

# DAS PFLEGE- TAGEBUCH.

Der Weg zum Pflegegeld und  
zur richtigen Einstufung.

WIEN.ARBEITERKAMMER.AT



WIEN

GERECHTIGKEIT MUSS SEIN



A portrait of Renate Anderl, a woman with dark brown hair, wearing a red blazer over a black top. She is standing in front of a blurred background that appears to be a building facade. A large red graphic element, consisting of a diagonal shape, is overlaid on the left side of the image, containing white text and a quote icon.

”

Wir wollen mehr Unterstützung  
für pflegende Angehörige.  
Deswegen fordern wir die Schaffung  
von Pflegeservicestellen – eine Anlaufstelle  
für alle Anträge und Informationen rund  
um die Pflegesituation.

**Renate Anderl**  
AK Präsidentin

# **DAS PFLEGE- TAGEBUCH.**

**Der Weg zum Pflegegeld und  
zur richtigen Einstufung.**

## **EINLEITUNG**

Für die Pflege zu Hause stellt das Pflegegeld eine wichtige finanzielle Unterstützung dar. Mit diesem Pflegetagebuch können Sie oder pflegende Angehörige Ihren Pflegebedarf dokumentieren. Dadurch wird die Notwendigkeit der regelmäßigen Unterstützung nachvollziehbar. Es ist empfehlenswert, das Pflegetagebuch mindestens über **eine Woche** zu führen.

**Das Pflegegeld ist eine monatliche finanzielle Beihilfe für den Pflege- und Betreuungsaufwand ohne den Anspruch, die gesamten Kosten zu decken.**

## **ANTRAGSTELLUNG**

Der Antrag erfolgt mittels Formular (Muster im Anhang).

**Das Formular erhalten Sie bei Ihrem Versicherungsträger:**

- Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
- Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)
- Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Sie können das Formular auch Online auf der Homepage des jeweiligen Versicherungsträgers oder unter [www.oesterreich.gv.at/themen/pflege/4.html](http://www.oesterreich.gv.at/themen/pflege/4.html) abrufen.

Der Antrag ist bei Ihrer pensionsauszahlenden Stelle einzubringen.

## **DAUER**

Ab Antragstellung kann es etwa 4 bis 6 Wochen bis zur Untersuchung durch den Arzt/ die Ärztin oder durch das diplomierte Pflegepersonal dauern.

Während der Untersuchung kann eine Vertrauensperson (z.B. Angehörige, Pflegeperson) anwesend sein, selbst dann, wenn der/die Begutachtende dies nicht möchte.

Der Versicherungsträger hat 6 Monate Zeit, um über Ihren Antrag zu entscheiden. Das Pflegegeld wird ab dem nächstfolgenden Monatsersten der Antragstellung zugesprochen.

## **KLAGEMÖGLICHKEIT**

Ist der/die Antragsteller:in mit dem Inhalt des zugestellten Bescheides nicht einverstanden, weil entweder die Pflegestufe als zu niedrig erscheint oder aber überhaupt kein Pflegegeld zugesprochen wurde, kann eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht Wien eingebracht werden. Die Klage ist formlos und innerhalb von 3 Monaten ab Zustellung des Bescheides einzubringen.

Die Klage kann entweder

- an die pensionsauszahlende Stelle oder
  - direkt an das Gericht
- gesandt werden.

Wird die Klage bei der pensionsauszahlenden Stelle eingebracht, wird diese an das Arbeits- und Sozialgericht Wien weitergeleitet.

Die Arbeiterkammer Wien bietet Ihren Mitgliedern und ehemaligen Mitgliedern eine kostenfreie Prüfung der Chancen einer Klage an. Falls unsere Einschätzung positiv ausfällt, stellen wir Ihnen einen Gutschein für eine Mitgliedschaft beim KOBV aus, den größten Behindertenverband Österreichs. Der KOBV führt dann kostenlos das Verfahren für Sie vor dem Sozialgericht.

#### **Telefonische Beratung:**

+43 1 50165-1204, Montag bis Freitag, 8.00 bis 15.45 Uhr

#### **Höhe des Pflegegeldes (2024)**

Stufe 1	> 65 Stunden/Monat	€ 206,20
Stufe 2	> 95 Stunden/Monat	€ 380,30
Stufe 3	> 120 Stunden/Monat	€ 592,60
Stufe 4	> 160 Stunden/Monat	€ 888,50
Stufe 5	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.206,90
Stufe 6	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.685,40
Stufe 7	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 2.214,80

\* Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Stunden im Monat und das Erfordernis einer besonders qualifizierten Pflege wie z.B. außergewöhnlicher Pflegeaufwand, zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen oder der Unmöglichkeit zielgerichteter Bewegungen mit funktioneller Umsetzung.

#### **VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG:**

- Pflegetagebuch
- Pflegedokumentation bei bestehender Betreuung durch die Hauskrankenpflege
- Aktueller Arztbrief
- Medikamentenverordnung vom behandelnden Arzt /behandelnder Ärztin oder Krankenhaus (nicht selbst geschrieben)

## ADRESSEN

### **Pensionsversicherungsanstalt**

Landesstelle Wien  
Friedrich-Hillegeist-Straße 1  
1021 Wien  
Tel.: 05 03 03  
[www.pensionsversicherungsanstalt.at](http://www.pensionsversicherungsanstalt.at)

### **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen**

Wiedner Hauptstraße 84-86  
1051 Wien  
Tel.: 050 808 808  
[www.svs.at](http://www.svs.at)

### **Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau**

Josefstädter Straße 80  
1080 Wien  
Tel.: 050405 - 23700  
[www.bvaeb.at](http://www.bvaeb.at)

### **Arbeits- und Sozialgericht Wien**

Althanstraße 39-45  
1091 Wien  
Tel.: +43 (1) 40127  
[www.justiz.gv.at/asg-wien/arbeits--und-sozialgericht-wien~274.de.html](http://www.justiz.gv.at/asg-wien/arbeits--und-sozialgericht-wien~274.de.html)

### **Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz**

Stubenring 1  
1010 Wien  
Tel.: +43 (1) 711 00 – 0  
[www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at)

# ANHANG 1: ANTRAG PFLEGEgeld

**PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT**  
Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich

## Antrag auf

☐ ZUERKENNUNG PFLEGEgeld  
☐ ERHÖHUNG PFLEGEgeld  
☐ WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem Pflegegeldbezug  
nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Bitte unbedingt ausfüllen <sup>1)</sup>

FÜR

Versicherungsnummer  
Geburtsdatum

1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familienname(n) / Nachname(n) und Vorname(n)		Personenstand	Pensionsnummer / Aktenzeichen <small>(Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)</small>
Geschlecht:	Staatsbürgerschaft:	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EWR-Staat <input type="checkbox"/> Schweiz	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingsseigenschaft beilegen) <input type="checkbox"/> sonstige		
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer	
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

**DURCH** (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familienname(n) / Nachname(n) und Vorname(n)	
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür	
Postleitzahl	Ort
Telefonnummer	

**ICH BIN** ☐ der / die gesetzliche Vertreter / Vertreterin ☐ der / die gerichtlich bestellte Sachwalter / Sachwalterin <sup>2)</sup> ☐ die obso-  
pflichtige Person <sup>2)</sup> ☐

2) Bitte Bestellkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

PAL 080 (04. 2015) DVR: 2108296

**1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegegrad erhöht?**  
(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

**Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?**

körperliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
geringe Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gedächtnisstörung / Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Ursachen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sollen zusätzlich zum Pflegegeldwerber / zur Pflegegeldwerberin weitere Personen vom Termin des beabsichtigten Hausbesuches verständigt werden?

☐ nein ☐ ja

(Zustimmen / Nichtzustimmen und Vermerk: siehe Adresse und Telefonnummer)

**2. Von welcher Person / Stelle wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?**

☐ Pflegeperson

(Zustimmen / Nichtzustimmen und Vermerk: siehe Adresse)

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienangehöriger in Anspruch genommen?

☐ ja ☐ nein

Besitzt eine 24-Stunden-Betreuung?

☐ ja ☐ nein

(Zustimmen / Nichtzustimmen und Vermerk: siehe Adresse der 24-Stunden-Betreuung)

☐ mobile Dienste (zB mobile Hilfe und Betreuung, Hausbesuche, Essen auf Rädern)

(Zustimmen / Nichtzustimmen und Vermerk: siehe Adresse)

☐ ambulante / stationäre Dienste (zB Behinderteneinrichtung, Tagesmutter, Tagespflege, Kindergarten, Hort)

(Zustimmen / Nichtzustimmen und Vermerk: siehe Adresse, Kostenbeitrag)

☐ dauernde Unterbringung in einer stationären Einrichtung (zB Alten-, Pflege-, Wohn- oder Erziehungshaus, Krankenhaus)

(Zustimmen / Nichtzustimmen und Vermerk: siehe Adresse, Kostenbeitrag)

**3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (zB Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Altersheim)?**

☐ nein ☐ ja

(Krankenanstalt Aufenthalt von – bis, Kostenbeitrag)

Sollten Sie über den Antriebsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

**4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?**

☐ nein ☐ ja

(Datum des Unfalls) und (Unfallhergang (kürzestmöglich))

Legt fremdes Verschulden am Unfall vor?

☐ ja ☐ nein

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?

☐ ja ☐ nein

Wurde eine Unfallkassenzustimmung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welcher Stelle?

**5. Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Pflegezulage, Blinden-  
zulage)?**

☐ nein ☐ ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Abrechnungs-)

Haben Sie eventuell auf Grund Ihres Gesundheitszustandes Anspruch auf eine dem Bundespflegegeld ähnliche ausländische Leistung, die Sie noch nicht beantragt haben?

☐ ja ☐ nein

(Art der Leistung, ausstellende Stelle)

Erhalten Sie eine Pflegegeldleistung aus einem EU-Mitgliedsstaat, einem EWR-Staat oder der Schweiz?

☐ ja ☐ nein

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Abrechnungs-)

**6. Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familien-  
beihilfe?**

☐ ja ☐ nein

(ausstellende Stelle, Abrechnungs-)

**7. Beziehen oder beantragen Sie noch eine weitere Pension, Rente, einen Ruhe- oder Ver-  
sorgungsgeld oder dergleichen?**

☐ ja ☐ nein

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Abrechnungs-)

**8. Waren Sie in Ihrer aktiven Tätigkeit Beamter / Beamtin?**

☐ ja ☐ nein

(siehe Dienststelle)

**9. Anweisung**

**MIT Pensionsbezug:**

Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollernte aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungsgeld beziehen, wird das Pflegegeld wie diese Leistung angerechnet.

Der Bekanntheits meines Kontos durch meine pensionsbezugsfähige Stelle an den Entscheidungsträger und der Anweisung des Pflegegeldes auf diesen Konto wird zugestimmt.

**OHNE Pensionsbezug:**

(Die Anweisung auf ein Konto)

☐ wird genehmigt

Die Überweisung des Pflegegeldes auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehenden Girokonten – nur über Antrag auf langfristige Pensionszahlung bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

(Der bei Ihrer Bank einrichtete, ausgefüllte und bestellte Antrag auf langfristige Pensionszahlung ist beizulegen.)

☐ wird nicht genehmigt. **Beratung wird ausdrücklich beantragt.**

**10. Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Bundespflegegeldgesetz verpflichtet, jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, die Erhöhung des Anspruches (zB ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (den Bezug anderer pflichtgesetzlicher Leistungen neben dem Pflegegeld) begründet, binnen vier Wochen dem Entscheidungsträger zu melden.

Jede Änderung des Wohnortes – wenn auch nur vorübergehend – ist innerhalb von zwei Wochen zu melden.

Ich bin verpflichtet, dem Bundespflegegeldgesetz ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn und solange ausländische Leistungen nicht geltend gemacht werden, kann das Pflegegeld abgezinst, gemindert oder entzogen werden.

**Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuverlangen.**

Ich bin selbstbetreuend / blind. ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die E-Mail-Adresse

☐ erwünscht

☐ nicht erwünscht

(Datum) (Unterschrift)

Beilage(n):



## ANHANG 2: MUSTERKLAGE

An das  
Arbeits- und Sozialgericht Wien

Althanstraße 39-45  
1091 Wien

Ort, am .....

**Klagende Partei:**

Name  
Adresse

Vertreten durch:

.....  
.....

**Beklagte Partei:**

(Pflegegeldträger lt. Bescheid) .....  
.....

**Wegen:**

Pflegegeld

# KLAGE

Mit Bescheid vom ..... wurde zu Unrecht die Gewährung von Pflegegeld  
abgelehnt bzw. das Pflegegeld zu niedrig bemessen oder zu Unrecht herabgesetzt.

Beweis:

Bescheid vom .....  
Sachverständiger aus einem medizinischen Bereich  
oder Pflegebereich

Ich stelle daher den Antrag auf Fällung folgenden

## Urteils:

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei ein Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß  
ab dem gesetzlichen Stichtag zu gewähren.

.....  
(eigenhändige Unterschrift der klagenden Partei oder des Vertreters)

Anlage: Bescheid, Vollmacht



## ALLGEMEINE ERLÄUTERUNGEN ZUM PFLEGETAGEBUCH

Es ist empfehlenswert, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen, um den regelmäßigen Pflege- und Betreuungsbedarf sichtbar zu machen.

Die für die Pflegegeldbegutachtung relevanten Aktivitäten, wie in der Tabelle aufgelistet, sind

- Mobilität,
- Körperpflege,
- Ernährung,
- Ausscheidung,
- hauswirtschaftliche Versorgung und
- besondere Ereignisse.

Dokumentieren Sie bitte die Häufigkeit und die Art der Hilfe.

## ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DER TABELLEN:

Kreuzen Sie in der nachfolgenden Tabelle jene von Ihnen durchgeführten Tätigkeiten an. Um die Regelmäßigkeit zu dokumentieren, tragen Sie täglich Ihre geleistete Unterstützung ein.

Beispiel:

Hilfe- und Betreu- ungsbedarf	Häufigkeit				
	Morgen	Mittag	Nachmit- tag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr
<b>Mobilität</b> Aufstehen vom Bett	XXXXXX	X X X		XXXXXX	

## ART DER HILFESTELLUNG:

**Anleitung/Beaufsichtigung** heißt, dass der/die Pflegebedürftige zu den Verrichtungen angeleitet (das heißt zeigende bzw vertraut machende Unterweisung) und/oder beaufsichtigt (das heißt kontrollierende Beobachtung und aufpassende Beobachtung) werden muss.

**Unterstützung** heißt, dass der/die Pflegebedürftige Verrichtungen grundsätzlich selbstständig erledigen kann. Er/Sie muss jedoch bei der Vorbereitung und/oder Nachbereitung unterstützt werden (z.B. Rasur: Herrichten des Rasierers, anschließende Gerätereinigung notwendig).

**Teilweise Übernahme** heißt, dass der/die Pflegebedürftige einzelne Verrichtungen nicht durchführen kann und diese dann vom pflegenden Angehörigen übernommen werden (z.B. Rücken waschen oder Füße waschen, Getränke vorbereiten).

**Vollständige Übernahme** heißt, dass die Betreuungs- und Pflegeperson die Verrichtung vollständig übernimmt, da der/die Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diese selbst auszuführen.

Beispiel:

Art der Hilfe			
Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme not- wendig	Vollständige Übernahme notwendig
X X X X X X		X X X	

## BESONDERHEITEN/ERSCHWERNISSE DER BETREUUNG

sind Ereignisse, welche die Betreuung erschweren, wie z.B. Schmerzen, Gelenksversteifungen, Wunden, Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, Sturzgefährdung oder Gegenwehr durch den Pflegebedürftigen.

Werden für Pflege- und Betreuungstätigkeiten 2 Personen benötigt, dann dokumentieren Sie dies ebenfalls unter diesem Punkt.

# PFLEGETAGEBUCH

Es ist zu empfehlen, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen.

Name: .....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Mobilität</b> Aufstehen vom Bett									
Aufstehen vom Rollstuhl									
Stehen									
Gehen/ Bewegen									
Treppen stei- gen									
Lagewechsel im Bett									
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									

## PFLEGETAGEBUCH

Es ist zu empfehlen, das Pfl egetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen.

Name: **MAX MUSTERMANN**

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Mobilität</b> Aufstehen vom Bett	X		X	X			X		
Aufstehen vom Rollstuhl	X	X	X	X				X	
Stehen	X	X	X	X			X	X	
Gehen/ Bewegen	X	X	X	X			X	X	
Treppen stei- gen									
Lagewechsel im Bett									
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	ROLLSTUHL								

Name: .....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Körperpflege</b> Waschen									
Duschen									
Baden									
Rasieren									
Kämmen Haarpflege									
Zahn- und Mundpflege									
An- und Auskleiden									
Nagelpflege									
Kanülen- Pflege									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									



MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Körperpflege</b> Waschen	X			X			X		
Duschen	JEDEN MITTWOCH								X
Baden									
Rasieren	X							X	
Kämmen Haarpflege	X						X		
Zahn- und Mundpflege	X			X				X	
An- und Auskleiden	X			X				X	
Nagelpflege	JEDEN MITTWOCH								X
Kanülen- Pflege									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	DUSCHSTUHL								

Name: .....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Ernährung</b> Mahlzeiten zubereiten									
Mundgerech- tes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essens- aufnahme									
Sonden- nahrung									
Einnahme von Medika- menten									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Ausscheidung</b> Toilettenbe- such für Harn- und Stuhlent- leerung									
Wechsel von Inkontinenz- hilfsmittel (Einlagen)									

MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Ernährung</b> Mahlzeiten zubereiten	X	X	X	X					X
Mundgerech- tes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essens- aufnahme	X	X	X	X				X	
Sonden- nahrung									
Einnahme von Medika- menten	X	X	X	X			X		
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Ausscheidung</b> Toilettenbe- such für Harn- und Stuhlent- leerung	X	X	X	X	X				X
Wechsel von Inkontinenz- hilfsmittel (Einlagen)	X		X	X					X

Name: .....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausschei- dung									
Stoma-Pflege (künstlicher Darmaus- gang)									
Katheter- pflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Hauswirt- schaftliche Versorgung</b> Herbeischaf- fung von Nah- rungsmitteln und Medika- menten									
Reinigen der Wohnung									
Reinigung der Bett- und Leibwäsche									

MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von: ..... bis: .....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausschei- dung	X	X	X	X					X
Stoma-Pflege (künstlicher Darmaus- gang)									
Katheter- pflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Hauswirt- schaftliche Versorgung</b> Herbeischaf- fung von Nah- rungsmitteln und Medika- menten	3 MAL WÖCHENTLICH								X
Reinigen der Wohnung	X								X
Reinigung der Bett- und Leibwäsche	2 MAL WÖCHENTLICH								X



Name: .....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Heizen der Wohnung									
Sonstiges									
<b>Besonderhei- ten/Erschwer- nisse in der Betreuung</b>									

**An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:**

- ☐ Angehörige
- ☐ Freunde, Bekannte
- ☐ Nachbarn
- ☐ Sozial- und Gesundheitssprengel
- ☐ Tagesbetreuung
- ☐ 24-Stunden Betreuung
- ☐ andere Betreuungsdienste
- ☐ Sonstige

Name: **MAX MUSTERMANN**

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Heizen der Wohnung	ÖLHEIZUNG								X
Sonstiges									
Besonderhei- ten/Erschwer- nisse in der Betreuung		SCHMER- ZEN		STURZ- GEFÄHR- DUNG					
	1 MAL WÖCHENTLICH HAUSBESUCH DURCH HAUSARZT								
	1 MAL TÄGLICH BETREUUNG DURCH SGS								

An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:

- ☒ Angehörige
- ☐ Freunde, Bekannte
- ☐ Nachbarn
- ☒ Sozial- und Gesundheitssprengel
- ☐ Tagesbetreuung
- ☐ 24-Stunden Betreuung
- ☐ andere Betreuungsdienste
- ☐ Sonstige

Name: .....

Datum: von.....bis.....

Bei Personen mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insb einer demenziellen Erkrankung.		
Erklärung	Führen Sie Beispiele für die Beeinträchtigungen der <b>Orientierung</b> , des <b>Antriebs</b> , des <b>Denkens</b> , der <b>emotionalen Kontrolle</b> und der <b>sozialen Funktionen</b> , an.	Häufigkeit
Beeinträchtigung der <b>Orientierung</b> : findet sich zeitlich, räumlich und/oder situativ nicht zurecht.		
Beeinträchtigung des <b>Antriebs</b> : Überreaktionen, zB Rückzug, Rastlosigkeit oder auch Aggressivität.		
Beeinträchtigung des <b>Denkens</b> : Konzentration und Auffassungsfähigkeit sind eingeschränkt zB versteht Abläufe nicht in nachvollziehbarer Weise.		
Beeinträchtigung der <b>emotionalen Kontrolle</b> : Reaktion auf Situationen sind nicht angemessen ist zB Verzweiflung oder Trauer.		
Beeinträchtigung der <b>sozialen Funktion</b> : zwischenmenschliche Beziehungen zB in der Familie, oder im Freundeskreis. Vermehrtes Auftreten von Konflikten in normalen/neutralen Situationen.		

Name: MAX MUSTERMANN

Datum: von: ..... bis: .....

Bei Personen mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insb einer demenziellen Erkrankung.		
Erklärung	Führen Sie Beispiele für die Beeinträchtigungen der <b>Orientierung</b> , des <b>Antriebs</b> , des <b>Denkens</b> , der <b>emotionalen Kontrolle</b> und der <b>sozialen Funktionen</b> , an.	Häufigkeit
Beeinträchtigung der <b>Orientierung</b> : findet sich zeitlich, räumlich und/oder situativ nicht zurecht.	WILL KEINE MEDIKAMENTE EINNEHMEN. VERTRAUT NICHT. HAT ANGST VERGIFTET ZU WERDEN. REAGIERT MIT ABWEHR UND SCHREIT LAUT	XXXXXX
Beeinträchtigung des <b>Antriebs</b> : Überreaktionen, zB Rückzug, Rastlosigkeit oder auch Aggressivität.	NIMMT SCHATTEN UND DUNKLE ECKEN ALS GEFAHREN WAHR	XX
Beeinträchtigung des <b>Denkens</b> : Konzentration und Auffassungsfähigkeit sind eingeschränkt zB versteht Abläufe nicht in nachvollziehbarer Weise.	WEIß NICHT, OB SIE EINEN PARTNER/KINDER HAT. BEZIEHUNGSWEISE, WIE VIELE KINDER SIE HAT	XXXX
Beeinträchtigung der <b>emotionalen Kontrolle</b> : Reaktion auf Situationen sind nicht angemessen ist zB Verzweiflung oder Trauer.		
Beeinträchtigung der <b>sozialen Funktion</b> : zwischenmenschliche Beziehungen zB in der Familie, oder im Freundeskreis. Vermehrtes Auftreten von Konflikten in normalen/neutralen Situationen.		

## **Impressum**

Medieninhaber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien,  
Prinz-Eugen-Straße 20-22, 1040 Wien, Telefon: (01) 501 65 0  
Offenlegung gem. § 25 MedienG: siehe [wien.arbeiterkammer.at/impressum](http://wien.arbeiterkammer.at/impressum)  
Zulassungsnummer: MZ 02Z34648 M

Titelfoto: © pikselstock – Adobe Stock

Druck: AK Druckerei

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Artikelnummer 270

**Stand: Dezember 2025**



# GERECHTIGKEIT MUSS SEIN

Die Arbeiterkammer steht für soziale Gerechtigkeit.  
Wir setzen uns seit mehr als 100 Jahren für die Rechte  
der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein.

**Damals. Heute. Für immer.**



WIEN

GERECHTIGKEIT MUSS SEIN