

1. GUT GEPFLEGT IM HEIM

Pflegebedingungen vorher genau prüfen

Rund 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut. Wenn aber die Pflege die Kräfte der Angehörigen übersteigt, bleibt nur noch die Unterbringung in einem Pflegeheim. Bei der Auswahl des Heimes sind aber einige Punkte zu beachten.

Die Unterbringung und die Pflege sollten den Bedürfnissen des Patienten entsprechen. Vor der Auswahl eines Pflegeheimes ist es wichtig, die täglichen Gewohnheiten und Beschäftigungen des Pflegebedürftigen zu klären. Diese sollte er auch im Heim weiterführen können.

In vielen Pflegeheimen gibt es Wartelisten. Deshalb ist es sinnvoll, rechtzeitig für eine mögliche Unterbringung vorzusorgen - am besten schon dann, wenn eine Pflege zu Hause noch möglich ist. Denn der Zustand des Patienten kann sich von heute auf morgen verschlechtern.

Vor dem Einzug genau prüfen

Ist die Entscheidung für ein bestimmtes Heim gefallen, sollte die pflegebedürftige Person die Einrichtung gemeinsam mit den Angehörigen besichtigen. Man sollte mit der Heimleitung einen Termin vereinbaren. Viele Heime bieten die Möglichkeit des Probewohnens an, das möglicherweise über die Kurzzeitpflege finanzierbar ist. Auf jeden Fall sollte man folgende Kriterien prüfen:

Lage: Man sollte auf eine ruhige Umgebung achten. Das Heim sollte in der Nähe der Angehörigen liegen, damit häufige Besuche möglich sind. Ist die Pflegeperson noch gut zu Fuß, sind Apotheken, Ärzte und Einkaufsmöglichkeiten in der näheren Umgebung sinnvoll. Manche Heime haben einen eigenen Kleinbus, um ihren Bewohnern Besorgungen zu ermöglichen. In abgelegeneren Gegenden ist eine Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sinnvoll.

Ausstattung: Man sollte auf rutschfeste Böden, Haltegriffe, seniorengerechte Toiletten und begehbare Duschen achten. Das Haus sollte mit einem Aufzug ausgestattet sein. Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit sollte das Bett von zwei Seiten zugänglich sein. Haustiere, die nicht stören, müssen erlaubt sein. Im Notfall sollte die Verlegung in ein Einzelzimmer möglich sein. Auch der Reinigungs- und Wäschedienst sollte abgeklärt werden.

Geregelte Mahlzeiten

Essen: Man sollte klären, ob der Patient das Essen auf seinem Zimmer einnehmen kann oder ob nur im Gemeinschaftsraum serviert wird. Auch die Klärung der Essenszeiten und die Vielfalt wie die Angebote für Diabetiker sind wichtig.

Therapeutische Angebote: Gymnastik, Bewegungs- oder Gedächtnistraining beugen Langweile vor. In vielen Einrichtungen stehen auch Ausflüge und Spaziergänge auf dem Programm. Schwerpflegebedürftige und bettlägerige Patienten sollten täglich herausgesetzt werden und nicht in ihren Zimmern vereinsamen.

Fachlich richtige Pflege

Fachliche Versorgung: Möglicherweise kann der bisherige Hausarzt die Betreuung weiterhin übernehmen. An ihn ist der Pflegebedürftige gewöhnt. Wenn nicht, stellt sich die Frage, welche Einrichtung die ärztliche

Versorgung übernimmt . Wie groß ist die Zahl der Fachkräfte und der Aushilfskräfte im Heim? Man kann sich auch erkundigen, ob eine Mitarbeit der Angehörigen gewünscht ist.

Pflegekonzeption: In jedem Heim muss eine schriftliche Pflegekonzeption vorliegen. Darin ist festgelegt, nach welchen Kriterien sich die Mitarbeiter um die Bewohner kümmern. Man sollte eine Kopie davon verlangen, sich aber auch nach Erfahrungen anderer Bewohner und deren Angehörigen erkundigen.

Finanzielle Kürzungen

Bei Missständen im Pflegeheim können die finanziellen Leistungen gekürzt werden. Die Festlegung der Höhe bereite allerdings erhebliche Schwierigkeiten, sagt Gudrun Matusch von der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz: "Das Gesetz sagt nichts zur Höhe der Kürzung. Sie hängt immer vom Einzelfall ab. In der Regel wird man über eine angemessene Minderung mit dem Heim verhandeln müssen."

Oft hätten weder der Pflegebedürftige noch seine Angehörigen etwas von einer Entgeltkürzung. Denn vorrangig kämen Kürzungen den Pflege- und besonders den Sozialkassen zugute, so die Verbraucherschützerin. Zudem sei es schwierig, Mängel bei der Pflege nachzuweisen.

In nachgewiesenen schwerwiegenden Fällen kann die pflegebedürftige Person zusätzlich zur Minderung Schadenersatz und Schmerzensgeld geltend machen. Betroffene sollten zunächst versuchen, sich mit der Heimleitung zu einigen, rät Gudrun Matusch. Sollte das zu keinem Ergebnis führen, können sie sich an die zuständige Pflegekasse, den Medizinischen Dienst der Krankenkasse oder an andere soziale Einrichtungen wenden (eine Liste kann links abgerufen werden).

Siegel bietet keine Qualitätsgarantie

Der Medizinische Dienst prüft regelmäßig Pflegeeinrichtungen, jedoch unterliegen die Qualitätsprüfungen dem Datenschutz. Die gesetzliche Pflegeversicherung warnt also nicht vor schlechten Heimen. Rund zehn Prozent der deutschen Pflegeeinrichtungen werben inzwischen mit einem Qualitätssiegel oder mit Zertifikaten.

Diese Gütesiegel sind aber keine Garantie für die Qualität einer Pflegeeinrichtung. Das ergab eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Die Kriterien und Prüfmethode, nach denen die 14 Zertifikate vergeben werden, seien zu unterschiedlich, so die Kritik.

Das Nachrichtenangebot des ZDF finden Sie unter

<http://www.zdf.de>

2. STREIT UM DIE PFLEGEVERSICHERUNG

Finanzierung bis 2008 gesichert

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hält die Pflegeversicherung weiterhin für finanzierbar: "Die Pflegeversicherung steht nicht vor dem Aus", so die Ministerin im ZDF-Wirtschaftsmagazin WISO. Das finanzielle Polster reiche bis 2008.

Am Wochenende hat der Freiburger Wirtschaftswissenschaftler Bernd Raffelhüschen die Abschaffung der Pflegeversicherung gefordert. In WISO wiederholt er seine Kritik: "Die Pflegeversicherung steht unmittelbar vor dem Kollaps. Das liegt schlichtweg daran, dass wir einen Generationenvertrag begründet haben in dem Wissen, dass die Generation, die ihn erfüllen soll, gar nicht vorhanden ist und gar nicht geboren worden ist", so Raffelhüschen.

Nach Recherchen von WISO weitet sich das finanzielle Loch in der Pflegeversicherung aus: In 2003 wurden schätzungsweise 17,5 Milliarden Euro für Pflegebedürftige ausgegeben, aber nur 16,5 Milliarden Euro eingenommen. In spätestens drei Jahren wird die Finanzreserve aufgebraucht sein. Dann fehlen voraussichtlich fünf Milliarden Euro.

Reformen im Herbst

Im Herbst dieses Jahres will Bundesministerin Schmidt konkrete Vorschläge zur Reform der Pflegeversicherung vorlegen. Die Opposition fordert die private Vorsorge: "Wer eine langfristige Finanzierung sicherstellen will, muss die Pflegeversicherung um eine private Vorsorge ergänzen", so Wolfgang Zöllner, CDU/CSU-Fraktion.

Darüber hinaus fordert Zöllner, dass neue Wohn- und Betreuungsformen gefunden werden müssen. Auch die Familie müsse weiter gestärkt werden.

Das Nachrichtenangebot des ZDF finden Sie unter

<http://www.zdf.de>

3. HÜRDEN BEIM ANTRAG ÜBERWINDEN

Hilfe wird durch Pflegestufen geregelt
Es ist nicht einfach, Leistungen aus der Pflegeversicherung zu bekommen.
Jeder dritte Antrag wird von den Pflegekassen abgelehnt. Die richtige
Vorbereitung für den Antrag ist wichtig.

Seit dem 1. Januar 1995 gibt es die Pflegeversicherung (PV), die die Bürger
bei Pflegebedürftigkeit finanziell unterstützt. Für die Finanzierung gilt
der Grundsatz, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV) auch in die Pflegeversicherung einzahlen. Wer in einer privaten
Krankenversicherung (PKV) mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen
versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung (PV) abschließen.

Die gesetzliche Pflegeversicherung versorgt auch die Rentner im Notfall,
die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig oder
freiwillig versichert sind. Der PV-Beitrag errechnet sich nach einem
Prozentsatz des Einkommens oder der Rente. Seit dem Jahr 2005 zusätzlich
auch nach Elterneigenschaft oder Kinderlosigkeit.

Pflegebedürftigkeit einstufen

Laut dem 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden diejenigen als
"pflegebedürftig" bezeichnet, die "wegen einer körperlichen, geistigen oder
seelischen Krankheit oder Behinderung für mindestens sechs Monate in
erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen." Damit sind nicht nur
alte Menschen, sondern auch zeitlich kranke oder auf Dauer behinderte
Menschen gemeint.

Das tägliche Minimum der Pflege beträgt 90 Minuten. Davon müssen mindestens
45 Minuten die so genannte Grundpflege umfassen. Krankheiten oder
Behinderungen sind:

Schritt für Schritt zum Pflegegeld

Um Pflegegeld zu bekommen, müssen verschiedene Schritte absolviert
werden:

1. Den Antrag auf Pflegeleistung bei der zuständigen Krankenkasse stellen.
Achtung: Das Antragsdatum ist auch maßgeblich für den Beginn der
Zahlungen!
2. Die Krankenkasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) mit der
Prüfung der Pflegebedürftigkeit.
3. Es folgt der Begutachtungstermin des MD beim Pflegebedürftigen durch
einen Arzt. Dieser erfasst die Aufwendungen für die Pflege.
4. Der Arzt des MD legt in einem Gutachten fest, welche Aufwendungen im
Fall des Pflegebedürftigen erforderlich sowie anrechenbar sind und stellt
einen Pflegeplan auf.
5. Die Krankenkasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens
in eine der drei Pflegestufen ein. Der Bescheid geht dem
Pflegegeldantragsteller zu.

Zuständig für die Genehmigung der Leistungen sind die Pflegekassen, die den jeweiligen Krankenkassen angegliedert sind. Man erreicht seine Pflegekasse unter der gleichen Telefonnummer wie die Krankenkasse.

Drei Pflegestufen

Zur Pflegestufe I gehören Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich Hilfe brauchen. Personen in Pflegestufe II benötigen mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.

In die Pflegestufe III werden Personen eingeordnet, die täglich rund um die Uhr - auch nachts - bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität Hilfe brauchen. In allen drei Stufen muss die hilfsbedürftige Person zusätzlich mehrfach in der Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Folgende Pflegesätze gelten derzeit:

Härtefälle bekommen 1688 Euro bei der stationären Pflege.

Die Pflegeversicherung fordert einen zeitlichen Mindestaufwand von 90 Minuten pro Tag. Liegt der Hilfe- und Pflegebedarf unter diesem Limit, stuft der Medizinische Dienst die Person in die Pflegestufe 0 ein. Wer daraufhin keine oder zu wenig Leistungen von der Pflegeversicherung erhält, hat in vielen Fällen Anspruch auf "Hilfe zur Pflege" vom Sozialamt. Art und Umfang der Unterstützung regeln die Ämter in den einzelnen Städten und Landkreisen unterschiedlich.

Das Nachrichtenangebot des ZDF finden Sie unter

<http://www.zdf.de>

4. VIER WOCHEN PRO JAHR AUSZEIT VON DER PFLEGE – Teil I

Auch pflegende Angehörige brauchen Urlaub

Über eine Million Menschen in Deutschland pflegen einen Angehörigen zuhause. Meistens wird diese Pflege von Frauen übernommen. Sie leisten die Pflege entweder alleine oder mit Hilfe von Profipflegern. Was viele gar nicht wissen: Es gibt die Möglichkeit, Urlaub von der Pflege zu nehmen - nämlich bis zu vier Wochen im Jahr.

"Häusliche Pflege" bedeutet vielfach den Verlust sozialer Kontakte. Urlaub wird zum Fremdwort. Pflegende Angehörige sind je nach Krankheitsstadium und subjektivem Erleben unterschiedlich stark belastet. Entfremdung, Verlust und Trauer, massive Veränderungen und Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben sowie finanzielle Einbußen und unzureichende psychosoziale Hilfen führen häufig zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen. Obwohl Pflegende häufig extremen Belastungen ausgesetzt sind, nehmen nur etwas mehr als zehn Prozent professionelle Hilfe in Anspruch.

Urlaub von der Pflege

Damit die Angehörigen auch während eines Urlaubs in guten Händen sind, können Pflegende eine Urlaubsvertretung beantragen. Für die Ersatzpflege übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu einem Betrag von 1432 Euro und für 28 Tage im Jahr. Die vier Wochen müssen nicht zusammenhängend verlaufen. In Ausnahmefällen ist auch eine stundenweise Leistungserbringung möglich. Voraussetzung: Die Pflegeperson muss den Pflegebedürftigen schon mindestens ein Jahr betreut haben.

Erfolgt die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können im Regelfall nur die Aufwendungen bis zur Höhe des Pflegegeldes übernommen werden.

Nicht mehr als 1432 Euro

Nur wenn der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege tatsächlich höhere Kosten entstanden sind (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschlag bei unbezahltem Urlaub), können diese erstattet werden. Die Gesamtkosten dürfen auch in diesem Fall den Höchstbetrag von 1432 Euro nicht übersteigen. Hier sollte man mit den Pflegepersonen einen Honorarvertrag machen: Höchstbetrag 51,13 Euro pro Einsatztag, maximal für 28 Tage im Jahr. Auskünfte erteilt die jeweils zuständige Pflegekasse.

Findet die Ersatzpflege nicht im häuslichen Bereich statt, sondern zum Beispiel in einem Wohnheim für Behinderte oder in einer Pflegeeinrichtung, werden nur die pflegebedingten Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 1432 Euro übernommen. Bezahlt werden damit aber nur Pflegekosten. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung dagegen müssen die Gäste selbst tragen. Das Pflegegeld ruht während der Ersatzpflege - für den ersten und letzten Tag wird jedoch Pflegegeld gezahlt.

Gemeinsamer Urlaub

Man kann auch zusammen mit dem Pflegebedürftigen Urlaub machen. Immer mehr Anbieter ermöglichen, dass der Pfleger Urlaub im Hotel macht, der zu Pflegenden nebenan im Pflegeheim betreut wird. Und noch etwas ist inzwischen

möglich und durch Gerichte bestätigt: Die Pflegeperson fährt in ein Urlaubspflegeheim, und der versorgende Angehörige macht zu Hause Urlaub von der Pflege. Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit zwei Urteilen die Rechte der Betroffenen und ihrer Angehörigen gestärkt: Az: B 3 P 9/99 und Az: B 3 P 8/99.

Pflege kurzzeitig abgeben

Mit der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege hat der Gesetzgeber zwei Möglichkeiten geschaffen, die Pflege kurzzeitig in die Hände von anderen Pflegepersonen zu legen.

Ist eine Pflegeperson wegen eigenen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen nicht in der Lage, die Pflege sicherzustellen, besteht ein Anspruch auf "Verhinderungspflege". Das heißt: Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für eine Vertretung. Die Höhe und Dauer der Kosten, die von der Pflegekasse übernommen werden, betragen auch hier maximal 1432 Euro und für 28 Tage im Jahr. Erfolgt die Verhinderungspflege durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person, so sind die Aufwendung auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt. Man muss jedoch beachten, dass das Pflegegeld für die Zeit der Verhinderungspflege nicht zur Auszahlung kommt. Zusätzlich können der Pflegeperson auf Nachweis die notwendigen Kosten erstattet bekommen. Nimmt der Pflegebedürftige die Pflege als Sachleistung in Anspruch, ändert sich nichts.

Es kann jedoch als "Kurzzeitpflege" die Ausnahme in einer stationären Einrichtung erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate gepflegt hat. Die Wartezeit ist auch dann erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Grundsätzlich haben nur pflegende Angehörige einen Anspruch auf Urlaub von der Pflege, also keine Profipfleger.

Das Nachrichtenangebot des ZDF finden Sie unter

<http://www.zdf.de>

5. Auszeit von der Pflege - Teil II

Die Zahl der Hilfs- und Pflegebedürftigen nimmt weiter zu. Oft tragen die Familien die Hauptlast, und das bedeutet Arbeit rund um die Uhr. Viele geraten dabei an ihre Grenzen. Der WISO-Tipp zeigt, welche Möglichkeiten es gibt, einmal eine Auszeit zu nehmen.

Bei der Kurzzeitpflege geht es um kurzzeitige vollstationäre Pflegelösungen, wenn die Pflege eines zu Hause wohnenden Menschen noch nicht sofort oder vorübergehend nicht im erforderlichen Umfang möglich ist. Gründe dafür gibt es viele, zum Beispiel Erkrankung, Unfall, anstehende Operation, Renovierung oder Kur sowie Urlaub .

Eine Wartezeit wie bei der Verhinderungspflege ist hier nicht gefordert. Die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen ist hoch. Gerade in der Urlaubszeit kann es zu Engpässen kommen. In der Praxis findet man verschiedene Organisationsformen. So gibt es zum Beispiel reine Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten. Häufiger findet man jedoch Kurzzeitpflegeplätze in Anbindung an ein Pflegeheim oder eine Sozialstation. Manchmal halten Heime - als "Gästebetten" deklariert - einen oder zwei Kurzzeitpflegeplätze frei.

Welches Pflegeheim?

Die Kurzzeitpflege muss in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung erfolgen. Ansonsten können Kosten nur im Rahmen der Ersatzpflege übernommen werden. Fahr- oder Transportkosten zur Kurzzeitpflege und zurück können nicht erstattet werden. Solche Einrichtungen gibt es nicht nur für Erwachsene, sondern auch für behinderte Kinder und Jugendliche.

Nach einer schweren Erkrankung oder einem Unfall bedeutet die Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehaeinrichtung für den Betroffenen oft auch eine Entlassung in die Pflegebedürftigkeit. Die Kurzzeitpflege in einer entsprechenden Pflegeeinrichtung kann hier in vielen Fällen einen nahtlosen Übergang von der Krankenhaus-Behandlung in die Pflege zu Hause bewerkstelligen.

Kosten im Auge behalten

Die Pflegekasse übernimmt im Anschluss an eine stationäre Behandlung die pflegebedingten Aufwendungen der Unterbringung in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung für vier Wochen und bis zu einem Höchstbetrag von 1432 Euro je Kalenderjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt und die häusliche Pflege noch nicht erbracht werden kann.

Zu beachten ist, dass die Pflegekasse sich an den Unterbringungs- und Essenskosten ("Hotelkosten") nicht beteiligen kann. Möglicherweise können sich allerdings andere Sozialleistungsträger, zum Beispiel das Sozialamt, an den Kosten beteiligen. Die Vergütung der pflegebedingten Aufwendungen der Kurzzeitpflege erfolgt bis zum Höchstbetrag. Die Abrechnung der Kosten rechnet die Sozialversicherung direkt mit der Pflegeeinrichtung ab.

Urlaub von der Pflege in drei Schritten

Der erste Schritt ist der schriftlicher Antrag. Grundvoraussetzung ist,

dass schon mehr als ein Jahr gepflegt wird. Der Gepflegte muss bei seiner Pflegekasse einen formlosen Antrag stellen. Es sollte formuliert sein, welche Art der Betreuung der Gepflegte während des Urlaubes haben möchte, also ob die Vertretung zum Beispiel durch einen Pflegedienst oder durch jemanden aus der Familie erfolgen soll.

Der Antrag bei der Kasse sollte rechtzeitig gestellt werden. In Krisensituationen, zum Beispiel bei einer plötzlichen gesundheitlichen Verschlechterung, kann der Antrag auch nachgereicht werden. Die Leistungen der Verhinderungspflege müssen nicht in aufeinanderfolgenden Wochen genommen werden, sondern können sich auf mehrere kürzere Zeiten im Jahr verteilen. Grundsätzlich ist die Kurzzeitpflege vor ihrem Antritt bei der Kasse zu beantragen.

Ersatzpflege durch Verwandte

Der zweite Schritt ist die Möglichkeit der Ersatzpflege durch Verwandte. Übernimmt ein anderer Angehöriger die Pflege für die vier Wochen, dann bekommt der für die Zeit, in der er die Pflege übernimmt, das übliche Pflegegeld der Pflegekasse und außerdem Fahrtkosten sowie Verdienstausschlag ersetzt. 1432 Euro sind inklusive des üblichen Pflegegeldes immer die Höchstgrenze!

Wenn die Höchstsumme der Kasse nicht für vier Wochen Hilfe durch einen Pflegedienst ausreicht, muss der Gepflegte aus seinen privaten Mitteln etwas zuschießen, oder der Urlaub des pflegenden Angehörigen muss verkürzt werden. Genau dasselbe gilt für einen Aufenthalt im Heim.

Der professionelle Pflegedienst

Dritter Schritt: Soll ein professioneller Pflegedienst engagiert werden, sollte der Antragsteller aus einem detaillierten Pflegekatalog die passenden Leistungen zusammenstellen: zum Beispiel täglich Essen bringen oder rasieren. Mit seinem Geld aus der Pflegekasse muss der Gepflegte die Leistungen des Pflegedienstes dann zahlen.

Maximal zahlt die Kasse jedoch auch hier 1432 Euro inklusive des üblichen Pflegegeldes, egal in welcher Pflegestufe der Gepflegte ist. Nach Meinung von Experten reicht diese Summe für Pflegebedürftige der Stufe I und II für vier Wochen Ersatzpflege aus, bei Pflegestufe III zumeist nicht. Achtung: Bezahlt werden damit aber nur Pflegekosten. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung dagegen müssen die Gäste selbst tragen.

Weitere Informationen

Umfangreiches Material zu diesem Thema finden Sie auf der WISO Monats-CD online.

Das Nachrichtenangebot des ZDF finden Sie unter

<http://www.zdf.de>

6. TAGESPFLEGEKOSTEN IM HEIM

Auszeit von der Pflege - Teil III

Damit pflegebedürftige Angehörige auch während eines Urlaubs in guten Händen sind, können die Pflegenden eine Urlaubsvertretung für sich beantragen. Für die Ersatzpflege übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu einem Betrag von 1432 Euro und für 28 Tage im Jahr. Die Modellrechnung für einen Heimaufenthalt zeigt die finanziellen Tücken.

Die Erstattungen durch die Pflegeversicherung reichen heute bei vielen stationären Pflegeheimen nicht aus, um die kompletten Kosten abzudecken. Hier eine beispielhafte Preistabelle aus dem September 2003, andere Heime können günstiger oder teurer sein:

(Heimkosten pro Tag in Euro, Stufe = Pflegestufe)

Der Investitionskostenanteil ist entweder privat oder vom Sozialamt zu zahlen. Bei vier Wochen Pflege bedeutet dies für Privatzahler: 73,16 Euro Tagessatz mal maximal 28 Tage ergeben 2048,48 Euro schon in Pflegestufe I. Bei Pflegestufe II erreichen die Kosten 93,86 Euro mal 28 gleich 2628,08 Euro und bei Pflegestufe III erreichen die Kosten pro Monat (28 mal 106,16 Euro) insgesamt 2972,48 Euro. Dies bedeutet: In Stufe I reicht bei diesem Kostenbeispiel das Geld knapp 20 Tage, in Stufe II etwa 15 Tage, für Stufe III nur 13 Tage.

Nicht alle Kosten werden übernommen

Folgende Leistungen können durch die Pflegesätze abgedeckt sein:

Allerdings kommen manchmal noch andere Kosten, wie etwa Telefon oder TV-Anschluss dazu. Also gilt es immer, vorher genau zu rechnen. Diese Kosten für Leistungen muss man selbst übernehmen: Vorher beraten lassen!

Inwieweit die entstehenden Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden, sollte in jedem Fall einem persönlichen Beratergespräch geklärt werden. Über Entgelte und Kostenübernahmen durch Kostenträger informieren die Heime gern und stehen auch für alle weiteren Fragen zur Verfügung.

Das Nachrichtenangebot des ZDF finden Sie unter

<http://www.zdf.de>