

BKK Ratgeber

Vollstationäre Pflege

Ausgabe
NRW



BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG



Vorwort

Wenn die Notwendigkeit eintritt, dass ein Pflegebedürftiger in einem Pflegeheim gepflegt werden muss, wird das meistens als Schicksalsschlag empfunden. Oft überschlagen sich die Ereignisse und den Betroffenen ist völlig unklar, was zu tun ist. Zusätzlich plagt vielleicht das schlechte Gewissen, weil man sich nicht rechtzeitig und sachgerecht auf diese Situation vorbereitet hat.

Vorbereitung ist aber auch in diesem Zusammenhang sehr wichtig. Zwar sind es überwiegend alte Menschen, die auf Pflege in einem Pflegeheim angewiesen sind. Aufgrund von schweren Erkrankungen oder Unfällen können aber auch Jüngere plötzlich in die Lage kommen, in einem Pflegeheim betreut werden zu müssen. Pflegebedürftigkeit gibt es also in allen Lebensabschnitten. Für den Pflegebedürftigen, seine Angehörigen oder Freunde geht es dann vor allem um die Frage, für welches Pflegeheim sie sich entscheiden sollen.

Dieser Ratgeber spricht nicht nur Pflegebedürftige an, sondern auch die Personen in ihrem persönlichen Umfeld. Und er ist nicht nur für den konkret Ratsuchenden da, sondern für jeden, der sich grundlegend informieren will. Er bietet Information und Wissen aus allen Bereichen der vollstationären Pflege in einem Pflegeheim und gibt wichtige Ratschläge, Tipps und Hinweise. Darüber hinaus geht er auf die finanziellen Aspekte, die Betreuungsverhältnisse und die notwendigen Formalitäten ein. Alles in allem ist der „BKK Ratgeber Vollstationäre Pflege“ eine fundierte Entscheidungshilfe, die auch hilft, im Einzelfall das geeignete Heim zu finden.

Herausgeber:

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Tel. 02 01 / 179 - 15 09, Fax 02 01 / 179 - 02
www.bkk-nrw.de

in Zusammenarbeit mit ip inside partner

Stand: April 2007

Inhalt

Wie erkennt man ein geeignetes Pflegeheim?	6	Der Heimvertrag	25
Vor der Heimaufnahme	10	Die Zusatzleistungen	26
Die Antragstellung	10	Stationäre Hospizpflege und vollstationäre Pflege	29
Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	11	Das Betreuungsrecht	32
Der direkte Übergang vom Krankenhaus oder einer stationären Reha-Einrichtung in das Pflegeheim	12	Die Bedeutung der Betreuung	33
Die Begutachtung im Rheinland	13	Die Aufgaben des Betreuers	33
Die Begutachtung in Westfalen-Lippe	13	Die Bestellung des Betreuers	34
Die Überbrückung bis zur Heimaufnahme	14	Das Gutachten im Rahmen der Betreuung	34
Die Kurzzeitpflege	14	Das Schlussgespräch	35
Die Verhinderungspflege	15	Die Formen der Betreuung	35
Die Kombination Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege	15	Wenn es mal Probleme gibt ...	36
Die Unterlagen für die Anmeldung bzw. die Aufnahme in das Pflegeheim	16 16	Notizen	37
Der Pflegesatz	17	Anforderungs-Coupon	39
Die Finanzierung der Heimkosten	17		
Die Leistungen der BKK-Pflegekasse	20		
Das Pflegewohngeld	21		
Die Leistungen des Sozialhilfeträgers	24		

Wie erkennt man ein geeignetes Pflegeheim?

Der Wechsel von der „heimischen“ Atmosphäre in ein Pflegeheim ist für den Pflegebedürftigen ein großer Einschnitt. Er kommt in eine völlig neue Umgebung und in aller Regel muss er auf Dauer seinen „Wohnsitz“ in dieses Heim verlegen. Deshalb ist es von erheblicher Bedeutung, dass sich der Betroffene in der ausgewählten Einrichtung wohlfühlt und dort eine optimale Versorgung erhält.

Wie aber können der Pflegebedürftige, seine Angehörigen oder Freunde ein geeignetes Pflegeheim erkennen? In Nordrhein-Westfalen sind für die vollstationäre Pflege z. Z. über 1.950 Pflegeheime mit insgesamt 165.000 Pflegebetten als Vertragspartner der BKK-Pflegekassen zugelassen. Um das „Heim seiner Wahl“ zu finden, kann man sicher unterschiedlich vorgehen. Die Entscheidungsfindung ist ein sehr persönlicher Vorgang, der aber auf jeden Fall den individuellen Pflegebedarf des Pflegebedürftigen berücksichtigen muss. Über diesen sollte man sich deshalb unbedingt vorab im Klaren sein. In diesem Zusammenhang ist die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt zu empfehlen. Darüber hinaus kann auch das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Aufschluss über den individuellen Pflegebedarf geben.

Auf der Suche nach dem geeigneten Pflegeheim kann die BKK-Pflegekasse ebenfalls helfen. Möchte man z. B. ein Heim in einer bestimmten Region oder einer bestimmten Stadt wählen, kann sie die zugelassenen Pflegeheime aufgrund der persönlichen Vorgaben auflisten. Solche Listen beinhalten auch die Preise dieser Heime. In der Regel sind auch die Telefonnummern angegeben, sodass eine schnelle Kontaktaufnahme möglich ist. Anhand dieser Liste kann man sich verschiedene Pflegeheime vergleichend anschauen (s. Anforderungs-Coupon auf Seite 39).

Die im Folgenden aufgelisteten Fragen und Kriterien können behilflich sein, ein geeignetes Heim zu finden:

Lage des Pflegeheimes/räumliche Konzeption

- Wie ist die Verkehrsanbindung (öffentliche Verkehrsmittel)?
- Wie gefallen die baulichen Gegebenheiten?
- Macht das Haus beim Betreten einen positiven, lebendigen Eindruck?
- Wie gefallen die Möbel in der Einrichtung? (In Abhängigkeit von den Einschränkungen des Pflegebedürftigen darauf achten, ob die Möbel funktionsgerecht sind.)
- Können eigene Möbel mitgebracht werden?
- Sind ggf. Haustiere erlaubt ?
- Verfügt das Pflegeheim über genügend Ausweichbereiche?
- Welche besonderen Aufenthaltsbereiche hat die Einrichtung?
- Gibt es Gemeinschafts- und Funktionsräume?
- Gibt es Gemeinschaftswohnzimmer und Gemeinschaftsküchen?
- Gibt es Räume für Einzeltherapien?

Freizeitangebote und sonstige Aktivitäten

- Ist eine private Tagesgestaltung möglich oder sind alle Abläufe in dem Haus bereits vorgegeben?
- Kann der Pflegebedürftige selbst bestimmen, wie lange er schlafen möchte?
- Wie werden die üblichen Jahresfeste (Sommerfeste, Weihnachten, Geburtstag) in der Einrichtung gefeiert?
- Gibt es Gottesdienste und seelsorgerische Betreuung?
- Sind die Besuchszeiten durchgängig ?
- Gibt es Kaffee/Getränke bei Besuch?
- Welche Freizeitangebote werden den Bewohnern angeboten?
- Welche Außenaktivitäten, wie z. B. Theater- und Zoobesuche, erfolgen?
- Welche Angebote, wie z. B. Friseur, Fußpflege, Massage werden vom Pflegeheim bzw. von Kooperationspartnern des Heimes angeboten?
- Gibt es Betreuungsangebote für die Abend- und Nachtstunden? (Wichtig für Bewohner mit einem gestörten Tag-und-Nacht-Rhythmus).





Die Pflege im Pflegeheim

- Welches Personal steht der Einrichtung zur Verfügung?
- Wird Bezugspflege durch Kontinuität beim Pflegepersonal gesichert?
- Welchen pflegefachlichen Schwerpunkt hat das Pflegeheim in Zusammenhang mit dem individuellen Pflegebedarf (z. B. Schlaganfallpatienten/Diabetiker etc.)? Das Pflegeheim sollte gefragt werden, welche therapeutischen Ansätze zur Rehabilitation verwirklicht sind und welches Personal dafür zur Verfügung steht (z. B. Sprachtherapeuten oder Krankengymnasten).
- Erstellt das Pflegeheim einen individuellen Pflegeplan?
- Wie sieht die soziale Betreuung in der Einrichtung aus und welches Personal steht dafür zur Verfügung?
- Welche tagesstrukturierenden Maßnahmen werden angeboten?
- Welche Wohnformen bestehen im Pflegeheim? (Fragen: Größe der Gruppen? Wie werden diese eingeteilt, z. B. nach welchen Krankheitsbildern?)
- Welche Zusatzausbildung hat das Pflegepersonal der Einrichtung (z. B. Intensivpfleger, Fachpfleger für altersverwirrte Menschen)?
- Ist bei Erhöhung der Pflegebedürftigkeit ein Umzug innerhalb des Heimes erforderlich?

Information / Beratung durch die Einrichtung

- Werden Fragen vom Pflegeheim freundlich, umfassend und kompetent (durch spezielles Personal?) beantwortet?
- Nimmt man sich für Gespräche/Beratung Zeit?
- Wird der Heimvertrag vorgelegt und erläutert? Wird die Möglichkeit des Probewohnens angeboten?
- Ist die unverbindliche Teilnahme an Festen etc. möglich?

Mahlzeiten und Getränkeversorgung

- Gibt es in der Einrichtung feste oder variable Essenszeiten?
- Kann der Zeitpunkt des Frühstücks selbst bestimmt werden?
- Wie sieht der Speiseplan aus? (Zeigen lassen!)
- Wird Diätkost/Sonderkost angeboten?
- Welche Getränke werden (ohne zusätzliche Berechnung zum Heimentgelt) angeboten?

Ärztliche Betreuung

- Arbeitet das Pflegeheim mit bestimmten Ärzten oder Krankenhäusern eng zusammen?

Sonstiges

- Hat das Pflegeheim einen Heimbeirat bzw. Heimfürsprecher?
- Wird das Heimentgelt bei Abwesenheit des Bewohners reduziert (z. B. während eines Urlaubs oder eines Krankenhausaufenthaltes)?
- Gibt es im Pflegeheim kostenpflichtige Zusatzleistungen, die angeboten werden? Wenn ja, welche?

Wichtige Hinweise:

- Im Vorfeld festlegen, ob man ein Einzel- oder ein Mehrbettzimmer (Zweibettzimmer) wünscht.
- Gezielt nach den Pflegevergütungen, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und den Investitionskosten fragen und diese anhand der von der BKK-Pflegekasse ausgehändigten Preisvergleichsliste vergleichen.



Dieser umfangreiche Fragenkatalog ist sicherlich nicht in jedem Fall abzuklären. Die Aufzählung verdeutlicht aber, worauf man bereits im Vorfeld, vor Abschluss des Heimvertrages, achten sollte. Nicht jeder einzelne Punkt für sich ist entscheidend, sondern vielmehr das Gesamtbild – mit Blick auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen.



Vor der Heimaufnahme

Wenn nach sorgfältiger Auswahl ein geeignetes Pflegeheim gefunden wurde, macht das die Entscheidung, in ein Heim zu gehen, vielleicht ein wenig leichter. Falls aber bei einer akuten Krankheit, verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt, eine Heimaufnahme plötzlich unumgänglich wird, ist nicht immer sofort ein Platz im gewünschten Heim frei. Dann wird eine Übergangsregelung zur Überbrückung einer gewissen Zeit erforderlich.

Doch ob so oder so: Beim Einzug in ein Pflegeheim sind einige formale Dinge zu beachten, die den Einzug erleichtern, und die es der BKK-Pflegekasse ermöglichen, ihren Leistungsverpflichtungen nachzukommen. Dieses Kapitel beschäftigt sich daher mit den formalen Aspekten der Antragstellung, der Begutachtung sowie mit dem direkten Übergang von der Krankenhausbehandlung in ein Pflegeheim. Es gibt außerdem Hinweise, welche Unterlagen bei der Anmeldung bzw. beim Einzug in das Pflegeheim sinnvollerweise bereitzuhalten sind.

Die Antragstellung

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, ist ein **Antrag bei der BKK-Pflegekasse** erforderlich. Der Antrag muss vom Pflegebedürftigen selbst gestellt werden. Ist dieser dazu nicht mehr in der Lage, kann der Antrag von einem Betreuer oder vom gesetzlichen Vertreter gestellt werden. Sofern der Versicherte eine Vollmacht erteilt hat, kann der Bevollmächtigte im Rahmen der Vollmacht handeln und ebenfalls die Leistungen beantragen. Unter Umständen gilt eine den BKK-Pflegekassen von Dritten (z. B. vom behandelnden Arzt) zugehende Information als Antrag. Dann ist jedoch die nachträgliche Einwilligung des Versicherten, aus Gründen des Datenschutzes, erforderlich.

Zur Vermeidung von Nachteilen ist es wichtig, dass der Antrag rechtzeitig gestellt wird, da die Leistungen – sofern die Voraussetzungen erfüllt sind – grundsätzlich frühestens ab dem Datum der Antragstellung bezahlt werden können.

Ein zu spät gestellter Antrag kann dazu führen, dass die Leistungen erst ab einem späteren Termin bezahlt werden, obwohl die Voraussetzungen schon zu einem früheren Zeitpunkt erfüllt waren. Wird der Antrag zu spät gestellt, kann die BKK-Pflegekasse die Leistungen vom Beginn des Monats an bezahlen, in dem der Antrag gestellt wurde. Als Zeitpunkt der Antragstellung ist der Eingang des Antrages bei der BKK-Pflegekasse anzusehen und nicht das Datum, an dem der Antrag unterschrieben wurde. Eine rückwirkende Zahlung von Leistungen der Pflegeversicherung ist nicht möglich.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung beantragt sind, muss die BKK-Pflegekasse feststellen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erfüllt sind und, sofern dies der Fall ist, welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Hierzu wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung den Pflegebedürftigen besuchen und ein Gutachten erstellen. Dieses Gutachten wird an die jeweilige BKK-Pflegekasse geschickt, die dann über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und die Gewährung von Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheidet. Manchmal entscheidet sich während des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik, dass der Patient in ein Pflegeheim verlegt werden muss. Was ist in einem solchen Fall zu tun?

Der direkte Übergang vom Krankenhaus oder einer stationären Reha-Einrichtung in das Pflegeheim

In vielen Fällen ist die Aufnahme in ein Pflegeheim direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erforderlich. Die Einzelheiten des unmittelbaren Übergangs von der stationären Krankenhausbehandlung in ein vollstationäres Pflegeheim wurden zwischen den beteiligten Organisationen auf Landesebene vertraglich geregelt. Das im Folgenden beschriebene Verfahren gilt für alle zugelassenen Pflegeheime, alle BKK-Pflegekassen sowie für die Sozialhilfeträger im Land **Nordrhein-Westfalen**.

Sobald sich abzeichnet, dass im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine Aufnahme zur vollstationären Pflege in ein Pflegeheim notwendig erscheint, informiert das Krankenhaus – mit Zustimmung des Patienten – unverzüglich die zuständige BKK-Pflegekasse und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Wenn der Patient bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet ist und somit noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhält, gilt die Einwilligung des Patienten als Antrag auf diese Leistungen. Ein gesonderter Antrag ist nicht mehr zu stellen.

Das Krankenhaus berät zudem den Patienten und seine Angehörigen über die im Umkreis bekannten zugelassenen Pflegeheime. Diese Beratung soll trägerunabhängig erfolgen. Die letzte Entscheidung über die Wahl des Pflegeheims liegt in jedem Fall beim Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen.

Die BKK-Pflegekassen stellen den Krankenhäusern einmal jährlich die aktuellen Preisvergleichslisten zur Verfügung. Dabei ist zu beachten, dass diese Listen Änderungen unterliegen, die sich z. B. durch Pflege-satzverhandlungen oder durch neu eröffnete Pflegeheime ergeben. Es empfiehlt sich daher in jedem Falle, bei seiner BKK-Pflegekasse nachzufragen und die neueste Preisvergleichsliste anzufordern (s. Anforderung-Coupon auf Seite 39).

Die Durchführung der Begutachtung wird in den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe unterschiedlich gehandhabt.

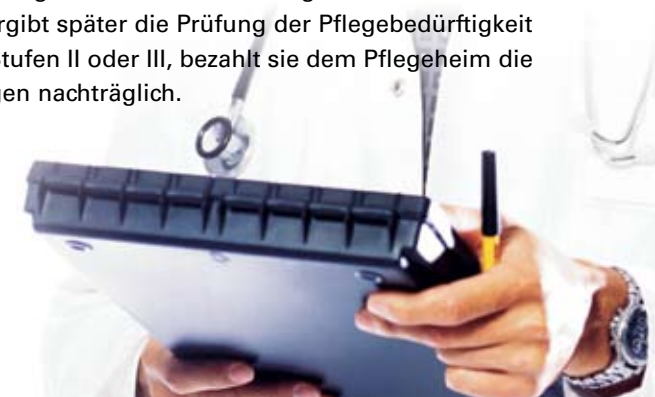
Die Begutachtung im Rheinland

Sobald die BKK-Pflegekassen vom Krankenhaus die Information über die Notwendigkeit der vollstationären Pflege erhalten, stellen sie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit relevanten Unterlagen zur Verfügung. Der Medizinischen Dienst nimmt innerhalb von drei Tagen die Begutachtung im Krankenhaus vor. Das Ergebnis der Begutachtung wird der jeweils zuständigen BKK-Pflegekasse umgehend, in Form einer kurzen Vorab-Mitteilung, bekanntgegeben. Diese informiert vorab das Krankenhaus und das Pflegeheim, um eine reibungslose Leistungsgewährung ab dem Tag der Heimaufnahme sicherzustellen.

Die Begutachtung in Westfalen-Lippe

Im Unterschied zum Rheinland findet in Westfalen-Lippe eine Begutachtung grundsätzlich nicht im Krankenhaus statt. Der Medizinische Dienst prüft anhand der vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Unterlagen, ob ein zumindest „erheblicher Pflegebedarf“ (Pflegestufe I) anzunehmen und die Aufnahme in ein Pflegeheim zur vollstationären erforderlich ist. Das Ergebnis dieser Einschätzung wird der BKK-Pflegekasse schnellstmöglich mitgeteilt.

Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst findet dann statt, wenn der Pflegebedürftige ins Pflegeheim aufgenommen wurde. Bis das endgültige Gutachten vorliegt, bezahlt die BKK-Pflegekasse die Leistungen nach Pflegestufe I. Ergibt später die Prüfung der Pflegebedürftigkeit eine Zuordnung zu den Stufen II oder III, bezahlt sie dem Pflegeheim die entsprechenden Leistungen nachträglich.



Die Überbrückung bis zur Heimaufnahme

Unter Umständen ist eine schnelle Heimaufnahme erforderlich, aber es steht noch kein Platz in dem ausgewählten Pflegeheim zur Verfügung. In diesen Fällen ist die Überbrückung eines gewissen Zeitraumes notwendig. Eine Hilfe bieten hier möglicherweise die „Kurzzeitpflege“ und die „Verhinderungspflege“. Diese Möglichkeiten sollten in jedem Fall mit der BKK-Pflegekasse erörtert werden.

Die Kurzzeitpflege

Sofern die Pflege im häuslichen Umfeld nicht mehr sichergestellt werden kann, und die Pflege eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Tagespflege-Einrichtung nicht mehr ausreicht, besteht ein Anspruch auf die Leistungen der Kurzzeitpflege. Die Kurzzeitpflege ist eine Art vollstationäre Pflege in einer speziellen Einrichtung. Der Pflegebedürftige wird hier – wie in einem „vollstationären Pflegeheim“ – vollstationär versorgt und gepflegt. Die BKK-Pflegekassen übernehmen im Kalenderjahr (jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember) für 4 Wochen die Kosten für den pflegebedingten Aufwand im Rahmen der Kurzzeitpflege, bis zu einem Höchstbetrag von 1.432,00 €. Dieser Betrag ist für alle Pflegestufen gleich. Die BKK-Pflegekassen dürfen diesen Betrag jedoch nur dann zahlen, wenn die Kurzzeitpflege-Einrichtung einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Es ist daher empfehlenswert, eine aktuelle Liste über die zugelassenen Kurzzeitpflege-Einrichtungen bei der zuständigen BKK-Pflegekasse anzufordern (s. Anforderungs-Coupon auf Seite 39). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen vom Pflegebedürftigen stets selbst getragen werden.

Die Verhinderungspflege

Eine weitere Möglichkeit zur Überbrückung der Zeit bis zur Heimaufnahme ist die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, kurz „Verhinderungspflege“ genannt. Bei der Verhinderungspflege übernimmt die BKK-Pflegekasse ebenfalls die Kosten bis zum Höchstbetrag von 1.432,00 € für einen Zeitraum von maximal 4 Wochen im Kalenderjahr (jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember). Der Betrag ist unabhängig von der Pflegestufe. Voraussetzung ist jedoch, dass der Pflegebedürftige vor Inanspruchnahme der Verhinderungspflege mindestens 12 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wurde. Die Verhinderungspflege kann von Freunden, Verwandten, Nachbarn, aber auch von Pflegediensten oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Hierbei kommt es nicht darauf an, dass derjenige, der die Verhinderungspflege erbringt, durch einen Versorgungsvertrag zugelassen wurde. Ausschlaggebend für die Höhe des von der BKK-Pflegekasse zu zahlenden Betrages ist die Frage, von wem die Verhinderungspflege erbracht wird. Zur Klärung der jeweils individuellen Leistungsansprüche empfiehlt sich vor Inanspruchnahme der Verhinderungspflege auf jeden Fall ein Beratungsgespräch mit der BKK-Pflegekasse.

Im Gegensatz zur Kurzzeitpflege wird die Verhinderungspflege nicht direkt mit der BKK-Pflegekasse abgerechnet. Der Versicherte bezahlt zunächst die erbrachten Leistungen aus eigener Tasche und erhält nach Vorlage der Rechnungen die ihm zustehenden Beträge von der BKK-Pflegekasse erstattet.

Die Kombination Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege

Die Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege sind zeitlich jeweils auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Es ist jedoch möglich, beide Leistungen nacheinander in Anspruch zu nehmen, sodass in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres insgesamt ein Zeitraum von acht Wochen überbrückt werden kann.

Die Unterlagen für die Anmeldung bzw. die Aufnahme in das Pflegeheim

Wer sich bereits für eine bestimmte Einrichtung zur vollstationären Pflege entschieden hat, benötigt in der Regel folgende Unterlagen:

Zur Anmeldung:

- Anmeldeformular zur Heimaufnahme (erhältlich im Pflegeheim)
- Ärztlicher Fragebogen (erhältlich im Pflegeheim)
- Bescheid der BKK-Pflegekasse über die Einstufung in eine Pflegestufe

Zur Aufnahme:

- (Kranken-)Versichertenkarte
- Bonusheft (Zahnersatz)
- Ausweis über die Befreiung von Rezeptgebühren (falls vorhanden)
- Personalausweis
- aktueller Einkommensnachweis (z. B. Rentenbescheid)
Einkommen aus Kapitalanlagen
Sparguthaben
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung
- Antrag auf Sozialhilfe (falls erforderlich)
- Name und Anschrift des behandelnden Arztes
- Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)

Die Finanzierung der Heimkosten

Stationäre Pflege ist in der Regel die teuerste Form der pflegerischen Versorgung. Oftmals halten die hohen Pflegesätze davon ab, sich für die stationäre Pflege zu entscheiden. Bei Licht betrachtet sind die vom Bewohner zu tragenden „Restkosten“ – wegen des Zusammenwirkens der Sozialleistungsträger – vielfach doch nicht so hoch wie erwartet, und die stationäre Pflege bleibt letztlich noch bezahlbar.

Der Pflegesatz

Für die Vergütung der Heimkosten gibt es einen täglichen Pflegesatz, der sich aus drei Bestandteilen zusammensetzt:

1. Pflegebedingter Aufwand/Pflegevergütung

Die Pflegevergütung umfasst die pflegebedingten Aufwendungen, die Kosten der vom Heimpersonal erbrachten medizinischen Behandlungspflege und die Kosten der sozialen Betreuung. Zur Abgeltung dieser Kosten eines Pflegeheimes wird mit dem Träger dieses Heimes eine Pflegevergütung vereinbart, die sich aus Personal- und Sachkosten zusammensetzt. Die Pflegevergütung ist, je nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige benötigt, in drei Pflegeklassen eingeteilt. Sie ist abhängig von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen und je nach Pflegestufe in unterschiedlicher Höhe zu bezahlen.

In welche Pflegestufe ein Pflegebedürftiger eingestuft ist, geht aus einem schriftlichen Bescheid hervor, den der Pflegebedürftige von der BKK-Pflegekasse erhält, bei der er versichert ist. Die Einstufung basiert auf dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. **Die von der BKK-Pflegekasse festgelegte Pflegestufe ist für das Pflegeheim verbindlich.**

Das Pflegeheim ist verpflichtet, im Rahmen seiner Platzkapazität die Pflegebedürftigen, die Leistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, entsprechend seinem Versorgungsvertrag zu versorgen.

2. Unterkunft und Verpflegung

Neben der Pflegevergütung wird mit dem Träger des Pflegeheimes ein Betrag vereinbart, mit dem die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bezahlt werden. Auch hier sind Anteile aus den Personal- und Sachkosten enthalten. Es wird jedoch nicht nach Pflegestufen unterschieden; für Unterkunft und Verpflegung wird bei jedem Heimbewohner der gleiche Betrag zugrunde gelegt.

3. Investitionskosten

Die Beträge für „Pflegevergütung“ und „Unterkunft und Verpflegung“ dürfen keine Investitionskosten enthalten – d. h. keine Kosten, die dem Pflegeheim durch die Anschaffung, Instandhaltung von Grundstücken und Gebäuden oder im Zusammenhang mit Miete oder Pacht von Anlagegütern entstehen. Damit jedoch auch solche zwangsläufig auftretenden Investitionskosten aufzufangen sind, werden Pflegeheime zur vollstationären Pflege unter bestimmten Voraussetzungen nach Landesrecht finanziell gefördert. Diese öffentlichen Mittel decken jedoch in aller Regel nicht sämtliche entstehenden Kosten ab. Die nicht durch Landesmittel gedeckten Kosten können den Pflegebedürftigen vom Pflegeheim (nach Zustimmung der zuständigen Landesbehörde) gesondert in Rechnung gestellt werden. Investitionskosten werden den Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer Pflegestufe in gleicher Höhe berechnet.

Für den Bereich der vollstationären Pflege gilt nicht die Faustregel „Je teurer desto besser“. Die Höhe der Pflegesätze ist von vielen individuellen Faktoren abhängig, die nicht unbedingt mit Qualitätsgesichtspunkten in Verbindung zu bringen sind.

Beispiel

Berechnung des täglichen Pflegesatzes		Berechnung der monatlichen Heimkosten	
1 Pflegevergütung (Pflegestufe II)	50,45 €	92,46 € (tägliches Pflegesatz)	mal 365 (Tage im Jahr)
2 Unterkunft und Verpflegung	22,63 €	geteilt durch	
3 Investitionskosten	19,38 €	12 (Monate) =	2.812,33 €
täglicher Pflegesatz	92,46 €	monatliche Heimkosten	2.812,33 €

s. auch Beispiel „Berechnung des Pflegewohngeldes“ auf Seite 21 ff

Überblick über das Preisgefüge in Nordrhein-Westfalen

Das durchschnittliche Pflegeheim in NRW hat 85 Betten und folgende Preise:

Pflegevergütung	
Pflegestufe I	42,26 €
Pflegestufe II	58,91 €
Pflegestufe I	75,76 €
Unterkunft und Verpflegung	26,62 €

Wer in diesem Zusammenhang an Informationen über konkrete Beträge (z. B. in seinem Heimatort) zur „Pflegevergütung“ und „Unterkunft und Verpflegung“ interessiert ist, kann mit dem Anforderungs-Coupon auf Seite 39 eine Preisvergleichsliste bei seiner BKK-Pflegekasse anfordern.

Die Leistungen der BKK-Pflegekasse

Wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, übernimmt die BKK-Pflegekasse folgende monatliche Höchstbeträge:



Pflegestufe I	bis zu 1.023,00 €
Pflegestufe II	bis zu 1.279,00 €
Pflegestufe III	bis zu 1.432,00 €
Pflegestufe III (Härtefälle)	bis zu 1.688,00 €

Insgesamt dürfen die BKK-Pflegekassen jedoch höchstens 75 v. H. der Heimkosten (Gesamtbetrag aus Pflegevergütung, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, gesondert zu berechnender Investitionskosten) übernehmen. Aufgrund der Höhe der Heimentgelte werden die o. g. Höchstbeträge in der Regel ausgeschöpft. Dabei ist der Gesetzgeber bewusst davon ausgegangen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nicht die gesamten Kosten der vollstationären Pflege abdecken.

Beispiel

Kostenübernahme durch die BKK-Pflegekasse



Höchstbetrag Pflegestufe II	1.279,00 €/Monat
Heimkosten	2.812,33 €/Monat
75 % der Heimkosten	2.109,25 €/Monat
Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung	1.279,00 €/Monat

Die monatlichen Heimkosten betragen 2.812,33 €, die monatlichen Zahlungen der Pflegekasse 1.279,00 €. Den Differenzbetrag in Höhe von 1.533,33 € trägt der Pflegebedürftige.

Bei einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege sind dafür in Ausnahmefällen ab dem 01.04.2007 auch Leistungsansprüche gegen die Krankenkasse möglich.

Das Pflegegeld

Das Pflegegeld ist eine Leistung des Landes Nordrhein-Westfalen zur Entlastung der Heimbewohner. Es wird den Pflegeheimen gezahlt, damit möglichst viele Heimbewohner unabhängig von der Sozialhilfe leben können. Das Pflegegeld dient zur Deckung der Investitionskosten (s. Seite 18).

Anspruchsvoraussetzungen

Pflegegeld wird den Pflegeheimen nur für Heimbewohner gezahlt,

- die sich dauerhaft in vollstationärer Pflege (nicht Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege) befinden,
- die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind (mind. Pflegestufe I),
- die pflegeversichert sind.

Pflegegeld wird gewährt, wenn das Einkommen und das Vermögen einer pflegebedürftigen Person zur Finanzierung der Investitionskosten nicht oder teilweise nicht ausreichen; ggf. existierende Kinder werden nicht zum Unterhalt herangezogen. Der Antrag auf Pflegegeld wird vom Pflegeheim bei der Stadt bzw. dem Kreis gestellt, in dem das Pflegeheim seinen Sitz hat. Der Pflegebedürftige muss keinen Antrag stellen. Das Pflegegeld wird für einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt. Eine vorzeitige Änderung der Bewilligung erfolgt nur, wenn sich die Pflegestufe ändert oder eine neue Pflegesatzvereinbarung geschlossen wird. Änderungen beim Einkommen oder Vermögen bewirken im Bewilligungszeitraum keine Änderung beim Anspruch auf Pflegegeld.

Berechnung

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Einkommen und Vermögen des Heimbewohners und seines nicht getrenntlebenden Ehegatten. Dabei gilt, dass dieses Vermögen bis zu einer Grenze von 10.000,00 € „geschont“ wird. Vermögen oberhalb dieser Freibetrags-Grenze werden zur Finanzierung der Investitionskosten herangezogen. Für die Antragstellung benötigt das Pflegeheim alle Einkommensunterlagen des Bewohners, und auch evtl. Einkommensnachweise des Ehegatten sind ggf. beizufügen.

Bei der Berechnung werden berücksichtigt:

- das Heimentgelt des jeweiligen Heimes,
- das Einkommen und das Vermögen des Pflegebedürftigen und ggf. des nicht getrennt lebenden Ehegatten und
- die jeweilige Leistung der Pflegeversicherung.

Beispiel

Frau A., Frau B, Herr C. und Herr D. leben in einem Pflegeheim und beziehen jeweils Leistungen der Pflegestufe III in Höhe von 1.423,00 €. Das Heim, in dem sie wohnen, berechnet pro Person folgendes Entgelt:



	täglich	monatlich (= tägl. Entgelt x 30,42)
Pflegekosten Stufe III	75,76 €	2.304,62 €
Unterkunft und Verpflegung	26,62 €	809,78 €
Investitionskosten	10,40 €	316,37 €
Heimentgelt insgesamt	112,78 €	3.430,77 €

Die vier Pflegebedürftigen verfügen über Einkünfte und Vermögen in unterschiedlicher Höhe:

- Frau A. bezieht eine Witwenrente in Höhe von 988,00 € und verfügt über Vermögen in Höhe von 2.000,00 €.
- Frau B. bezieht eine Witwenrente in Höhe von 1.839,00 € und verfügt über Vermögen in Höhe von 5.000,00 €.
- Herr C. bezieht eine Altersrente in Höhe von 2.500,00 € und verfügt über ein Vermögen in Höhe von 8.000,00 €.
- Herr D. bezieht eine Altersrente in Höhe von 1.230,00 € und verfügt über ein Vermögen in Höhe von 20.000,00 €.

Pflegebedürftige	Frau A	Frau B	Herr C	Herr D
Vermögen	2.000,00 €	5.000,00 €	8.000,00 €	20.000,00 €
Einkommen	988,00 €	1.839,00 €	2.500,00 €	1.230,00 €
abzüglich				
Unterkunft und Verpflegung	809,78 €	809,78 €	809,78 €	809,78 €
von der Kasse nicht abgedeckte Pflegekosten (2.304,62 € ./ 1.432,00 €)	872,62 €	872,62 €	872,62 €	872,62 €
Grundbarbetrag	93,15 €	93,15 €	93,15 €	93,15 €
Ggf. weiterer Selbstbehalt	0,00 €	50,00 €	50,00 €	0,00 €
Summe Abzugsbeträge	1.775,55 €	1.825,55 €	1.825,55 €	1.775,55 €
Einkommensüberhang	0,00 €	13,45 €	674,45 €	0,00 €
Berechnung des Pflegewohngeldes				
Investitionskosten	316,37 €	316,37 €	316,37 €	316,37 €
abzüglich Einkommensüberhang	0,00 €	13,45 €	674,45 €	0,00 €
Pflegewohngeld	316,37 €	302,92 €	0,00 €	0,00 €

Lösung:

- Frau A. erhält das volle Pflegewohngeld in Höhe von 316,37 €, da sie keinen Einkommensüberhang hat.
- Frau B. bekommt Pflegewohngeld in Höhe von 302,92 €, da ein Einkommensüberhang in Höhe von 13,45 € anzurechnen ist.
- Herr C. bekommt kein Pflegewohngeld, da sein Einkommen höher als die Investitionskosten ist.
- Herr D. erhält zunächst kein Pflegewohngeld, da das Vermögen oberhalb von 10.000,00 € einzusetzen ist. Sobald das Vermögen weniger als 10.000,00 € beträgt, hat er Anspruch auf Pflegewohngeld in Höhe von 316,37 €.

Weitere Informationen zum Anspruch und zur Berechnung des Pflegegeldes erhalten Sie bei Ihrer Gemeinde, Ihrer Stadt oder Ihrem Kreis.

Die Leistungen des Sozialhilfeträgers

Sollte der errechnete Restbetrag höher sein als das Einkommen des Heimbewohners, hat dieser die Möglichkeit, Leistungen des Sozialamtes zu beantragen. Das Sozialamt übernimmt die Kosten der Unterbringung und der Pflege, soweit der Heimbewohner sie nicht von anderen (z.B. der Pflegeversicherung) erhält oder aus eigenen Mitteln tragen kann. Außerdem wird ein Barbetrag zur persönlichen Verfügung gezahlt. In bestimmten Fällen können unter Umständen unterhaltspflichtige Kinder zum Unterhalt herangezogen werden, wobei aber bestimmte Freibeträge gelten.

Weitergehende Auskünfte hierzu und auch zum Pflegegeld erteilt das zuständige örtliche Sozialamt. Dort berät man auch im individuellen Einzelfall.

Der Heimvertrag

Wenn die Entscheidung für ein bestimmtes Pflegeheim gefallen ist, werden die Rahmenbedingungen – wie Aufnahmetag, Heimentgelt, Rechte und Pflichten des Heimes und des Bewohners etc. – im sog. Heimvertrag zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen verbindlich vereinbart.

Der Heimvertrag ist in jedem Fall zwingend vorgeschrieben. Näheres zu seinem Inhalt ist im Heimgesetz geregelt. Es wird also bereits durch den Gesetzgeber vorgegeben, was vereinbart werden darf und was nicht.

Nach dem Heimgesetz hat der Träger des Pflegeheimes den künftigen Bewohner vor Abschluss des Heimvertrages schriftlich über den Vertragsinhalt zu informieren. Insbesondere sind im Vorfeld die Leistungen und die Ausstattung des Pflegeheimes sowie die Rechte und Pflichten des Bewohners darzulegen. So können sich der Bewohner und ggf. die betroffenen Angehörigen schon vorab darüber informieren, welche Leistungen zu welchem Preis in der Einrichtung angeboten werden. (Dies ersetzt natürlich nicht die persönliche Besichtigung der Einrichtung.)

Durch den Heimvertrag werden u. a. folgende Inhalte geregelt:

- Die Leistungen des Pflegeheimes wie Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung etc.
- Das für die genannten Leistungen zu zahlende Entgelt
- Vertragsdauer, Aufnahmedatum
- Regelungen zu Pflegesatzerhöhungen, Kündigungsfristen
- Vereinbarte Zusatzleistungen, die nicht bereits durch den Pflegesatz bzw. das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung abgegolten sind (s. auch unter „Zusatzleistungen“ ab Seite 26).
- Regelungen bei Abwesenheit des Bewohners (Urlaub, Krankheit o. Ä.)

Nach Abschluss des Heimvertrages erhält der Heimbewohner eine schriftliche Ausfertigung des Heimvertrages.

Die Zusatzleistungen

Neben den standardmäßig zu erbringenden Pflegeleistungen und den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung kann das Pflegeheim mit dem Pflegebedürftigen besonders zu vergütende „Zusatzleistungen“ vereinbaren. Dies ist nach den gesetzlichen Bestimmungen jedoch nur möglich, wenn dadurch

- die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes nicht beeinträchtigt werden,
- die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen **vorher schriftlich** zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart werden und
- das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land **vor Leistungsbeginn schriftlich** mitgeteilt worden sind.

Da für die Berechnung nur solche komfort-orientierten Leistungen in Frage kommen, die nicht zur Regelversorgung gehören und insoweit nicht bereits durch die Entgelte für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung gedeckt sind, gelten folgende Grundsätze:

1. Die angebotenen Leistungen müssen über den allgemeinen Standard des Pflegeheimes hinausgehen.
2. Die Zusatzleistungen dürfen nicht Gegenstand der Leistungen (allgemeine Pflegeleistung, soziale Betreuung, Behandlungspflege) sowie der Unterkunft und Verpflegung sein.
3. Die Zusatzleistungen dürfen nicht mit der Pflegevergütung bzw. dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung abgegolten sein.
4. Für die Erbringung der Zusatzleistungen dürfen keine ehrenamtlichen Kräfte eingesetzt werden.

Nur bei Erfüllung **aller vier Voraussetzungen** dürfen vom Pflegeheim die Zusatzleistungen zusätzlich berechnet werden.

Da es keinen allgemeinverbindlichen Katalog über mögliche Zusatzleistungen gibt, hier eine beispielhafte Auflistung von Leistungen – mit Hinweisen darauf, was bereits durch die Pflegesätze bzw. Entgelte für Unterkunft und Verpflegung finanziert wird:

Art der Leistung	Regelversorgung oder Zusatzleistung?
Getränkeversorgung	Neben Tee und Kaffee gehören auch Mineralwasser, Säfte und dergleichen zum Regelbedarf und dürfen nicht als Zusatzleistungen abgerechnet werden.
Bearbeitungsgebühren	Bearbeitungsgebühren, z. B. bei Aufnahme in eine Kurzzeitpflege-Einrichtung, sind keine Zusatzleistungen. Dieser Aufwand des Pflegeheimes ist mit dem Pflegesatz bereits abgegolten.
Medizinische Behandlungspflege	Gehört ausschließlich zur Regelleistung und darf nicht zusätzlich berechnet werden.
Telefon, TV, Kabel, Fax	Die Kosten für die Anschlussmöglichkeit sind bereits durch die Investitionsaufwendungen abgegolten. Nutzungsentgelte können jedoch als Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden.
Beschaffung/ Einkaufen	Das Einkaufen von Verbrauchsartikeln wie Seife, Zahnpasta und Kleidung ist keine Zusatzleistung, sondern im Rahmen der Standardversorgung vom Pflegeheim zu erbringen.





Art der Leistung	Regelversorgung oder Zusatzleistung?
Fahr- und Begleitsdienste	Fahr- und Begleitsdienste sind den Regelleistungen im Rahmen der Betreuung zuzuordnen, also keine Zusatzleistung. Die Begleitung zu Arzt- oder Behördengängen sind in jedem Fall Regelleistung. Sofern Fahr- und Begleitsdienste im Zusammenhang mit Zusatzleistungen erforderlich werden, können auch diese als Zusatzleistungen abgerechnet werden.
Fußpflege	Die normal Fußpflege (nicht medizinische oder kosmetische) gehört im Rahmen der allgemeinen Pflegeleistung zu den Regelleistungen. Die ausschließlich kosmetische Fußpflege gehört zu den Zusatzleistungen.
Geldverwaltung	Die Verwaltung der laufenden Bezüge der Heimbewohner/innen gehört zu den Standardleistungen im Rahmen der sozialen Betreuung.
Ändern von Kleidungsstücken	Das Ändern von Kleidungsstücken gehört zu den Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung
Wäsche-kennzeichnung	Das Kennzeichnen der Wäsche gehört zur Regelleistung bei Unterkunft und Verpflegung.
Nachmittagskaffee	Regelleistung bei Unterkunft und Verpflegung.

Weitere Auskünfte zu den Zusatzleistungen geben die BKK-Pflegekassen.

Stationäre Hospizpflege und vollstationäre Pflege

Pflegebedürftigkeit ist nicht immer eine Begleiterscheinung des Älterwerdens. Pflegebedürftigkeit kann auch die Folge bzw. Begleiterscheinung einer schweren, unheilbaren Erkrankung sein. In solchen Fällen besteht ggf. die Möglichkeit, die Leistungen der Krankenkasse zur stationären Hospizpflege mit den Pflegeleistungen der Pflegekasse zu einer Gesamtfinanzierung zu kombinieren.

Stationäre Hospizpflege

Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung¹⁾ zu erbringen. Im Regelfall sind sie kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter und höchstens 16 Plätzen. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Versorgung gewährleisten. Ein großer Teil der Kosten eines Hospizes wird durch Spenden und ehrenamtliches Engagement aufgebracht. Gesetzlich Versicherte, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen Zuschuss ihrer Krankenkasse zur stationären Hospizversorgung.

1) Unter palliativ-medizinischer Behandlung versteht man eine medizinische Behandlung, die nicht die Ursache, sondern die Begleiterscheinung einer Erkrankung bekämpft bzw. lindert.



Anspruchsvoraussetzungen

- In der Regel kommt eine palliativ-medizinische Behandlung in einem stationären Hospiz bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:
 - Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
- Der Versicherte bedarf keiner Krankenhausbehandlung.
- Eine ambulante Versorgung kann im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden.
- Die Erkrankung verläuft fortschreitend.
- Es besteht nur noch eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten.

Höhe des Zuschusses

Der Zuschuss der Krankenkasse beträgt im Regelfall 147,00 € je Kalendertag (seit 2006). Zuschussfähig sind dabei 90% des tagesbezogenen Bedarfssatzes des betreffenden Hospizes (sog. Eigenanteil des Hospizes; dieser darf auch dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden). Bei ausschließlicher stationärer Hospizpflege könnte sich eine Gesamtrechnung wie folgt darstellen:

Beispiel

Der Versicherte befand sich vom 7.10. bis zum 27.10.2006 im Hospiz. Der Bedarfssatz des Hospizes beträgt kalendertäglich 213,91 €.

90 % des Bedarfssatzes in Höhe von 213,91 € (zuschussfähiger, kalendertäglicher Bedarfssatz)	192,52 €
192,52 x 21 (Kalendertage)	4.042,92 €
abzgl. Zuschuss der Krankenkasse: 147,00 € x 21	3.087,00 €
Vom Versicherten zu zahlender Restbetrag	955,92 €

Stationäre Hospizpflege in Kombination mit vollstationären Pflegeleistungen

In Nordrhein-Westfalen verfügen stationäre Hospize in der Regel auch über eine Zulassung zur Erbringung vollstationärer Pflegeleistungen nach dem SGB XI. Sofern neben der Erkrankung auch Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes vorliegt bzw. eintritt, können evtl. auch die Leistungspauschalen zur stationären Pflege in Anspruch genommen werden (s. Seite 20). Diese Pauschalen werden auf den Zuschuss der Krankenkasse angerechnet.

Beispiel

Der Versicherte befand sich vom 7.10. bis zum 27.10.2006 im Hospiz. Es wurde die Pflegestufe II festgestellt. Der Bedarfssatz des Hospizes beträgt kalendertäglich 213,91 € .

90% des Bedarfssatzes in Höhe von 213,91 € (zuschussfähiger, kalendertäglicher Bedarfssatz)	192,52 €
192,52 x 21 (Kalendertage)	4.042,92 €
abzgl. Pauschale der Pflegekasse	1.279,00 €
Restkosten	2.763,92 €
abzgl. Zuschuss der Krankenkasse (147,00 € x 21 = 3.087,00 €, jedoch höchstens die tatsächlichen Restkosten)	2.763,92 €
Vom Versicherten zu zahlender Restbetrag	0,00 €

Anträge auf Leistungen können direkt über das aufnehmende Hospiz bei der Kranken-/Pflegekasse gestellt werden. Das Hospiz kann sich zur Beschleunigung des Verfahrens außerdem direkt mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Begutachtung der Notwendigkeit stationärer Hospizpflege und Pflegebedürftigkeit in Verbindung setzen.



Das Betreuungsrecht

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland zeigt, dass immer mehr Menschen immer älter werden. Der Übergang in ein Pflegeheim erfolgt oftmals erst dann, wenn der betroffene Mensch nicht mehr in der Lage ist, für sich oder sein Vermögen angemessen zu sorgen und seine Interessen nach außen hin zu vertreten. Um eine Verschlechterung der Rechtssituation alter und gebrechlicher Menschen bzw. körperlich oder psychisch kranker oder geistig oder seelisch behinderter Personen zu verhindern, kann es daher sinnvoll und notwendig sein, einen Dritten als Betreuer zu bestellen.

Die Betreuung wird entweder auf Antrag des Betroffenen oder – beim Vorliegen bestimmter Erkrankungen oder Behinderungen – von Amts wegen eingerichtet. Die Betreuung schränkt die bestehende Geschäfts- und Handlungsfähigkeit des betreuten Menschen nicht ein. Vielmehr sollen der Wille und die Wünsche des Betroffenen berücksichtigt werden, soweit sie seinem Wohle nicht zuwiderlaufen.

Hinweis:

Das Betreuungsrecht ist eine umfangreiche und zuweilen komplizierte Materie. Eine umfassende Darstellung oder eine Darstellung der Anwendung im Einzelfall ist hier nicht möglich. Bei individuellen Fragen helfen Fachleute, z. B. die Rechtspfleger beim zuständigen Amtsgericht, gerne weiter.

Die Bedeutung der Betreuung

Nach § 1896 Abs. 1 BGB wird ein Betreuer bestellt, wenn ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht regeln kann. **Die Betreuung wird immer vom Amtsgericht festgelegt.** Sie beinhaltet die gesetzliche Vertretung und Unterstützung in dem vom Amtsgericht bestimmten Aufgabenkreis, in dem der Betreute tatsächlich der Hilfe bedarf. Eine Betreuung ist somit nicht mit einer vollständigen Übernahme aller Angelegenheiten des Betreuten gleichzusetzen, sondern vielmehr als Unterstützung in bestimmten Teilgebieten. Diese Unterstützung kann aus sehr konkreten und praktischen Hilfen bestehen.

Beispiele: Beantragung von Leistungen, Verwaltung von Renten, Regelung von Unterhaltspflichten, Kündigung der Wohnung, Auflösung des Haushaltes, Abschluss eines Heimvertrages etc. Eine Betreuung im Sinne des Betreuungsrechtes ist also auch eine Vertretung in Rechtsangelegenheiten.

Die Aufgaben des Betreuers

Die Aufgaben des Betreuers werden gerichtlich bestimmt. Der Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen eine Betreuung erforderlich ist. Abhängig von den verbleibenden Fähigkeiten und Möglichkeiten des Betreuten wird die Betreuung auf einen oder mehrere Aufgabenkreise beschränkt. In allen anderen Lebensbereichen handelt der Betreute selbstständig und unabhängig. Eine vollständige Betreuung in allen Bereichen ist nur ausnahmsweise möglich.

Die Bestellung des Betreuers

Ein Betreuungsverhältnis kann entweder durch den Antrag des Betroffenen oder durch einen entsprechenden Hinweis von Dritten – z. B. Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn etc. – an das zuständige Gericht zustande kommen. Für einen ausschließlich körperlich behinderten Menschen ist die Bestellung eines Betreuers grundsätzlich nur auf seinen eigenen Antrag möglich.

Das Amtsgericht bestellt eine geeignete Person, die die Angelegenheit des Betreuten in dem gerichtlich bestimmten Aufgabenkreis rechtlich „besorgt“ und den Betreuten in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlich betreut. Auf die Vorschläge des zu Betreuenden ist Rücksicht zu nehmen.

Sofern ein Hinweis Dritter an das Gericht erfolgt ist, wird der Betroffene darüber schriftlich informiert. Wenn der Betroffene dies verlangt oder wenn das im Sinne der Sachaufklärung sinnvoll ist, hat eine Anhörung in der üblichen Umgebung des Betroffenen stattzufinden.

Das Gutachten im Rahmen der Betreuung

Die Bestellung des Betreuers ist auch abhängig vom Gutachten eines Sachverständigen. Das Gutachten soll Auskunft geben über die Art und den Umfang der Erkrankung und Behinderung, die Fähigkeiten des Betroffenen sowie über die Notwendigkeit und den Umfang der Betreuung (Aufgabenkreise). Darüber hinaus soll das Gutachten Ausführungen zum Krankheitsbild und den sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die zu bewältigenden Angelegenheiten enthalten. Wenn der Betroffene die Betreuung selbst beantragt hat oder wenn die Bestellung eines Betreuers zur Wahrnehmung der Rechte des Betroffenen gegenüber seinem Bevollmächtigten im Rahmen einer Kontrolle beantragt ist, genügt unter Umständen auch ein ärztliches Attest.

Das Schlussgespräch

In einem abschließenden Gespräch zwischen dem Richter und dem Betroffenen sollen das Ergebnis der Anhörungen und des Gutachtens, die möglichen Aufgabenkreise und die Person des Betreuers mit dem Betroffenen erörtert werden, soweit dies zur Gewährung des rechtlichen Gehörs und der Sachaufklärung erforderlich ist. Der Betroffene kann dann – im Beisein einer Vertrauensperson – die Ergebnisse der Untersuchungen und die beabsichtigten Maßnahmen mit dem Richter besprechen und abschließend seine Sicht der Dinge darlegen.

Die Formen der Betreuung

Folgende Formen der Betreuung sind möglich:

- Betreuung eines Geschäftsunfähigen
- Betreuung eines Geschäftsunfähigen mit gleichzeitig angeordnetem Einwilligungsvorbehalt
- Betreuung eines Geschäftsunfähigen mit oder ohne Einwilligungsvorbehalt

Der Einwilligungsvorbehalt bewirkt, dass der Betreute für eine Willenserklärung, die in den Aufgabenkreis des Betreuers fällt, die Zustimmung des Betreuers braucht. Ausgenommen hiervon sind Willenserklärungen, die dem Betreuten lediglich einen rechtlichen Vorteil bringen und regelmäßige Willenserklärungen, die geringfügige Angelegenheiten des täglichen Lebens betreffen.

Bei der Beurteilung der Anwendung des Betreuungsrechtes im Einzelfall können Fachleute, z. B. die Rechtspfleger beim zuständigen Amtsgericht, helfen.

BKK
PFL*EGE*
VERSICHERUNG

