Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE
Darauf kommt es an

Ratgeber zur Pflege

Alles, was Sie zur Pflege und
zum neuen Pflegestärkungsgesetz
wissen müssen.

www.pflegestärkungsgesetz.de

Ratgeber zur Pflege

Alles, was Sie zur Pflege und zum neuen Pflegestärkungsgesetz wissen müssen.

Liebe Leserinnen und Leser,

jede und jeder kann plötzlich in die Situation geraten, für längere Zeit oder dauerhaft auf Pflege angewiesen zu sein.

Zurzeit sind bei uns rund 2,6 Millionen Menschen aus den unterschiedlichsten Gründen auf Pflege angewiesen. In den kommenden eineinhalb Jahrzehnten wird sich die Zahl, Schätzungen zufolge, um knapp eine Million Menschen vergrößern, sodass im Jahr 2030 rund 3,5 Millionen Menschen auf pflegerische Hilfe angewiesen sein werden.

Die Bundesregierung hat das Thema Pflege zu einem wichtigen Schwerpunkt ihrer Arbeit gemacht. Mit zwei Pflegestärkungsgesetzen sorgen wir für spürbare Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zum 1. Januar 2015 merklich ausgeweitet, zudem wird die zusätzlichen Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt. Mit dem – noch in Planung befindlichen – Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird es einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit individuellere Einstufungen und Zugänge zu den Leistungen geben.

Der Ihnen vorliegende Ratgeber zur Pflege informiert umfassend über die verschiedenen Seiten der Pflege und kann damit ein wertvoller Begleiter durch den Pflegealltag sein.

Ihr

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

I. Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ... 13

1.1 Was ist die Pflegeversicherung? ... 13

1.2 Wer ist versichert? ... 15
a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ... 15
b. Familienversicherte ... 15
c. Freiwillig Versicherte ... 15
d. Privat Versicherte ... 16
e. Versicherungspflicht auch für sonstige Personen ... 16
f. Weiterversicherung ... 17
g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung ... 17

1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert? ... 20
a. Beitragssatz ... 20
b. Beitragszuschlag für Kinderlose ... 21
c. Beitragsbemessungsgrenze ... 25
d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung ... 27

1.4 Wer ist pflegebedürftig? ... 29
a. Pflegebedürftigkeit ... 29
b. Antragstellung ... 29
c. Voraussetzung für Leistungsansprüche ... 31
d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ... 31
e. Leistungsbescheid ... 32
f. Pflegestufen ... 33
g. Hilfen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ... 35

1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun? ... 42

II. Leistungen der Pflegeversicherung ... 45

2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es? ... 45
a. Ambulanter Pflegedienst ... 46
b. Pflegegeld ... 49
c. Kombinationsleistung ... 50
d. Einzelpflegekräfte ... 51
e. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege) ... 51
f. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen ... 53
g. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften ... 56
h. Zusammenlegen von Leistungen – das sogenannte „Poolen“ ... 60
i. Pflegehilfsmittel ... 60
j. Wohnungsanpassung ... 61

2.2 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es? ... 62
a. Vollstationäre Versorgung ... 62
b. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege) ... 63
c. Kurzzeitpflege ... 64
d. Heime ... 66

2.3 Welche besonderen Leistungen gibt es insbesondere für demenziell erkrankte Menschen? ... 68
a. „Pflegestufe 0“ ... 68
b. Zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen ... 68
c. Mehrleistungen für demenziell erkrankte Menschen in der ambulanten Pflege ... 69
d. Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen ... 71

2.4 Welche Förderung gibt es für ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfegruppen? ... **72**

2.5 Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt? ... **73**

2.6 Welche Förderung gibt es für Rehabilitation und Prävention? ... **77**

III. Pflege von Angehörigen zu Hause ... **81**

3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert? ... **81**
a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld) ... 81
b. Soziale Absicherung der Pflegeperson ... 81
c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege) ... 84
d. Pflegekurse für Angehörige ... 84

3.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ... **85**
a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz ... 85
b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz ... 88
c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld ... 90

IV. Beratung im Pflegefall ... **93**

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es? ... **93**
a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ... 93
b. Individuelle Beratung (Fallmanagement) ... 96
c. Beratungseinsätze ... 97

V. Qualität und Transparenz in der Pflege ... **99**

5.1 Wie wird die Qualität in den Heimen sichergestellt? ... **99**
a. Qualitätsprüfung ... 99
b. Medizinische Dienste ... 100
c. Welche Rolle spielen der MDK und der Prüfdienst der PKV bei der Qualitätsprüfung? ... 101
d. Verfahren bei Qualitätsmängeln ... 102
e. Bürokratieabbau ... 103
f. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen ... 104
g. Bezahlung der Pflegekräfte ... 105

5.2 Wie werden Pflegeeinrichtungen geprüft? ... **106**

VI. Glossar ... **109**

VII. Weitere Services ... **127**

Die Pflegestärkungsgesetze – was ändert sich?

Die Pflege in Deutschland wird leistungsfähiger, individueller und passgenauer: 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wird die Pflege flexibler und spürbar verbessert. Zwei Pflegestärkungsgesetze sorgen nicht nur für höhere Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, sondern auch für eine stabile Finanzierung der Pflegeversicherung in der Zukunft und eine tiefgreifende Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Am Ende wird die Pflegeversicherung 20 Prozent mehr Leistungen erbringen als bisher.

a. Leistungsverbesserungen in der häuslichen und stationären Pflege

Seit 1. Januar 2015 gelten die Änderungen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes und damit umfangreiche Leistungsverbesserungen im Pflegesektor. So steigen die meisten Leistungssätze der Pflegeversicherung pauschal um vier Prozent. Insgesamt umfassen die Verbesserungen 2,4 Milliarden Euro, davon rund 1,4 Milliarden Euro in der ambulanten Pflege und etwa 1 Milliarde Euro in der stationären Pflege.

Was ändert sich in der ambulanten Pflege?

Wesentliches Element des Ersten Pflegestärkungsgesetzes ist die Stärkung der pflegenden Angehörigen und der ambulanten Pflege. Hierzu werden die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege ausgebaut und untereinander besser kombinierbar gemacht. Tages- und Nachtpflege kann künftig ungekürzt neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Erstmals erhalten auch Menschen in der sogenannten „Pflegestufe 0“, also zum Beispiel demenziell Erkrankte, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht das

Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die Möglichkeit, die teilstationäre Tages-/Nachtpflege und die Kurzzeitpflege sowie die Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen in Anspruch zu nehmen. Außerdem werden die zusätzlichen niedrigschwelligen Betreuungsangebote um Entlastungsangebote wie Alltagsbegleiter oder Haushaltshilfen ergänzt und die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme außer für demenziell Erkrankte auch für ausschließlich oder vorwiegend körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige geöffnet. Stärker bezuschusst werden zudem Umbaumaßnahmen zuhause, zum Beispiel für Rollstuhlrampen, begehbare Duschen oder Türverbreiterungen, sowie alltägliche Pflegehilfsmittel wie Einmalhandschuhe oder Betteinlagen. Weitere Unterstützung erhalten Angehörige durch das mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ebenfalls zum 1. Januar 2015 neu eingeführte Pflegeunterstützungsgeld. Wer in einer Akutsituation kurzfristig die Pflege eines Angehörigen organisieren muss, erhält eine Entgeltersatzleistung für bis zu zehn Tage Freistellung vom Beruf, deren Höhe wie beim sogenannten Kinder-Krankengeld berechnet wird. 100 Millionen Euro stehen hierfür aus der Pflegeversicherung jährlich zur Verfügung.

Was ändert sich in der stationären Pflege?

Im Bereich der stationären Pflege intensiviert das Erste Pflegestärkungsgesetz die zusätzliche Betreuung durch eine Verbesserung des Verhältnisses von Betreuungskraft zur Anzahl an Pflegebedürftigen von bisher 1 zu 24 auf 1 zu 20. Zum anderen werden diese ergänzenden Betreuungsangebote auf alle Pflegebedürftigen augedehnt. Damit kann die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen von derzeit rund 25.000 auf etwa 45.000 deutlich erhöht werden; über 500 Millionen Euro werden hierfür investiert. Pflegebedürftigen stehen damit in der stationären Pflege mehr Menschen zur Seite, die mit ihnen spazieren gehen, Gespräche führen oder ihnen vorlesen. In enger Zusammenarbeit mit den Pflegekräften wird damit der Pflegealltag wirksam verbessert.

Wie wird die Finanzierung der Pflege gestärkt?

Um die Leistungsverbesserungen im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zu finanzieren, wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte angehoben. Die Einnahmen aus 0,2 Prozentpunkten, etwa 2,4 Milliarden Euro jährlich, fließen in die zusätzlichen Leistungen. Die verbleibenden Einnahmen aus 0,1 Prozentpunkten, jährlich rund 1,2 Milliarden Euro, werden in einen neu eingerichteten Pflegevorsorgefonds in Form eines Sondervermögens, das die Bundesbank verwaltet, abgeführt. Der Fonds soll zu einer verlässlichen Finanzierung der Pflegeversicherung in der Zukunft beitragen und ab dem Jahr 2035 dabei helfen, den Beitragssatz zu stabilisieren. Damit bleibt die Pflege auch dann finanzierbar, wenn die geburtenstarken Jahrgänge, die „Babyboomer“, in ein Alter kommen, in dem sie möglicherweise pflegebedürftig werden.

b. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Eine tiefgreifende Reform ist in dem – noch in Planung befindlichen – Zweiten Pflegestärkungsgesetz beabsichtigt. Ab 2017 soll es einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geben, der individuellere Einstufungen und passgenauere Leistungen ermöglicht. So sollen aus den bisherigen drei Pflegestufen fünf Pflegegrade werden. Damit wird umgesetzt, was Fachleute aus Praxis, Wissenschaft und Politik empfehlen. Um die hohen Qualitätsanforderungen in der Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten, wurde das neue Begutachtungssystem ausgiebig in der Praxis und unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt, bevor es eingeführt wird. Ausschlaggebend soll künftig das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigungen sein – egal ob körperlich, geistig oder psychisch. Alle Betroffenen im jeweiligen Pflegegrad haben dann Anspruch auf die gleichen Leistungen. Vor allem für Menschen mit Demenz bedeutet die Neuregelung eine angemessenere Unterstützung als bisher.

I. Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit

1.1 Was ist die Pflegeversicherung?

Am 1. Januar 1995 wurde die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen: Seither gibt es die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung. Da prinzipiell jeder einmal auf diese Hilfe angewiesen sein kann, wurde schon bei der Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten festgelegt. Das bedeutet: Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Jeder privat Krankenversicherte muss eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte entrichten. Wann und wie viel Leistungen ein Pflegebedürftiger aus der Versicherung bekommt, hängt von Grad und Dauer der Hilfebedürftigkeit ab. Braucht jemand nur Hilfe beim täglichen Waschen und Einkaufen? Kann die Person alleine essen? Kann sie zu Hause wohnen oder braucht sie rund um die Uhr Betreuung in einem Pflegeheim? Je nach Umfang des Hilfebedarfs gibt es verschiedene Pflegestufen[1]. Die Pflegeversicherung gibt dabei den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen. Sie haben die Wahl, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen oder aber Geld beziehen wollen, welches sie den pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung geben können. Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings deckt die soziale

1 Im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes sollen die bisherigen drei Pflegestufen ab 2017 durch fünf Pflegegrade ersetzt werden.

Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab. Den Rest trägt der Pflegebedürftige oder seine Familie selbst. Sie wird deshalb auch als „Teilleistungsversicherung“ oder Kernsicherungssystem bezeichnet. Im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Warum war die Einführung der Pflegeversicherung notwendig?

Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: Ihre Gesellschaft wird immer älter. Nach den Vorausschätzungen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl älterer Personen (66 Jahre und älter) von 2008 bis zum Jahr 2050 um 6,3 Millionen Menschen auf 23,0 Millionen steigen. Ein heute sieben Jahre altes Mädchen hat gute Chancen, das 22. Jahrhundert zu erleben. Diese positive Entwicklung hat jedoch auch eine Kehrseite. Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an – auf 30,7 Prozent. Das heißt: Je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit bedeutet für Betroffene und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen. Zumal sich Familienstrukturen verändert haben: In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war.

Um Pflegebedürftige und ihre Familien zu entlasten, wurde die Pflegeversicherung eingeführt. Denn nach der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland ist das Land ein sozialer Rechtsstaat, der seinen Bürgerinnen und Bürgern für die wesentlichen Lebensrisiken einen angemessenen Schutz garantieren muss.

Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?

Rund 2,6 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Dabei erhält der überwiegende Teil (rund 1,8 Millionen) ambulante Leistungen, stationär gepflegt werden rund 0,8 Millionen Menschen (Stand: Ende 2013).

1.2 Wer ist versichert?

Es besteht grundsätzlich eine Absicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung. Dies wird durch die nachfolgend unter a bis e dargestellten Regelungen gewährleistet. Generell ist jeder dort pflegeversichert, wo er krankenversichert ist. Die Systematik im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung behält die Unterscheidung zwischen „Pflichtversicherten“ und „freiwillig Versicherten“ immer noch bei, obgleich inzwischen alle einer Versicherungspflicht unterliegen.

a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört automatisch der sozialen Pflegeversicherung an. Ein gesonderter Antrag zur Aufnahme in die soziale Pflegeversicherung muss also nicht gestellt werden. Dies gilt zum Beispiel für Arbeiter, Angestellte, Studierende und Rentner. Wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, zum Beispiel weil er seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat, kann sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern (siehe dazu unter f).

b. Familienversicherte

Unterhaltsberechtigte Kinder, Ehegatten und Lebenspartner, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen nicht höher ist als 405 beziehungsweise 450 Euro bei geringfügig Beschäftigten, sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Dies gilt auch für Lebenspartner eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften. Diese brauchen keine Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen.

c. Freiwillig Versicherte

Auch für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Freiwillig Versicherte können sich von dieser Pflicht jedoch befreien lassen. Die Voraussetzung dafür: Innerhalb der ersten drei Monate während der freiwilligen Versicherung muss die

Entscheidung getroffen werden, ob die gesetzliche oder private Pflegeversicherung gewünscht wird. Der Versicherte muss nachweisen, dass er eine entsprechende Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

d. Privat Versicherte
Mitglieder einer privaten Krankenversicherung müssen auch eine private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) abschließen. Die Leistungen sind denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung – wie bei der privaten Krankenversicherung.

e. Versicherungspflicht auch für sonstige Personen
Grundsätzlich gilt in der Pflegeversicherung der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung". Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird in die soziale Pflegeversicherung einbezogen. Wer privat krankenversichert ist, unterliegt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung. Zudem sind von der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung 1995 neben allen gesetzlich und privat krankenversicherten Personen auch sonstige Personen erfasst, die nicht gesetzlich oder privat krankenversichert, sondern über einen anderen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall abgesichert sind. Hierzu zählen zum Beispiel Personen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) bezieht außerdem seit dem 1. April 2007 weitere Personen in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein: Wer keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hat und dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist, wird dort auch versicherungspflichtig; wer dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, unterliegt seit 1. Januar 2009 einer Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Im Ergebnis sind somit alle Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall abgesichert. Die erweiterte Krankenversicherungspflicht hat dabei auch zu einer Einbeziehung von nahezu allen Bürgerinnen und Bürgern in die Pflegeversicherung geführt.

Versicherungspflicht: Alle Bürgerinnen und Bürger müssen sich für den Pflegefall versichern.

f. Weiterversicherung
Unter bestimmten Bedingungen besteht auch die Möglichkeit, sich auf Antrag als freiwillig Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung abzusichern, um den Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht dennoch aufrechtzuerhalten. Der Versicherte muss dafür jedoch in den vorherigen 5 Jahren mindestens 24 Monate oder in den vorherigen 12 Monaten ununterbrochen Mitglied der sozialen Pflegeversicherung gewesen sein. Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich ebenfalls auf Antrag weiterversichern.

g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung
Warum ist Eigenvorsorge sinnvoll?
Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. In Deutschland leben aktuell rund 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen. Im hohen Alter ist bereits heute jeder Zweite auf Pflegeleistungen angewiesen. Oft kommt der Pflegefall überraschend und bedeutet eine große

Umstellung für die gesamte Familie. Die meisten Menschen, die plötzlich auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, wollen diese so lange wie möglich zu Hause und in ihrem familiären Umfeld erhalten. Bei allen Entscheidungen, die dann zu treffen sind, sollten die Wünsche der Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen und nicht die Sorge darum, welche Art der Pflege und Betreuung finanziell tragbar ist. Da die gesetzliche Pflegeversicherung nur die Grundversorgung absichert und die tatsächlichen Pflegekosten in der Regel höher ausfallen, ist eine zusätzliche private Vorsorge wichtig.

Welche Arten freiwilliger privater Pflege-Zusatzversicherungen gibt es?

Von vielen Versicherungsgesellschaften werden private Pflege-Zusatzversicherungen angeboten, die das Risiko von privaten Zuzahlungen abfangen oder mildern sollen. Solche Zusatzversicherungen können auf drei Arten abgeschlossen werden:

- als Pflege-Rentenversicherung, die als Lebensversicherung angeboten wird. Wenn der Versicherte pflegebedürftig wird, zahlt die Versicherung je nach Hilfebedarf eine monatliche Rente aus. Bei dieser Versicherungsart gibt es unterschiedliche Vertragsvarianten.

- als Pflegekostenversicherung, die nach Vorleistung der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung die verbleibenden Kosten erstattet. Dabei ist zwischen Tarifen zu unterscheiden, die Restkosten ganz oder teilweise übernehmen. In jedem Fall ist ein Nachweis der Ausgaben erforderlich.

- als Pflegetagegeldversicherung, von der gegen Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflegetag gezahlt wird. Das Tagegeld wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten der Pflege überwiesen.

Welche Pflege-Zusatzversicherungen werden staatlich gefördert?

Eine Pflegetage- oder -monatsgeldversicherung wird dann mit einer staatlichen Zulage gefördert, wenn sie unter anderem folgende Bedingungen erfüllt:

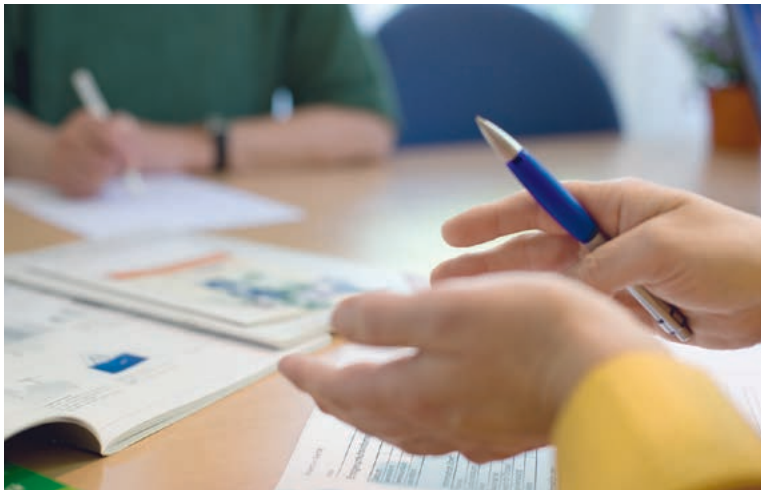
- Der Eigenanteil des Versicherten muss mindestens 10 Euro monatlich betragen.

- Die entsprechende Pflege-Zusatzversicherung muss für alle Pflegestufen Leistungen vorsehen, für Pflegestufe III jedoch mindestens 600 Euro im Monat.

- Es findet keine Gesundheitsprüfung statt, Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge sind ebenfalls nicht erlaubt.

- Es gilt Kontrahierungszwang. Die Versicherungsunternehmen müssen jede Person aufnehmen, die einen Anspruch auf die staatliche Zulage hat – dies sind erwachsene Versicherte der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung, die nicht bereits Pflegeleistungen bezogen haben.

Die Zulage beträgt in diesem Fall monatlich 5 beziehungsweise jährlich 60 Euro. Sie wird dem Versichertenvertrag automatisch gutgeschrieben, ohne dass sich der Versicherte darum kümmern muss.



Seit dem 1. Januar 2013 wird die private Pflegezusatzversicherung staatlich gefördert.

1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?

Die soziale Pflegeversicherung wird grundsätzlich paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert, genau wie die Arbeitslosen-, Kranken- und Rentenversicherung.

a. Beitragssatz

Wie hoch ist der Beitragssatz?

Der Beitragssatz lag bis zum 31. Dezember 2014 bei 2,05 Prozent des Bruttoeinkommens, bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern bei 2,3 Prozent. Seit dem 1. Januar 2015 liegt der Beitragssatz bei 2,35 Prozent, bei Kinderlosen bei 2,6 Prozent.

Wer Kinder hat, zahlt geringere Beiträge als Kinderlose.

Welche besondere Regelung gilt bei der Beitragsverteilung in Sachsen?

In Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil bei der Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass dort zur Finanzierung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Von den 2,35 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,675 Prozent auf den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlern) und 0,675 Prozent auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 1,175 Prozent für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind.

Beitragsverteilung

	Arbeitnehmer	Kinderloser Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Sachsen	1, 675 %	1,925 %	0, 675 %
Übrige Bundesländer	1,175 %	1,425 %	1,175 %

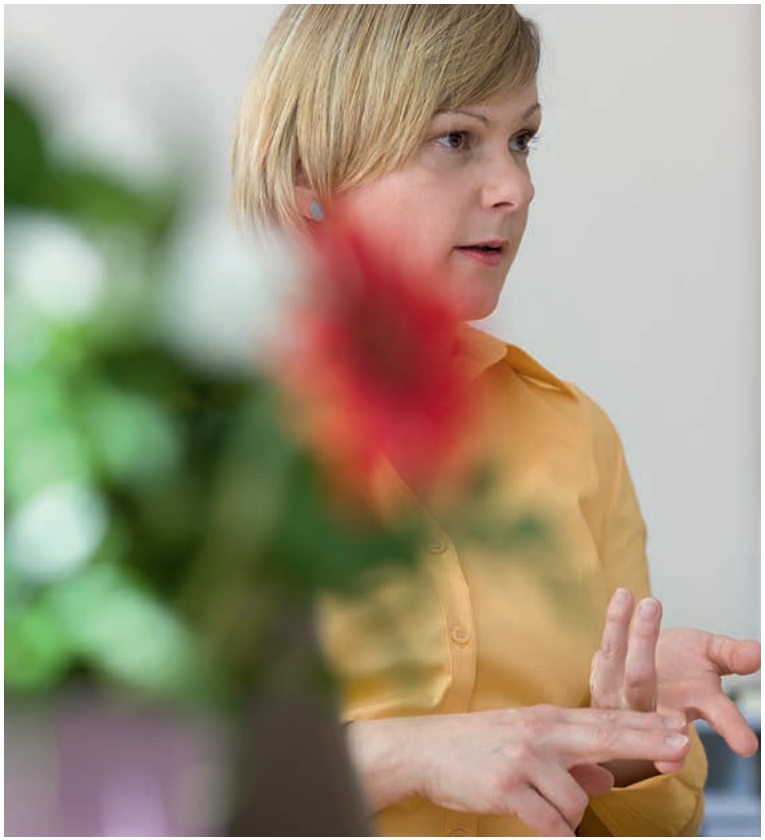
b. Beitragszuschlag für Kinderlose

Wer muss einen Beitragszuschlag bezahlen?

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem „normalen“ Beitragssatz einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten entrichten. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt seit dem 1. Januar 2015 bei 2,6 Prozent. Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II). Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle.

Wie wird der Beitragszuschlag zur sozialen Pflegeversicherung gezahlt?

Die Zahlung des Beitragszuschlags erfolgt im Rahmen des für den Pflegeversicherungsbeitrag üblichen Beitragseinzugsverfahrens. Die beitragsabführende Stelle (also zum Beispiel der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt oder die Versorgungswerke von den Versorgungsbezügen) behält den zusätzlichen Beitragsanteil in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten ein und führt diesen zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle ab.



Der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung ist abhängig vom Einkommen.

Welche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder?

Alle kinderlosen Altersrentnerinnen und -rentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen keinen Beitragszuschlag zahlen. Bezieher von Versorgungsbezügen (zum Beispiel Betriebsrenten), die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen aus den Versorgungsbezügen ebenfalls keinen erhöhten Beitrag zahlen.

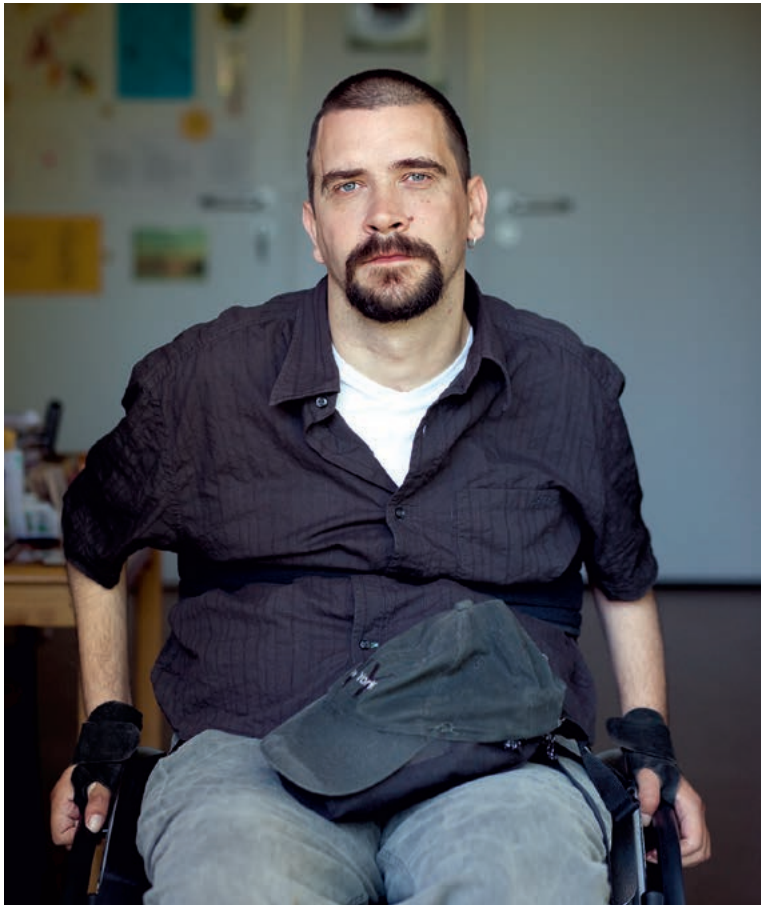
Bei kinderlosen Rentnerinnen und Rentnern, die nach dem 1. Januar 1940 geboren sind, wird der Beitragszuschlag ebenso wie die bisherigen Pflegeversicherungsbeiträge von der Rente durch den Rentenversicherungsträger einbehalten und an die Pflegeversicherung abgeführt. Bei kinderlosen Versorgungsempfängern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, gilt das bisher für die Pflegeversicherungsbeiträge von Versorgungsempfängern übliche Beitragsverfahren. Für Versorgungsempfänger, die zugleich eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, behalten die Zahlstellen die Beiträge aus den Versorgungsbezügen ein und zahlen sie an die zuständige Kasse. Kinderlose Versorgungsempfänger, die ab 1940 geboren sind und keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, müssen den erhöhten Beitrag selbst an die Kasse zahlen.

Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit

Für bestimmte zuschlagspflichtige Leistungsbezieher der Bundesagentur für Arbeit werden die Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Dies dient der Verwaltungsvereinfachung. Das einzelne Mitglied muss keinen Beitragszuschlag zahlen. Diese Regelung gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld I, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und – soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist – für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe.

Müssen kinderlose Menschen mit Behinderung den Beitragszuschlag zahlen?

Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose Menschen mit Behinderung in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Menschen mit Behinderung sind nach geltendem Recht sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung über



Auch Menschen mit Behinderung sind über die Pflegeversicherung abgesichert.

das 25. Lebensjahr hinaus beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn sie wegen körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung außerstande sind, für ihren Unterhalt selbst aufzukommen. Sie sind bei Kinderlosigkeit somit auch zuschlagsfrei.

Menschen mit Behinderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die sich im Berufsbildungsbereich befinden und Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen bei Kinderlosigkeit keinen Beitragszuschlag zu zahlen. Die Bezieher dieser Leistungen sind einbezogen in die Pauschalzahlung der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Wird bei der Erhebung des Beitragszuschlags das Existenzminimum berücksichtigt?

Trotz des Beitragszuschlags bleibt das Existenzminimum des Einzelnen gesichert, da der Kinderlosenzuschlag bei der Festlegung der Sozialhilfe berücksichtigt wird. Alle Menschen, deren Einkommen für den Lebensunterhalt nicht ausreicht und die ergänzend auf Sozialhilfe oder Grundsicherung zurückgreifen müssen, erhalten dann höhere Sozialhilfeleistungen, weil auf den Sozialhilfeanspruch nur das Einkommen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge, also einschließlich des Kinderlosenzuschlags, angerechnet wird. Damit ist sichergestellt, dass durch den Kinderlosenzuschlag das sozialhilferechtliche Existenzminimum nicht angetastet wird.

c. Beitragsbemessungsgrenze

Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung?

Für die soziale Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2015 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 49.500 Euro im Jahr (4.125 Euro monatlich).

Rechengrößen der Sozialversicherung und Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) ab 1. Januar 2015 in Euro

	Jahr	Monat
Renten- und Arbeitslosenversicherung – West	72.600	6.050
Renten- und Arbeitslosenversicherung – Ost	62.400	5.200
Kranken- und Pflegeversicherung	49.500	4.125
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – West	34.020	2.835
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – Ost	28.980	2.415
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	34.020	2.835
Geringfügigkeitsgrenze [1]		450
Grenze für Familienversicherung ohne geringfügige Beschäftigung		405
Grenze für Familienversicherung mit geringfügiger Beschäftigung		450
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder [2]		22,21
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Selbstständige [3]		49,97
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		96,94
SPV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland [4]		11,10
SPV-Beitrag für Studenten		14,03
Beitrag für Studenten PPV (bis 34 Jahre)		8,43
Höchstbetrag Beamte PPV		38,78
Ehegatten PPV		145,41

[1] Bis zu diesem Einkommen trägt der Arbeitgeber die Beiträge zur Sozialversicherung allein.
[2] Bemessungsgrundlage: 90. Teil der mtl. BZG.
[3] Bemessungsgrundlage: 40. Teil der mtl. BZG.
[4] Bemessungsgrundlage: 180. Teil der mtl. BZG.

Beitragssätze:

Rentenversicherung	18,7 %
Arbeitslosenversicherung	3,0 %
Pflegeversicherung	2,35 %

d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Der privaten Pflege-Pflichtversicherung gehören diejenigen an, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind; über die Pflege-Pflichtversicherung wird ein privater Versicherungsvertrag abgeschlossen. Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Dies bedeutet, es müssen Alterungsrückstellungen gebildet werden, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. In der privaten Pflegeversicherung bemisst sich die Prämienhöhe nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem Einkommen beziehungsweise der Leistungsfähigkeit der Versicherten. Arbeitnehmer, die in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in der Höhe, in der ein Arbeitgeberanteil in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Wie hoch sind die Prämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Die Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung richtet sich nach dem individuellen Versicherungsrisiko beim Eintritt in die Pflegeversicherung. Dieses Risiko ist bei einem fortgeschrittenen Eintrittsalter höher; entsprechend fällt dann auch die Prämie höher aus. Im Unterschied zur privaten Krankenversicherung hat jedoch der Gesetzgeber in der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten der Versicherten allen privaten Versicherungsunternehmen in erheblichem Umfang Rahmenbedingungen für eine sozialverträgliche Prämiengestaltung vorgegeben. So dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Bei der Prämienhöhe wird grundsätzlich zwischen Versicherten (nach § 110 Abs. 1 SGB XI) unterschieden, die bereits von Anfang an – also seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung zum 1. Januar 1995 – ohne Unterbrechung privat pflegeversichert

waren, und Versicherten (nach § 110 Abs. 3 SGB XI), die erst später privat pflegeversichert wurden. Bei den von Anfang an Versicherten ist die Prämie zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden. Für den Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder mit nur geringfügigem Einkommen (405 Euro beziehungsweise 450 Euro bei geringfügig Beschäftigten) ist eine Prämienvergünstigung vorgesehen worden, nach der für beide Ehegatten zusammen die Höchstprämie nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung betragen darf. Bei den späteren Neuzugängen gilt für die Dauer von fünf Jahren keine Prämienbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung und somit müssen sie – je nach Alter und Gesundheitszustand – unter Umständen erhöhte Prämien leisten. Außerdem gibt es auch keine Ehegattenermäßigung. Nach Ablauf der fünf Jahre darf die Prämie aber auch bei späteren Neuzugängen den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten. Personen, die im Bereich der privaten Krankenversicherung im Basistarif einen besonderen sozialen Schutz erhalten, werden im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 SGB XI einbezogen. Die günstigeren Bedingungen gelten unabhängig davon, ob die private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

Gibt es einen Basistarif in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Nein, da die private Pflege-Pflichtversicherung bereits gleichwertige Versicherungsleistungen wie die soziale Pflegeversicherung zu erbringen hat. Aber: Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung wurden ergänzend zu den Vorgaben der sozialverträglichen Durchführung der Pflegeversicherung weitere soziale Regelungen zur Begrenzung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen.

Können Altersrückstellungen bei einem Wechsel der privaten Pflege-Pflichtversicherung mitgenommen werden?

Seit dem 1. Januar 2009 ist innerhalb der privaten Krankenversicherung die Portabilität (Mitnahmemöglichkeit) von Alterungsrückstellungen bei neu abgeschlossenen Verträgen möglich. Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wurde auch für die private Pflege-Pflichtversicherung eingeführt. Dies gilt dort nicht nur für Versicherte, die ab diesem Zeitpunkt eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen (Neufälle), sondern auch für Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt bereits pflegeversichert waren (Altfälle).

1.4 Wer ist pflegebedürftig?

a. Pflegebedürftigkeit

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Pflegegesetzes sind damit Personen erfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

b. Antragstellung

Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung kann auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter übernehmen, wenn er oder sie dazu bevollmächtigt wird. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachter innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder von Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (siehe Kapitel 3.2) beabsichtigt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wird die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder von Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz beabsichtigt, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Zu beachten ist: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

Wer zwei Jahre versichert ist, hat den vollen Anspruch auf Pflegeleistungen.

c. Voraussetzung für Leistungsansprüche

Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, siehe auch Kapitel 5.1 b), von anderen unabhängigen Gutachtern oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln. Das geschieht in der Regel bei einem – zuvor angemeldeten – Hausbesuch eines Gutachters (Pflegefachkraft oder Arzt). Der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die persönliche Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung. Es gelten bundesweit einheitliche Begutachtungsrichtlinien. Dabei gibt es für jede einzelne Tätigkeit Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf maßgeblich.

Die Orientierungswerte sind nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Zeitkorridors. Sie sind für den Gutachter lediglich ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs. Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

Wie groß ist der Hilfebedarf? Danach wird die Pflegestufe festgelegt.

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachter des Medizinischen Dienstes oder andere unabhängige Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderarzt vorzunehmen. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird das hilfebedürftige Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

e. Leistungsbescheid

Was umfasst der Leistungsbescheid?

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für den Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, mit dem Bescheid der Pflegekasse das Gutachten zu erhalten, wenn er sich für eine Zusendung entschieden hat. Bei der Begutachtung ist bereits zu erfassen, ob von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Darüber hinaus erhält der Antragsteller von der Pflegekasse spätestens mit dem Bescheid die gesonderte Rehabilitationsempfehlung,

die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern dies auf Zustimmung des Antragstellers trifft.

Stärkere Dienstleistungsorientierung des Medizinischen Dienstes

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst sind gestärkt worden. Seit Juli 2013 gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Diese Richtlinien sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und sorgen für mehr Transparenz und Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsgeschehen. Geregelt werden insbesondere die allgemeinen Verhaltensgrundsätze für die Gutachter bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens, die individuelle und umfassende Information der Versicherten über das Begutachtungsverfahren, die Versichertenbefragung sowie das Beschwerdemanagement.

f. Pflegestufen

Welche unterschiedlichen Pflegestufen gibt es?

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I, II oder III) zugeordnet. Darüber hinaus gibt es die sogenannte „Pflegestufe 0“, beispielsweise für demenziell Erkrankte, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Erläuterungen dazu siehe unter g. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann in der Pflegestufe III auch ein Härtefall vorliegen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse über die Einstufung Widerspruch einzulegen.

Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grund-

pflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Wann gilt die Härtefallregelung?

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist; oder

- dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen. Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzung eines qualitativen und quantitativen weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

g. Hilfen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Menschen jeder Altersgruppe mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein. Für den damit verbundenen besonderen Betreuungsbedarf können sie besondere Unterstützung erhalten. Die Betroffenen bekommen dafür, je nach dem Ausmaß und der Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen, bis zu 104 Euro beziehungsweise bis zu 208 Euro monatlich (zur Höhe der Leistungen siehe Kapitel 2.1 f). Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, jedoch noch keine Pflegestufe haben, können diese zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen erhalten. Man spricht hier von der sogenannten „Pflegestufe 0“. Darüber hinaus wurden durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und das Erste Pflegestärkungsgesetz weitere Leistungsverbesserungen für demenziell erkrankte Menschen eingeführt. Zu den Einzelheiten siehe Kapitel 2.3.

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2015 an die Pflegeversicherung im Überblick

		sogenannte „Pflegestufe 0“ Versicherte ohne Pflegestufe mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige [in Härtefällen]
Häusliche Pflege von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen	Pflegegeld von € monatlich[1]	–	244	458	728
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich[1]	–	468	1.144	1.612 [1.995]
Häusliche Pflege von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Pflegegeld von € monatlich[1]	123 (0 + 123)[2]	316 (244 + 72)[2]	545 (458 + 87)[2]	728
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich[1]	231 (0 + 231)[2]	689 (468 + 221)[2]	1.298 (1.144 + 154)[2]	1.612 [1.995]
Verhinderungspflege[3] **durch nahe Angehörige[4]**	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich				
von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen		–	366 (1,5faches von 244)	687 (1,5faches von 458)	1.092 (1,5faches von 728)
von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		184,50 (1,5faches von 123)	474 (1,5faches von 316)	817,50 (1,5faches von 545)	1.092 (1,5faches von 728)
durch sonstige Personen[5]		1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege[6]	Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich[7]	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich				
für rein körperlich hilfebedürftige Menschen		–	468	1.144	1.612
für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		231	689 (468 + 221)	1.298 (1.144 + 154)	1.612
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	Leistungsbetrag von bis zu € jährlich				
für rein körperlich hilfebedürftigen Menschen[8]		1.248	1.248	1.248	1.248
für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf[8][9]		1.248/2.496	1.248/2.496	1.248/2.496	1.248/2.496

Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von	
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen[10)]	Je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)	
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung	
	Pflegeversicherung	

[1)] Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.

[2)] Der Betrag setzt sich zusammen aus dem Grundbetrag des Anspruchs auf Pflegegeld beziehungsweise Pflegesachleistungen sowie einem Erhöhungsbetrag bei Vorliegen einer dauerhaft erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI.

[3)] Während der Verhinderungspflege wird für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

[4)] Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden.

[5)] Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

[6)] Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

sogenannte „Pflegestufe 0“ Versicherte ohne Pflegestufe mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	**Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige**	**Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige**	**Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige [in Härtefällen]**
205	205	205	205
-	1.064	1.330	1.612 [1.995]
-	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich		
40			
100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich, und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt.			
4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)			
-	141,37 (120,43)	282,74 (240,86)	424,12 (361,28)
-	8,51 (7,25)		
	137,97		
	22,21		

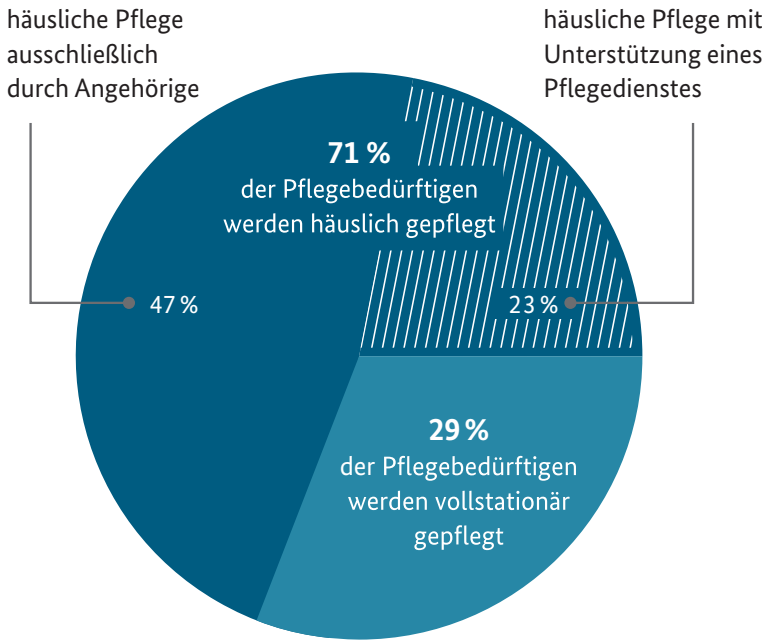
[7)] Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. In diesem Fall ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

[8)] Versicherte, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Kosten für in diesem Monat von **niedrigschwelligen** Betreuungs- oder Entlastungsangeboten bezogene Leistungen verwenden.

[9)] Abhängig vom Ausmaß der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen werden entweder bis zu 1.248 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 2.496 Euro (erhöhter Betrag) je Kalenderjahr gewährt.

[10)] Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht. Zeiten für die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger können zur Erreichung der Mindeststundenzahl von 14 Stunden pro Woche zusammengerechnet werden.

Häusliche und stationäre Pflege Ende 2013
2,6 Millionen Pflegebedürftige insgesamt



Quelle: Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt.

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	x	x
Umfassende und individuelle Pflegeberatung, einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mit berücksichtigt (Fallmanagement); frühzeitige Pflegeberatung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines erstmaligen Leistungsantrags durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen, auf Wunsch auch bei der bzw. dem Pflegebedürftigen zu Hause; Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Erstberatung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann	x	x
Übermittlung von		
· Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	x	x
· Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote	x	
· Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
· Informationen über Integrierte Versorgungsverträge / Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung bei Versorgung von Pflegebedürftigen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	x	x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x

1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?

Eine Checkliste

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Selbstverständlich kann das auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter für Sie übernehmen, wenn Sie ihn dazu bevollmächtigen.

2. Die Pflegekasse hat Ihnen unverzüglich nach Eingang des Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln. Auch können Sie sich über anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote beraten lassen.

3. Sie haben darüber hinaus einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse. Insbesondere wenn Sie einen erstmaligen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, hat die Pflegekasse Ihnen unmittelbar nach Antragseingang einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Alternativ hierzu kann Ihnen die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eingelöst werden kann. Auf Ihren Wunsch kommt der Pflegeberater auch zu Ihnen nach Hause.

   Wenn es in Ihrer Region einen Pflegestützpunkt gibt, können Sie sich ebenso an diesen wenden. Näheres erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse.

   Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder -berater bei Ihnen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Telefonisch erreichen Sie die Pflegeberatung COMPASS unter der Rufnummer 0 800 101 88 00.

4. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.

5. Führen Sie ein Pflegetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen Sie Hilfe benötigen (zum Beispiel beim Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit diese Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachter.

6. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachter anwesend zu sein.

7. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen wollen.

8. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

9. Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und -berater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort selbstverständlich immer zur Verfügung. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 030 / 340 60 66-02.

   Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln.

II. Leistungen der Pflegeversicherung

Grundsätzlich stehen den Bürgerinnen und Bürgern unterschiedliche Betreuungsformen und -einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und deren Angehörige entscheiden, hängt zum einen natürlich von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der Personen ab, die die Pflege übernehmen möchten. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und -dienste werden nach der Art der Leistung unterschieden und reichen von ambulanten Pflegediensten, die Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Pflege zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Pflege-Wohngemeinschaften und Einzelpflegekräfte sowie Angeboten der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Die meisten Leistungen der Pflegeversicherung wurden in den vergangenen Jahren mehrfach erhöht. Darüber hinaus prüft die Bundesregierung regelmäßig alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen um 4 Prozent dynamisiert. Für Leistungen, die erst mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz neu eingeführt wurden, betrug die Erhöhung 2,67 Prozent. Durch diese Dynamisierung soll gewährleistet werden, dass die Pflegeleistungen an die Preisentwicklung angepasst werden.

2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?

Tritt der Pflegefall ein, haben Pflegedürftige die Wahl: Sie können sich für Pflegesachleistungen, das sind Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste, die von der Pflegekasse bis zu

bestimmten Höchstgrenzen bezahlt werden, entscheiden oder Geldleistungen wie das Pflegegeld in Anspruch nehmen, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, im Wege der Kostenerstattung bestimmte nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu nutzen, um im Alltag Unterstützung zu erhalten. Siehe hierzu Kapitel 2.3 c.

a. Ambulanter Pflegedienst

Was macht ein ambulanter Pflegedienst?

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können. Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege, auch ambulante Pflegesachleistungen genannt, erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Dies sind vor allem

- grundpflegerische Tätigkeiten wie etwa Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung;
- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen;
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie
- hauswirtschaftliche Versorgung, zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung.

Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Ambulante Pflegedienste bieten neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch häusliche Betreuung (siehe dazu auch Kapitel 2.3 c) als **Sachleistung** an.

Darüber hinaus können ambulante Pflegedienste sogenannte **zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen** anbieten (siehe hierzu auch Kapitel 2.1 f). Hierzu zählen besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegedienste. Erstattet werden hierfür auf Antrag bis zu 104 Euro oder 208 Euro pro Monat – also bis zu 1.248 Euro oder 2.496 Euro jährlich – zusätzlich zu dem jeweiligen Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen.

Welche Wahlmöglichkeiten haben Pflegebedürftige?

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots in der häuslichen Pflege. Sie sind vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer konkret beabsichtigten Leistungsinanspruchnahme zu informieren. Dadurch bleibt die Gestaltungsmöglichkeit mit der damit verbundenen Kostenfolge für die Pflegebedürftigen im Rahmen ihres jeweiligen Pflegearrangements transparent und nachvollziehbar.

Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen. Die ambulanten Sachleistungen der Pflegeversicherung für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung) betragen monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro).

Seit dem 1. Januar 2013 werden diese Leistungen bei der Pflege von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf aufge-

stockt. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ können ambulante Pflegesachleistungen erhalten (siehe dazu Kapitel 2.3).

Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag seit dem 1. Januar 2015 auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewidmet werden.

Anspruch auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen können auch von sogenannten **niedrigschwelligen Angeboten** erbracht werden. Bislang hatten nur Menschen mit einer auf Dauer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, also insbesondere an Demenz Erkrankte, einen Anspruch auf Leistungen solcher Angebote. Seit 1. Januar 2015 stehen sie auch für Pflegebedürftige offen, die ausschließlich oder vorwiegend körperlich eingeschränkt sind, beispielsweise nach einem Schlaganfall. Das heißt, sie können sich vor Ort ein niedrigschwelliges Angebot suchen, das nach Landesrecht anerkannt ist, und bekommen die nachgewiesenen Kosten dann bis zur Höhe von 104 Euro oder 208 Euro im Monat – also bis zu 1.248 Euro oder 2.496 Euro pro Jahr – erstattet. Zudem besteht nunmehr die Möglichkeit, einen Teil des ambulanten Pflegesachleistungsbetrags – wenn dieser nicht bereits für den Bezug von ambulanten Sachleistungen verbraucht wird – für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu verwenden; bis zu 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrags können so zugunsten einer Kostenerstattung für solche niedrigschwelligen Angebote umgewidmet werden.

b. Pflegegeld

Was ist Pflegegeld?

Pflegebedürftige sollten selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben deshalb die Möglichkeit, ambulante Pflegesachleistungen (Hilfe von Pflegediensten – siehe dazu unter a) oder Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Das Pflegegeld bei Pflegestufe I beträgt 244 Euro monatlich, bei Pflegestufe II 458 Euro monatlich und bei Pflegestufe III 728 Euro im Monat.

Seit dem 1. Januar 2013 werden diese Leistungen bei der Pflege von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf aufgestockt. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ können Pflegegeld erhalten (siehe dazu Kapitel 2.3).

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Während einer Verhinderungs- und einer Kurzzeitpflege wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld für jeweils bis zu vier Wochen in halber Höhe weitergezahlt.

Pflegegeld steht den Pflegebedürftigen zu, die es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben können.

c. Kombinationsleistung

Können das Pflegegeld und die ambulanten Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?
Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Rechenbeispiel: Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 234 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 468 Euro. Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 244 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 122 Euro.

d. Einzelpflegekräfte

Was sind Einzelpflegekräfte?
Hierbei handelt es sich um selbstständige Pflegekräfte, wie zum Beispiel Altenpflegerinnen oder Altenpfleger, Altenpflegehelferinnen oder Altenpflegehelfer.

Wer kann Einzelpflegekräfte engagieren?
Sie haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kraft besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

e. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

Wer pflegt, wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?
Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für

längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder durch Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden.

Wird die Ersatzpflege durch einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausfall) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.

Seit dem 1. Januar 2015 können ergänzend zu diesem Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen nun bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die es keine Betreuung in einer geeigneten vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung gibt und somit der Anspruch bisher nicht genutzt werden konnte.

Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?

Seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes wird während der Verhinderungspflege bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Beispiel: Anteiliges Pflegegeld bei Verhinderungspflege

Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld in der Pflegestufe I in Höhe von 244 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld bezahlt (2/30 von 244 Euro). An den weiteren 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 52,87 Euro gezahlt (50 v. H. von 244 Euro = 122 Euro x 13/30 = 52,87 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

f. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Wer hat Anspruch auf den Betreuungs- und Entlastungsbetrag und wozu dient er?

Den Betreuungs- und Entlastungsbetrag erhalten Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (psychisch kranke, geistig behinderte oder demenziell erkrankte Menschen). Es wird je nach dem Ausmaß und der Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen, die zur dauerhaften erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen, ein Grundbetrag oder ein erhöhter Betrag gewährt. Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag beträgt bis zu 104 Euro monatlich (Grundbetrag) beziehungsweise bis zu 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag) – also bis zu 1.248 Euro beziehungsweise 2.496 Euro jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit

einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinen Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag. Seit dem 1. Januar 2015 erhalten auch Pflegebedürftige in den Pflegestufen I bis III, bei denen keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, sondern die ausschließlich oder vorwiegend körperlich eingeschränkt sind, beispielsweise nach einem Schlaganfall, einen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 104 Euro im Monat. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von sogenannten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen entstehen. Diese umfassen Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten (sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder der hauswirtschaftlichen Versorgung, nicht aber um Leistungen der Grundpflege handelt) oder von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- oder Entlastungsangeboten. Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen unter anderem Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie Familienentlastende Dienste. Niedrigschwellige Entlastungsangebote sind insbesondere Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.

Umwidmung eines Teils des ambulanten Sachleistungsbetrags zugunsten einer Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote können seit dem 1. Januar 2015 auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung eingesetzt werden, soweit dieser nicht bereits für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird. Davon profitieren insbesondere demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen. Sie können flexibler und in größerem Umfang niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen.

Beispiele zur Umwidmung eines Teils des ambulanten Sachleistungsbetrags zugunsten Leistungen anerkannter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe II bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 800,80 Euro, das sind 70 Prozent von 1.144 Euro. Weitere ambulante Sachleistungen benötigt er nicht. Er möchte jedoch ein nach Landesrecht anerkanntes niedrigschwelliges Angebot vor Ort nutzen, das eine kontinuierliche Pflegebegleitung für pflegende Angehörige anbietet. Hierfür kann er seinen Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 104 Euro monatlich einsetzen. Um seiner Frau, die ihn jeden Tag pflegt und betreut, mehr Entlastung durch die ehrenamtlichen Pflegebegleiter zu geben, will er zusätzlich aber auch den nicht genutzten Teil des Sachleistungsbetrags entsprechend umwidmen. So kann er für die Pflegebegleitung eine zusätzliche Kostenerstattung in Höhe von 343,20 Euro pro Monat erhalten. Da er hierdurch den Pflegesachleistungsbetrag insgesamt voll ausnutzt, bekommt er daneben kein anteiliges Pflegegeld mehr.

Beispiel 2

Ein Versicherter, der keine Pflegestufe hat, aber auf Dauer erheblich in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist (sogenannte „Pflegestufe 0“), benötigt keine ambulanten Sachleistungen; er nimmt jedoch gerne das niedrigschwellige Betreuungsangebot einer Gruppe von Helferinnen und Helfern in Anspruch, das eine Anerkennung nach Landesrecht erhalten hat. Zusätzlich zu seinem erhöhten Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 Euro monatlich, nutzt er auch 40 Prozent des Betrags seines ambulanten Sachleistungsanspruchs von 231 Euro zugunsten der Betreuung durch diese Helferinnen und Helfer. Dadurch kann er hierfür eine zusätzliche Kostenerstattung in Höhe von 92,40 Euro pro Monat erhalten.

Daneben erhält er in entsprechender Anwendung der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI (siehe hierzu Kapitel 2.1 c) noch ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 73,80 Euro monatlich (da er den ambulanten Sachleistungsbetrag in Höhe von 92,40 Euro, also 40 Prozent, monatlich nutzt, verbleiben daneben noch 60 Prozent des Pflegegeldes von 123 Euro, also 73,80 Euro).

g. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften

Was wird unter „alternativen Wohnformen“ verstanden?

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Neue Wohnformen sind beispielsweise das betreute oder Service-Wohnen, bei dem außer dem Mietvertrag auch ein Servicevertrag mit dem Vermieter abgeschlossen wird. Dieser beinhaltet die Vereinbarung bestimmter zusätzlicher Dienst- und Hilfeleistungen. Darüber hinaus zählen das Wohnen in Mehrgenerationenhäusern, in denen Jung und Alt sich gegenseitig helfen, oder auch das „Wohnen für Hilfe“, bei dem einzelne Wohnungen oder Zimmer beispielsweise an Studierende vermietet werden, zu den alternativen Wohnformen. Die Studierenden

zahlen in diesem Fall weniger Miete, müssen sich dafür jedoch dazu verpflichten, hilfebedürftige Bewohner des Hauses zu unterstützen, beispielsweise im Haushalt, beim Einkaufen oder bei Behördengängen.

Zu den neuen Wohnformen zählen auch die sogenannten Pflege-Wohngemeinschaften (Pflege-WGs). Diese bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen zu leben und gemeinsam Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft (WG) leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen.

Pflege-WG

Wenn Sie eine Pflege-WG gründen möchten, brauchen Sie zunächst natürlich interessierte Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner. Diese können Sie beispielsweise über einen Aushang im nächstgelegenen Seniorentreff suchen. Sie können auch im nahe gelegenen Pflegestützpunkt nachfragen, ob sich dort Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch die Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Pflege-WGs betreuen. Hinsichtlich der Größe Ihrer WG sollten Sie bedenken, dass, auf den Quadratmeter bezogen, große Wohnungen ab drei Zimmern preiswerter sind als Wohnungen mit zwei Zimmern. Mit mehreren Menschen zusammenzuleben, bietet also auch finanzielle Vorteile. Achten Sie bei der Gestaltung des Mietvertrags auf klare Regelungen bezüglich Auszug und Miete, zum Beispiel für den Fall, dass ein WG-Mitglied seinen Mietbeitrag nicht zahlen kann.

Welche alternativen Wohnformen werden von der Pflegeversicherung unterstützt?

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, möglichst lange selbstständig und in häuslicher Umgebung zu wohnen, ohne dabei jedoch auf sich allein gestellt zu sein, werden seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes sogenannte ambulant betreute Wohngruppen – Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – von der Pflegeversicherung besonders gefördert.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen und/oder zusätzliche Betreuungs- oder Entlastungsleistungen beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 205 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Seit dem 1. Januar 2015 erhalten auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz den Wohngruppenzuschlag.

Voraussetzung hierfür ist,

- dass sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz bei ihnen festgestellt wurde (sogenannte „Pflegestufe 0“),

- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

- dass keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der WG oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Diejenigen, die Anspruch auf den monatlichen Zuschlag von 205 Euro haben, können bei der Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung erhalten. Dieser Zuschlag wird zusätzlich zu den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt (siehe dazu Kapitel 2.1 j).

Jeder Pflegebedürftige, der sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt, kann bei seiner Pflegekasse im Rahmen dieser Anschubfinanzierung einmalig eine Förderung von bis zu 2.500 Euro beantragen. Je Wohngemeinschaft ist diese Förderung allerdings auf 10.000 Euro begrenzt, bei mehr als vier anspruchsberechtigten Antragstellern wird der Gesamtbetrag anteilig auf sie aufgeteilt. Diese Förderung steht seit 1. Januar 2015 auch Versicherten in der sogenannten „Pflegestufe 0“, beispielsweise demenziell Erkrankten, zur Verfügung. Den Antrag auf Bewilligung dieser Mittel müssen die WG-Mitglieder innerhalb eines Jahres ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen stellen. Die Bestimmungen zu den Einzelheiten und zur Verfahrensweise sind bei den Pflegekassen zu erfahren.

Neue Wohnformen – wie Senioren-WGs – werden durch die Pflegereform gefördert.

h. Zusammenlegen von Leistungen – das sogenannte „Poolen“

Was bedeutet „Poolen“?

Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Auch häusliche Betreuung kann künftig gemeinsam in Anspruch genommen werden. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-WGs verbessern und ihre Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer WG ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die hierdurch insbesondere entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden.

i. Pflegehilfsmittel

Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?

Darunter fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen

- technischen Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem;
- Verbrauchsprodukten wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Pflegehilfsmittel erhalten.

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden. Zu den Kosten für technische Pflegehilfen muss der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10 Prozent, maximal jedoch 25 Euro zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt. Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

j. Wohnungsanpassung

Gewährt die Pflegekasse einen Zuschuss für bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung?

Die Pflegekasse zahlt – unabhängig von der Pflegestufe – auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherstellen. Ziel solcher Maßnahmen ist es insbesondere, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können einen Zuschuss in gleicher Höhe erhalten.

Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der

Gesamtbetrag anteilig auf die Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

Beispiel

Wohnen Sie mit acht anspruchsberechtigten Bewohnern zusammen, würde jeder Bewohner ein Achtel des Gesamtbetrages von 16.000 Euro bekommen. Das wären 2.000 Euro pro Bewohner.

Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?

Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss zu verschiedenen Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem wird der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, finanziell unterstützt. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

2.2 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?

a. Vollstationäre Versorgung

Wann wird vollstationäre Pflege gewährt?

Die vollstationäre Pflege wird gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom MDK oder von anderen unabhängigen Gutachtern prüfen lassen. Bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III ist die Überprüfung nicht erforderlich, da hier die

Notwendigkeit der vollstationären Pflege vorausgesetzt wird. Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim (Pflegesatz). Er beträgt monatlich in der Pflegestufe I 1.064 Euro, in der Pflegestufe II 1.330 Euro und in der Pflegestufe III 1.612 Euro (in Härtefällen 1.995 Euro). Die Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim bestimmt. Einen Überblick über zugelassene Pflegeheime geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Welche Kosten sind bei stationärer Pflege nicht abgedeckt?

Die betreute Person muss die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, die Investitionskosten und die eventuell anfallenden Kosten für besondere Komfortleistungen selbst tragen. Außerdem darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Zum Heimentgelt gehören der Pflegesatz, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten. Bei der vollstationären Pflege muss geklärt werden, wie die Zuständigkeit von Pflegeeinrichtung oder Krankenkasse für die Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel zu regeln ist.

b. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist – beispielsweise weil häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann. Die

Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Die Höhe der Leistung beträgt monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 231 Euro monatlich in Anspruch nehmen. Zudem werden die Leistungsbeträge für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgestockt. Die Leistungsbeträge liegen für sie in Pflegestufe I bei bis zu 689 Euro und in Pflegestufe II bei bis zu 1.298 Euro im Monat (siehe auch Kapitel 2.3).

Neben der Tages- und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

c. Kurzzeitpflege

Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?

Viele Pflegebedürftige (im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung) sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegestufen, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr. Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

Seit dem 1. Januar 2015 kann der Leistungsbetrag um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. In diesem Fall ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen.

Ist Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch in anderen geeigneten Einrichtungen möglich?

Pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sollen in Einrichtungen versorgt werden können, die auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Dies ist regelmäßig in Einrichtungen der Altenpflege nicht der Fall. Deshalb konnten schon bisher pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten. Die Altersgrenze von 25 Jahren wurde ab 1. Januar 2015 aufgehoben, sodass der Anspruch im Einzelfall nun auch für Menschen mit Behinderungen über 25 Jahren besteht.

d. Heime

Welche unterschiedlichen Heimtypen gibt es?

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim.

- In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen.

- Altenheime gewährleisten älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Appartements.

- In Pflegeheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern, in die häufig eigene Möbel mitgenommen werden können. Eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ist gewährleistet.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Wie wird die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sichergestellt?

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen unterscheidet sich nicht von der für andere Versicherte, die zum Beispiel zu Hause wohnen. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung haben die medizinische Versorgung auch in Pflegeheimen sicherzustellen. Auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen haben eine freie Arztwahl.

Die Frage der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Bewohner ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Pflegeheim. Daher sind die Pflegeheime verpflichtet, den Pflegekassen mitzuteilen, wie sie die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert haben. Diese Informationen beinhalten zum Beispiel die Häufigkeit der haus-, fach- und zahnärztlichen Visiten sowie die ärztliche Rufbereitschaft und Versorgung insbesondere nach 22 Uhr und an Wochenenden.

In diesem Zusammenhang soll insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen mit Haus-, Fach- und Zahnärzten oder die Einbindung in Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken hingewiesen werden. Die freie Arzt- und Apothekenwahl des Bewohners bleibt dabei unberührt.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Informationen in dem Pflegeheim, im Internet als auch in anderer geeigneter Form verständlich, übersichtlich, vergleichbar und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Ist es möglich, einen Arzt im Heim zu beschäftigen?

Pflegeheime können eine Ärztin oder einen Arzt anstellen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht von den niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umgebung sichergestellt werden kann. Heimärzte verteuern die Pflege im Heim nicht. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.

2.3 Welche besonderen Leistungen gibt es insbesondere für demenziell erkrankte Menschen?

In Deutschland leben heute rund 1,5 Millionen demenziell erkrankte Menschen. Bis zum Jahr 2030 kann sich diese Zahl auf circa 2,2 Millionen erhöhen. Trotz weltweiter Forschungsbemühungen mit erheblichem finanziellen und personellen Aufwand sind die genauen Entstehungsbedingungen der Demenzerkrankungen noch weitgehend ungeklärt. Es gibt bisher kaum Kenntnisse über Heilungsmöglichkeiten oder darüber, wie die Krankheit verhindert werden kann. Durch gezielte Maßnahmen kann das Fortschreiten der Krankheit jedoch in einem begrenzten Umfang aufgehalten und die Situation der Betroffenen verbessert werden.

a. „Pflegestufe 0“

Was bedeutet die sogenannte „Pflegestufe 0“?

In die sogenannte „Pflegestufe 0“ werden Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeordnet, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen.

b. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

In welchem Umfang können zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen genutzt werden?

Demenziell Erkrankte erhalten „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Höhe von bis zu 104 oder 208 Euro monatlich. Dieser Betrag ist zweckgebunden und dient der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme bestimmter zusätzlicher Betreuungs- oder Entlastungsleistungen im Sinne des § 45b SGB XI. Nähere Erläuterungen hierzu finden Sie in Kapitel 2.1 f. Anspruch hierauf haben auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“.

Zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote können seit dem 1. Januar 2015 außerdem auch bis zu 40 Prozent des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung eingesetzt werden, soweit dieser nicht bereits für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird. Davon profitieren insbesondere demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen. Sie können so flexibler und in größerem Umfang niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen.

c. Mehrleistungen für demenziell erkrankte Menschen in der ambulanten Pflege

Welche Leistungen gibt es?

In der sogenannten „Pflegestufe 0“ können demenziell Erkrankte sowohl Pflegegeld als auch ambulante Pflegesachleistungen beziehen. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben in der sogenannten „Pflegestufe 0“ Anspruch auf monatlich 231 Euro für Pflegeleistungen oder 123 Euro Pflegegeld. Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung, siehe hierzu Kapitel 2.1 c). In den Pflegestufen I und II werden die ambulanten Pflegeleistungen wie folgt aufgestockt:

- Demenziell Erkrankte in der Pflegestufe I erhalten 689 Euro für Pflegesachleistungen beziehungsweise 316 Euro Pflegegeld.

- In der Pflegestufe II sind es 1.298 Euro für Pflegesachleistungen beziehungsweise 545 Euro Pflegegeld.

Was bedeutet die Leistung „Häusliche Betreuung“?

Im Rahmen der Pflegesachleistungen können neben der Grundpflege (zum Beispiel Waschen und Anziehen) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel Aufräumen und Staubsaugen) seit 1. Januar 2013 auch Leistungen mit der Bezeichnung „Häusliche Betreuung“ in Anspruch genommen werden. Darunter

Demenziell erkrankte Menschen benötigen Orientierungshilfen im Alltag.

können verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung fallen, zum Beispiel Spazierengehen oder Vorlesen. Das ist insbesondere für die demenziell erkrankten Menschen und ihre Angehörigen eine große Erleichterung. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Haben demenziell erkrankte Menschen auch Anspruch auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege?

Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 231 Euro pro Monat in Anspruch nehmen (siehe Kapitel 2.2 b). Zudem werden für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Zuschläge auf die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen in gleicher Höhe auch auf die Ansprüche auf die Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege ausgedehnt. Damit haben Pflegebedürftige mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegestufe I Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 689 Euro und in der Pflegestufe II von bis zu 1.298 Euro monatlich.

Welche weiteren Leistungen erhalten demenziell erkrankte Menschen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ von der Pflegeversicherung?

Neben dem zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsbetrag, den ambulanten Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld können die Verhinderungspflege (siehe dazu Kapitel 2.1 e) sowie Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds (siehe dazu Kapitel 2.1 i und j) in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Außerdem erhalten demenziell Erkrankte auch in der sogenannten „Pflegestufe 0“ die Pflegeberatung (siehe Kapitel 4.1), Pflegekurse (siehe Kapitel 3.1 d) sowie Beratungseinsätze (siehe Kapitel 4.1 c).

Seit dem 1. Januar 2015 können sie außerdem die Leistungen der Kurzzeitpflege (siehe Kapitel 2.2 c), Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege (siehe Kapitel 2.2 b) und den Zuschlag für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen erhalten. Zusätzlich wird ihnen ermöglicht, die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen zu bekommen (siehe Kapitel 2.1 g). Damit haben sie Zugang zu allen Leistungen, die die häusliche Pflege ergänzen oder unterstützen und die auch Personen der Pflegestufen I bis III zustehen.

d. Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

Wie verbessert sich die stationäre Betreuung von demenziell erkrankten Menschen?

Gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung insbesondere für demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und -bewohner beziehungsweise Pflegegäste haben das Leistungsangebot in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich

Kurzzeitpflegeeinrichtungen bereichert. Mit Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2015 wird die dafür vorgesehene regelhafte Betreuungsrelation so verbessert, dass eine zusätzliche Betreuungskraft für 20 Pflegebedürftige zur Verfügung stehen kann. Diese ergänzenden Betreuungsangebote werden zudem auf alle Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen – unabhängig vom Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes – ausgedehnt, sodass die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte von derzeit rund 25.000 auf etwa 45.000 erhöht werden kann. Pflegebedürftigen stehen damit mehr Menschen zur Seite, die mit ihnen spazieren gehen, Gespräche führen oder ihnen vorlesen. Diese Kosten werden vollständig durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet.

2.4 Welche Förderung gibt es für ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfegruppen?

Das Ehrenamt ist in die Förderung von niedrigschwelligen Angeboten einbezogen. Niedrigschwellige Angebote sind zum Beispiel Betreuungsgruppen, eine Tagesbetreuung oder Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen, Alltags- oder Pflegebegleitern.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten nicht nur von den Pflegekassen Unterstützung. Wertvolle Hilfe und Anregungen geben insbesondere auch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit Mitteln in Höhe von zehn Cent pro Versichertem und Jahr zu fördern, insgesamt also mit acht Millionen Euro pro Jahr.

Außerdem haben zugelassene Pflegeeinrichtungen das Recht, ehrenamtlich Engagierten, die sie bei der allgemeinen Pflege und

Betreuung der Pflegebedürftigen oder erheblich in der Alltagskompetenz eingeschränkten Personen unterstützen, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen und Schulungen anzubieten. Hierfür anfallende zusätzliche Aufwendungen werden bei der Vergütung der Einrichtungen durch die Pflegekassen berücksichtigt. Darüber hinaus können Personen, die sich für eine ehrenamtliche Pflegetätigkeit interessieren, auch kostenlos an den Pflegekursen der Pflegekassen teilnehmen.

Wer sich ehrenamtlich in der Pflege engagiert, erhält Unterstützung von den Pflegekassen.

2.5 Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen – in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Die häusliche Krankenpflege umfasst

in der Regel die Grund- und Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandswechsel) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang. Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Krankenkasse kann zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen dürfen allerdings nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören. Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können.

Auch in Wohngemeinschaften besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege.

Pflegebedürftige, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, sind auf besondere Betreuung angewiesen.

Wann und wo besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege?

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde der Haushaltsbegriff erweitert: Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und bei erhöhtem Pflegebedarf ebenso in Behindertenwerkstätten erbracht werden. Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht. Ausnahmsweise kann medizinische Behandlungspflege Versicherten in Pflegeheimen verordnet werden, die auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – einen besonders

hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dies trifft dann zu, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich sind. Bei Entlassung aus dem Krankenhaus gilt: Eine häusliche Krankenpflege kann durch Vertragsärzte, aber auch durch den Krankenhausarzt verordnet werden. Für ihn besteht die Möglichkeit, dem entlassenen Patienten für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen. In diesem Fall können dem Patienten auch die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage mitgegeben werden. Der verantwortliche Krankenhausarzt hat den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren. Für die ambulanten Pflegedienste bedeutet diese Regelung eine wichtige Verwaltungsentlastung.

Wird den Betroffenen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geholfen?

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Darum soll sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um den pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch das sogenannte Entlassungsmanagement soll der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleistet werden. Die Organisation dieser Übergänge übernehmen erfahrene und qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Krankenpfleger.

Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhausentlassung?

Die Pflegeeinrichtungen müssen einbezogen werden, wenn Pflegebedürftige aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dabei soll es eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den Pflegeberaterinnen und -beratern geben.

2.6 Welche Förderung gibt es für Rehabilitation und Prävention?

Wie wichtig ist Prävention?

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Es geht darum, dass die Menschen zukünftig nicht nur immer älter werden, sondern auch gesünder alt werden. Vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen häufig vorkommen, wie etwa Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels und der Demenz, kann durch rechtzeitige Prävention entgegengewirkt werden. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei. Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol und Medikamenten sowie das Nichtrauchen sind wichtige Bestandteile einer gesunden Lebensführung auch in älteren Jahren. Das Bundesministerium für Gesundheit informiert hierzu in der Studie „Gesund älter werden“ und dem Ratgeber „Prävention“. Informationen zu substanzbezogenen Störungen im Alter finden sich auf der Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. unter www.unabhaengig-im-Alter.de.

Werden Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert?

In vielen Fällen gibt es Hoffnung auf Besserung durch Rehabilitation und mancher Verschlechterung lässt sich durch Prävention begegnen. Ziel ist es, den Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und die Lebensqualität zu steigern. Deshalb wird die Informationspflicht der Pflegekasse hinsichtlich empfohlener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation konkretisiert. Spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, zu. Gleichzeitig informiert sie darüber,

dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern der Antragsteller damit einverstanden ist.

Bonuszahlungen für Pflegeheime

Um finanzielle Anreize für die Einrichtungen zu schaffen, gibt es Bonuszahlungen für Pflegeheime. Das Verfahren: Wenn Pflegebedürftige nach aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen in eine niedrigere Pflegestufe gestuft werden können, erhält das Pflegeheim von der Pflegekasse eines Bewohners einen Bonus von 1.579 Euro. Müssen diese Bewohner allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder hochgestuft werden, ist das Heim zur Rückzahlung des Betrags verpflichtet.

Flankierend ist geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 3.072 Euro zahlen muss, wenn eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme für pflegebedürftige Versicherte nicht rechtzeitig erbracht wird.

Vorsorge- und Rehabilitationsaufenthalte für pflegende Angehörige

Bei Vorsorge- und Rehabilitationsentscheidungen der Krankenkassen sind die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Die Pflegenden können die Vorsorge oder Rehabilitation dabei alleine in Anspruch nehmen, zum Beispiel auch, um einmal Abstand zu gewinnen und wieder eine neue Perspektive einzunehmen. Pflegende Angehörige sollen bei einer eigenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme aber ebenfalls die Möglichkeit haben, den Pflegebedürftigen mitzunehmen. Denn oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn der Pflegebedürftige in der Nähe sein kann. Für die Versorgung des Pflegebedürftigen in dieser Zeit kann dabei der Anspruch auf Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen können in die Versorgung pflegender Angehöriger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden.

Prävention trägt dazu bei, dass Menschen länger aktiv bleiben können.

III. Pflege von Angehörigen zu Hause

Wer sich dazu entschieden hat, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, dem bietet die Pflegeversicherung verschiedene Hilfen und Leistungen, um die häusliche Pflege durch Angehörige zu fördern.

3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?

a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)

Was ist Pflegegeld und wer bekommt es?

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Diese wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn sie durch Angehörige erfolgt. Das Pflegegeld wird nicht direkt an die Pflegeperson gezahlt, sondern an die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen. Sie oder er kann das Geld als finanzielle Anerkennung an pflegende Angehörige weitergeben (siehe dazu Kapitel 2.1 b).

b. Soziale Absicherung der Pflegeperson

Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen?

Wer eine Angehörige oder einen Angehörigen in seiner häuslichen Umgebung für mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt, gilt im Sinne der Pflegeversicherung als Pflegeperson. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Ist die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der Pflegetätigkeit.

In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt in einer Höhe zwischen 26 und 80 Prozent der Bezugsgröße (ein in der Sozialversicherung häufig benötigter Wert, der sich aus dem Durchschnittsentgelt der Rentenversicherung ableitet) beziehen, je nach Pflegestufe des Pflegebedürftigen und zeitlichem Umfang der Pflegetätigkeit.

Die Pflegekassen zahlen für eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt, je nach Umfang der Pflegetätigkeit **Rentenversicherungsbeiträge**

- zwischen 141,37 und 424,12 Euro monatlich (Werte 2015 – alte Bundesländer) beziehungsweise
- zwischen 120,43 und 361,28 Euro monatlich (Werte 2015 – neue Bundesländer).

Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein **Arbeitsentgelt**

- zwischen 756,00 und 2.268,00 Euro monatlich (Werte 2015 – alte Bundesländer) beziehungsweise
- zwischen 644,00 und 1.932,00 Euro monatlich (Werte 2015 – neue Bundesländer) erhalten.

Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 7,42 und 22,25 Euro (Wert: 1. Januar 2015 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 6,83 und 20,48 Euro (Wert: 1. Januar 2015 – neue Bundesländer).

Wie ist die Pflegeperson versichert?

Wer einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist während der Pflegetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Er oder sie kann zudem freiwillig als

Mitglied in der Arbeitslosenversicherung versichert bleiben. Dazu muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit oder nach Beendigung einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes ein Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass

- in den 24 Monaten vor Aufnahme der Pflegetätigkeit bereits 12 Monate lang Beiträge zur Arbeitsförderung gezahlt oder Arbeitslosengeld bezogen wurde,
- unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden oder Arbeitslosengeld bezogen wurde und
- die Pflegeperson nicht anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitsförderung oder versicherungsfrei ist (eine geringfügige Beschäftigung ist neben der Pflege möglich).

Der Beitrag zur freiwilligen Weiterversicherung ist allein von der Pflegeperson zu tragen. Zur Inanspruchnahme von Pflegezeit siehe unter Punkt 3.2 a.

Wer einen Angehörigen wöchentlich für mindestens 14 Stunden pflegt, gilt als Pflegeperson.

c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

Wie wird die Pflege gewährleistet, wenn die Pflegeperson krank ist oder Erholung benötigt?

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson wegen Urlaubs oder Krankheit den Angehörigen nicht pflegen kann. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Pflegende seit mindestens sechs Monaten die Pflege übernommen hat. Der Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Dies wird Verhinderungspflege genannt (siehe dazu Kapitel 2.1 e). Weitere Alternativen zur Erholung beziehungsweise Entlastung der Pflegenden sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (siehe dazu Kapitel 2.2 b und 2.2 c). Bei der Inanspruchnahme der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wird jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Werden während des Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse gezahlt?

Für die Dauer eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson werden die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen.

d. Pflegekurse für Angehörige

Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause?

Personen, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, können an einem Pflegekurs der Pflegekasse teilnehmen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu den unterschiedlichsten Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des

Pflegebedürftigen stattfinden. Außerdem werden bei Pflegegeldbeziehern sowie bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Beratungseinsätze durchgeführt (siehe dazu Kapitel 4.1 c).

Wer Angehörige zu Hause pflegt, kann professionelle Beratung in Anspruch nehmen.

3.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz

Was ist Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit wird der Person gewährt, die einen nahen Angehörigen, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in häuslicher Umgebung pflegt. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder, seit 1. Januar 2015 auch Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwäger sowie Partner einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft.

Was muss beachtet werden, wenn Pflegezeit in Anspruch genommen wird?

Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Tage, bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden. Dies beinhaltet auch die Angabe über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit. Die Pflegebedürftigkeit des oder der nahen Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

Besteht die Möglichkeit, sich für die Pflegezeit nur teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen?

Ja. Im Fall der teilweisen Freistellung wird gemeinsam mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit getroffen. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach teilweiser Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.

Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden?

Grundsätzlich gilt: Die Pflegezeit kann nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden. Ausnahmen: Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.

Soziale Absicherung und finanzielle Förderung während der Pflegezeit

Kündigungsschutz

Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz. Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich.

Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige oberste Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.

Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozialversichert?

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da während dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie den Angehörigen oder die Angehörige mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten?

Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben seit 1. Januar 2015 einen Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen; dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit. Das Darlehen zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (www.bafza.de). Das Darlehen wird in monatlichen

Raten ausgezahlt und deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf entsprechenden Antrag kann auch ein niedrigeres Darlehen – bis zu einer Mindesthöhe von 50 Euro monatlich – genommen werden. In Fällen, in denen eine vollständige Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird, ist die Darlehensrate im Übrigen auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.

Sofern in kleineren Unternehmen kein Anspruch auf Freistellung besteht, kann eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Was ist Familienpflegezeit?

Seit dem 1. Januar 2015 besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, Beschäftigte können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden teilweise für die häusliche Pflege eines nahen Angehörigen freistellen lassen. Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten. Wird eine Freistellung auf freiwilliger Basis vereinbart, ist ebenfalls eine Förderung möglich. Wie nach den Regelungen des Pflegezeitgesetzes ermöglicht auch das Familienpflegezeitgesetz eine Freistellung für die Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Die Ankündigungsfrist für die Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz beträgt acht Wochen.

Können auch Beamtinnen und Beamte Familienpflegezeit nehmen?

Für die Beamtinnen und Beamten des Bundes gelten die jeweiligen beamtenrechtlichen Regelungen. Die weitere Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entspricht den Zielen, die

die Bundesregierung in ihrer Demografiestrategie auch für den Bereich des öffentlichen Dienstes als attraktiver und moderner Arbeitgeber verfolgt.

Soziale und finanzielle Absicherung während der Familienpflegezeit

Kündigungsschutz

Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Familienpflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz. Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.

Sozialversicherung

Während der Familienpflegezeit zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter. Zusätzlich überweist die Pflegekasse der Rentenversicherung während der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand mindestens 14 Stunden und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Rentenansprüche steigen mit der Höhe der Pflegestufe der zu pflegenden Person, sodass sie im Ergebnis je nach Pflegestufe das Niveau der Vollbeschäftigung erreichen können. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit geringem Gehalt können im Einzelfall sogar rentenrechtlich besser gestellt sein. Weitere Auskünfte erteilt der zuständige Rentenversicherungsträger. Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Wie sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit finanziell abgesichert?

Beschäftigte haben während der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz Anspruch auf Föderung durch ein zinsloses Darlehen

beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Das Darlehen wird in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen den pauschalierten Nettoentgelten vor und während der Freistellung gewährt. Beschäftigte können sich auch für einen geringeren Darlehensbetrag entscheiden, wobei die monatliche Darlehensrate aus verwaltungspraktischen Erwägungen mindestens 50 Euro betragen muss. Eine Berechnungshilfe bietet der Familienpflegezeitrechner, der zusammen mit weiteren Informationen und Antragsformularen auf der Internetseite www.wege-zur-pflege.de zu finden ist.

Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflegende Angehörige können Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz auch kombiniert in Anspruch nehmen. Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt zusammen höchstens 24 Monate. Nahe Angehörige können die Freistellungen auch parallel oder nacheinander in Anspruch nehmen und sich so die Pflege teilen.

c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?

Wird der nahe Angehörige einer oder eines Beschäftigten akut pflegebedürftig, besteht das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für den nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Auf Verlangen des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

Zur Finanzierung einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung im Sinne des Pflegezeitgesetzes ohne Entgeltfortzahlung erhalten Beschäftigte seit 1. Januar 2015 ein auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld. Beim Pflegeunterstützungsgeld handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung, deren Höhe wie beim sogenannten Kinder-Krankengeld berechnet wird. Damit werden als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten des selben pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich – das heißt so bald als möglich – bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen des Angehörigen, der die Pflege benötigt, zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit des Angehörigen (außer gegebenenfalls beim Arbeitgeber) auch bei der Pflegekasse oder dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen.

IV. Beratung im Pflegefall

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?

a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?
Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das für sie die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Diese sind in aller Regel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekasse und verfügen über umfassendes Wissen insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht. Damit die Betroffenen von den Beratungsmöglichkeiten und -verpflichtungen ihrer Pflegekasse Kenntnis erhalten, hat die Pflegekasse dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung

- entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,

- oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eingelöst werden kann.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die auf Wunsch die Beratung auch zu Hause und zu einem späteren Zeitpunkt durch-

führen, nehmen sich der Sorgen und Fragen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen an, beraten umfassend über das vorhandene Leistungsangebot und begleiten in der jeweiligen Pflegesituation. Grundsätzlich ist es das Ziel, das Zusammenwirken aller Kräfte, insbesondere im ambulanten Bereich, zu verbessern. Je besser die ambulante Versorgung, desto größer die Chance, dass die vollstationäre Versorgung vermieden werden kann.

Zudem ist es Aufgabe der Pflegekassen, darüber zu informieren, dass ein Anspruch auf die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung besteht.

Informationen zum Thema Pflege liefern auch die Pflegestützpunkte sowie die Service- und Beratungsstellen der Bundesländer. Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. In den Pflegestützpunkten finden Beratungssuchende auch Pflegeberater.

Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

Die komplexe Tätigkeit der Pflegeberatung setzt entsprechend qualifiziertes Personal mit Berufserfahrung in dem erlernten Beruf voraus. Als Erstausbildungen kommen, neben einer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte, vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege infrage. Eine weitere Möglichkeit ist eine Ausbildung als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter. Daneben kommen aber auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen in Betracht.

Zusätzlich zu den in ihrer Berufsausbildung oder ihrem Studium erworbenen Grundqualifikationen müssen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum nachweisen.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unabhängigen und neutralen Beratungsstellen gelten die gleichen Anforderungen.

Was passiert bei Problemen?

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Es ist selbstverständlich, dass keine bestimmte Beratungsperson aufgezwungen oder vorgeschrieben werden kann. Bei Problemen mit Ihrer Pflegeberaterin oder Ihrem Pflegeberater sind klärende Gespräche in den Pflegestützpunkten eine Möglichkeit, eventuelle Missverständnisse auszuräumen. Darüber hinaus steht die Pflegekasse jederzeit zur Verfügung, um Abhilfe zu schaffen.

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Beratung.

b. Individuelle Beratung (Fallmanagement)

Wie unterscheiden sich Pflegestützpunkt und Pflegeberatung?

Pflegestützpunkt

In einem Pflegestützpunkt wird die Beratung über und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und den Rat und Hilfe suchenden Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater geben umfassende Auskunft über das vorhandene Leistungsangebot.

Pflegeberatung

Die Pflegeberater sind in erster Linie im Sinne eines individuellen Fallmanagements tätig. Das heißt, sie beurteilen den persönlichen Bedarf und die Situation der einzelnen Pflegebedürftigen. Auf dieser Grundlage erstellen sie zum Beispiel einen individuellen Versorgungsplan und übermitteln Leistungsanträge an die zuständigen Kassen zur weiteren Bearbeitung beziehungsweise Genehmigung. Gleiches gilt in den unabhängigen und neutralen Beratungsstellen.

c. Beratungseinsätze

Wer muss und wer kann Beratungseinsätze in Anspruch nehmen?

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich sowie in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Dieser Beratungsbesuch dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekassen. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können diese Beratungsbesuche zweimal im oben genannten Zeitraum in Anspruch nehmen.

Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesen Fällen kann die Beratung von einem zugelassenen Pflegedienst, aber auch von einer anerkannten unabhängigen Beratungsstelle mit oder ohne pflegefachliche Kompetenz durchgeführt werden. Letzteres soll ermöglichen, dass zum Beispiel Alzheimer-Patienten auch eine Beratung durch die Alzheimer-Gesellschaft in Anspruch nehmen können.

V. Qualität und Transparenz in der Pflege

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Pflege – und gute Pflege muss erkennbar sein. Eine Reihe von Maßnahmen dient dazu, Qualität und Transparenz in der Pflege zu verbessern und bestehende Mängel zu beseitigen.

5.1 Wie wird die Qualität in den Heimen sichergestellt?

a. Qualitätsprüfung

Wie werden Qualitätsstandards für die Pflegeheime und -dienste festgelegt?

Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, zum Beispiel zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“). Ihre Umsetzung ist Aufgabe der Pflegeselbstverwaltung. Dazu gehören der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Die Expertenstandards sind für alle zugelassenen Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste verbindlich.

Was wird bei den Qualitätsprüfungen kontrolliert?

Im Vordergrund der Überprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des Medizinischen Dienstes und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung bewerten nicht nur

die Aktendokumentation, sondern konzentrieren sich bei der Prüfung auch und besonders auf den Pflegezustand der Menschen. Sie schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten Pflegemaßnahmen wirken und ob es Hinweise auf Pflegedefizite gibt – wie etwa Druckgeschwüre oder Mangelernährung. Außerdem berücksichtigen sie bei der Bewertung des Heims auch die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen.

Werden die Prüfungstermine vorher angekündigt?

Alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste werden regelmäßig einmal im Jahr (Regelprüfung) vom MDK, vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung oder von einem beauftragten Sachverständigen geprüft.

Grundsätzlich werden alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unangemeldet durchgeführt. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel, wenn es sich um eine Person handelt, die eine amtliche Betreuungsperson hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen.

Gibt es zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden?

Bei konkreten Anhaltspunkten für eine mangelnde Qualität in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen, die sich zum Beispiel infolge von Beschwerden und Hinweisen von Pflegebedürftigen und Angehörigen an die Pflegekasse ergeben haben, kann die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung beauftragen, unangemeldete Anlassprüfungen durchzuführen.

b. Medizinische Dienste

Wer ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen prüft der MDK auch die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Wer ist der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)?

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) vertritt die allgemeinen Interessen der privaten Krankenversicherung, der privaten Pflegeversicherung sowie seiner Mitgliedsunternehmen. Der Prüfdienst der PKV übernimmt die gleichen Aufgaben wie der MDK und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

c. Welche Rolle spielen der MDK und der Prüfdienst der PKV bei der Qualitätsprüfung?

Der MDK und der Prüfdienst der PKV überprüfen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen die Qualität von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Die Landesverbände der Pflegekassen vergeben jährlich zehn Prozent der Prüfaufträge – das entspricht circa 2.400 Pflegeeinrichtungen – an den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. MDK und der Prüfdienst der PKV bewerten jedoch nicht nur die Ergebnisqualität. Sie haben auch die Aufgabe, Einrichtungen in Qualitätsfragen zu beraten und Empfehlungen abzugeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Müssen die Prüfungen ausschließlich vom MDK oder vom Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung durchgeführt werden?

Die Einrichtungen können selbst Prüfungen veranlassen. Unter bestimmten Voraussetzungen ersetzen diese Prüfungen die Qualitätsprüfungen des MDK oder des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, soweit es um die Struktur- und Prozessqualität der Einrichtung geht. Die Ergebnisqualität,

also der Pflegezustand der Menschen und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, wird jedoch immer vom MDK oder vom Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung geprüft.

d. Verfahren bei Qualitätsmängeln

Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es gegenüber den Einrichtungen, wenn der Qualitätsbericht Mängel aufzeigt?

Zeigt der Qualitätsbericht Mängel auf, bestehen gegenüber den Einrichtungen Sanktionsmöglichkeiten. Es gibt ein abgestuftes Instrumentarium: Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf Grundlage des Prüfberichts des MDK beziehungsweise des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um die festgestellten Mängel zu beseitigen.

Die Pflegekassen erteilen dem Träger der Einrichtung darüber einen Mängelbescheid und setzen ihm zugleich eine zeitliche Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Wenn die Leistungen einer Pflegeeinrichtung nicht der erforderlichen Qualität entsprechen, verletzt sie ihre gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten. Ist dies der Fall, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen.

Können Pflegeheime gekündigt werden?

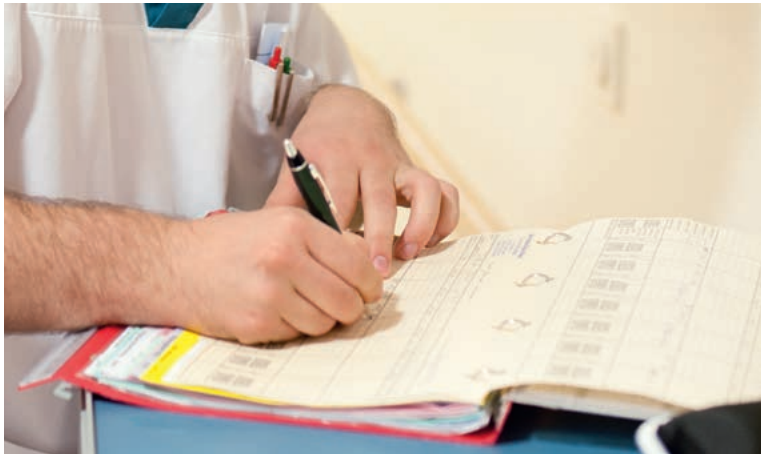
Werden die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages von der Einrichtung nicht mehr erfüllt, können die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe den Versorgungsvertrag ganz oder teilweise kündigen. Voraussetzung ist, dass die Landesverbände der Pflegekassen und der zuständige Träger der Sozialhilfe überzeugt sind, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen auf Dauer nicht erfüllen kann und wird. In besonders schwerwiegenden Fällen kann der Versorgungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist – also mit sofortiger Wirkung – gekündigt werden. Voraussetzung ist, dass die Pflichtverletzung der Pflegeeinrichtung derart gravierend ist, dass den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe ein Festhalten am Versorgungsvertrag nicht zumutbar ist.

e. Bürokratieabbau

Bürokratieabbau in der Pflege – wie und warum?

Um die Qualität der Pflege zu sichern und transparent zu machen, ist eine angemessene Dokumentation der Pflegetätigkeit unverzichtbar. Sie sollte aber so effizient wie möglich sein und ein vernünftiges Maß nicht überschreiten. Hierüber treffen Kostenträger und Einrichtungsträger auf Bundesebene Vereinbarungen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege finanziell unterstützt. Ziel war es, verschiedene Vorschläge zum Abbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation zu erarbeiten, um dadurch mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung der Menschen zu gewinnen. Im Mittelpunkt stand dabei die Praxistauglichkeit.



Die effiziente Dokumentation der Pflegetätigkeit ist für die Qualitätssicherung wichtig.

Die Ergebnisse zeigen den hohen pflegefachlichen Nutzen, die breite Akzeptanz unter den Pflegekräften, die großen Chancen des darin verfolgten Ansatzes und die Reduzierung der Pflegedokumentation auf ein notwendiges Maß. Auf der Grundlage eines erarbeiteten Strukturmodells zum Aufbau einer Pflegedokumentation kann der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Weitere Informationen und aktuelle Entwicklungen zu diesem Projekt sind auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit und des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann, abrufbar.
www.bmg.bund.de
www.pflegebevollmächtigter.de

f. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen

Welche Möglichkeiten haben Pflegeheime bei der Vertragsgestaltung?

Im Rahmen der Verhandlungen über die Pflegesätze zwischen einer Pflegeeinrichtung und den Kostenträgern ist neben Art, Inhalt und Umfang der Leistungen insbesondere auch die individuell von der Einrichtung benötigte Personalausstattung zu vereinbaren. Nicht nur die Höhe des Pflegesatzes wird bei den Verhandlungen über die stationäre Versorgung gemeinsam festgelegt, sondern auch die zu erbringende Leistung und deren Qualitätsmerkmale. Für anerkannte Härten können Zuschläge zu den Pflegesätzen der Pflegeklasse III vereinbart werden.

Die Träger der Pflegeeinrichtungen können darüber hinaus für ihre vor Ort organisatorisch miteinander verbundenen Einrichtungen – zum Beispiel einen Pflegedienst, eine Tagespflegeeinrichtung und ein Pflegeheim – einen Gesamtversorgungsvertrag abschließen, der es ihnen beispielsweise ermöglicht, in der Aufbauphase einer neuen Einrichtung oder bei Belastungsspitzen Personal flexibler als bisher einzusetzen.

g. Bezahlung der Pflegekräfte

Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?

Im Bereich der pflegerischen Versorgung kann entweder der auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes geltende besondere Pflegemindestlohn nach der Zweiten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein. Es ist gesetzlich geregelt, dass es einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung möglich sein muss, ihre Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Pflegekräfte sorgen dafür, dass pflegebedürftige Menschen in Würde und Geborgenheit leben können.

5.2 Wie werden Pflegeeinrichtungen geprüft?

Qualitätsberichte

Bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung können die Ergebnisse der Qualitätsprüfung der jeweiligen Pflegeeinrichtung eingesehen werden. Sie werden in Transparenzberichten verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht (beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt). Die Transparenzberichte sollen auch in den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, mit dem Datum der letzten MDK-Prüfung oder des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, mit einer Zusammenfassung der aktuellen Prüfergebnisse sowie mit einer Einordnung des Prüfergebnisses ausgehängt werden.

Was wird bei der Prüfung bewertet?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung werden inhaltlich in verschiedene Bereiche eingeteilt. Jeder Bereich wird mit einer Teilnote bewertet.

In Pflegeheimen wird der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

1. Pflege und medizinische Versorgung des Versicherten
2. Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Bei ambulanten Pflegediensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

1. Pflegerische Leistungen
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
3. Dienstleistung und Organisation

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Heimbewohner- beziehungsweise Kundenbefragung. Die Noten hierfür werden separat ausgewiesen.

Darüber hinaus werden seit dem 1. Januar 2014 die Informationen darüber, wie in einer stationären Pflegeeinrichtung die ärztliche, fach- und zahnärztliche sowie die Arzneimittelversorgung geregelt ist, veröffentlicht und kostenfrei zur Verfügung gestellt. Diese Angaben sind auf folgenden Internetseiten veröffentlicht:

- www.aok-gesundheitsnavi.de (AOK)
- www.bkk-pflegefinder.de (BKK)
- www.der-pflegekompass.de (Knappschaft, LSV, IKK)
- www.pflegelotse.de (vdek – Verband der Ersatzkassen)

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter:

- http://pflegeheim.weisse-liste.de
- http://www.heimverzeichnis.de

Welche Rolle spielt die Heimaufsicht?

Die stationären Pflegeeinrichtungen werden nicht nur durch den MDK oder den Prüfdienst der PKV geprüft und beraten. Auch die Heimaufsichtbehörden in den Bundesländern überwachen und beraten diese durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen. Die Inhalte und die Durchführung dieser Prüfungen sind in den jeweiligen Bundesländern gesetzlich geregelt.

VI. Glossar

Aktivierende Pflege
Unter aktivierender Pflege ist eine alltägliche Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert. Diese Form der Hilfe zur Selbsthilfe soll Pflegebedürftigen mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen, wie Betroffene den Alltag noch allein oder unter Beaufsichtigung beziehungsweise Anleitung oder Unterstützung bestreiten können. Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen helfen, vorhandene Fähigkeiten zur Selbstversorgung zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren.

Altenheim / Altenwohnheim
In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche, haben aber auch die Gelegenheit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner zu sich zu nehmen. Altenheime sind darauf ausgerichtet, alten Menschen, die nicht mehr eigenständig in der Lage sind, ihren Haushalt zu führen, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung zu gewährleisten. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Appartements.

Ambulanter Pflegedienst
Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege und Betreuung zu Hause. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes kommen zu den Betroffenen nach Hause und helfen fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung. Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Pflegende Angehörige können durch die Organisation der Pflege und Betreuung unter

Zuhilfenahme eines Pflegedienstes zum Beispiel auch Beruf und Pflege besser miteinander vereinbaren.

Ambulante Versorgung
Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche: pflegerische Tätigkeiten (zum Beispiel Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung), häusliche Krankenpflege (zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen), Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten (zum Beispiel Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten), hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung) sowie häusliche Betreuung (zum Beispiel Spazierengehen oder Vorlesen).

Begutachtungsfristen
Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung

nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

Beratungsstellen
Die unabhängigen und neutralen Beratungsstellen müssen die gesetzlichen Anforderungen an die Beratung erfüllen. Sie werden dann eingeschaltet, wenn die Pflegekassen die Pflegeberatung nicht selber durchführen. Hierzu schließt die einzelne Pflegekasse allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen. Auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins können sich die Versicherten auch dort zulasten der Pflegekasse beraten lassen.

Betreute Wohnformen
Ambulant betreute Wohnformen und Senioren-Wohngemeinschaften spielen eine immer größere Rolle. So können beispielsweise mehrere Bewohner einer Wohngemeinschaft Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder von Einzelpflegekräften für Pflege oder Betreuung gemeinsam in Anspruch nehmen (das sogenannte „Poolen“ von Leistungen). Das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen in neuen Wohnformen erschließt ökonomisch neue Spielräume: Die frei werdende Zeit ist vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am „Pool“ beteiligten Anspruchsberechtigten zu nutzen. Das „Poolen“ von Leistungen ist auch für Pflegebedürftige möglich, die beispielsweise im gleichen Wohnviertel wohnen.

Pflegebedürftige sowie Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“, die in ambulant betreuten Wohngruppen – das sind Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – leben, haben zusätzlich zu den anderen Leistungen einen Anspruch auf monatlich 205 Euro zur Finanzierung einer Person, die durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt worden ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemein-

schaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten.

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege
Bürgerschaftliches Engagement ist ein wichtiger Pfeiler in der pflegerischen Versorgung. Engagierte Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen sollen daher künftig besser in vernetzte Versorgungsangebote eingebunden und durch Schulungen qualifiziert werden. Das betrifft zum Beispiel sowohl Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene (wie etwa Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen) als auch die Tätigkeit in Pflegestützpunkten. Zudem können zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. Dies dient der Förderung ehrenamtlichen Engagements, um die professionelle Versorgung Pflegebedürftiger zu unterstützen und zu ergänzen.

Entlassungsmanagement
Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sind pflegebedürftige Menschen häufig zunächst hilflos und auf die Unterstützung anderer angewiesen. Um dies zu vermeiden, soll sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um den pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch das sogenannte Entlassungsmanagement sollen insbesondere die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten. Die Organisation dieser Übergänge sollen erfahrene und qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger übernehmen.

Ergebnisqualität
Im Vordergrund der Überprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des

Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bewerten nicht nur die Aktendokumentation, sondern schwerpunktmäßig den Pflegezustand der Menschen und schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen wirken und ob Hinweise auf Pflegedefizite vorliegen (zum Beispiel Druckgeschwüre oder Mangelernährung). Die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen schlägt sich in einer eigenen Bewertung nieder.

Fallmanagement
Siehe „Pflegeberaterinnen und Pflegeberater“.

Familienpflegezeit
Seit dem 1. Januar 2015 besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, Beschäftigte können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden teilweise für die häusliche Pflege eines nahen Angehörigen freistellen lassen. Der Rechtsanspruch findet keine Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten. Die Ankündigungsfrist beträgt acht Wochen.

Für die Beamtinnen und Beamten des Bundes gelten die jeweiligen beamtenrechtlichen Regelungen.

Grundpflege
Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfen bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen (zum Beispiel Versorgung mit Medikamenten) zählen nicht dazu.

Härtefallregelung
Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist, oder
- dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige.) Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen.

Heimarzt
Pflegeheime haben die Möglichkeit, einen Heimarzt zu beschäftigen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht von den niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umgebung sichergestellt werden kann. Bevor ein Pflegeheim eine Ärztin oder einen Arzt anstellt, muss deshalb versucht werden, mit geeigneten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Kooperationsverträge abzuschließen.

Kinderberücksichtigungsgesetz
Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem allgemein geltenden Beitragssatz einen Zuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten bezahlen. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt seit dem 1. Januar 2015 bei 2,6 Prozent, der „normale“ Beitragssatz bei 2,35 Prozent. Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
Bei akuter Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen können Beschäftigte der Arbeit bis zu zehn Arbeitstage fernbleiben, um eine

gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers haben die Beschäftigten dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten. Seit 1. Januar 2015 steht ihnen bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung ein auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld als Entgeltersatzleistung für die kurzfristige Organisation der Pflege eines nahen Angehörigen zu.

Kurzzeitpflege
Viele Menschen sind nur für eine kurze Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege. Während der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt. Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Kurzzeitpflege für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Zu Hause gepflegte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene hatten bisher bis zum 25. Lebensjahr die Möglichkeit, die Kurzzeitpflege auch in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen oder in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, wenn die Betreuung in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Altersgrenze von 25 Jahren wurde ab 1. Januar 2015 aufgehoben, sodass der Anspruch im Einzelfall nun auch für Menschen mit Behinderungen über 25 Jahren besteht.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetz-

lichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Leistungsentscheidung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen prüft der MDK auch die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

MEDICPROOF
MEDICPROOF ist der medizinische Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Er prüft die Leistungsvoraussetzungen für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Es wird begutachtet, ob bei einem Antragsteller eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und – falls ja – welcher Pflegestufe diese zuzuordnen ist. Aufgabe von MEDICPROOF ist es, eine bundesweit und versicherungsübergreifend einheitliche Begutachtung sicherzustellen.

Mindestlohn
Im Bereich der pflegerischen Versorgung kann entweder der auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes geltende besondere Pflegemindestlohn nach der Zweiten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote
Niedrigschwellige Angebote beruhen oftmals auf Zusammenschlüssen ehrenamtlich engagierter Personen, die sich längerfristig für andere Menschen einsetzen wollen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. Wenn sie nach dem jeweils gültigen Landesrecht anerkannt worden sind, können diese niedrigschwelligen Angebote sogenannte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen. Um anerkannt zu werden, müssen sie unter anderem ein Konzept erarbeiten und nachweisen, dass sie für die

Tätigkeiten, die sie als Hilfen anbieten wollen, jeweils qualifiziert sind. In Betracht kommen als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zum Beispiel Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen, Familienentlastende Dienste sowie Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter und Pflegebegleiter. Die Einzelheiten regelt das jeweilige Landesrecht.

Wenn der ambulante Pflegesachleistungsbetrag nicht bereits für ambulante Pflegesachleistungen eines Pflegedienstes verbraucht wird, können – zusätzlich zu dem Betreuungs- und Entlastungsbetrag von bis zu 104 oder 208 Euro monatlich – bis maximal 40 Prozent des Leistungsbetrags für ambulante Pflegesachleistungen auch dazu verwendet werden, eine Kostenerstattung für Leistungen anerkannter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zu erhalten.

Palliativversorgung und Hospizdienste
Es gibt ambulante und stationäre Hospizdienste, die einen unverzichtbaren Beitrag leisten, Sterben und Tod als unumgänglichen Teil des Lebens anzunehmen, zu gestalten und zu bewältigen. Gesetzliche Krankenkassen leisten Zuschüsse für ambulante, teilstationäre und stationäre Hospizdienste. Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben zudem in der gesetzlichen Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Diese Leistung zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Die neue Leistung steht Palliativpatienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung zu, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Ambulante Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal versorgen die

Versicherten. Sie arbeiten dabei eng mit Hospizdiensten zusammen. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater
Die Pflegekassen sind verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten eine Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements anzubieten. Zu den Aufgaben der Pflegeberaterinnen und -berater zählt die Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bei der Organisation der Pflege, angefangen bei der Vermittlung von Pflegediensten und Haushaltshilfen bis hin zu der Auswahl von Pflegeheimen oder anderen Betreuungseinrichtungen.
Dies beinhaltet:

- Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über Leistungen,
- Erarbeitung entscheidungsreifer Anträge sowie Erledigung sonstiger Formalien,
- Aufklärung über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung,
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten,
- Veranlassung aller für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen, Begleitung bei der Durchführung sowie Vorschläge für eine Anpassung an veränderte Bedarfslagen.

Pflegeheim
Hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner in Einzel- oder Doppelzimmern (die früher üblichen Mehrbettzimmer sind heute seltener). Eine umfassende Versorgung und Betreuung ist gewährleistet. Das betrifft sowohl die pflegerische Versorgung, die medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung als auch die hauswirtschaftliche Versorgung. In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen

Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim (siehe auch unter „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, Seite 126).

Pflegerisiko
Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass immer mehr Menschen in Zukunft auf Pflegeleistungen angewiesen sind. 2030 werden voraussichtlich über drei Millionen Bürger davon betroffen sein.

Pflegestufen
Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet, ab 2017 einem von fünf Pflegegraden. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

„Pflegestufe 0“
Der sogenannten „Pflegestufe 0“ werden Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zugeordnet, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen.

Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit
Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der haus-

wirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit
Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit
Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich wird mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Pflegestützpunkt
Mit Pflegestützpunkten wird Menschen mit pflegerischem Hilfebedarf und denjenigen, die Betreuung und Pflege für einen Angehörigen organisieren wollen, eine wohnortnahe, zentrale Anlaufstelle zur Beantwortung aller Fragen zur Verfügung gestellt. Die Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Zudem können sie pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermitteln und koordinieren. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind in den Pflegestützpunkten als Fallmanager tätig und betreuen Hilfesuchende auf Wunsch über einen längeren Zeitraum persönlich. Sie erstellen bei Bedarf einen individuellen Versorgungsplan. Bei ihnen können Pflegebedürftige wie auch ihre Angehörigen Anträge stellen, die dann umgehend an die zuständigen Stellen weitergeleitet werden.

Pflegeunterstützungsgeld
Nahe Angehörige, die kurzfristig eine Pflege organisieren müssen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall, haben seit 1. Januar 2015 Anspruch auf eine auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenzte Lohnersatzleistung, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten bei Stellung eines entsprechenden Antrags hierbei während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung im Sinne des Pflegezeitgesetzes für bis zu zehn Tage einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt durch die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen des auf Pflege angewiesenen Angehörigen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes entspricht der Höhe des sogenannten Kinder-Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung, sodass als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt werden.

Pflegeversicherung
Die Pflegeversicherung ist als „Teilleistungsversicherung“ konzipiert worden. Das bedeutet: Die Leistungen aus der Pflegeversicherung decken einen Teil der Kosten, die für die Pflege eines Menschen nötig sind. Dadurch werden die Belastungen Pflegebedürftiger und deren Angehöriger gemindert. Sie ist der jüngste Versicherungszweig und existiert seit 1995 als eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung im deutschen Sozialversicherungssystem. Die Pflegeversicherung bildet die fünfte Säule dieses Systems neben der Kranken-, Berufsunfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Pflegevorsorgefonds
Seit 1. Januar 2015 gibt es den Pflegevorsorgefonds. Dabei handelt sich um ein Sondervermögen bei der Bundesbank, in das die

Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten der Pflegeversicherung abgeführt werden – derzeit jährlich circa 1,2 Milliarden Euro. Ab 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen, können Teile des Vermögens für die Finanzierung der Pflegeversicherung abgerufen werden. Dies wird zur Stabilisisierung der Beitragssätze beitragen.

Pflege-Wohngemeinschaften
Die Pflege-WG bietet die Möglichkeit, auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter ein selbstständiges Leben zu führen und dabei mit anderen Menschen zusammen zu sein. Sind Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft pflegebedürftig oder auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt, können sie zum einen ihre Ansprüche auf grundpflegerische Leistungen, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung bündeln (siehe auch unter „Poolen“ von Leistungen sowie Seite 56–59). Zum anderen haben sie, wenn sie in ambulant betreuten Wohngruppen – das sind Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – leben, zusätzlich zu den anderen Leistungen einen Anspruch auf monatlich 205 Euro zur Finanzierung einer Person, die durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten. Darüber hinaus gibt es bei der Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe befristet eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen WG-Wohnung – zusätzlich zu den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes von bis zu 4.000 Euro pro Anspruchsberechtigtem, maximal aber 16.000 Euro pro Wohngemeinschaft.

Pflegezeit
Beschäftigte haben nach dem Pflegezeitgesetz Anspruch auf eine vom Arbeitgeber nicht bezahlte Freistellung von der Arbeit für längstens sechs Monate, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen

Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Hierbei können Beschäftigte zwischen der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeit wählen. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

„Poolen“ von Leistungen
Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Das nennt man „Poolen“ von Leistungen.

Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die hierdurch insbesondere entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden. Das Poolen von Leistungen ist auch für Pflegebedürftige möglich, die beispielsweise im gleichen Wohnviertel wohnen.

Portabilität der Altersrückstellungen
Wer die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) wechselt, kann Alterungsrückstellungen „mitnehmen“. Dies gilt seit dem 1. Januar 2009 für bestehende Verträge ebenso wie für neue Abschlüsse.

Prävention / Rehabilitation
Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation gefördert werden. Die Einrichtungen, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen gelingt, den Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.579 Euro.

Dem Antragsteller wird spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit die gesonderte Rehabilitationsempfehlung,

die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, durch die Pflegekasse zugeleitet. Gleichzeitig informiert sie darüber, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern der Antragsteller damit einverstanden ist.

Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)
Der Prüfdienst der PKV übernimmt die gleichen Aufgaben wie der MDK und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

Qualitätssicherung / Pflegequalität
Seit 2011 werden in einem jährlichen Prüfturnus alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste durch den MDK oder den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung geprüft (Regelprüfung). Alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel wenn es sich um eine Person handelt, die eine amtliche Betreuungsperson hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Bei den Prüfungen durch den MDK oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung liegt der Schwerpunkt auf der Prüfung des Pflegezustands und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität).

Qualitätsstandards
Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch darauf, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gepflegt zu werden. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene hat den Auftrag, die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Denn Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, zum Beispiel zur

Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Sie sind für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Tages- und Nachtpflege
Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Die Tagespflege findet in Pflegeheimen oder in einer Tagesstätte statt. Pflegebedürftige erhalten dort ihre Mahlzeiten, befinden sich in Gesellschaft und werden körperlich und geistig aktiviert (siehe auch unter „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, Seite 126). Seit dem 1. Januar 2015 haben auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege.

Transparenz in der Pflege
Auf Grundlage der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden Berichte über die Qualität der Pflegeeinrichtungen im Internet sowie an anderen geeigneten Orten, zum Beispiel in den Pflegestützpunkten, veröffentlicht. Die Veröffentlichung muss für die Verbraucher leicht verständlich, übersichtlich und vergleichbar sein. In den Pflegeeinrichtungen selbst müssen das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse gut sichtbar ausgehängt werden. Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik ähnlich der Schulnoten entschieden. Ziel ist es, mehr Transparenz über die Pflegequalität bei den Angeboten von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten zu gewinnen.

Verhinderungspflege
Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn pflegende Angehörige wegen Urlaubs oder einer Erkrankung ihre Angehörigen nicht pflegen können. Dieser Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Man nennt dies Verhinderungspflege. Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt.

Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen
In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kann zusätzliches Betreuungspersonal für alle Pflegebedürftigen eingesetzt werden, um gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zu bieten. Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet. Für 20 Pflegebedürftige soll eine zusätzliche Betreuungskraft vorgesehen werden.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
Versicherte, die auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, sowie seit dem 1. Januar 2015 auch Pflegebedürftige, die ausschließlich oder vorwiegend körperlich beeinträchtigt sind, erhalten einen Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 104 Euro oder 208 Euro monatlich. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von sogenannten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen entstehen. Dabei handelt es sich um qualitätsgesicherte Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Form einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer Kurzzeitpflege, besonderer Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung ambulanter Pflegedienste (nicht aber Leistungen der Grundpflege) oder Leistungen in Form von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten.

Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE
Darauf kommt es an

Wir stärken die Pflege.
Und Sie.

„Seit dem 1. Januar 2015 erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen deutlich verbesserte Leistungen. Wir bieten Ihnen hier zwei weitere Möglichkeiten, sich unkompliziert einen Überblick über die neuen Leistungen zu verschaffen. Ich lade Sie ein, sich individuell online oder per Telefon zu informieren."

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Der Pflegeleistungs-Helfer

pflegeleistungs-helfer.de

Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums. Er zeigt, welche Pflegeleistungen Sie in Ihrer persönlichen Situation nutzen können und gibt Hilfestellung, wenn sich die Frage nach der Pflege Ihrer Angehörigen zum ersten Mal stellt.

PFLEGELEISTUNGS-HELFER

Ihr digitaler Ratgeber für Pflegeleistungen

Das Bürgertelefon

030 / 340 60 66 – 02

Das Bürgertelefon zur Pflegeversicherung bietet ebenfalls eine erste Orientierung. Auch mit Beratungsangeboten für Gehörlose und Hörgeschädigte. Sie erreichen unsere Pflege-Berater von Montag bis Donnerstag von 8 – 18 Uhr, am Freitag von 8 – 12 Uhr.

Publikationen

Broschüre: Das Pflegestärkungsgesetz I – Das Wichtigste im Überblick

Diese Broschüre gibt einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen und zeigt, wie Sie diese in Ihrer persönlichen Situation am besten nutzen können. Ergänzend gibt es einen Ausblick auf die nächste große Entwicklung in der Pflegeversicherung: das Zweite Pflegestärkungsgesetz.

Bestell-Nr.: BMG-P-11004

Broschüre: Das Pflegestärkungsgesetz I – Alle Leistungen zum Nachschlagen

Die Broschüre gibt einen detaillierten Überblick über wichtige Leistungen der Pflegeversicherung. Dabei sind die Neuerungen aus dem Pflegestärkungsgesetz I hervorgehoben, um die konkreten Leistungsänderungen zu verdeutlichen.

Bestell-Nr.: BMG-P-11005

Agenda: Gemeinsam für Menschen mit Demenz – Die Handlungsfelder

Mit der Unterzeichnung der Agenda am 15. September 2014 durch die Gestaltungspartner der „Allianz für Menschen mit Demenz" haben Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe das Startsignal für die Umsetzung der Ergebnisse aus der zweijährigen Arbeitsphase gegeben. Damit ist der Grundstein für eine nationale Demenzstrategie gelegt.

Nur zum Downloaden

Deutschland verändert sich. Wir werden weniger und im Durchschnitt älter. Bereits in diesem und im nächsten Jahrzehnt wird die Bevölkerung in Deutschland deutlich altern und auch zurückgehen. Für fast alle Bereiche unseres Landes und unser Zusammenleben hat das erhebliche Folgen. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.jedes-alter-zählt.de

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler GmbH

Gestaltung Anzeige „Wir stärken die Pflege“:
Scholz & Friends

Fotos: Bundesregierung/Steffen Kugler, Monika Höfler, plainpicture, Julia Baier, Andreas Reeg

Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG

15. aktualisierte Auflage: Stand Juli 2015
Erstauflage: Juli 2008

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:
Bestell-Nr.: BMG-P-07055
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 / 18 272 2721
Fax: 030 / 18 10 272 2721

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon
Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen
Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: **www.bmg-gp.de**

GP_aktuell
Der Newsletter „GP_aktuell" informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter **www.bmg-gp.de**

Publikationsverzeichnis
Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter **www.bundesgesundheitsministerium.de** als PDF-Datei herunterladen.

Internetportal
Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de
www.in-form.de

Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 / 340 60 66 – 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 / 340 60 66 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention
030 / 340 60 66 – 03

Fragen zur Suchtvorbeugung
02 21 / 89 20 31*

Beratungsservice für Gehörlose
030 / 340 60 66 – 07 Telefax
030 / 340 60 66 – 08 ISDN-Bildtelefon

115 IHRE BEHÖRDENNUMMER

* BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo.–Do. 10 bis 22 Uhr, Fr.–So. 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

www.bundesgesundheitsministerium.de