

**AUFLISTUNG DES PFLEGEBEDARFES der zur ERLANGUNG DES PFLEGEGELDES  
berücksichtigt werden kann**

**ALLGEMEINES**

Um Pflegegeld zu bekommen muss vor der Behörde ein in Stunden bemessener Monatsbedarf an Hilfe (Pflegebedarf) glaubhaft gemacht werden. Die Höhe der glaubhaft zu machenden Hilfe orientiert sich an der Pflegegeldstufe. Je höher der Pflegebedarf desto höher die Pflegegeldstufe.

Die hier vorgenommene Aufstellung des Pflegebedarfes ist ein Versuch den Pflegebedarf zu ermitteln und ist für Patienten jeden Alters geeignet. Aus praktischen Gründen erfolgte jedoch keine Unterteilung des Pflegebedarfes in Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtungen. Am Ende dieses Formulars finden Sie die den notwendigen monatlichen Pflegebedarf je Stufe aufgelistet.

Es sei jedoch in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen, dass ein geltend gemachter Pflegebedarf nicht immer von der Behörde akzeptiert wird. Oftmals muss dann gegen einen zu Unrecht ergangenen, das Pflegegeld verneinenden od. eine zu geringe Stufe zuerkennenden, Bescheid ein Rechtsmittel ergriffen werden. Weitere Informationen können Sie der pdf – Datei Allgemeine Informationen über das Pflegegeld entnehmen.

Da bedarf es dann einer gewissen Hartnäckigkeit um zum Ziel zu kommen.

Wichtig ist es immer den Monatsbedarf an Hilfe zu errechnen. Sollten Sie daher etwa als Betroffener selbst od. betreuende Eltern mit ihrem Kind alle 3 Monate zur Kontrolle in die Klinik, sollten Sie den dafür benötigten zeitl. Betreuungsaufwand durch 3 dividieren um einen Monatsschnitt zu erlangen.

**LISTE**

Zeit Art der Betreuung / Verrichtung	benötigte	
	Stunden	Minuten

**INHALATIONSTHERAPIE:**

Zusammenbauen des Inhalators.....

Beaufsichtigung des Inhalationsvorganges.....

Grobreinigung des Inhalators.....  
(Zerlegen, Düsenreinigung mit Kupferdraht, Waschen, Abtrocknen)

Feinreinigung des Inhalators.....  
(Abermaliges Zusammenbauen und Vernebler mit ein wenig Wasser durchblassen lassen um Verstopfungen des Verneblers mit der inhalierten Flüssigkeit zu verhindern)

<i>Art der Betreuung / Verrichtung</i>	<i>benötigte Zeit</i>	
	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

Endgültiges Auseinandernehmen und Auskochen  
der Verneblerteile und diese trocknen  
lassen.....

Zeitaufwand Wartung des  
Inhalators.....  
(Hinbringen zur Reparatur und Wartung sowie Besorgung von Ersatzteilen etc.)

Gesamtzeitaufwand <u>INHALATIONSTHERAPIE</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
--	----------------	----------------

BESONDERE HYGIENEMASSNAHMEN BEI PSEUDOMONAS – PATIENTEN:  
(etwa um die Ansteckung von mehreren CF-Patienten in einem Haushalt zu vermeiden)

Reinigung der Toilettenbecken.....

Reinigung der Waschbecken.....

Weitere Hygienemaßnahmen.....  
(Welche?)

Gesamtzeitaufwand <u>BESONDERE HYGIENEMASSNAHMEN</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
--	----------------	----------------

ZEITAUFWAND BEIM BESORGEN DER MEDIKAMENTE:

Gang zum Hausarzt.....

Gang zum Chefarzt.....

Bestellung/Abholung in der Apotheke.....

Gesamtzeitaufwand <u>BESORGUNG DER MEDIKAMENTE</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
--	----------------	----------------

ZEITAUFWAND BEI AMTSWEGEN:

Finanzamt.....

Sozialamt.....

Direktion von Schulen.....

Arbeitgeber.....

Vermehrte Wege bei Reisevorbereitungen.....

Sonstiges.....

Gesamtzeitaufwand <u>AMTSWEGE</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
-----------------------------------	----------------	----------------

<i>Art der Betreuung/Verrichtung</i>	<i>benötigte Zeit</i>	
<u>WARTUNG DES SAUERSTOFFGERÄTES:</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

Schlauchreinigung (Sterilisieren).....		
Besorgen des destillierten Wassers.....		
Serviceaufwand.....		
Gesamtzeitaufwand <u>WARTUNG DES SAUERSTOFFGERÄTES</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

<u>WARTUNG DES PORT A CATHS:</u>		
Gripper-wechsel.....		
Gesamtzeitaufwand <u>WARTUNG DES PORT A CATHS</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

<u>KLOPFTHERAPIE UND DRAINAGELAGERUNG:</u>		
Betreuungszeit.....		
Autogene Drainage/Hilfestellung.....		
Überwachung der Atemschulung.....		
Gesamtzeitaufwand <u>KLOPFTHERAPIE UND DRAINAGELAGERUNG</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

<u>PEP – MASKENTHERAPIE:</u>		
Anleitung, Überwachung.....		
Maskenreinigung (Zerlegen, Auskochen, Zusammensetzen).....		
Besorgen von Sputumgefäßen.....		
Gesamtzeitaufwand <u>PEP – MASKENTHERAPIE</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

<u>ZEITAUFWAND BEI DER SPORTTHERAPIE:</u>		
Transport zu den Sportstätten..... (Fitneßzentren, Schwimmhallen etc.)		
Begleitung und Betreuung beim Radfahren, Reiten,..... Eislaufen, Schifahren etc.		
Sonstiges.....		
Gesamtzeitaufwand <u>SPORTTHERAPIE</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

<u>BEGLEITUNG ZU KLINIKTERMINEN:</u>		
--------------------------------------	--	--

(inkl. Fahrt-, Warte- u. Behandlungszeiten)

Anfahrt.....

Betreuung während der Kontrolle.....  
(Lungenfunktion, Sauerstoffmessung etc.)

<i>Art der Betreuung/Verrichtung</i>	<i>benötigte Zeit</i>	
	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

Rückfahrt.....

Gesamtzeitaufwand <u>KLINIKTERMINEN</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
---	----------------	----------------

---

BEGLEITUNG BEI ZUSÄTZLICHEN ARZTBESUCHEN:

(inkl. Fahrt-, Warte- u. Behandlungszeit)

Zum Hausarzt.....

Zur Akupunktur.....

Zur HNO-Behandlung.....  
(Lichtbäder, Nebenhöhlen- oder Polypenprobleme bei CF)

Zur Ernährungsberatung.....

Zum Zahnarzt.....  
(etwa bei langwierigeren Behandlungen bei Regulierungen wg. CF-bedingter „falscher Atmung“)

Zur Physiotherapie.....

Zu anderen Fachärzten.....

Gesamtzeitaufwand <u>ZUSÄTZLICHE ARZTBESUCHE</u>	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
--	----------------	----------------

---

ERHÖHTER BETREUUNGSaufWAND IM ALLTAG:

Übernahme/Anhalten/Aufforderung zu Körperwäschen bei erhöhter Salzausscheidung (Schwitzen), bei Luftnot, Husten, Kraftlosigkeit und Sonstigem Grund (Grund benennen)

Ganzkörperwäsche.....

Teilwäsche Oberkörper.....

Teilwäsche Unterkörper.....

Hände/Gesicht.....

Hilfe beim eincremen der durch häufiges duschen/baden (Körperwäsche) beanspruchten Haut.....

Übernahme/Anhalten zum vollständigen Haartrocknen.....  
zur Erkältungsprophylaxe

Hilfe beim Gehen in der Wohnung.....  
(etwa zur Toilette / Bad wg. Husten/Schwindel/Sauerstoffschlauch etc.)

*Art der Betreuung/Verrichtung* *benötigte Zeit*  
*Stunden      Minuten*

Hilfe beim Treppensteigen innerhalb der Wohnung.....

Anhalten/Kontrolle zum intensiven/vermehrten Zähneputzen.....  
(wegen Aufnahme hochkalorischer Nahrung oder aggressiver Inhalationszusätze)

Zusätzliches Reinigen der Wohnung.....  
(wg besonderer Hygienenotwendigkeit wenn keine Reinigungskraft vorhanden)

Vermehrtes Spülen.....  
durch zusätzliche Mahlzeiten/Zwischenmahlzeiten

Übernahme/Anhalten zur Nasendusche.....

Kämmen wegen verfilzter Haare durch erhöhtes Schwitzen.....

Hilfe beim Anziehen.....  
(z.B. wegen Schwitzen oder wegen Luftnot / Husten)

Hilfe beim Ausziehen.....  
(z.B. altersbedingt (Kinder) oder wegen Luftnot / Husten)

Hilfe beim Waschen wg. PEG/Sauerstoffschlauch

Ganzkörperwäsche.....

Teilkörperwäsche.....

bei der zusätzlichen Kleider Wäsche.....  
(wg. Verstärkter Schweißabsonderung bzw. vermehrter Verschmutzung durch  
Pankreasinsuffizienz)

Im Haushalt.....  
(erhöhter Reinigungsaufwand (etwa wg. diverser Allergien (Hausstaub etc.) zwingt zur  
Anstellung von Haushaltshilfen)

Gesamtzeitaufwand BETREUUNGSaufwand ALLTAG *Stunden      Minuten*

---

ERNÄHRUNG UND MOBILITÄT:

Mundgerechte Zubereitung.....  
(Zubereiten, Portion. von Zwischenmalzeiten (teilw. Pürierte Kost, erneueres Aufwärmen)

Anhalten/Motivation/Kontrolle zur Nahrungsaufnahme.....  
wg. Appetitmangels

Anhalten/Motivieren/Kontrolle zum Trinken.....  
zur Verflüssigung des Bronchialschleims

*Art der Betreuung/Verrichtung* *benötigte Zeit*  
*Stunden*      *Minuten*

Verabreichen von Sondenkost durch PEG.....  
Inklusive Reinigung des Mehrfachsystems

Hilfe bei der Schleimentfernung unmittelbar vor dem Essen.....

Aufstehen.....  
(etwa mehrfaches Wecken nach einer schlechten Nacht)

Hilfe zur morgendlichen Schleimentfernung.....  
(zeitl. vor Toilettengang, Waschen und Frühstück)

Zubettgehen.....  
(etwa Kind will nicht schlafen)

Hilfe zur morgendlichen Schleimentfernung.....  
(zeitl. letzte Maßnahme vor dem Schlafengehen)

Hilfe während der Nacht.....  
(Beruhigen bei Atemnot, Hustenattacken, Alpträume, Erneueres zu Bett bringen)

Gesamtzeitaufwand ERNÄHRUNG UND MOBILITÄT *Stunden*      *Minuten*

---

ERHÖHTER AUFWAND BEI DIÄTISCHER NAHRUNGSAUFBEREITUNG:

Erstellung von Essensplänen.....  
(für kalorienreiche, leichtverdauliche, zuckerdosierte und vitaminreiche Nahrung)

Mehraufwand für die Beschaffung.....  
von hochkalorischen Nahrungsmitteln, Reinigungsmitteln (die Wohnung muss aus  
hygienischen Gründen öfters geputzt werden)

Mehraufwand bei der Herstellung.....  
immer frisch zubereiteter und separater Speisen

Mehraufwand bei (durch CF bedingten) Diabetes.....

Herstellung einer erhöhten Zahl (6x pro Tag).....  
von Speisen (Zusatzmahlzeiten)

Gesamtzeitaufwand DIÄTISCHE NAHRUNGSAUFBEREITUNG *Stunden*      *Minuten*

---

BETREUUNG DER PATIENTEN FÜR AUFENTHALTE IN FRISCHER LUFT / AM MEER / IM GEBIRGE:

Betreuung bei med. verordneten, regelmäßigen Aufenthalten in frischer Luft.....

Betreuung der Patienten bei Aufenthalten im Gebirge.....

Art der Betreuung/Verrichtung benötigte Zeit  
Stunden      Minuten

Betreuung der Patienten bei Aufenthalten am Meer.....

Betreuungsaufwand bei Reisevorbereitung.....

Zeitlich-finanzielle Belastung bei getrennter Patientenbegleitung.....  
(durch je einen Elternteil ins Ausland, um dem Patienten häufigere Aufenthalte bieten zu können)

Gesamtzeitaufwand BETREUUNG PATIENTENAUFENTHALTE      *Stunden*      *Minuten*

---

DARM – ODER BLASENENTLEERUNG:

Hilfe beim Wasserlassen.....

Sichtkontrolle des Stuhls auf seine Konsistenz.....  
und Kontrolle des Darmausganges auf Darmvorfall

Hilfestellung zur Darmentleerung wg. Schmerzen/Angst.....  
(etwa Wärmeflasche, Massagen)

Eincremen wg. Pilzinfektion.....

Reinigung der Toilette bei Fettstuhl.....

Richten der Bekleidung nach Toilettengang.....

Windelwechseln nach Stuhlgang (bei Fettstühlen bei Kleinkindern).....

Gesamtzeitaufwand DARM – ODER BLASENENTLEERUNG      *Stunden*      *Minuten*

---

SONSTIGE BETREUUNGSNOTWENDIGKEITEN:

In Zeiten erhöhter Infektionsgefahr.....  
(Zwecks Vermeidung öffentlicher Verkehrsmittel Fahrten mit eigenem Auto in die Schule und für alle Besorgungen außer Haus)

Erhöhte Betreuungsnotwendigkeit in Zeiten von Grippeepidemien.....  
(CF-Kinder dürfen in diesen Zeiten nicht mit anderen Kindern spielen)

Erhöhter Betreuungsbedarf für Nachhilfestunden.....

(Nachlernen nach häufigen Klinikaufhalten, da sich Versagen in der Schule negativ auf das Krankheitsbild auswirkt)

Erhöhter Betreuungsaufwand bei häufiger Bettlägrigkeit des Patienten.....

Besuche und Betreuungen bei Klinikaufhalten.....  
(oft mehrmals täglich)

Art der Betreuung/Verrichtung	benötigte Zeit	
	Stunden	Minuten

Erhöhter Zeitaufwand für Motivation bzw. Kontrolle bei Ablehnung.....  
der Betreuer bzw. Negativismus etc.

Psychologische Betreuung der Patienten.....

Mehraufwand bei Incompliance (Therapieverweigerung).....  
(Zubereitung der Inhalationen bei Unwilligkeit des Patienten, Reinigung des Verneblers bei Unwilligkeit des Patienten etc.) (Nur relevant wenn Patient altersbedingt Handlungen selbst vornehmen könnte!)

Notwendigkeit älterer Patienten auf Grund der zeitintensiven CF-Therapie Hilfen einzustellen:

für das Kochen.....

für das Wäsche waschen und Bügeln.....

für das Aufräumen.....

für Nachhilfestunden.....

für.....

Mehraufwand bei Betreuung mehrerer CF-Patienten in der Familie.....

<i>Art der Betreuung/Verrichtung</i>	<i>benötigte Zeit</i>	
	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>

Sonstiges.....

.....

.....

.....

Gesamtzeitaufwand SONSTIGE BETREUUNGSNOTWENDIGKEITEN *Stunden* *Minuten*

---



## ZUSAMENFASSUNG DES GESAMTEN BETREUNGSaufwandes

	<i>Stunden</i>	<i>Minuten</i>
INHALATIONSTHERAPIE.....		
BESONDERE HYGIENEMASSNAHMEN.....		
BESORGUNG DER MEDIKAMENTE.....		
AMTSWEGE.....		
WARTUNG DES SAUERSTOFFGERÄTES.....		
WARTUNG DES PORT A CATHS.....		
KLOPFTHERAPIE UND DRAINGELAGERUNG.....		
PEP-MASKENTHERAPIE.....		
SPORTTHERAPIE.....		
KLINIKTERMINE.....		
ZUSÄTZLICHE ARZTBESUCHE.....		
BETREUNGSaufwand ALLTAG.....		
ERNÄHRUNG UND MOBILITÄT.....		
DIÄTISCHE NAHRUNGSaufBEREITUNG.....		
BETREUUNG PATIENTENAUFENTHALTE.....		
DARM – ODER BLASENENTLEERUNG.....		
SONSTIGE BETREUNGSNOTWENDIGKEITEN.....		
<b>GESAMTBETREUNGSZEIT:</b>	<i>Stunden:</i>	<i>Minuten:</i>

### **PFLEGEgELDSTUFEN**

Stufe	monatlicher Pflegebedarf	monatliche Höhe in €
Stufe 1	mehr als 60 Stunden	EUR 154,20
Stufe 2	mehr als 85 Stunden	EUR 284,30
Stufe 3	mehr als 120 Stunden	EUR 442,90
Stufe 4	mehr als 160 Stunden	EUR 664,30

Stufe 5	mehr als 180 Stunden sowie dauernde Bereitschaft	EUR 902,30
Stufe 6	mehr als 180 Stunden sowie unkoordinierte Betreuung	EUR 1.260,00
Stufe 7	mehr als 180 Stunden sowie Bewegungsunfähigkeit	EUR 1.655,80

Stand Mai 2012

Copyright Maximilian Lang