

# Häusliche Pflege will gut organisiert sein

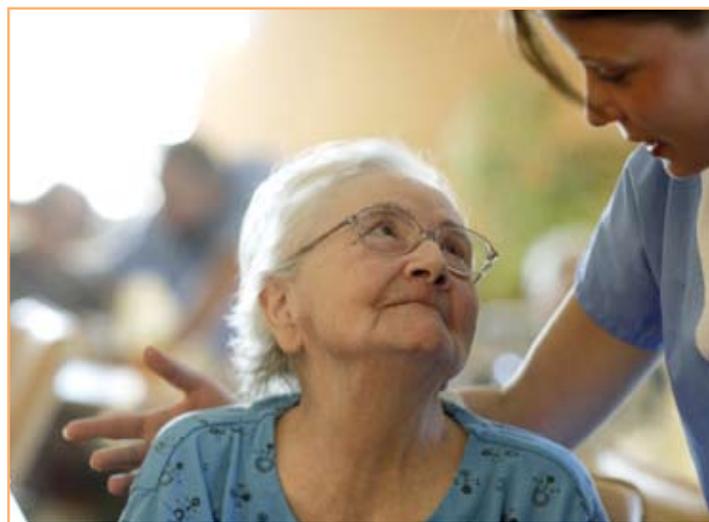
**Wenn plötzlich ein Pflegefall auf dem Hof eintritt**

„Oftmals ist es gut, wenn man nicht weiß, was morgen passiert“, könnte Bäuerin Elke Kehl rückblickend gesagt haben, nachdem ihr Mann vor Kurzem durch einen Schlaganfall berufsunfähig und zum Pflegefall wurde. Eine Riesenwelle an Sorgen und organisatorischen Fragen schwappte damit plötzlich über Familie Kehl. Ein fiktiver Fall, wie er in jeder Familie morgen passieren könnte. Tausend Fragen kommen in solch einer Situation auf. Für viele Landwirtschaftsfamilien steht jedoch schnell fest: Wir organisieren die Pflege zu Hause. Folgender Beitrag liefert Hilfestellungen, was – am Beispiel des Pflegefalls Kehl – dann zu tun ist.

Bei dem plötzlichen Pflegefall von Landwirt Norbert Kehl (60) mussten die Angehörigen in kürzester Zeit Hilfe zur Pflege organisieren. Landwirthehepaar Kehl – mit Sohn und Schwiegertochter zusammen in einem Haus wohnend – hatte sich mit dem Thema Pflege noch nie auseinandergesetzt. Da Sohn und Schwiegertochter außerbetrieblich feste Arbeitsstellen haben, gab es neben der Sorge um den Vater auch betriebliche Fragen: Wie kann der Betrieb weiterlaufen? Wie schnell kann ein Betriebshelfer zur Verfügung gestellt werden? Wo muss dieser beantragt werden? Zudem tauchten Fragen auf, ob die Wohnung barrierefrei umgestaltet werden muss oder beispielsweise ein Pflegebett in der unteren Etage Platz hat. Woher bekommt man ein Pflegebett? Schaffen wir die Pflege alleine? In welche Pflege-

stufe gehört Norbert Kehl? Wie und wo beantragt man einen Pflegedienst? Was kommt finanziell auf uns zu? Welche Formulare müssen ausgefüllt werden? An wen müssen wir uns wenden? Welche Unterlagen müssen bereitgestellt werden?

Grundsätzlich kann die Pflege eines Angehörigen mit vielfältigen ambulanten Maßnahmen wirkungsvoll unterstützt werden. Erste Anlaufstellen, um sich diesbezüglich gut beraten zu fühlen, können der Hausarzt oder der Arzt/Sozialdienst im Krankenhaus sein sowie die zuständige Pflegekasse. Die Landwirtschaftliche Pflegekasse bietet die Möglichkeit einer umfassenden Pflegeberatung im häuslichen Bereich des Angehörigen. Auch die Geschäftsstellen der Kreisbauernverbände in Hessen sowie die Kreis- und Bezirksgeschäftsstellen in Rheinland-



Betreuung innerhalb der Familie findet meist aus Nächstenliebe statt. Die Pflege darf jedoch nicht bis zur Erschöpfung ausarten. Ein Mittelweg zwischen Aufopferung für den Pflegefall und Selbstsorge sollte das Ziel sein. Foto: imago

Pfalz geben hilfreiche Auskunft.

Zusätzliche fachkompetente Unterstützung bei allen Fragen rund um die Pflege versprechen die sogenannten „Pflegestützpunkte“ (siehe grauer Kasten). In ihnen werden unter einem Dach von der Beratung über die Betreuung bis hin zur Vernetzung alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt. Sie dienen als zentrale Anlaufstelle, in denen Ratsuchende individuelle und umfassende Hilfe finden, eine unabhängige Beratung wird gewährleistet.

## Antrag bei der Pflegekasse stellen

Familie Kehl informierte sich zunächst telefonisch bei ihrer zuständigen Landwirtschaftlichen Pflegekasse, welche Bedingungen es in Bezug auf unterstützende Pflegeleistungen gibt. Hier erfuhr die Familie,

## Pflegestützpunkte im LW-Gebiet

In Rheinland-Pfalz sollen 135 Pflegestützpunkte eingerichtet werden; davon wurden bereits zwei Pflegestützpunkte in Speyer und ein Stützpunkt in Schifferstadt durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse/Pflegekasse eingerichtet und betreut. In Hessen werden im Laufe dieses Jahres beziehungsweise nächstes Jahr 26 Pflegestützpunkte errichtet. Vom hessischen Familienministerium heißt es: „Ab dem 1. Januar 2009 hat jeder Pflegebedürftige einen Anspruch auf Pflegeberatung. In den einzurichtenden Stützpunkten können alle Angebote rund um die Pflege abgedeckt werden, sie sind ein flexibles Instrument und vernetzen zudem die verschiedenen Leistungsträger miteinander.“

## Notwendige Vorversicherungszeit



Vorversicherungszeit bedeutet, dass ein Anspruch auf Leistungen nur dann besteht, wenn innerhalb einer Zehn-Jahres-Rahmenfrist vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre (730 Tage) anrechnungsfähige Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Anrechnungsfähig als Vorversicherungszeit sind alle Zeiten einer Mitgliedschaft oder einer Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Für versicherte Kinder, die von Geburt oder frühen Kindesalter an pflegebedürftig sind oder werden, gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil diese erfüllt. Schließlich sieht das Gesetz noch eine Anrechnungsmöglichkeit von Zeiten aus der privaten Pflegeversicherung vor. Diese Ausnahmeregelung berücksichtigt insbesondere solche Personen, die in der privaten Pflegeversicherung versichert waren und zum Beispiel durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder wegen Bezugs einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden. Dies gilt auch umgekehrt; die private Pflegeversicherung rechnet Mitgliedszeiten, die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegt worden sind, an.

## Wer ist laut Gesetz pflegebedürftig?

Laut Pflegeversicherungsgesetz ist eine Person pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf“. Das bedeutet, dass ein kurzfristiger Pflegebedarf (weniger als sechs Monate) keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse begründet. Benötigt zum Beispiel eine Person nach einem Krankenhausaufenthalt noch Pflege zu Hause, besteht die Möglichkeit, dass der Hausarzt entsprechend Häusliche Krankenpflege verordnet. Diese Kosten kann die Krankenkasse übernehmen.



Martina Opfermann-Kersten ist Referentin der Landwirtschaftlichen Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland. Foto: privat

dass die wichtige Voraussetzung auf Leistungsanspruch zur Pflege erfüllt werden konnte: Landwirt Norbert Kehl konnte die notwendige Vorversicherungszeit nachweisen (siehe Infokasten auf Seite III).

Zum weiteren Ablauf des Pflegeantrages erklärt Martina Opfermann-Kersten, Referentin der Landwirtschaftlichen Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und

## Pflegegeld und Pflegesachleistungen i

Die Leistungen Pflegegeld und Pflegesachleistungen werden leicht verwechselt. Daher kurze Erläuterungen dazu:

- Kosten der **Pflegesachleistungen** werden von den Pflegekassen in den verschiedenen Pflegestufen übernommen, wenn die Pflege im Haushalt durch geeignete Pflegekräfte (Sozialstationen, ambulante Pflegeeinrichtungen oder qualifizierte Einzelpersonen), mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsantrag abgeschlossen hat, durchgeführt wird.
- Anstelle der Pflegesachleistungen kann auch **Pflegegeld** beantragt werden. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt. (Beträge je Pflegestufe siehe Tabelle; Kombinationen der Leistungen sind möglich).

Tabelle: Pflegesachleistungen und Pflegegeld			
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)
<b>Häusliche Pflege</b>			
Sachleistungen bei häuslicher Pflegehilfe durch professionelle Pflegekräfte von Vertragspflegediensten	bis zu <b>420 Euro</b> monatlich	bis zu <b>980 Euro</b> monatlich	bis zu <b>1 470 Euro</b> monatlich, bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand bis zu <b>1 918 Euro</b> monatlich
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (zum Beispiel geeignete Pflegepersonen aus der Familie)	<b>215 Euro</b> monatlich	<b>420 Euro</b> monatlich	<b>675 Euro</b> monatlich
<b>Vollstationäre Pflege</b>			
Pflege in vollstationären Einrichtungen	bis zu <b>1 023 Euro</b> monatlich	bis zu <b>1 279 Euro</b> monatlich	bis zu <b>1 470 Euro</b> monatlich, bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand bis zu <b>1 750 Euro</b> monatlich
höchstens jedoch 75 Prozent des Heimentgelts			
Zusätzlicher Leistungsbedarf für Demenzerkrankte und Behinderte	bis zu <b>200 Euro</b> monatlich ( <b>2 400 Euro</b> jährlich)		

Saarland: „Für den Beginn des Leistungsanspruches ist der Tag entscheidend, an dem der Antrag bei der Pflegekasse eingeht beziehungsweise wann der Antrag bei der Pflegekasse angefordert wurde. Telefonische Antragstellung zählt auch.“ Landwirt Kehl konnte aus dem Krankenhaus selbst anrufen: „Ich stelle hiermit telefonisch einen Antrag auf Pflegeleistung.“ Wäre er nicht in der Lage gewesen, dies selbst zu erledigen, hätte auch ein Angehöriger den Antrag stellvertretend stellen können. Die Pflegekasse schickte der Familie daraufhin einen Antragsvordruck zu, sodass dieser in Ruhe zu Hause ausgefüllt werden konnte.

Der Pflegeantrag, den Elke Kehl zusammen mit ihrem Mann ausfüllte, umfasst drei Seiten. Pflegebedürftige können folgende Leistungsarten beantragen (siehe dazu auch die nebenstehende Information):

- Pflegegeld
- Pflegesachleistungen
- Kombinationsleistungen
- dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim
- dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen

Elke und Norbert Kehl entschieden sich für einen Antrag auf Kombinationsleistungen, um nach dem Krankenhausaufenthalt/der Reha durch einen ambulanten Pflegedienst in der häuslichen Pflege teilweise unterstützt zu werden.

## Gutachten zur Pflegeeinstufung benötigt rund fünf Wochen

Aufgrund des Antragsvorgangs auf Pflegeleistungen wurde der Antrag zwecks Feststellung der Pflegebedürftigkeit an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergeleitet. Seine Funktion: Er prüft im Rahmen eines vorher angekündigten Hausbesuches, ob die Voraussetzungen für eine Pflegestufe erfüllt sind. Auf Grundlage dieser Begutachtung entscheidet die Pflegekasse über den Antrag des Versicherten. Zur Dauer dieses Prozesses sagt Martina Opfermann-Kersten: „Wenn der vollständig ausgefüllte Antrag bei unserer Pflegekasse eingeht, wird dieser innerhalb von einer Woche an den MDK weitergeleitet. Nach etwa fünf Wochen sollte dann ein Gutachten des MDK über die Pflegeeinstufung bei uns vorliegen“, so Opfermann-Kersten. Die festgestellte Pflegestufe gilt dann ab Antragstellung – hier des telefonischen Pflegeantrags – beziehungsweise auch schon eher, wie Opfermann-Kersten erläutert: „Wurde der Antrag beispielsweise am 19. eines Monats gestellt, und der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen von Beginn des Monats der Antragstellung gewährt.“

Die Pflegeexpertin rät: „Bei dem Gespräch mit dem Medizinischen Dienst sollte unbedingt

der pflegende Angehörige oder eine andere Vertrauensperson mit anwesend sein. Werden jetzt wichtige Pflegeleistungen nicht genannt, falsch dargestellt oder aus Schamgefühl verschwiegen, kann dies die Pflegeeinstufung beeinträchtigen.“

## Hilfreiche Notizen für den Besuch des MDK

Oftmals werde empfohlen, ein Pflegetagebuch zu führen. Hier könne dokumentiert werden, welche pflegerischen Tätigkeiten wie oft und wie lange zu erledigen sind. Dies könne dem MDK helfen, eine angemessene Pflegestufeneinordnung vorzunehmen. „Allerdings“, gibt Martina Opfermann-Kersten zu bedenken, „haben viele Landwirtschaftsfamilien oftmals nicht die Zeit dazu, ein Pflegetagebuch zu führen, beziehungsweise kann die Begutachtung auch sehr schnell vonstatten gehen und man kommt gar nicht zur Protokollierung.“ Sie empfiehlt aber: „Machen Sie sich auf jeden Fall vor dem Besuch des Gutachters detaillierte Notizen, wofür und wie lange Sie Pflegehilfe benötigen!“ Das erleichtere die Zusammenarbeit und man würde wichtige Tätigkeiten oder Besonderheiten im Eifer des Gesprächs nicht vergessen. Schambesetzte Themen, wie beispielsweise Inkontinenz oder demente Verhaltensweisen, sollten mitgeteilt

werden. „Das können Angehörige dem MDK ohne Beisein ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds mitteilen. Denn auch diese Aussagen sind wichtig in Bezug auf die Bewertung der Pflegestufe und sollten nicht verschwiegen werden“, so Opfermann-Kersten.

Insbesondere bei dementen Pflegepersonen sollten Angehörige auch darauf achten, dass Sätze wie: „Ich koche und putze noch!“ im Vier-Augen-Gespräch mit dem MDK ins gerade Licht gerückt werden, wenn derartige Aussagen nicht der Realität entsprechen (siehe dazu auch das Interview mit einem Experten vom MDK, Seite VII).

### Mindestens 90 Minuten Pflegebedarf in Pflegestufe I

Als Landwirt Norbert Kehl aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hatte er noch keinen Bescheid vom MDK. Aber ein Pflegebett und einen Beistelltisch zur Erleichterung der Nahrungsaufnahme im Bett wurde bereits durch die Pflegekasse zur leihweisen Verfügung gestellt. Martina Opfermann-Kersten: „Wenn die Notwendigkeit von Hilfsmitteln, zum Beispiel ein Pflegebett, deutlich erkennbar ist, lassen wir sofort ausliefern, auch ohne Be-

scheid vom MDK.“ Würde ein Rollstuhl, ein Toilettenstuhl, ein Badewannenlifter oder ein Rollator benötigt, hätte dies der Arzt von Norbert Kehl verordnen müssen. Mit der Verordnung hätte er diese Hilfsmittel bei seiner zuständigen Krankenkasse beantragen können.

Landwirt Norbert Kehl erhielt nach vier Wochen Bescheid vom MDK: Pflegestufe I. Um diese niedrigste Pflegestufe I zu erhalten, konnte der MDK bei ihm den vorausgesetzten Mindestbedarf an Pflege von 90 Minuten pro Tag feststellen. Diese Zeit muss aufgeteilt werden in die grundpflegerischen Hilfen der drei Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität, die mehr als 45 Minuten betragen müssen, und in den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, wie Einkaufen, Wäschepflege oder Putzen (siehe Übersicht Pflegestufen).

Da Norbert Kehl Kombinationsleistungen beantragt hatte, übernahm die Pflegekasse rückwirkend ab Leistungsbeginn die Sachleistungen eines Pflegedienstes bis zu 420 Euro pro Monat. Er erfuhr: Sofern dieser Betrag nicht vollständig aufgebraucht wird, steht ihm noch ein prozentual anteiliges Pflegegeld zu.

In Bezug auf die Überweisung der Leistungen erklärt Martina

Opfermann-Kersten, dass das Geld von der Pflegekasse grundsätzlich an den Pflegebedürftigen überwiesen werde, „es sei denn, der Pflegebedürftige bestimmt, dass das Pflegegeld an einen anderen Empfänger ausgezahlt werden soll.“

Die Pflegekasse informierte die Familie auch über die im örtlichen Bereich ansässigen ambulanten Pflegedienste und teilte mit: „Diese schicken gerne einen Kostenvoranschlag für mögliche Leistungen sowie eine Übersicht der aktuellen Leistungskomplexe nach Sozialgesetzbuch XI.“

„Alle ambulanten Leistungen können als Pflegesachleistung durch einen ambulanten Pflegedienst oder als Pflegegeld, mit dem Betroffene ihre benötigte Pflege selbst sicherstellen, erbracht werden. Auch eine Kombination verschiedener Leistungsarten ist möglich“, erklärt Martina Opfermann-Kersten.

### Leistungen des Pflegedienstes

Der Pflegedienst von Familie Kehl schlug vor, den Leistungskomplex „kleine Körperpflege“ an 31 Tagen durchzuführen. Dieser umfasse: An-/Auskleiden mit Teilwaschen inklusive Transfer zur Waschegelegenheit und zurück beziehungsweise Transfer der Waschutensilien zum Patienten, Mund-, Zahnpflege. Kostenpunkt: 12,56 Euro mal 31 Tage = 389,36 Euro. Hinzu käme die Hausbesuchspauschale für Besuche zwischen 6 und 20 Uhr je 4,83 Euro beziehungsweise die erhöhte Hausbesuchspauschale zwischen 20 und 6 Uhr sowie an Wochenenden und an Feiertagen: 9,66 Euro. Für den August wären das  $10 \times 9,66 = 96,60$  Euro und  $21 \times 4,83 = 101,43$  Euro. Diese Grundelemente würden 587,39 Euro kosten. Davon würden bei diesem Kostenvoranschlag 420 Euro direkt mit der Pflegekasse abgerechnet, die restlichen 167,39 Euro wären vom Pflegebedürftigen selbst zu leisten. Eine Zahlung von Pflegegeld käme aufgrund der Inanspruchnahme des Höchstbetrages der Sachleistung in Höhe von 420 Euro nicht in Betracht. Wählbare Leistungen, die zur kleinen Körperpflege hinzugehören, wie Kämmen und/oder Rasieren (je 2,42 Euro) oder Hilfe beim Verlassen des Bettes (je 1,93 Euro) fielen gleich weg, da diese

## Übersicht Pflegestufen

### • Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand des notwendigen Hilfebedarfs muss mindestens 90 Minuten täglich betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

### • Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand des notwendigen Hilfebedarfs muss mindestens drei Stunden täglich betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

### • Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand des notwendigen Hilfebedarfs muss mindestens fünf Stunden täglich betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

## Pflegehilfsmittel und technische Hilfen



Es besteht Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Minderung der Beschwerden beitragen oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (zum Beispiel Pflegebetten, Hausnotrufsysteme), soweit solche Hilfsmittel nicht bereits von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger zu erbringen sind. Hier sind Zuzahlungen des Pflegebedürftigen in Höhe von zehn Prozent der Kosten, höchstens aber 25 Euro je Hilfsmittel vorgesehen. Eine Befreiung von diesen Zuzahlungen ist möglich. In der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung müssen die gesetzlichen Zuzahlungen ebenfalls – wie in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung – bis zur Höhe der persönlichen Belastungsgrenze geleistet werden.

Darüber hinaus können auch die Kosten für Mittel übernommen werden, die für die Durchführung der Pflege benötigt werden, wie zum Beispiel Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe sowie Bettschutzeinlagen. Diese Kosten können von der Landwirtschaftlichen Pflegekasse bis zu einem Betrag von 31 Euro monatlich übernommen werden.

Ferner können in besonderen gelagerten Einzelfällen Zuschüsse bis zu 2 557 Euro für pflegebedingte Umbaumaßnahmen (zum Beispiel Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen für Rollstuhlfahrer) in der Wohnung des Pflegebedürftigen gewährt werden.

/sv



**Auf die Grundpflege fallen in der Pflegestufe I mehr als 45 Minuten täglich. Dazu gehören die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität.**  
Foto: imago

Leistungen mit familiärer Hilfe machbar waren. Familie Kehl einigte sich mit dem Pflegedienst, welche Tätigkeiten selbst von der Familie übernommen werden, wie oft der Pflegedienst kommen soll und welche Leistungen dann ausgeführt werden. Dies wurde in einem Pflegevertrag festgehalten.

## Leistungen bei Pflegebedürftigen mit demenziellen Erkrankungen

Pflegebedürftige, die einen erhöhten Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben (zum Beispiel bei demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Störung), welcher dauer-

haft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führt, können von der Pflegekasse zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten. Diese Leistungen erhalten Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie auch Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß zumindest der Pflegestufe I erreicht (sogenannte Pflegestufe „0“).

Die Pflegekasse kann je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs die Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) ersetzen. Voraussetzung ist, dass die Leistung durch eine hierfür zugelassene Organisation erbracht wird. Expertin Opfermann-Kersten informiert: „Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgelegt und dem Pflegebedürftigen mitgeteilt. Wird der Betrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

## Beantragung eines Betriebshelfers

Durch den Schlaganfall von Norbert Kehl fiel die Hauptarbeitskraft auf dem Betrieb aus. Zur weiteren Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Betriebs musste Familie Kehl schnellstens einen Betriebshelfer organisieren. Elke Kehl stellte auch diesen Antrag telefonisch bei ihrer Landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Anschließend druckte sie sich das Antragsformular aus dem Internet aus, unter [www.lsv.de](http://www.lsv.de), Stichwort: Betriebshelfer. Der vierseitige Antrag musste 14 Tage später ausgefüllt eingereicht werden. Die ärztliche Bescheinigung mit Diagnose ihres Mannes musste sie dem Antrag beilegen. Der LSV-Träger stellte Kehls zeitnah einen Betriebshelfer zur Verfügung (siehe Infokasten).

## Wenn Sozialhilfe benötigt wird

Da die Pflegeversicherung von ihrer Konzeption her als Grundversicherung angelegt ist, bedeutet das für Familie Kehl, dass neben

den Leistungen der Pflegeversicherung eigene Leistungen des Pflegebedürftigen beziehungsweise der Angehörigen zu erbringen sind – zeitlich sowie finanziell. Im Fall von Familie Kehl war dies möglich. Wäre der Familienverbund rund um Norbert Kehl zu solchen Leistungen nicht in der Lage oder reichten die Mittel dazu nicht aus, so könnten unterstützende Leistungen der Sozialhilfe greifen. Individuelle Auskünfte dazu erteilt die Pflegekasse.

Familie Kehl hatte sich schon im Krankenhaus zusammengesetzt und gemeinsam mit dem durch den Schlaganfall pflegebe-

dürftigen Familienoberhaupt besprochen, wie er sich sein Leben künftig im Familienkreis vorstelle, was selbst gemacht werden könne und wo Hilfe benötigt werde. So hatte Landwirt Norbert Kehl das Gefühl, trotz seiner plötzlichen Hilflosigkeit, nicht auf dem Abstellgleis gelandet zu sein. Der Rat von Pflegeexperten dazu: „Treffen Sie nie Entscheidungen gegen den Willen des zu pflegenden Angehörigen im Zusammenhang mit seiner Pflege, solange er selbst mitdenken kann. Das erleichtert die neue Lebenssituation für alle Beteiligten.“ SL

## Pflegezeiten für nahe Angehörige

### Gesetzgeber gibt Zeit für den Pflegefall

**Die Gesetzgebung stellt nahen Angehörigen Zeitfenster zur Pflege zur Verfügung: Arbeitsbefreiung bis zu zehn Tagen, um die notwendigen Hilfsmaßnahmen zu organisieren, und unbezahlte Arbeitsfreistellung bis zu sechs Monate.**

Im akuten Pflegefall haben nahe Angehörige, die berufstätig sind, Anspruch auf Sonderurlaub für Pflege. Um die Pflege zu organisieren, haben sie ein Recht auf Arbeitsbefreiung von bis zu **zehn Arbeitstagen**. Diese kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer, unabhängig von der Betriebsgröße (Anzahl der Mitarbeiter), in Anspruch nehmen. Nahe Angehörige sind: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder. Während der Zeit der Arbeitsfreistellung besteht kein gesetzlicher Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitslohns.

Außerdem haben Berufstätige, die pflegebedürftige Angehörige (mindestens Pflegestufe I) längere Zeit zu Hause pflegen möchten, gegenüber ihrem Arbeitge-

ber ein Recht auf unbezahlte Freistellung von **bis zu sechs Monaten**. Dies kann entweder eine vollständige oder eine teilweise Freistellung sein. Dabei gilt: Die Freistellung sollte mindestens zehn Tage vor Beginn beim Arbeitgeber vorliegen. Voraussetzung: Der Arbeitgeber muss mehr als 15 Angestellte beschäftigen. Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson weiterhin bei der Arbeitslosen- und in der Regel in der Rentenversicherung versichert. Dies gilt nicht für die Kranken- und Pflegeversicherung. Darum müssen sich pflegende Angehörige selbst kümmern, sich also freiwillig oder privat versichern, falls sie nicht über ein anderes Familienmitglied mitversichert sind. Die Pflegekasse kann einen Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung gewähren.

SL

## Versicherungspflicht einer Pflegeperson

Sobald der Pflegeaufwand einer Pflegeperson mehr als 14 Stunden pro Woche beträgt, besteht unter bestimmten Voraussetzungen Versicherungspflicht für die Pflegeperson zur gesetzlichen Rentenversicherung. Ist die Pflegeperson noch mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig beziehungsweise selbstständig tätig, tritt diese Versicherungspflicht nicht ein.

Der Beitrag der Rentenversicherung ist eine zusätzliche Leistung der Pflegekassen.

## Betriebshelfer



Die LSV-Träger stellen qualifizierte Ersatzkräfte zur Verfügung. Wenn keine Ersatzkraft gestellt wird, können für selbstbeschaffte betriebsfremde Ersatzkräfte die Kosten in angemessener (begrenzter) Höhe erstattet werden. Für die Hilfe von Verwandten und Verschwägerten bis zum zweiten Grad werden grundsätzlich keine Kosten erstattet – höchstens jedoch erforderliche Fahrtkosten und der Verdienstausfall (bei unbezahltem Urlaub) bis zur Höhe der Kosten, die sonst beim Einsatz einer selbstbeschafften Ersatzkraft entstehen.

Für jeden Einsatztag eines Betriebshelfers muss eine Selbstbeteiligung von 10 Euro entrichtet werden.