32a, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 99 33 23 - 00, Fax: (0841) 99 33 23 - 11
  Mail: info@sz-in.awo-obb.de

- **Caritas-Tagespflege Ringsee**
  Geisenfelder Str. 3a, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 73 58 - 0, Fax: (0841) 9 73 58 - 20
  Mail: sozialstation@caritas-ingolstadt.de

- **Caritas-Tagespflege St. Pius**
  Richard-Strauß-Str. 1a, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 73 58 - 0, Fax: (0841) 9 73 58 - 20
  Mail: sozialstation@caritas-ingolstadt.de

- **Diakonie Seniorenstube am Park -**
  Tagespflege im Seniorenzentrum Dietrich Bonhoeffer
  Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 81, Fax: (0841) 88 82 10
  Mail: tagespflege@dw-in.de

Stand: 01/2024

3.6 Agenturen für 24-Stunden-Betreuung

- **Betreuung plus**
  Untere Stadtgasse 55, 90427 Nürnberg
  Tel.: (0911) 14 88 61 10, Büro Ingolstadt: (0841) 49 39 94 22
  Mail: kontakt@betreuungplus.de
  Web: www.betreuungplus.de

- **Betreuungswelt**
  Markus Weber
  Hafnergasse 11, 85134 Stammham
  Tel: (08405) 9 25 78 75
  Mobil: (0160) 7 00 00 98
  Mail: markus.weber@betreuungswelt.

- **FrankenPlus**
  Nürnbergerstraße 33 a, 90762 Fürth
  Tel: (0911) 49 03 89 35
  Mail: info@frankenplus.de
  Web: www.frankenplus.de
  Hotline: (0800) 2 42 62 89 (kostenlos)

- **Linara Betreuung zu Hause**
  Herrnbühlstrasse 4, 90602 Pyrbaum
  Tel.: (09180) 9 39 42 99
  Fax: (03212) 9 68 98 80
  Mail: hartmut.stoy@linara.de
  Web: www.linara.de/hartmut-stoy

- **Pflegehelden Ingolstadt**
  Wolfstrasse 2, 85276 Pfaffenhofen
  Tel: (08441) 80 35 14
  Fax: (08441) 4 55 70 89
  Mail: ingolstadt@pflegehelden.de
  Web: www.pflegehelden-ingolstadt.de
  Geschäftsführung: Fr. Elvira Repp

- **PHD Pflege & Hilfe Daheim GmbH**
  Schumannstrasse 9, 86368 Gersthofen
  Tel: (0821) 24 65 43 54
  Mail: info@phd-24hpflege.de
  Web: www.phd-24hpflege.de

- **PRO med Germany**
  Marie-Curie-Straße 6, 85055 Ingolstadt
  Tel: (0841) 13 80 76 69
  Mobil: (0162) 4 21 72 42
  Mail: info@promed-germany.de
  Web: www.promed-germany.de

- **Senioren Partner** Betreutes Wohnen zu Hause
  Rollnerstrasse 28, 90408 Nürnberg
  Tel.: (0911) 43 18 99 60
  Fax: (0911) 43 18 91 45
  Mail: info@seniorenpartner24.de
  Web: www.seniorenpartner24.de

Stand 01/2024

3.7 Sanitätsfachgeschäfte

- **Herdan GmbH**
  Sanitätsfachgeschäft + Orthopädietechnik
  Steinheilstr.5, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 1 70 07

- **OTec-IN GmbH**
  Sanitätshaus + Orthopädietechnik
  Krumenauerstr. 38- 44, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 31 60 03

- **Rattenhuber**
  Sanitätshaus + Orthopädietechnik
  Pfarrgasse 8, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 52 71 68

- **Spörer GmbH**
  Sanitätshaus + Orthopädietechnik
  Friedrichshofenerstr. 6 – 10, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 4 91 10

Stand: 01/2024

3.8 40 Euro Box Pflegehilfsmittel

www.box.sanubi.de

www.curabox.de

www.desbox.de

www.hygibox.de

www.hysana.de

www.pflegemittelbox.de

www.pflege-paket.de

www.sanibox.de

Stand: 01/2024

3.9 Betreutes Wohnen

- **Alloheim Senioren-Residenz „Elisa“**
  Esplanade 15, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 3 79 70
  Fax: (0841) 3 79 79 10
  Mail: rezeption.ingolstadt@alloheim.de_
  Internet: https://www.alloheim.de/residenz/alloheim-senioren-residenz-elisa-ingolstadt/

- **Betreutes Wohnen am Katharinengarten**
  Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt
  Katharinengarten 1-6, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 31 95 11
  Fax: (0841) 9 31 95 29
  Mail: info@awo-in-ei.de
  Internet: www.awo-in-ei.de

- **Betreutes Wohnen Beckerstraße**
  Vermieter: Klinikum Ingolstadt GmbH
  Beckerstraße 7, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 80 50 10
  Fax: (0841) 8 80 50 30
  Mail: hv-info@klinikum-ingolstadt.de
  Internet: www.klinikum-ingolstadt.de

- **Betreutes Wohnen der Ingenium Stiftung**
  Neidertshofener Straße 20, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 55 71 85
  Fax: (0841) 88 50 71 87
  Mail: info@ingenium-stiftung.de
  Internet: www.ingenium-stiftung.org/

- **Betreutes Wohnen Märzenbecherstraße**
  Träger: Service Wohnen Ingolstadt
  Märzenbecherstraße 26-28
  85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 48 36 21
  Mail: info@ghw-ingolstadt.de
  Internet: https://www.ghw-ingolstadt.de/service-wohnen

- **Betreutes Wohnen Peisserstraße**
  Peisserstraße 66, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 96 43 54 00
  Mail: info@banater-seniorenzentrum.de
  Internet: www.banater-seniorenzentrum.de

- **Caritas-Seniorenheim St. Pius**
  Gabelsbergerstraße 46, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 49 03 80
  Fax: (0841) 4 26 47
  Mail: seniorenheim@caritas-ingolstadt.de
  Internet: https://www.caritas-seniorenheim-ingolstadt.de/

- **Seniorenzentrum Dietrich Bonhoeffer**
  Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 8 1
  Fax: (0841) 88 82 10
  Mail: tagespflege@dw-in.de
  Internet: https://dw-in.de/portfolio-items/seniorenzentrum-dietrich-bonhoeffer/

Stand: 01/2024

3.10 Betreutes Wohnen für Menschen mit Demenz

- **Ambulant Betreute Wohngemeinschaft der Ingenium Stiftung**
  Neidertshofener Str. 20, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 50 71 85 oder -87
  Mail: info@ingenium-stiftung.de
  Web: www.ingenium-stiftung.org/unsere-projekte/

- **Danuvius Wohngruppe am Münzbergtor**
  Preysingstr. 3, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 9 33 90
  Mail: info@danuviusklinik.de
  Web: www.danuviusklinik.de/pflege/wohngruppe-am-münzbergtor

- **Haus der Generationen Hallertau**
  Ziegelstr.11, 85283 Wolnzach
  Tel.: (08442) 9 24 20
  Mail: info@hdg-hallertau.de
  Web: www.hdg-hallertau.de

- **Schwarzachhaus GmbH**
  Enkeringerstr. 5a, 85125 Kinding
  Tel.: (0173) 3 65 15 08
  Mail: info@schwarzachhaus.de
  Betreute Wohngemeinschaften des Schwarzachhaus:
  Haus Robert Bezwald, Kinding • Haus Schönblick, Obermässing
  Stadtvillen Helmut und Mathilde, Ingolstadt

- **Seniorengemeinschaft Haus Schönblick**
  Familie Schön, Ziegelespan 2, 91171 Greding
  Tel.: (08469) 9 01 88 58 oder 90 14 65
  Mail: info@obermaessing.de

Stand: 01/2024

3.11 Stationäre Pflege

- **Alloheim Senioren-Residenz „Elisa“**
  Esplanade 15, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 3 79 70
  Mail: ingolstadt@alloheim.de

- **Altenheim der Heilig-Geist-Spital-Stiftung**
  Fechtgasse 1, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 13 80 65 13
  Mail: info.hgs@spitalstiftung-ingolstadt.de

- **Alten- und Pflegeheim Anna Ponschab Haus**
  Klinikum Ingolstadt GmbH
  Krumenauerstraße 27, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 80 50 30
  Mail: hv-info@klinikum-ingolstadt.de

- **AWO Seniorenzentrum Katharinengarten**
  Nürnberger Straße 32 a, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 99 33 23 00
  Mail: info@sz-in.awo-obb.de

- **Banater Seniorenzentrum Josef Nischbach**
  Peisserstraße 66, 85053 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 96 43 54 00
  Mail: info@banater-seniorenzentrum.de

- **Caritas-Seniorenheim St. Josef**
  Eichenwaldstraße 79, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 49 32 20
  Mail: seniorenheim@caritas-gerolfing.de

- **Caritas-Seniorenheim St. Pius**
  Gabelsbergerstraße 46, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 49 03 80
  Mail: seniorenheim@caritas-ingolstadt.de

- **Danuvius-Haus**
  Levelingstraße 5, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 95 35 05 03
  Mail: info@danuviushaus.de

- **Haus Herzog Wilhelm**
  Münchener Straße 133, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 81 31 10
  Mail: graftilly@korian.de

- **Matthäusstift der Diakonie**
  Östliche Ringstraße 12, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 93 30 30
  Mail: matthaeus-stift@dw-in.de

- **Pflegeeinrichtung der Stiftung Heilig-Geist-Spital im Anna-Ponschab-Haus**
  Krumenauerstraße 27, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 80 54 00
  Mail: info.aph@spitalstiftung-ingolstadt.de

- **Seniorenzentrum Dietrich Bonhoeffer**
  Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 85 50
  Mail: dietrich-bonhoeffer@dw-in.de

Stand: 01/2024

3.12 Stationäre Angebote bei Demenz

- **AWO Seniorenzentrum Katharinengarten**
  Nürnbergerstrasse 32 a, 85055 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 99 33 23 00
  Mail: info@sz-in.awo-obb.de

- **Caritas Seniorenheim St. Josef**
  Eichenwaldstraße 79, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 49 32 20
  Mail: seniorenheim@caritas-gerolfing.de

- **Danuvius-Haus Ingolstadt**
  Levelingstrasse 5, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 95 35 05 00
  Mail: info@danuviushaus.de

- **Haus Herzog Wilhelm**
  Münchener Str. 133, 85051 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 81 31 10
  Mail: graftilly@korian.de

- **Pflegeeinrichtung der Stiftung Heilig-Geist-Spital**
  Im Anna Ponschab Haus
  Krumenauerstraße 27, 85049 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 8 80 54 80
  Mail: annaponschabhaus@ingolstadt.de

- **Seniorenzentrum Dietrich Bonhoeffer**
  Stinnesstrasse 8, 85057 Ingolstadt
  Tel.: (0841) 88 85 50
  Mail: dietrich-bonhoeffer@dw-in.de

Stand: 01/2024

4 FORMULARE UND CHECKLISTEN

Die nachfolgenden Checklisten wurden von den Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes Ingolstadt erarbeitet und sind eine Gedankenstütze für Sie mit keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Formulare „Patientenverfügung“, „Vorsorgevollmacht“ und „Betreuungsverfügung“ sind die Vorlagen vom Bayerischen Justizministerium aus dem Jahr 2022.

4.1 Checkliste Begutachtungsvorbereitung

Haken Sie Ihre Checkliste ab ...

Sie haben eine Pflegebegutachtung zur Eingruppierung oder Höherstufung in einen Pflegegrad bei Ihrer Pflegekasse beantragt. Zur Vorbereitung auf den Termin mit dem Medizinischen Dienst können Sie diese Checkliste verwenden.

- ☐ Ich kenne Datum, Uhrzeit und Form (telefonisch oder persönlich als Hausbesuch) des Begutachtungstermins und kann diesen wahrnehmen.
- ☐ Ich bin beim vereinbarten Termin nicht alleine, eine Vertrauens- oder Pflegeperson ist über den Termin informiert und wird anwesend sein.
- ☐ Ich habe zum Hausbesuch ein Ausweisdokument (z.B. Personalausweis) zur Hand.

- [ ] Aktueller Medikamentenplan
(wenn Sie Medikamente nehmen) liegt vor.

- [ ] Aktueller Arztbrief oder Krankenhausbericht liegt vor.

- [ ] Ich weiß, welche meiner verschiedenen Diagnosen zum größten pflegerischen Unterstützungsbedarf führt.

- [ ] Aktueller Therapieplan liegt vor mit Anordnungen zur Eigenübung
(wenn Sie in therapeutischer Behandlung sind)

- [ ] Aktuelle Pflegedokumentation liegt vor
(wenn bereits ein Pflegedienst involviert ist)

- [ ] Ich kenne die sechs Module, die bei der Begutachtung bepunktet werden.

- [ ] Ich weiß, wobei ich in meinem Alltag am meisten Unterstützung brauche und welche Punkte ich unbedingt ansprechen möchte.

Notizen:

Quellen: MD-Bayern, AOK; 2022

4.2 Checkliste Auswahl Pflegedienst

Haken Sie Ihre Checkliste ab ...

Bevor ein Pflegedienst für die häusliche Pflege beauftragt wird, sollten Sie sich überlegen welche Ansprüche Sie an einen mobilen Pflegedienst stellen bzw. welche Aufgaben erfüllt werden sollen. Nicht jeder Pflegedienst übernimmt alle Aufgaben.
Nachdem das Angebot genauer in Augenschein genommen wurde, lohnt sich die Recherche im Bekanntenkreis.
Ein persönliches Vorgespräch mit dem Pflegedienst ist immer sinnvoll und hilfreich um sich ein Bild von der Arbeit des Pflegedienstes machen zu können.
Hier ist zu beachten:

- ○ Bekommen Sie kurzfristig einen Termin für ein Beratungsgespräch?
- ○ Kommt der/die Pflegedienstmitarbeiter/-in zu Ihnen nach Hause, um sich direkt ein Bild von Ihrer Situation zu machen?
- ○ Wie wirkt das Erscheinungsbild der Mitarbeiter/-innen?

Während des persönlichen Beratungsgespräches sollten Sie folgende Fragen klären:

- ○ Wie ist die Zusammenarbeit mit Arztpraxen, Apotheken oder therapeutischen Praxen?
- ○ Welche Leistungen werden werden von ausgebildeten Fachkräften ausgeführt, welche von Hilfskräften?
- ○ Gehört eine Unterstützung im Haushalt zum Leistungsangebot?
- ○ Gibt es eine Kontaktperson für Ihre Wünsche und Beschwerden?
- ○ Ist der Pflegedienst im Notfall über einen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr sowie an Sonn-und Feiertagen erreichbar?
- ○ Wie hoch werden die Kosten für die ambulante Pflege veranschlagt?
- ○ Rechnet der Pflegedienst die Leistungen, die von der Pflege- und/ oder Krankenkasse zu finanzieren sind, direkt mit diesen ab?

Notizen:

Quellen: Verbraucherzentrale, Pflege durch Angehörige, Angehörige pflegen, 2022, Stand: 06/2022

4.3 Checkliste Auswahl Pflegeheim

Haken Sie Ihre Checkliste ab ...

Zuhause ist es am schönsten. Doch wenn ein selbstbestimmtes Leben im eigenen zu Hause nicht mehr möglich ist, ist es an der Zeit über einen Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim nachdenken. Ihre Selbstbestimmung muss dabei nicht verloren gehen.

Legen Sie zunächst fest was für Sie wichtig ist:

- ○ Wie weit ist das Pflegeheim von Ihrem jetzigem Wohnort entfernt? Wie ist die Umgebung?
- ○ Sind Geschäfte, Arztpraxen, Restaurants, Freizeitangebote Und andere Einrichtungen zu Fuß erreichbar?
- ○ Ist die Pflegeinrichtung gut erreichbar für Angehörige, Freunde und Bekannte?
- ○ Können die eigenen Möbel mitgebracht werden?
- ○ Kann ich mein Haustier mitnehmen?
- ○ Gibt es Einzelzimmer oder nur Mehrbettzimmer?
- ○ Gibt es einen Heimrat, der den Bewohner/-innen aktive Mitbestimmung ermöglicht?
- ○ Welche Serviceangebote gibt es? (z.B. Logopädie, Krankengymnastik, ect.) oder gibt es religiöse Angebote?
- ○ Kann man den Tagesablauf mitgestalten?
- ○ Wie ist die ärztliche Versorgung sichergestellt?

Wenn Sie eine Auswahl an in Frage kommende Einrichtungen getroffen haben, ist die Frage **„Wie ist der erste Eindruck?“** wichtig.

- ○ Riecht es frisch und sauber oder eher nach Ausscheidungen?
- ○ Befragen Sie andere Heimbewohner/-innen und deren Angehörige nach deren Zufriedenheit.
- ○ Führen Sie ausführliche Gespräche mit der Heimleitung und der Pflegedienstleitung.
- ○ Wirkt das Pflegepersonal gestresst? Hat es Zeit auf einzelne Bewohner/-innen einzugehen? Wie viele Vollzeitkräfte gibt es?
- ○ Lassen sie sich Bezugspflegekräfte vorstellen.
- ○ Wie wirken die Bewohner/-innen auf Sie? (offen, agil oder apathisch, verängstigt?).
- ○ Unterhalten Sie sich mit den Angehörigen und erfragen Sie deren Erfahrungen (z. B. wie mit Reklamationen umgegangen wird).

Welche **Kosten** fallen für Sie an?

- ○ Für die Heimunterbringung, die Pflege, Investitionskosten, Anmeldegebühren?
- ○ Welche Kosten übernimmt die Pflegekasse? Übernimmt der Bezirk Oberbayern Kosten, wenn das eigene Vermögen nicht ausreicht?
- ○ Für das Waschen der Wäsche, Reinigen des Zimmers und andere Serviceleistungen?
- ○ Für Strom, Internet, Telefon?
- ○ Bei Abwesenheit des Bewohners z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt, einer Reha oder im Urlaub?

Quelle: Verbraucherzentrale, Pflege durch Angehörige, Wohnen im Alter, 2022

4.4 Checkliste Umzug ins Pflegeheim

Haken Sie Ihre Checkliste ab ...

Ein Umzug bedeutet immer eine Menge Organisation und meist auch Stress und Unsicherheit. Auch und besonders bei einem Umzug ins Pflegeheim ist das nicht anders.
Folgende Punkte sollten berücksichtigt und bedacht werden, um einen möglichst reibungslosen Umzug ins Pflegeheim zu ermöglichen.

Das alte Zuhause:

- ○ Fristgerechte Kündigung der Wohnung.
- ○ Organisation eines Maler- und/oder Handwerkbetriebs zur endgültigen Renovierung der Wohnung vor deren Übergabe.
- ○ Keller und Speicher entrümpeln.
- ○ Verträge kündigen wie Strom, Telefon, Gas, Kabelanschluss, GEZ, ggf. Vereinsmitgliedschaften.
- ○ Ggf. Kündigung des Pflegedienstes, „Essen auf Rädern“, Hausnotruf.
- ○ Rechtzeitig Kontakt zu einem Umzugsunternehmen herstellen.
- ○ Was kann ins Pflegeheim mitgenommen werden? Möbel, Bilder, Pflanzen, Fernseher?
- ○ Was geschieht mit den Gegenständen die nicht mitgenommen werden können?
- ○ Kann das Haustier mitgenommen werden?
- ○ Wohnungsübergabetermin mit dem/der Vermieter/-in vereinbaren.

Wer sollte über den bevorstehenden Umzug (neue Adresse) informiert werden?

- ○ Freunde, Verwandte, Bekannte.
- ○ Gemeinde-/Stadtverwaltung (ggf. ummelden), Finanzamt.
- ○ Vereine, Versicherungen, Zeitungsverlage.
- ○ Hausarztpraxis/ therapeutische Praxen.
- ○ Nachsendeantrag bei der Post stellen.

Weiterhin zu bedenken: Was passiert mit den **Hilfsmitteln** und den **Pflegehilfsmitteln**?

- ○ Welche Hilfsmittel können ins Pflegeheim mitgenommen werden? Absprache mit der Einrichtung.
- ○ Nicht mehr benötigte Hilfsmittel (von der Krankenkasse/ Pflegekasse finanziert) an die Kasse zurück geben.
- ○ Abo der „40-Euro-Box“ kündigen.

Finanzierung?

- ○ Kontakt zur Pflegekasse: Antrag auf Kostenübernahme für vollstationäre Unterbringung.
- ○ Ggf. Kontakt zum Bezirk Oberbayern, Hilfe zur Pflege.

Quellen: Verbraucherzentrale Bayern, 2021, Stand: 06/2022

4.5 „Ich packe meinen Koffer……“

Haken Sie Ihre Checkliste ab …

- ○ Handtücher, Waschlappen, Duschtücher, Bademantel, Zahnprothese.
- ○ Hygieneartikel, Nagelfeile, Nagelschere, Bürste, Kamm, Rasierapparat.
- ○ Kleidung (Röcke, Hosen, Blusen, Hemden, Pullover, Unterwäsche, Nachtwäsche, Socken, Strumpfhosen, Kompressionsstrümpfe ect.).
- ○ Hausanzug, Jogginganzug, Brille, Sonnebrille, Jacken, Mäntel, Schuhe, Hausschuhe.
- ○ Bettwäsche, Lieblingsdecke, Lieblingskissen, Tischdeckchen.
- ○ Handtasche, Bargeld.
- ○ Bilder, Fotoalben, Erinnerungsstücke, Kalender, Bücher.
- ○ Evtl. Handarbeitssachen wie Strick- oder Häkelsachen.
- ○ Evtl. etwas Geschirr (vielleicht die Lieblingstasse …).
- ○ Radio, Fernseher, CD-Spieler, evtl. Laptop, Handy.

Dokumente und wichtige Unterlagen

- ○ Personalausweis/ Reisepass.
- ○ Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht evtl. Betreuungsverfügung, Patientenverfügung.
- ○ ggf. Betreuungsbeschluss oder die Kopie des Betreuerausweises.
- ○ Schwerbehindertenausweis.
- ○ Zuzahlungsbefreiung, Medikamentenplan.
- ○ Pflegegutachten, Bescheid der Pflegegrad-Genehmigung.
- ○ Allergiepass, Herzschrittmacherpass, Blutdruckpass, Defibrillator-Ausweis.
- ○ Impfpass, Diabetiker-Pass, Brillenpass, o.Ä.
- ○ Krankenkassenkarte/ Versicherungsnachweis.
- ○ Ärztliche Verordnungen.

Notizen: _____

_____

_____

Quellen: Verbraucherzentrale Bayern, 2021

4.6 Checkliste Auswahl Rollator

Haken Sie Ihre Checkliste ab ...

Bei Gangunsicherheiten, motorischen Einschränkungen, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen gibt ein Rollator Stabilität und Sicherheit beim Gehen.
Grundsätzlich sollten Sie sich vor der Anschaffung eines Rollators überlegen, in welchen Bereichen die größten Mobilitätseinschränkungen liegen und in welchen Situationen der Rollator benötigt wird.

Wie groß sind die Räder meines Rollators?

Für längere Spaziergänge auf unebenem Untergrund sind **„Outdoor Rollatoren“** mit Luftbereifung geeignet. Eine Ankipphilfe erleichtert das Überwinden von Bordsteinen.

Wird der Rollator hauptsächlich in der Wohnung benötigt, sind **„Indoor Rollatoren“** mit kleineren Rädern und einer schmäleren Bauweise z.B. bei schmalen Türrahmen besser geeignet.

Wieviel wiegt der Rollator?

Leichtgewicht Rollatoren sind meist aus Carbon oder Aluminium gefertigt und haben dadurch ein geringeres Gewicht. Sie sind leicht lenkbar und über Schwellen hebbar. Dies ist vor allem innerhalb der Wohnung von Vorteil.

Kann man auf dem Rollator sitzen?

Benötigen Sie regelmässige „Verschnaufpausen“ sollte der Rollator mit einer Sitzmöglichkeit samt Rückengurt zum Anlehnen ausgestattet sein.

Kann ich den Rollator zusammenklappen?

Wird der Rollator z.B. regelmäßig im Kofferraum eines Autos transportiert, sollte er leicht aber auch faltbar sein. Wird der Rollator in Hausfluren oder Treppenhäusern „geparkt“ empfiehlt sich ein Faltmechanismus in Längsrichtung.

Ist der Rollator an meine Körpergröße und an mein Gewicht angepasst?

Die Griffe des Rollators sollten auf Höhe der Handgelenke - wenn diese locker herunterhängen - befestigt sein, um einen aufrechten Gang und ein sicheres Abstützen zu ermöglichen. **„XXL-Rollatoren“** sind besonders stabil gefertigt und auf einen Belastbarkeit von bis zu 200 kg ausgelegt.

Hat der Rollator alles Zubehör das ich benötige?

Mögliches Zubehör kann sein: Stock-oder Schirmhalter, feste Körbe für Einkäufe oder als Taschenablage etc.

Hat der Rollator alle Sicherheitsvorkehrungen die ich benötige? Z.B. Reflektoren bei Benutzung im Straßenverkehr oder bedienbare und feststellbare Bremsen.

Lassen Sie sich hierzu vom Fachpersonal eines Sanitätshauses beraten. Vertragsärzte können bei medizinischer Notwendigkeit eine Verordnung für einen Rollator ausstellen. Dann werden die Kosten für ein Standardmodell in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Bei gesetzlich Versicherten beträgt die Zuzahlungsgebühr 10 Euro.

Quelle: Verbund Pflegehilfe, 2023, Stand: 11/2023

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

(Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ☐
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ☐
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. ☐
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. ☐
- ..... ☐

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. ☐

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. ☐

- Wiederbelebungsmaßnahmen. ☐

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. ☐

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung

  durch .....

  .....

  .....

  (für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. ☐

- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja ☐ Nein ☐

- Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja ☐ Nein ☐

- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja ☐ Nein ☐

Sofern dieser Patientenverfügung **Persönliche Ergänzungen** mit u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende (**Patientenverfügung und Organspende** oder „Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

....

Ort, Datum *Unterschrift*

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Ort	Datum	*Unterschrift*

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name .....

Adresse .....

Telefon ..... Telefax/E-Mail .....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

....

Name Adresse

....

Ort, Datum Telefon/Telefax/E-Mail *Unterschrift der/des Beratenden*

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zusätzlich eine Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen gemäß § 1901b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

.....

(bitte wenden)

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

Folgende Person/en soll/en nicht zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail: .....

.....

.....

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

VOLLMACHT

Ich, ... (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....

Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).* Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.* Ja ☐ Nein ☐

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.* Ja ☐ Nein ☐

- ..... Ja ☐ Nein ☐

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja ☐ Nein ☐
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja ☐ Nein ☐
- ..... Ja ☐ Nein ☐

Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich Ja ☐ Nein ☐
  - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen Ja ☐ Nein ☐
  - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja ☐ Nein ☐
  - Verbindlichkeiten eingehen** Ja ☐ Nein ☐

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB und § 1906a Abs. 2, 4 und 5 BGB).

** Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja ☐ Nein ☐
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja ☐ Nein ☐
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können Ja ☐ Nein ☐

.....

.....

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja ☐ Nein ☐

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. Ja ☐ Nein ☐

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja ☐ Nein ☐

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Ja ☐ Nein ☐

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja ☐ Nein ☐

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. Ja ☐ Nein ☐

Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. Ja ☐ Nein ☐

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung") erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. Ja ☐ Nein ☐

Weitere Regelungen

.....

.....

.....	.....
Ort, Datum	*Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers*
.....	.....
Ort, Datum	*Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers*

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, ...
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als **Person, die mich betreuen soll**, schlage ich vor:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Wohnsitzland, Telefon, Telefax, E-Mail

Auf **keinen Fall zum Betreuer bestellt** werden soll:

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Zur **Wahrnehmung meiner Angelegenheiten** durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist. Ja ☐ Nein ☐

2. .....

3. .....

....
Ort, Datum *Unterschrift*

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-78218-3).

Notizen:

Notizen:

Herausgeber:

Pflegestützpunkt Ingolstadt
Fechtgasse 6, 85049 Ingolstadt
Träger:
Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen,
Stadt Ingolstadt,
Bezirk Oberbayern

Stand:
Januar 2024, 2. Auflage

Pflegestützpunkt Ingolstadt
Fechtgasse 6 im 2. Stock (barrierefrei)
85049 Ingolstadt

Tel.: 0841/3052850
Fax: 0841/3052855

Mail: pflegestuetzpunkt@ingolstadt.de
www.pflegestuetzpunkt-ingolstadt.de