

B - I - S e.K.

Beratung

Information

Service

Pflege zu Hause

(Beatmungs- / Intensivpflege)

Allgemeine Hinweise, Rechtliches

Vorkehrungen

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	
2. Pflegeversicherung SGB XI	1
2.1 Informationen zur Pflegeversicherung	2
2.2 Voraussetzungen	3
3. Vorsorgevollmacht / Betreuung	
3.1 Vertretungen eines Anderen	3
§ 202 StGB (Briefgeheimnis)	3
§ 239 StGB (Freiheitsberaubung)	4
3.2 General- / Vorsorgevollmacht	4
3.3 Betreuung	5
§ 1896 BGB (Betreuung)	5
§ 1904 (Genehmigung bei ärztl. Maßnahmen)	6
§ 1906 (Genehmigung bei Unterbringung etc.)	6
3.4 Patientenverfügung	7
4. (Beatmungs- / Intensiv) Pflege zu Hause	
4.1 Überleitungen von einer Klinik nach Hause	
3.1.1 Sozialdienst des Krankenhauses	9
3.1.2 Angehörige / Bevollmächtigte / Betreuer	10
3.1.3 Pflegedienst / Pflegeanbieter	12
5. Krankenkasse	
5.1 Genehmigungen von Leistungen	13
5.2 weitere Rechtsgrundlagen	15
§ 151 BGB (Annahme ohne Erklärung)	15
6. Sozialhilfe	
6.1 eigene Leistungen	16
6.2 Rückforderungen von Geschenke etc.	17
§ 528 BGB (Rückforderung des Schenkers)	17
§ 199 BGB (Verjährungsfrist)	17
7. Sozialgesetzbuch 12 (SGB XII)	
7.1 Leistungen SGB XII	17
§ 61 SGB XII (Leistungsberechtigte / Leistungen)	17
§ 65 SGB XII (andere Leistungen)	18
§ 74 SGB XII (Bestattungskosten)	18
7.2 Zuständigkeiten	
§ 3 SGB XII (Zuständigkeiten)	18
8. Schluss	
8.1 Schlussworte des Autors	19
8.2 Der Autor	20
8.3 Nachdenkliches	
„Öffne deine Augen“ – Brief eines Heimbewohners	20

1. Vorwort

Jede Person – unabhängig von Alter und Geschlecht - kann durch eine Krankheit oder ein sonstiges akutes Ereignis z.B. einen Unfall hilfsbedürftig werden und dadurch in die Lage kommen, seine eigenen Angelegenheiten nicht mehr alleine und selbständig erledigen zu können.

Nicht selten wird aus der Hilfsbedürftigkeit ein Pflegefall. Im Extremfall benötigt man sogar eine Beatmungs- oder Intensivpflege.

Wir Menschen neigen leider dazu solche Problemsituationen nicht wahrhaben zu wollen und damit zu verdrängen. Die Folge: wir befassen uns nicht mit den erforderlichen Vorsorgemaßnahmen und kennen im Bedarfsfall auch nicht die rechtlichen Möglichkeiten.

Die nachfolgenden Zeilen sollen helfen, sich vorab über einige Vorsorgemaßnahmen und – sofern erforderlich – den notwendigen Vorbereitungen bei einer notwendigen Pflege zu Hause (Beatmungs- und Intensivpflege) zu informieren.

Der Autor ist Inhaber der Fa. B – I – S e.K., ein Dienstleistungsunternehmen aus Blaustein in Baden – Württemberg.

Aus seiner Erfahrung als Pflegfachkraft, Pflegeberater nach § 7a SGB XI und zert.

Pflegesachverständiger werden in dem nachfolgenden Artikel einige wichtige Hinweise für die Überleitung vom Krankenhaus und die nachfolgende Pflege zu Hause gegeben

2. Pflegeversicherung (SGB XI)

2.1 Informationen zur Pflegeversicherung

Zum 01.10.1995 trat das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft. Dieses Gesetz ist dazu gedacht, pflegebedürftigen Menschen bei einer notwendigen Pflege zu unterstützen. Die Pflegeversicherung ist jedoch keine „Vollkasko – Versicherung“ für die Pflege, sondern nur eine zusätzliche bzw. ergänzende Unterstützung für die Pflegebedürftigen und Ihren Pflegepersonen.

Mit diversen Gesetzesänderungen, zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423), wurde das Pflegeversicherungsgesetz immer wieder ergänzt.

Eine wesentliche Änderung besteht darin, dass die jeweilige Krankenkasse dem (Erst-) Antragsteller binnen 5 Wochen nach Antragseingang bei der Krankenkasse schriftlich mitteilen muss, ob er als Pflegefall anerkannt und in welche Pflegestufe er eingestuft wird.

Weiterhin neu ist, dass die Betreuung von Demenzkranken deutlich verbessert wurde – für die Gewährung von Betreuungskosten z.B. für eine Tagespflege oder eine Demenzgruppe muss der Patient nicht mehr in eine Pflegestufe eingestuft sein.

Die aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung sind der Anlage 1 zu entnehmen.

2.2 Voraussetzungen

Immer wieder gibt es Meinungsverschiedenheiten, wenn es um die Pflegeeinstufung und damit um die Pflegestufe geht. Daher sollen hier einige Grundsätze erläutert werden.

Eine umfassende Pflege und Versorgung können als 4 Säulen dargestellt werden:

<u>Grundpflege</u>	<u>Behandlungspflege</u>	<u>Betreuung</u>	<u>Hauswirtschaft</u>
Körperpflege	Medikamentengabe	Zeitung lesen	putzen
Zahn-/Mundpflege	Injektionen / Spritzen	spazieren gehen	kochen
kämmen	Sekret absaugen	aufpassen	Wäsche waschen
Urinausscheidung	einsalben mit med. Salbe	Gespräche	bügeln
Stuhlausscheidung	medizinische Teilbäder	Gesellschaft leisten	einkaufen
Windelwechsel	Verbände	spielen	Apothekenbesuche
essen eingeben	Wickel jeder Art	Gedächtnistraining	Rezepte abholen
zu trinken geben	Gymnastik durchführen	Bett beziehen	
Hilfe beim Aufstehen			
an- ausziehen			
Hilfe bei Mobilität			

Die oben angeführten Tätigkeiten sind nur beispielhaft angeführt und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Entscheidend ist, dass sich die Pflegestufe nur aus dem Aufwand für die Grundpflege und einem gesetzlich festgelegten Anteil hauswirtschaftlicher Versorgung berechnet.

Pflegestufe 1 wird benötigt:	45 Minuten Grundpflege	45 Minuten Hauswirtschaft
Pflegestufe 2 wird benötigt:	120 Minuten Grundpflege	60 Minuten Hauswirtschaft
Pflegestufe 3 wird benötigt:	240 Minuten Grundpflege	60 Minuten Hauswirtschaft

Die oben angeführten Zeiten sind Tages – Durchschnittswerte.

Beispiel 1: Baden 1 x wöchentlich mit einem Zeitaufwand von 21 Minuten, so wird für den Tagesdurchschnitt nur 3 Minuten berechnet (21 Minuten geteilt durch 7 Tage....).

Beispiel 2: Duschen 2 x wöchentlich a 15 Minuten = 30 Minuten gesamt – geteilt durch 7 Tage = Tagesdurchschnitt von 4 Minuten

Die Einstufung wird mit Hilfe des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) oder eines anderen unabhängigen Gutachters vorgenommen (§ 18 SGB XI, Abs. 1); der beauftragte Gutachter muss sich im Rahmen eines Hausbesuches über den aktuellen Zustand und den notwendigen Hilfsbedarf des Pflegebedürftigen vor Ort informieren (§ 18 SGB XI, Abs. 2). Daher wird dringend empfohlen, den Besuch des Gutachters vorzubereiten und sich über einen Zeitraum von mehreren Tagen zu notieren, welche Art der Hilfe erforderlich ist und welcher Zeitaufwand hierfür benötigt wird. Auch Atteste von Ärzten oder Kopien von Arztberichten können hier sehr hilfreich sein.

Sinn macht es auch, sich während des Gutachter – Besuches Notizen zu machen über Dauer des Besuches, Verhalten und „Unverständlichkeiten“.

Wer mit dem Ergebnis des Gutachtens nicht zufrieden ist kann binnen 28 Tagen nach Eingang des (Leistungs-) Bescheides durch die Krankenkasse Widerspruch einlegen. Dieser Widerspruch sollte ausführlich und so genau wie möglich begründet werden, ggfs. unter Hinzuziehung eines neutralen Pflegesachverständigen.

Sofern keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können oder die Hilfsbedürftigen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht beantragen wollen, besteht immer noch die Möglichkeiten, auf eigene Kosten eine Nachbarschaftshilfe zu beauftragen oder sich eine sonstige (ausländische) Hilfe ins Haus zu holen.

3. Vorsorgevollmacht / Betreuung

3.1 Vertretungen eines Anderen

Es muss klar und unmissverständlich festgestellt werden, dass bei einer volljährigen Person weder der Ehepartner bzw. Lebensgefährte noch die Kinder rechtlich befugt sind, für den jeweils anderen Ehepartner - Lebensgefährte bzw. die Eltern irgendwelche Entscheidungen zu treffen. Davon betroffen ist auch das (Rechts-) Verhältnis zwischen volljährigen - evtl. auch geistig behinderten - Kindern und ihren Eltern. Dies betrifft nicht nur gesundheitliche Angelegenheiten, sondern fängt schon bei alltäglichen Dingen wie z.B. die Post an. Streng rechtlich gesehen, darf die Post eines anderen nur geöffnet werden, wenn dieser zuvor zugestimmt hat oder eine entsprechende Befugnis vorliegt. Ist eine Person (auch Ehepartner) körperlich oder geistig nicht mehr in der Lage, seine an ihn gerichtete Post selber zu öffnen und liegt keine schriftliche Einverständnis oder sonstige Ermächtigung vor, so ist der Straftatbestand der „Verletzung des Briefgeheimnisses“ erfüllt.

StGB	Strafgesetzbuch		
------	-----------------	--	--

§ 202 Verletzung des Briefgeheimnisses

(1) Wer unbefugt

1. einen verschlossenen Brief oder ein anderes verschlossenes Schriftstück, die nicht zu seiner Kenntnis bestimmt sind, öffnet oder
2. sich vom Inhalt eines solchen Schriftstücks ohne Öffnung des Verschlusses unter Anwendung technischer Mittel Kenntnis verschafft,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 206 mit Strafe bedroht ist.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sich unbefugt vom Inhalt eines Schriftstücks, das nicht zu seiner Kenntnis bestimmt und durch ein verschlossenes Behältnis gegen Kenntnisnahme besonders gesichert ist, Kenntnis verschafft, nachdem er dazu das Behältnis geöffnet hat

Ähnlich verhält es sich, wenn man bei volljährigen verwirrten, desorientierten und / oder unruhigen Persönlichkeiten zu ihrem eigenen Schutz die Haustür abschließt oder das Bettgitter verwendet, ohne zuvor dazu das Einverständnis eingeholt zu haben oder eine entsprechende Befugnis zu haben. Einverständnisse können nur die Persönlichkeiten erteilen, die noch voll rechts- und geschäftsfähig sind.

StGB

Strafgesetzbuch

§ 239 Freiheitsberaubung

(1) Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Die oben angeführten Gesetzestexte belegen eindeutig, dass hier dringender Handlungsbedarf zur Vorsorge besteht. Dies gilt nicht nur für Persönlichkeiten, die körperlich erkrankt sind und mit einer Progredienz rechnen müssen, sondern grundsätzlich für alle Personen – unabhängig von Geschlecht und Alter.

Der Gesetzgeber hat für die Vertretung einer Person zwei Möglichkeiten vorgesehen:

- Die Erteilung einer General - / Vorsorgevollmacht
- Die Einrichtung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht

3.2 General- / Vorsorgevollmacht

Jeder Volljährige, der voll rechts- und geschäftsfähig ist, hat das Recht eine Person seines Vertrauens als General - oder Betreuungsbevollmächtigten einzusetzen. Diese Vollmacht sollte schriftlich erfolgen und von einem Notar beglaubigt werden. Da die Generalvollmacht dem Bevollmächtigten einen sehr großen Spielraum einräumt, sollte diese Vollmacht nur einer Person gegeben werden der man bedingungslos vertrauen kann und von dem man erwarten kann, dass er die Angelegenheiten genauso abwickelt, wie man sie selber abwickeln würde.

Eine Generalvollmacht umfasst immer alle Bereiche des täglichen Lebens. Selbstverständlich kann man auch für einzelne Bereiche z.B. für die Gesundheit einen Bevollmächtigten im Rahmen einer Vorsorgevollmacht einsetzen.

Dem Bevollmächtigten sollte eine beglaubigte Zweitschrift dieser Generalvollmacht ausgehändigt werden oder dem Bevollmächtigten wird vorausschauend mitgeteilt, wo die beglaubigte Abschrift hinterlegt ist.

Ein Muster für eine Generalvollmacht in Verbindung mit einer Patientenverfügung wurde in der Anlage 2 angefügt. Diese Generalvollmacht ist nur als Beispiel gedacht und kann vom Vollmachtgeber verändert und damit auf seine ganz persönlichen Wünsche abgestimmt werden.

Für die Erstellung der General- / Vorsorgevollmacht ergeht die gleiche Empfehlung wie nachfolgend bei der Patientenverfügung ausgeführt.

3.3 Betreuung

Für Persönlichkeiten, die nicht mehr in der Lage sind ihren Willen frei zu äußern und / oder umzusetzen, sei es durch ein körperliches oder geistiges Gebrechen, kann man beim zuständigen Vormundschaftsgericht, welches in der Regel beim Amtsgericht mit eingegliedert ist, einen Antrag auf Betreuung stellen (Anlage 3)

Der Gesetzgeber hat jedoch für die Einrichtung einer Betreuung bestimmte Voraussetzungen vorgeschrieben. Diese Voraussetzungen kann man im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) nachlesen:

BGB

Bürgerliches Gesetzbuch

§ 1896 Voraussetzungen

(1) ¹Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. ²Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. ³Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(1a) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden

Die Betreuung darf nur die Aufgabenbereiche umfassen, für die eine Betreuung zwingend erforderlich ist (zum Vergleich: die Generalvollmacht umfasst alle Bereiche).

Absatz 2 des § 1896 BGB

(2) ¹Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. ²Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

(4) Die Entscheidung über den Fernmeldeverkehr des Betreuten und über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten seiner Post werden vom Aufgabenkreis des Betreuers nur dann erfasst, wenn das Gericht dies ausdrücklich angeordnet hat.

Bei den Aufgaben wird unterschieden zwischen rechtlichen Angelegenheiten (Behörden, Verträge etc.), Vermögensangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung, Postgeheimnis und gesundheitliche Angelegenheiten. Das Betreuungsrecht sichert den zu Betreuenden bei weiteren genau definierten Maßnahmen nochmals ab – es bedarf weiterer Einwilligungen / Genehmigungen durch das Vormundschaftsgericht.

§ 1904 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

- (1) ¹Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. ²Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

§ 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

- (2) ¹Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. ²Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Diese „Unterbringungsmaßnahmen“ bzw. die angeführte freiheitsentziehende Maßnahme betreffen auch die Verwendung von Bettgitter, die zwar zum Schutz des Patienten an Betten angebracht werden, ihn jedoch in seiner Freiheit einschränken.

Sofern eine Betreuung erforderlich ist, kann jedermann bei dem für den Wohnsitz des zu Betreuenden zuständigen Amtsgerichts einen Antrag auf Betreuung stellen (siehe Anlage 4).

3.4 Patientenverfügungen

Jede voll rechts- und geschäftsfähige Person hat das Recht selbst zu bestimmen, in welchem Umfang er in einem Krankheitsfall behandelt werden soll. Hierfür hat der Gesetzgeber die Möglichkeit eingeräumt, eine Patientenverfügung zu erstellen.

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch			
-----	-------------------------	--	--	--

§ 1901 a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer (Anmerkung des Autors: auch Bevollmächtigter), ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Mit dieser Patientenverfügung soll geregelt werden, welche medizinischen Maßnahmen der zu Verfügende möchte oder aber auch ablehnt. Dieses Recht auf Behandlungsverfügung kann nur der Patient alleine ausüben und ist weder auf einen Bevollmächtigten noch auf einen Betreuer übertragbar. Auch ein Richter ist zu dieser Entscheidung nicht befugt – entsprechende Urteile zu Behandlungsabbrüchen beruhen überwiegend auf dem nachweisbaren mutmaßlichen Willen des Patienten (z.B. durch Aussagen von Zeugen, bei denen der Patient seinen Willen geäußert hat).

Es kommt immer wieder vor, dass Ärzte entsprechende Patientenverfügungen ablehnen – teilweise auch zu Recht. Leider kursieren im weltweiten Internet oder auch bei Ärzten vordruckte Patientenverfügungen, die im Multiple-Choice-Verfahren angekreuzt werden.

Diese Vorgehensweise ist sehr zweifelhaft, da hier nicht der freie, persönlich gemachte Wille des Patienten festgehalten wird, sondern nur vorgefertigte Antworten vorliegen, ohne bzw. nur mit

eingeschränkten Möglichkeiten diese zu ergänzen oder ggfs. zu verändern und auf den individuellen Wunsch des Patienten anzupassen.

Der Wille, der in einer Patientenverfügung geäußert wird muss unzweifelhaft und so deutlich formuliert sein, dass die jeweilig behandelnden Ärzte den tatsächlichen Willen des Patienten zweifelsfrei erkennen können.

Dieses (gleiche) unübertragbare Recht der freien Festlegung einer Verfügung über Sachwerte und Körper*, findet sich auch beim Testament (oder gibt es bereits vordruckte Testamente im Multiple-Choice-Verfahren?)

*Festlegung, was nach dem Tod geschehen soll (Übergabe an Anatomie, Erdbestattung, Urnenbestattung etc.)

Es wird daher dringend folgende Vorgehensweise empfohlen:

1. Bestätigung durch Zeugen

Eine Patientenverfügung kann mit der Schreibmaschine oder Computer geschrieben werden (nicht jedoch das Testament – dieses muss handschriftlich erfolgen) und sollte anschließend mit Ort und Datum versehen werden.

Dann sollte die eigenhändige Unterschrift des zu Verfügenden unter Heranziehung von 2 neutralen, unabhängigen Zeugen vorgenommen werden. Diese Zeugen müssen ebenfalls mit Ort und Datum unterschreiben.

Es ist empfehlenswert, dass diese Unterschriften jedes Jahr erneuert werden, damit dadurch unzweifelhaft der Wille des zu Verfügenden bestätigt wird. Selbstverständlich können bei jeder Unterschriften - Erneuerung auch andere neutrale Zeugen gegenzeichnen.

2. Bestätigung durch einen Notar

Es wird empfohlen, die Patientenverfügung von einem Notar erstellen zu lassen – selbstverständlich kann man sich vorher einen entsprechenden Text und damit seinen Willen selber festlegen oder auf vordruckte Texte zurückgreifen (siehe Anlage 2 – Generalvollmacht in Verbindung mit einer Patientenverfügung). Dann sollte jedoch die Unterschrift vor einem Notar erfolgen. Der Notar beglaubigt die Unterschrift und trägt diese Patientenverfügung in eine Urkundenrolle ein. Damit hat diese Patientenverfügung dann den gleichen rechtlichen Charakter wie das beim Notar erstellte Testament.

Der Notar kann dann zusätzlich – auf Wunsch – diese Patientenverfügung auch in einem bundesweiten Register hinterlegen bzw. registrieren lassen.

Für die Erstellung der Patientenverfügung bzw. die Unterschriftsbeglaubigung berechnet der Notar eine entsprechende Gebühr.

Anmerkung des Verfassers:

Die in der Anlage beigefügte General- / Vorsorgevollmacht in Verbindung mit der Patientenverfügung wurde mit mehreren Notaren durchgesprochen. Diese Patientenverfügung lehnt sich in einigen Teilen an das Transplantationsgesetz zum Schutze des Patienten an.

4. (Beatmungs- / Intensiv) Pflege zu Hause

4.1 Überleitungen von einer Klinik nach Hause

Bei der Überleitung eines (beatmungs- bzw. intensivpflichtigen) Patienten von der Klinik nach Hause ist es wünschenswert, wenn die Sozialarbeiter des Krankenhauses, die Angehörigen und der – von den Angehörigen – ausgewählte Pflegedienst / Pflegeanbieter eng zusammen arbeiten.

4.1.1 Sozialdienst des Krankenhauses

Dem Sozialdienst des Krankenhauses kommt bei der Überleitung eines (beatmungs- bzw. intensivpflichtigen) Patienten von der Klinik nach Hause eine besondere Rolle zu. Er sollte Bindeglied zwischen der Klinik, der zuständigen Krankenkasse, dem Hausarzt und dem Pflegedienst / Pflegeanbieter sein.

Zunächst sollte der Sozialdienst beim zuständigen Stationsarzt bzw. Oberarzt nachfragen, ab wann eine Entlassung voraussichtlich möglich ist. Eine Vorlaufzeit von 7 Tagen sollte hier seitens der Klinik für alle Vorbereitungen mit eingeplant werden, was jedoch bei den heutigen G-DRG (Fallpauschalen in der stationären Versorgung) nicht immer möglich sein wird. Nachdem der voraussichtliche Termin erhoben wurde, nimmt der Sozialdienst mit den Angehörigen oder dem Bevollmächtigten / Betreuer Kontakt auf und teilt ihm den voraussichtlichen Termin in einem persönlichen Gespräch mit.

Im Rahmen dieses Gespräches sollte der Sozialdienst auch den sozialen Status nebst Wohnmöglichkeiten, vorhandenen Hilfsmittel und ggfs. bereits vorhandene Pflegestufe gemäß Pflegeversicherungsgesetz erheben (Anlage 4).

Ferner sollte der Sozialdienst eine Liste von regionalen und überregionalen Pflegediensten bzw. Pflegeanbieter (auch private) nebst Referenzen und Erfahrungsberichte vorhalten, die eine (Beatmungs- / Intensivpflege) zu Hause sicherstellen können. Diese Liste mit den Referenzen ist den Angehörigen, Bevollmächtigten, Betreuer ohne Kommentar auszuhändigen (Achtung: Eingriff in den Wettbewerb / Autonomie der Anbieter).

Nach Erhebung der Sozialanamnese sollte der Sozialdienst erneut Kontakt mit dem Stationsarzt aufnehmen zwecks Abklärung, ob die vorhandenen Hilfsmittel ausreichen. Sofern weitere Hilfsmittel erforderlich sind, sollte der zuständige Arzt eine entsprechende Verordnung über die Hilfsmittel, weiterhin eine Verordnung über häusliche Pflege (Muster 12) für 3 Werktage und zusätzlich ein Attest über den erforderlichen Pflegeaufwand gem. § 37 SGB V Abs. 1 bzw. 2 (Behandlungspflege) erstellen.

Die Verordnung „Häusliche Krankenpflege“ auf Muster 12 und das Attest können später in einem Sozialgerichtsprozeß sehr wichtig sein

4.1.2 Angehörige / Bevollmächtigte / Betreuer

Die Angehörigen, Bevollmächtigten, Betreuer sollten - sofern möglich – den Patient befragen wo er in Zukunft gepflegt werden möchte (zu Hause / Pflegeheim / Hospiz). Wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, eine adäquate Antwort zu geben ist der mutmaßliche Willen des Patienten entscheidend. Es muss hier deutlich hervorgehoben werden, dass der Betreuer nicht der Vormund des Patienten ist, sondern „nur“ sein Erfüllungsgehilfe – auch wenn es mal mehr Arbeit bedeutet oder schwieriger ist sollte auch der Betreuer den mutmaßlichen Willen seines anvertrauten Patienten erheben und berücksichtigen. Das gleiche gilt für den (General) Bevollmächtigten. Dieser sollte das in ihn gesetzte Vertrauen nicht missbrauchen.

Nachdem feststeht wo in Zukunft die Pflege stattfinden soll, müssen die Angehörigen, Bevollmächtigten, Betreuer entweder die geeignete Einrichtung aussuchen und dann die erforderlichen Maßnahmen in Absprache mit der Einrichtung ergreifen oder, bei einer Pflege zu Hause, einen geeigneten Pflegeanbieter suchen (siehe Liste des Sozialdienstes der abgebenden Klinik). Es kann auch hilfreich sein im Internet nach überörtlichen Pflegeanbietern zu suchen.

Mit dem Pflegedienst / Pflegeanbieter muss dann abgeklärt werden, ob er den Auftrag annehmen und ab wann er die Pflege sicherstellen kann. Hierbei müssen neben personellen Strukturen auch die erforderlichen Formalitäten mit der Krankenkasse und den beteiligten niedergelassenen Ärzten berücksichtigt werden.

Weiterhin muss den Angehörigen / Bevollmächtigten / Betreuer klar sein, was eine Pflege zu Hause bedeutet:

Zunächst muss ein Pflegezimmer eingerichtet werden – ggfs. muss dafür ein vorhandenes Zimmer aufgegeben oder verändert werden. Der Patient sollte nicht innerhalb der Wohnung „abgeschoben“, sondern in der Familie und dem Tagesablauf integriert werden.

Zu der Auseinandersetzung mit der Krankheit und der damit verbundenen psychischen Belastung kommt noch hinzu, dass „Fremde“ (Pflegepersonal) ständig oder stundenweise in der Wohnung mit anwesend sind. Dadurch wird die Privatsphäre und der Schutz der eigenen Wohnung erheblich beeinträchtigt. Deshalb muss geklärt werden, wo sich das Pflegepersonal bei einer 12- bzw. 24 – Stunden - Pflege aufhalten kann. Der gesamte Zeitplan, der vielleicht seit Monaten / Jahren eingespielt ist (z.B. am Montag wird gewaschen, am Dienstag wird eingekauft, am Mittwoch macht man dieses und jenes etc.) kommt durcheinander. Weiterhin kommen ein Mehraufwand an hauswirtschaftlicher Versorgung und ein nicht unbeträchtlicher Kostenmehraufwand hinzu. Diese Mehrkosten setzen sich zusammen aus:

- Stromkosten
- gesetzlich Zuzahlungen für Medikamente
- nicht verordnungsfähigen Medikamenten, Salben etc.
- diverse Pflegeartikel
- Krankenunterlagen (hier übernimmt die Pflegekasse nur 31,00 € / Monat)
- Wasserkosten für vermehrte Körperpflege und anfallende Wäsche
- höhere Müllkosten
- ggfs. Anschaffung von zusätzlicher Textilien (Bett- und Nachtwäsche, Handtücher)
- ggfs. erhöhte Heizkosten

Auch sollte man sich rechtzeitig damit auseinandersetzen, dass bei einer Progredienz der Krankheit diese schlussendlich letal verläuft und dass der Patient dann zu Hause verstirbt.

Insgesamt muss jedoch festgehalten werden, dass sich der Patient in der Regel zu Hause am wohlsten fühlt und dass der noch so große logistische, pflegerische oder finanzielle Aufwand eine Heimunterbringung nicht rechtfertigt.

Pflege zu Hause ist nicht einfach! Der Erfolg einer guten und liebevollen Pflege kann man jedoch daran messen, ob sich der Patient mit all seinen Sorgen und Problemen „fallen“ lässt und man sein fast bedingungsloses Vertrauen spürt. Man erlebt den Patienten plötzlich noch viel intensiver, sowohl seine Hilflosigkeit aber auch seine Dankbarkeit und seine Liebe.

Dazu noch ein Zitat:

Das schönste... ist nicht die ausgestreckte Hand, das freundliche Lächeln oder der menschliche Kontakt, sondern das erhabene Gefühl, jemanden zu haben, der an einen glaubt und einem sein Vertrauen schenkt

Emerson, Ralph Waldo (1803 – 1882)

4.1.3 Pflegedienst / Pflegeanbieter

Nachdem der Pflegedienst / Pflegeanbieter den Auftrag für die Pflege zu Hause angenommen hat sollte er einen „Überleitungskordinator“ bestimmen, der dann als Ansprechpartner für die Klinik, die Krankenkasse und den Angehörigen / Betreuer / Bevollmächtigte zur Verfügung steht.

Dieser Überleitungskordinator vereinbart zunächst mit der abgebenden Klinik einen Termin, um die notwendigen Schritte in der abgebenden Klinik einzuleiten. Dazu ist es erforderlich zuerst Kontakt mit dem Sozialdienst aufzunehmen, um die Sozialanamnese als Kopie ausgehändigt zu bekommen und – sofern schon erstellt – die weiteren Verordnungen und Atteste für die Krankenkasse. Danach stellt sich der Koordinator zusammen mit den Angehörigen, Betreuer oder Bevollmächtigten bei dem Patienten vor (unabhängig davon, ob der Patient diesen Besuch bewusst wahrnehmen kann oder nicht). Anschließend sollte ein Gespräch mit der abgebenden Station und dem Stationsarzt erfolgen, um die medizinisch - pflegerische Anamnese noch in der Klinik zu erheben. Zu diesem Zeitpunkt sind noch offene Fragen bzgl. der Hilfsmittel, Medikamente und des Entlassungs- / Übernahmetermins mit zu klären.

Als nächstes sollte der Koordinator einen Termin mit den Angehörigen / Betreuer / Bevollmächtigten vereinbaren, um sich die Wohnverhältnisse anzusehen. Bei diesem Termin steht das Pflegezimmer im Vordergrund. Die Angehörigen haben von einem Pflegezimmer ein anderes Verständnis als die Pflegekräfte. Notwendige Änderungen sollten den Angehörigen so schonend wie möglich beigebracht werden, da jede Änderung in der Wohnung gleichzeitig ein Eingriff in die Privatsphäre der Wohnung und deren Bewohner darstellt.

Nicht umsonst formuliert der Engländer: *My Home is my Castle.*

Bei einer notwendigen Umstellung oder Einrichtung des Pflegezimmers sollte der Pflegeanbieter behilflich sein – hier können erste vertrauensbildende Gespräche erfolgen und Vertrauen auch

seitens der Angehörige / Betreuer / Bevollmächtigte aufgebaut werden. Besonders gut wäre es, wenn bereits ein Teil des pflegenden Personals hierbei eingesetzt werden könnte.

Dazu ist es jedoch zuvor erforderlich, das zukünftige „Pflegeteam“ zusammen zu stellen. Bei der Auswahl der Pflegekräfte sollte neben der Geschlechtsspezifität auch darauf geachtet werden, dass mindestens 2 erfahrene Kräfte mit im Team sind.

Während der evtl. notwendigen Wohnungsumstellung sollte der Koordinator mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen und sich eine Verordnung gem. § 37 Abs. 1 SGB V (Muster 12) ausstellen lassen; Grundlage hierfür ist das von der abgebenden Klinik ausgestellte Attest und die bereits erstellt Verordnung (Muster 12). Sofern weitere Hilfsmittel erforderlich sind, welche die abgebende Klinik nicht verordnet hat, sind auch diese vom Hausarzt rezeptieren zu lassen.

Weiterhin sollte mit dem Hausarzt vereinbart werden, dass er am Tage der Entlassung / Übernahme nach Hause den Patienten zu Hause besucht, um sich einen eigenen Eindruck zu verschaffen, evtl. bestehende Defizite wie z.B. einen Dekubitus o.ä. zu dokumentieren und die erforderlichen Medikamente zu verordnen. Bei diesem ersten Besuch wird dann festgelegt, in welchem zeitlichen Abstand der Hausarzt regelmäßig (ohne Dringlichkeit) Hausbesuche durchführen kann bzw. sollte. Bei diesem ersten Besuch des Hausarztes sollte sowohl der Koordinator als auch die Teamleitung mit anwesend sein.

Dass die Angehörigen / Bevollmächtigten / Betreuer die Verordnung (Muster 12) auf der Rückseite ausfüllen und unterschreiben müssen, sollte dem Pflegeanbieter hinlänglich bekannt sein. Auch sollte sich der Pflegeanbieter nicht darauf beschränken, nur den Antrag gem. Muster 12 auszufüllen (siehe Rechtsgrundlagen).

Nachdem sowohl die Rücksprache mit der abgebenden Klinik, dem Hausarzt als auch mit den Angehörigen erfolgt ist, kommt auf den Pflegedienst / Pflegeanbieter bzw. den eingesetzten Koordinator die schwierigste Aufgabe zu:

Rücksprache mit der Krankenkasse zwecks Genehmigung und Lieferung der verordneten Hilfsmittel und der Genehmigung der Häuslichen Pflege gem. § 37 Abs. 1 / 2 SGB V. Diese Rücksprache sollte – wenn möglich – persönlich erfolgen.

5. Krankenkasse

5.1 Genehmigungen von Leistungen

Die Krankenkasse hat die Aufgabe, die Gelder, die die jeweiligen Mitglieder zahlen, sorgfältig zu verwalten und die erforderlichen Ausgaben so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten

(Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 2 SGB V in Verbindung mit § 12 Abs. 1 SGB V)

Leider schießen die Krankenkassen bzw. deren Mitarbeiter häufig über das Ziel der erforderlichen Wirtschaftlichkeit hinaus. Es ist bekannt geworden, dass sich vereinzelte Krankenkassen zum Ziel gesetzt haben, die häusliche Krankenpflege im Rahmen einer mehrstündigen dauerhaften

Versorgung durch Fachkräfte für unter 30,00 Euro/Stunde erbringen zu lassen. Bei einem Einsatz von Fachkräften, wie dies von den Krankenkassen gefordert und für den Patienten dringend notwendig, ist diese Vorstellung bzw. dieses Vorhaben finanziell nicht durchführbar (auf diverse Urteile zur Leistungspflicht der Krankenkassen möchte ich hier hinweisen).

Nachdem der Krankenkasse die Verordnung über die erforderliche Pflege nebst Attest der abgebenden Klinik vorliegt, wird in der Regel der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) eingeschaltet mit der Bitte um Prüfung, ob die erstellten Verordnungen medizinisch erforderlich sind und wenn ja, in welchem Umfang die Beatmung- / Intensivpflege notwendig ist. Die Prüfung durch den MDK erfolgt sehr häufig per Aktenlage.

Im Rahmen des Patientenrechtegesetzes, welches am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, wurde unter Artikel 2 auch das Sozialgesetzbuch wie folgt verändert:

SGB V

Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 13 Absatz 3 wurde folgender Absatz 3a eingefügt:

„
(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von *drei Wochen nach Antragseingang* oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von *fünf Wochen nach Antragseingang* zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. *Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.* Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kosten-erstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

Somit wurde vom Gesetzgeber eindeutige Fristen für das Genehmigungsverfahren im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittel festgelegt.

Diese 5 - Wochenfrist findet sich auch im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) wieder.

Bei einer verordneten 24 Stunden - Behandlungspflege kommt es bei der Genehmigung durch die Krankenkasse leider immer wieder vor, dass der Grundpflegebedarf gem. erteilter Pflegestufe des Pflegeversicherungsgesetzes abgezogen wird. Dieses Vorgehen erscheint sehr zweifelhaft, da der Patient während der Grundpflege auch die erforderliche Behandlungspflege – wie verordnet – benötigt. Daher ist hier zwingend das Urteil des BSG vom 17.06.2010 zu beachten:

Es ist zunächst die von der Pflegekasse geschuldete Grundpflege zeitlich zu erfassen. Der so ermittelte Zeitwert ist nicht vollständig, sondern nur zur Hälfte vom Anspruch auf die ärztlich

verordnete 24-stündige Behandlungspflege einschließlich der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen abzuziehen, weil während der Durchführung der Grundpflege weiterhin Behandlungspflege - auch als Krankenbeobachtung - stattfindet und beide Leistungsbereiche gleichrangig nebeneinander stehen.

Urteil des BSG 3. Senats vom 17.6.2010 - B 3 KR 7/09 R –

5.2 Weitere Rechtsgrundlagen

Gemäß § 37 Abs. 1 bzw. Abs. 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch eine geeignete Pflegekraft, wenn ein Vertragsarzt die Notwendigkeit auf dem vereinbarten Vordruck (Muster 12) verordnet hat.

Welche Behandlungen verordnungsfähig sind, wurde in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ festgelegt.

In diesen Richtlinien wird auch unter § 6 (Genehmigung von häuslicher Krankenpflege) Abs. 6 geregelt, dass die Krankenkasse bis zur ihrer Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen zu übernehmen hat.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Eine ähnliche Regelung findet sich auch im BGB:

BGB

Bürgerliches Gesetzbuch

§ 151 Annahme ohne Erklärung gegenüber dem Antragenden

¹Der Vertrag kommt durch die Annahme des Antrags zustande, ohne dass die Annahme dem Antragenden gegenüber erklärt zu werden braucht, wenn eine solche Erklärung nach der Verkehrssitte nicht zu erwarten ist oder der Antragende auf sie verzichtet hat. ²Der Zeitpunkt, in welchem der Antrag erlischt, bestimmt sich nach dem aus dem Antrag oder den Umständen zu entnehmenden Willen des Antragenden.

(Anmerkung des Verfassers: der Zeitpunkt aus dem Antrag zu entnehmenden Willen des Antragenden - Pflegedienst / Pflegeanbieters - entspricht dem beantragten Zeitraum der Verordnung...)

Dieses bedeutet für den Pflegeanbieter, dass er die Verordnung der häuslichen Krankenpflege spätestens am 3. Werktag nach Übernahme des Patienten bei der Krankenkasse vorzulegen hat. Gleichzeitig mit der Verordnung hat der Pflegeanbieter einen verbindlichen Antrag (nicht nur die

Rückseite des Musters 12) mit Angaben der beabsichtigten / verordneten Pflegezeit, dem gesamten Zeitraum und der beantragten Stundenvergütung vorzulegen. Entscheidend kann für den

Pflegeanbieter sein, dass er auf eine ausdrückliche Zustimmungserklärung verzichtet. Sofern der Antrag und die ärztliche Verordnung über häusliche Krankenpflege nicht persönlich der Krankenkasse übergeben werden kann, wird empfohlen diese der Krankenkasse als Einschreiben - vorab als Fax - zukommen zu lassen.

Ein ablehnender Bescheid seitens der Krankenkasse kann nur für die Zukunft, jedoch nicht rückwirkend geltend gemacht werden.

Sofern die Krankenkasse dem Patienten oder dem Pflegeanbieter mitteilt, dass sie die verordnete Pflege nicht oder nur teilweise übernimmt, wird dringend empfohlen umgehend Widerspruch einzulegen und diesen durch einen geeigneten Fachanwalt begründen zu lassen. Gerne können wir bei Bedarf Kontakt zu einem Fachanwalt herstellen. Dieser kann – sofern erforderlich - beim zuständigen Sozialgericht einen Antrag auf einstweilige Anordnung beantragen mit der Begründung, dass bei fehlender oder unzureichender Pflege der Patient einen weiteren unwiderruflichen gesundheitlichen Schaden erleiden wird.

Ein Widerspruch hat in diesem Fall gem. § 86 a SGG (Sozialgerichtsgesetz) eine aufschiebende Wirkung.

Mit Einlegung des Widerspruches beginnt das Vorverfahren (§ 83 SGG).

Weiterhin sollte mit dem Widerspruch ein Antrag auf „Verzicht eines Regress Vorbehaltes“ mit eingereicht werden.

In der Regel reichen die Leistungen der Pflegeversicherung für die anfallenden Kosten bei der Grundpflege nicht aus. Den Differenzbetrag muss der Patient selber tragen. Sofern der Patient über kein eigenes Vermögen verfügt, muss die Allgemeinheit für die notwendigen Kosten aufkommen, da bei Mittellosigkeit der Patient einen Rechtsanspruch gem. Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) hat.

6. Sozialhilfe

6.1 Eigene Leistungen

Sofern der Antrag beim Sozialgericht keinen Erfolg hatte oder der Angehörige, Bevollmächtigte, Betreuer den Weg zum Sozialgericht nicht gehen will, muss der Patient mit seinem Vermögen (Bargeld, angesparte Vermögen, Immobilien, evtl. Lebensversicherungen etc.) bis zu einem „Schonvermögen“ zwischen 1.600,00 und 2.600,00 Euro für die Differenzsumme aufkommen. Ist dieses Schonvermögen erreicht, besteht ein Rechtsanspruch auf Sozialhilfe (SGB XII). Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass auch Lebenspartner, Kinder oder Eltern zur Finanzierung mit herangezogen werden können.

5.2 Rückforderungen von Geschenken

Es erscheint hier besonders erwähnenswert, dass der Sozialhilfeträger bei „Verarmung des Antragstellers“ vom Zeitpunkt der Antragstellung an alle vom Antragsteller gemachten und nachweisbaren Schenkungen (incl. Überschreibungen) innerhalb der letzten zehn Jahre zurückfordern kann. Siehe auch § 516 BGB in Verbindung mit § 528 und 199 Abs. 3 Pkt. 1

BGB

Bürgerliches Gesetzbuch

§ 528 Rückforderung wegen Verarmung des Schenkers

- (1) ¹Soweit der Schenker nach der Vollziehung der Schenkung außerstande ist, seinen angemessenen Unterhalt zu bestreiten und die ihm seinen Verwandten, seinem Ehegatten, seinem Lebenspartner oder seinem früheren Ehegatten oder Lebenspartner gegenüber gesetzlich obliegende Unterhaltspflicht zu erfüllen, kann er von dem Beschenkten die Herausgabe des Geschenkes nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung fordern. ²Der Beschenkte kann die Herausgabe durch Zahlung des für den Unterhalt erforderlichen Betrags abwenden. ³Auf die Verpflichtung des Beschenkten findet die Vorschrift des § 760 sowie die für die Unterhaltspflicht der Verwandten geltende Vorschrift des § 1613 und im Falle des Todes des Schenkers auch die Vorschrift des § 1615 entsprechende Anwendung.

§ 199 ^[1] Beginn der regelmäßigen Verjährungsfrist und Höchstfristen

- (3) ¹Sonstige Schadensersatzansprüche verjähren
1. ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis in zehn Jahren von ihrer Entstehung an

7. Sozialgesetzbuch XII

7.1 Leistungen

Im Sozialgesetzbuch XII (früher Bundessozialgesetz), 7. Kapitel (§ § 61 bis 66) ist die „Hilfe zur Pflege“ geregelt:

§ 61 Leistungsberechtigte und Leistungen

- (1) ¹Personen, 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 bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten.

Hilfe zur Pflege ist auch, Kranken und behinderten Menschen Hilfe zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.

(2) 1Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. 2Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches gilt entsprechend. 3

§ 65 Andere Leistungen

(1) 1Pflegebedürftigen im Sinne des § 61 Abs. 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach § 63 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

Auch die erforderlichen Bestattungskosten wurden im SGB XII geregelt:

§ 74 Bestattungskosten

Die erforderlichen Kosten einer Bestattung werden übernommen, soweit den hierzu Verpflichteten nicht zugemutet werden kann, die Kosten zu tragen.

7.2 Zuständigkeiten

Die Leistungen sind bei den Trägern der Sozialhilfe zu stellen; wer dafür zuständig ist, ist im § 3 SGB XII nachzulesen:

§ 3 Träger der Sozialhilfe

(1) Die Sozialhilfe wird von örtlichen und überörtlichen Trägern geleistet.

(2) 1Örtliche Träger der Sozialhilfe sind die kreisfreien Städte und die Kreise, soweit nicht nach Landesrecht etwas anderes bestimmt wird. 2Bei der Bestimmung durch Landesrecht ist zu gewährleisten, dass die zukünftigen örtlichen Träger mit der Übertragung dieser Aufgaben einverstanden sind, nach ihrer Leistungsfähigkeit zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem

Buch geeignet sind und dass die Erfüllung dieser Aufgaben in dem gesamten Kreisgebiet sichergestellt ist.

(3) Die Länder bestimmen die überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

In Baden-Württemberg sind für die Gewährung der Sozialhilfe entweder das Bürgermeisteramt der kreisfreien Stadt oder bei Landkreisen das Landratsamt zuständig, da in Baden-Württemberg die Versorgungsämter „aufgelöst“ wurden und auf die Städte bzw. Landkreise „verteilt“ wurden.

Nachdem alle Formalitäten erledigt wurden, alle medizinischen und pflegerischen Hilfsmittel vorhanden sind, der Dienstplan für das zuständige Pflegepersonal fertig geschrieben wurde, kann dann der (beatmungs- / intensivpflichtige) Patient endlich nach Hause verlegt werden.

8. Schluss

8.1 Schlussworte des Autors

Jeder sollte stets so pflegen, wie er selbst gepflegt werden möchte – dass betrifft insbesondere den Umgangston unter- und miteinander (redet mehr miteinander als übereinander...), die Menschlichkeit, den Zeitaufwand, den man bei der Pflege aufwendet, die Liebe und die Barmherzigkeit.

Eine Persönlichkeit, die der Autor sehr hochachtet, hat aus dem B der Barmherzigkeit ein W gemacht – daraus wurde dann:

Warmherzigkeit

Wiederum ein anderer sagte zu der Situation der Patienten:

Wer nicht mehr die Kraft hat, auf andere zuzugehen, ist einsam.

Dass bedeutet in der Pflege, dass jeder dazu aufgerufen ist, seinen Patienten nicht vereinsamen zu lassen, sondern ihn da abzuholen, wo er steht bzw. liegt und ihm dann mit einer guten Pflege eine (goldene) Brücke der Warmherzigkeit zu bauen.

7.2 Der Autor

Wolfgang Müller ist examinierte Pflegefachkraft mit diversen Weiterbildungen, Pflegeberater und zertifizierter Pflege – Sachverständiger.

7.3 Nachdenkliches

Öffne deine Augen

Schwester was seht ihr, was seht ihr? Was denkt ihr, wenn ihr mich anseht?

Eine verbitterte alte Frau, die nicht mehr weise, unsicher in ihrem Verhalten, ihren Bewegungen, mit leeren weitblickenden Augen. Eine Frau, die beim Essen sabbert, eine Frau, die keine Antwort gibt, wenn du mit lauter Stimme sagst: „Ich möchte, daß sie es versuchen!“ Sie scheint die Dinge um sich herum nicht zu bemerken. Sie scheint immer etwas zu vermissen, verloren zu haben, einen Strumpf, einen Schuh oder irgend etwas anderes. Sie läßt dich tun, was du willst, ob sie will oder nicht. Mit Baden und Füttern wird der Tag ausgefüllt.

Ist es das, was du denkst, was du siehst? Dann öffne deine Augen Schwester! Du siehst mich ja gar nicht!

Ich will erzählen, wer ich bin, auch wenn ich hier so still sitze, gewöhnt an deine Befehle, deinen Willen über mich ergehen lasse, alles schlucke.

Ich bin ein kleines Kind, eines von zehn Kindern, mit Vater und Mutter, Brüder und Schwestern, die einander lieb haben.

Ein junges Mädchen von 16 Jahren, mit Flügeln an den Füßen, träumend, dass sie bald einen Liebhaber finden wird oder treffen.

Eine Braut schon mit 20 Jahren – mein Herz macht einen großen Sprung, wenn ich an den Treueschwur denke, den ich versprach zu halten.

Mit 25 Jahren habe ich eigene Kinder, die ich brauchen, die ich beschützen muß – glückliches Zuhause!

Eine Frau von 30 Jahren, meine Kinder werden nun schnell groß. Sie gehen dauernde Bindungen ein.

Mit 40 Jahren, meine Söhne sind nun erwachsen und wollen eigene Wege gehen, Aber mein Mann ist noch bei mir und nimmt mir die große Traurigkeit.

Mit 50 Jahren, wieder spielen Kinder um mich herum, wir lieben sie und sie lieben uns.

Schwere Tage kommen über mich. Mein Mann stirbt. Ich sehe in die Zukunft. Es schaudert mich vor Angst und Schreck. Meine Kinder sind mit ihrem eigenen Leben und der Erziehung ihrer eigenen Kinder beschäftigt. Ich denke an die Jahre und die Liebe, die erlebt habe.

Nun bin ich eine alte Frau. Die Natur ist grausam. Sie scheint sich über das Alter lustig zu machen. Der Körper ist verschrumpelt. Anmut und Kraft ist dahin. Da, wo früher ein Herz war, ist jetzt ein Stein. Aber im Inneren der alten Hülle wohnt immer noch das junge Mädchen. Und jetzt und immer wieder schwillt mein mitgenommenes Herz.

Ich denke an die Freude, ich denke aber auch an den Schmerz und ich liebe mein Leben immer, immer wieder. Ich denke an die wenigen Jahre, die zu schnell vergangen sind.

Ich nehme die nackten Tatsachen hin – nichts kann ewig dauern!

Schwester, öffne doch deine Augen! Öffne sie – und sieh! Schau nicht auf irgendeine unsichere alte Frau. Schau ganz genau - schau auf mich!

Anmerkung:

Diese Original - Sätze schrieb eine alte Frau auf, die bis zu ihrem Tod im Krankenhaus auf einer (geschlossenen) geriatrischen Station eines Pflegeheimes gelegen hat. Der Text wurde nach dem Tode der Frau von einer Schwester im Nachttisch des Pflegeheimes gefunden ...

Literaturverzeichnis

Stand 01.03.2014

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf>

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/zweck/g-drg>

http://www.kvwl.de/arzt/verordnung/sonstiges/pflege/ausfuellhilfe_muster_12.pdf

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37.html

http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf

<http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&Datum=2010-6&nr=11540&linked=pm>

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-804/HKP-RL_2013-09-19.pdf

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgg/gesamt.pdf>

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_12/gesamt.pdf