

akut

DGB

Pflegereform 2015

Infos für Versicherte und
Angehörige



Pflegereform 2015

Infos für Versicherte und Angehörige

Impressum

Die Broschüre gibt den bei Redaktionsschluss
(Dezember 2014) bekannten Sachstand wieder.

Verlag:

Graewis Verlag GmbH

Wallstr. 60

10179 Berlin

Telefon: 030/3088240

Fax: 030/30882420

E-Mail: verlag@graewis.de

www.graewis.de

Verantwortlich:

Anne Graef, Graewis Verlag GmbH

Chefredakteurin DGB-Infoservice einblick

www.einblick.dgb.de

Herausgeber:

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Bundesvorstand, Abteilung Sozialpolitik

www.dgb.de

Redaktionelle MitarbeiterInnen / AutorInnen:

Marta Böning, Marco Frank, Anne Graef, Heidi Jockel

Gestaltung: Klaus Niesen, Düsseldorf

Druck: PrintNetwork pn GmbH

Titelfoto: colourbox.com

Vorwort von Annelie Buntenbach	2
Die Änderungen im Überblick	4
Leistungen und Leistungsvoraussetzungen.....	10
Beitragserhöhung	12
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	14
Beratung	16
Pflege zu Hause	18
Leistungen für demenzkranke Menschen.....	24
Pflege im Heim	25
Entlastungen für pflegende Beschäftigte	26
Widerspruch	32
Private Pflegeversicherung	34
Sonderregelungen für Beamtinnen und Beamte.....	35
Service und Kontakte	36

Vorwort



Die Pflege steht vor großen Herausforderungen. Der stark steigenden Zahl der pflegebedürftigen Menschen stehen immer weniger qualifizierte Pflegekräfte gegenüber. Auch die Familien können eine adäquate Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen nur noch bedingt leisten. Vor diesem Hintergrund trat am 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz der Bundesregierung in Kraft. Doch das Gesetz beantwortet die wichtigsten Fragen zur Lösung der Probleme in der Pflege nicht. Weder wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt, noch wird die Situation der professionellen Pflegekräfte wirklich verbessert. Auch das dritte große Thema, die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung, wird mit einer Beitragsanhebung nur scheinbar gelöst.

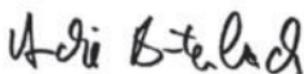
Zwar weitet das Gesetz Leistungen vor allem in der ambulanten Pflege aus, die die Situation der Pflegebedürftigen verbessern und pflegende Angehörige entlasten. Die lang angekündigte Strukturreform, die den gleichberechtigten Zugang aller Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung garantieren soll, bleibt aber weiterhin aus.

Die gravierendste Fehlentscheidung ist die Einführung des umstrittenen Pflegevorsorgefonds. Mit jährlich 0,1 Beitragspunkten verschlingt er ein Drittel der Kosten dieser Pflegereform. Er soll durch den Aufbau von Rücklagen die Beitragssätze stabilisieren, wenn die geburtenstarken Jahrgänge pflegebedürftig werden und künftige Ausgabensteigerungen auffangen. Das kann in der

geplanten Größenordnung aber nicht funktionieren. Das Geld fehlt nun für die angekündigte Strukturreform, die mit einem zweiten Pflegestärkungsgesetz bis 2017 geplant ist.

Erstmals wurde immerhin klargestellt, dass die tarifliche Bezahlung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen nicht als unwirtschaftlich gilt. Das ist durchaus positiv zu bewerten. Die Träger von Pflegeeinrichtungen sind nun verpflichtet, auf Verlangen der Pflegekassen die in den Pflegesatzverhandlungen ausgehandelten Tariflöhne anonymisiert nachzuweisen. Doch es bleibt ein weiter Weg. Der DGB setzt sich für qualitativ hochwertige Leistungen ein, die eine umfassende Beratung und Hilfestellung, wirksame Prävention, niedrigschwellige Dienstleistungen – von der Stärkung der häuslichen Pflege bis hin zu einer bezahlbaren stationären Versorgung im Pflegeheim – umfasst. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass Pflege weder die Pflegebedürftigen, noch deren Angehörige arm macht. Die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung wäre eine nachhaltige und faire Lösung für alle.

Der DGB, der sich mit Betroffenen- und Sozialverbänden im Bündnis für GUTE PFLEGE engagiert, drängt mit Nachdruck darauf, dass die nächste Pflegereform die langjährig geforderte Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes endlich verwirklicht. Mit dieser Broschüre wollen wir Versicherte und Angehörige über die Leistungen der Pflegeversicherung und über die seit 1. Januar 2015 geltenden Änderungen informieren und sie unterstützen, ihre Rechte wahrzunehmen.



Annelie Buntenbach
Geschäftsführender DGB-Bundesvorstand

Die Änderungen im Überblick



Seit 1. Januar 2015 ist das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) in Kraft, das das Pflegegesetz (SGB XI) fortschreibt. Es beinhaltet verschiedene Leistungserweiterungen und -flexibilisierungen. Eine große Reform, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, steht noch aus. Die Bundesregierung will noch in dieser Legislaturperiode ein zweites Pflegestärkungsgesetz auf den Weg bringen, das 2017 endlich den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff festschreiben soll. Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf haben seit 1. Januar 2015 Berufstätige mehr Möglichkeiten, die Pflege von Angehörigen und nahestehenden Personen mit ihrer Arbeit zu vereinbaren.

Zusätzliche Betreuungsleistungen für alle

Ab 2015 haben alle Pflegebedürftigen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen. Bislang galt das nur für Menschen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“, also Pflegebedürftige, die unter Demenz oder psychischen Erkrankungen leiden.

Neue Entlastungsangebote

Alle, die ambulant gepflegt werden, haben jetzt Anspruch auf Entlastungsangebote. Für die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote stehen je nach Pflegestufe zwischen 104 und 208 Euro im Monat zur Verfügung. Damit können zusätzliche Leistungen in der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege finanziert werden, das Geld steht aber auch für weitere Serviceangebote zur Verfügung, wie etwa Pflegebegleiter, die die pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung des Pflegealltags oder bei Behördengängen unterstützen. Wichtig ist, dass es sich um anerkannte Betreuungs- und

Entlastungsleistungen handelt. Was dazu gehört, regeln Rechtsverordnungen der Landesregierungen.

Wer sein Pflegesachleistungsbudget nicht ausschöpft, kann bis zu 40 Prozent davon für diese zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden. Die Kosten müssen nachgewiesen werden.

Anhebung der Pflegesachleistungen

Die Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) werden um 2,7 bis 4 Prozent erhöht.

Erhöhung des Pflegegeldes

Das Pflegegeld von Angehörigen oder Ehrenamtlichen, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, steigt je nach Pflegestufe um bis zu vier Prozent.

Verlängerung der Verhinderungspflege

Ist die Pflegeperson – wegen Krankheit oder Urlaub – verhindert, verlängert sich der Anspruch auf Ersatzpflege ab 2015 von vier auf sechs Wochen. Für Verhinderungspflege, die Pflegepersonen leisten, die nicht nah verwandt sind oder im Haushalt des Pflegebedürftigen leben, zahlt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten bis zu 1612 Euro. Ergänzend können bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrages (806 Euro) für Kosten der Verhinderungspflege genutzt werden, wenn der Betrag der Kurzzeitpflege noch nicht verbraucht ist.

Für die Ersatzpflege durch nahe Angehörige oder Personen im Haushalt des Pflegebedürftigen zahlt die Pflegekasse wie bisher die Aufwendungen in Höhe des Pflegegeldes. Werden zusätzliche Kosten nachgewiesen (Verdienstausfall, Fahrtkosten), kann sich der Erstattungsbetrag auf bis zu 1612 Euro erhöhen.

Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird flexibler: 50 Prozent der Ansprüche auf Kurzzeitpflege können nun als Verhinderungspflege genommen werden. Gleichzeitig können die Ansprüche auf Verhinderungspflege bis zu 100 Prozent in Kurzzeitpflege verwandelt werden.

Wer eine Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, etwa wenn der Pflegeaufwand nach einem Krankenhausaufenthalt so hoch ist, dass für ein paar Wochen die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung nötig wird, konnte schon bisher seinen Anspruch auf Verhinderungspflege dafür verwenden. Statt vier Wochen sind also nun bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr möglich.

Verbesserung der stationären Kurzzeitpflege

Die Leistungen für stationäre Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen werden ab 2015 auch für die Pflegestufe 0 gewährt. Dafür werden maximal 1612 Euro jährlich zur Verfügung gestellt.

Bessere Unterstützung von Wohngruppen

Der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhalten, wenn sie eine Pflegekraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen beschäftigen, erhöht sich ab 1. Januar 2015 auf 205 Euro monatlich (bisher 200 Euro). Neu ist, dass jetzt auch Versicherte der Pflegestufe 0 (Demenzranke) den Wohngruppenzuschlag erhalten können.

Gründung von Pflege-WGs wird erleichtert

Mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 2500 Euro je Pflegebedürftigem, maximal 10 000 Euro für die gesamte Wohngruppe, wird bislang schon die Gründung ambulant betreuter Pflege-Wohngruppen gefördert. Neu ist, dass die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung schon vor der Gründung der Wohngruppe, bzw. dem Einzug erfolgen kann.

Mehr Geld für Umbaumaßnahmen

Der finanzielle Zuschuss für Umbaumaßnahmen in der Wohnung des Pflegebedürftigen erhöht sich auf bis zu 4000 Euro je Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, lässt sich der Betrag je Maßnahme auf bis zu 16 000 Euro ausweiten.

Mehr Pflegehilfsmittel

Die Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden von 31 auf 40 Euro im Monat erhöht.

Besserer Personalschlüssel in Heimen

Der Personalschlüssel in Pflegeheimen wird von 1:24 auf 1:20 erhöht. Das kommt sowohl den BewohnerInnen als auch den Beschäftigten zugute. Ab 2015 können die Pflegeheime außerdem mehr Betreuungskräfte einstellen, die sich zusätzlich zu den Pflegefachkräften um die Pflegebedürftigen kümmern.

Ausweitung teilstationärer Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 können seit 1. Januar 2015 zeitweise in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. Die Pflegekasse übernimmt bis zu 231 Euro pro Monat für die pflegebedingten Aufwendungen. Die monatlichen Leistungen in den Pflegestufen I bis III erhöhen sich um vier Prozent. Erstmals werden

für die Pflegestufe I und II erhöhte Leistungsbeträge eingeführt, wenn eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz (Demenz) vorliegt. Das sind in Pflegestufe I 689 Euro im Monat und in Pflegestufe II 1298 Euro. Die bisherige Anrechnung auf das Budget der Pflegesachleistung und/oder des Pflegegeldes entfällt. Die Leistungen für teilstationäre Pflege können ungekürzt neben Pflegesachleistungen oder Pflegegeld von der Pflegekasse übernommen werden.

Mehr Leistungen für Demenzkranke

Demenzkranken ohne körperliche Einschränkungen (Pflegestufe 0) erhalten alle Leistungen der häuslichen Versorgung, die es bisher erst ab Pflegestufe I gab. Dazu gehören die Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Zuschlag sowie Anschubfinanzierung in ambulant betreuten Wohngruppen.

Mehr Kontrollen in der Pflege

Wenn sich bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Kassen Hinweise auf nicht fachgerechte Pflege ergeben, soll eine Anlassprüfung durchgeführt werden, bei der die betroffenen Pflegebedürftigen hinzu gezogen werden.

Beitragssatzerhöhung

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung erhöht sich um 0,3 Prozentpunkte ab 1. Januar 2015, um die Leistungssteigerungen und den Aufbau eines Pflegevorsorgefonds zu finanzieren.

Freistellung mit Lohnersatzleistung

Alle Beschäftigten haben einen Anspruch auf eine bis zu zehntägige Freistellung von der Arbeit im akuten Pflegefall. Neu ist, dass sie Pflegeunterstützungsgeld erhalten, eine Lohnersatzleistung, die bis zu 90 Prozent des Nettogehalts ausmacht.

Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit

Beschäftigte haben nun einen Anspruch darauf, bis zu 24 Monate teilweise freigestellt zu werden und ein zinsloses Darlehen zu erhalten, wenn sie einen Angehörigen pflegen. Das gilt aber nur in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten.



Leistungen und Leistungsvoraussetzungen

Die Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt, damit Menschen nicht von Sozialhilfe abhängig werden, wenn sie pflegebedürftig sind. Das wird in einer teilweisen Finanzierung von familiärer Pflege (Pflegegeld), ambulanter Pflege (Pflegedienste) und stationärer Pflege (Heime) gewährleistet. Heute erhalten rund 2,6 Millionen Menschen Leistungen nach dem Pflegegesetz.

Wer ist versichert?

Alle Mitglieder in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Mitglieder in einer privaten Krankenversicherung müssen sich privat pflegeversichern.

Welche Leistungen sind abgesichert?

Die Pflegeversicherung ist nur eine „Teilkostenversicherung“. Eine Eigenbeteiligung war vom Gesetzgeber von Anfang an geplant. Die Leistungspauschalen sind nicht kostendeckend. Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Pflegebedürftige nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit.

Die Stufen der Pflegebedürftigkeit

Unterschieden wird zwischen erheblicher, schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen I-III). Seit der Reform 2008 gibt es außerdem die Pflegestufe 0 bei dauerhaft „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“. Sie gilt für Demenz- und psychisch Kranke sowie Menschen mit geistigen Behinderungen, die auf regelmäßige Hilfe und Betreuung angewiesen sind, aber ansonsten kaum körperliche Einschränkungen haben.

Welche Leistungen erhalte ich?

Aus der Pflegeversicherung ergeben sich Leistungen

- zur häuslichen Pflege (Sachleistungen, Pflegegeld, Pflegehilfsmittel, Zuschüsse für Umbauten in der Wohnung),
- für eine Ersatzpflege, wenn Pflegendе kurzzeitig ausfallen (Verhinderungspflege),
- für ambulant betreutes Wohnen und zur Wohngruppengründung,
- für teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) sowie Kurzzeitpflege,
- für stationäre Pflege,
- zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen (Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, Pflegekurse, Selbsthilfe).

Die Leistungen werden als Sachleistungen oder in Form von Pflegegeld ausgezahlt. Beides kann kombiniert werden.

Wann bekomme ich Leistungen zur Pflege?

Leistungen müssen schriftlich bei der Pflegekasse beantragt werden. Versicherte müssen in den letzten zehn Jahren mindestens zwei Jahre lang in die Pflegeversicherung eingezahlt haben oder entsprechend lange familienversichert sein. Wer pflegebedürftig ist, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere von der Pflegekasse beauftragte unabhängige GutachterInnen festgestellt. Als Faustregel gilt: Pflegebedürftig ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung länger als sechs Monate regelmäßig Hilfe im Alltag in einem bestimmten Umfang braucht.

Wo kann ich mich beraten lassen?

AntragstellerInnen und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf kostenlose Beratung durch PflegeberaterInnen ihrer Pflegekasse (→ S. 16).

Beitragserhöhung

Im Januar 2015 sind die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte angehoben worden. Der reguläre Beitragssatz beträgt damit nun 2,35 Prozent des Bruttoentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 49 500 Euro im Jahr 2015. Der Beitrag wird zur Hälfte von den Versicherten getragen; die anderen 50 Prozent zahlt der Arbeitgeber. Kinderlose Versicherte zahlen einen um 0,25 Prozentpunkte erhöhten Beitragssatz.



Versicherte, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zahlen den regulären Beitragssatz – egal ob sie bereits eigene Kinder haben oder nicht.



Ausnahmen im Freistaat Sachsen

In Sachsen gilt für die Beiträge zur Pflegeversicherung eine Sonderregelung. Zur Finanzierung der Pflegeversicherung wurde bei ihrer Einführung 1995 bundesweit ein gesetzlicher Feiertag abgeschafft (Buß- und Bettag) – außer in Sachsen. Deshalb zahlen die ArbeitnehmerInnen dort einen zusätzlichen Beitrag von 0,5 Prozentpunkten des Bruttoentgelts.



Erhöhung auch für RentnerInnen

Im Gegensatz zu den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung tragen RentnerInnen die Beiträge zur Pflegeversicherung in voller Höhe allein. Auch für sie gilt die Beitragserhöhung.

Studierende – mitversichert oder geringer Eigenbeitrag

Studierende sind bis zum Alter von 25 Jahren bei den Eltern mitversichert – gegebenenfalls sogar länger, wenn Dienstzeiten bei der Bundeswehr angerechnet werden. Danach müssen sie sich selbst versichern und einen eigenen, vom Bundesgesundheitsministerium festgesetzten Beitrag zahlen. Für 2015 beträgt er 15,52 Euro monatlich für kinderlose Studierende, 14,03 Euro für studierende Mütter und Väter bzw. für alle selbstversicherten StudentInnen unter 23.

Beiträge zur Pflegeversicherung ab 1. Januar 2015

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4125 Euro monatliches Bruttoentgelt (in Prozent)

	Gesamt	Versicherte	Arbeitgeber
Bis Vollendung des 23. Lebensjahres (Versicherte mit und ohne Kind)	2,35	1,175	1,175
Ab Vollendung des 23. Lebensjahres für Versicherte <u>mit</u> Kindern	2,35	1,175	1,175
Ab Vollendung des 23. Lebensjahres für Versicherte <u>ohne</u> Kinder	2,6	1,425	1,175
RentnerInnen <u>mit</u> Kindern	2,35	2,35	–
RentnerInnen <u>ohne</u> Kinder	2,6	2,6	–
RentnerInnen mit Geburtsjahr 1939 oder früher (mit oder ohne Kinder)	2,35	2,35	–
Versicherte in Sachsen	2,35	1,675	0,675

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Wer kann Anträge an die Pflegeversicherung stellen?

Antragsberechtigt sind Pflegebedürftige, die in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert waren. Ob als BeitragszahlerIn oder als mitversichertes Familienmitglied, spielt keine Rolle.

Die wichtigsten Fragen für alle, die plötzlich mit der eigenen Pflegebedürftigkeit oder der eines Angehörigen konfrontiert sind, lauten: Habe ich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung? Und wenn ja, welche und wie schnell kann ich mit einer Bewilligung rechnen?

Schnelle Bearbeitung

Pflege kann nicht warten. Wer auf Pflege angewiesen ist, muss zeitnah wissen, ob und in welchem Umfang ihm/ihr Leistungen der Pflegeversicherung zustehen.

Die Pflegekasse soll unverzüglich nach Antragstellung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige GutachterInnen mit der Prüfung beauftragen. Innerhalb von fünf Wochen muss die Pflegekasse das Ergebnis der Begutachtung schriftlich mitteilen. Die AntragstellerInnen haben ein Recht darauf, dass das übermittelt wird.



Für das Gutachten besuchen die GutachterInnen den/die AntragstellerIn in der Regel zu Hause. Dieser Besuch will gut vorbereitet sein. Wenn möglich, sollte vor Antragstellung in einem Pflegetagebuch (bei einigen Pflegekassen erhältlich) genau festgehalten werden, welche Hilfen in welcher Häufigkeit und mit welchem Zeitaufwand erforderlich sind.

In besonderen Fällen verkürzt sich die Frist für die Begutachtung auf eine Woche, wenn der/die AntragstellerIn

- im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung stationär behandelt wird und zur ambulanten oder stationären Weiterversorgung eine dringende Begutachtung erforderlich ist
- oder
- in einem Hospiz oder ambulant palliativ versorgt wird.



Zwei Wochen beträgt die Frist, wenn der/die AntragstellerIn in der häuslichen Umgebung lebt und die Pflegeperson Pflege- oder Familienpflegezeit beim Arbeitgeber beantragt oder bereits vereinbart hat.

Hält die Pflegekasse die Fristen nicht ein, muss sie für jede Woche der Überschreitung 70 Euro an den Antragsteller oder die Antragstellerin zahlen.



Bewilligung kann befristet werden

Ist der Antrag auf Pflegeleistungen bewilligt, ist der wichtigste Schritt geschafft. Achtung: Die festgestellte Pflegestufe, eine Anerkennung als Härtefall oder auch die Bewilligung einzelner Pflegeleistungen können in begründeten Fällen befristet werden. Zudem schreibt der Gesetzgeber vor, „die Untersuchung in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen“.



Beratung

Wenn plötzlich ein Familienmitglied pflegebedürftig wird, muss vieles organisiert werden. Der bürokratische Aufwand mit Anträgen und Meldungen bei Pflegekasse und Trägern der Alten- oder Sozialhilfe kann den eigentlichen Pflegeaufwand weit übersteigen.

PflegeberaterInnen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Hilfe, Unterstützung und Beratung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Diese PflegeberaterInnen sind bei den Pflegekassen oder in den neutralen Pflegestützpunkten erreichbar. Auf Wunsch kommen die BeraterInnen direkt zum Pflegebedürftigen – also entweder nach Hause, in die stationäre Pflegeeinrichtung oder ins Krankenhaus.

Die Pflegekasse muss allen AntragstellerInnen binnen zwei Wochen einen Beratungstermin zu Hause anbieten. Kann die Pflegekasse dieser Verpflichtung nicht selbst nachkommen, vermittelt sie den AntragstellerInnen über Gutscheine eine qualitativ gleichwertige alternative Beratung.

Bei diesem Beratungstermin müssen die AntragstellerInnen darüber informiert werden, dass sie Anspruch auf die Übermittlung des Pflegegutachtens und auf eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung haben.



Pflegestützpunkte – unabhängige und umfassende Beratung

Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern, bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt, ein Netz von „Pflegestützpunkten“. In diesen von Kassen, Kommunen und/oder anderen Trägern eingerichteten ortsnahen Anlaufstellen erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Beratung und Unterstüt-

zung zu den verschiedenen Pflegeformen, den Leistungen der Pflegeversicherung, Sozialleistungen und den Unterstützungsangeboten vor Ort.

Die Pflegestützpunkte arbeiten unabhängig, neutral und gebührenfrei. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen die für sie am besten passende Pflegeform – ambulant oder stationär – sowie den für sie geeigneten Anbieter der Pflegeleistungen finden. Die Stützpunkte sollen Wege ersparen, indem sie die Gewährung der notwendigen Pflegeleistungen „bündeln“.

Auch Versicherte privater Versicherungsunternehmen können die Beratung der Pflegestützpunkte in Anspruch nehmen – selbst wenn sich ihr Versicherer nicht an der Finanzierung der Stützpunkte beteiligt. Voraussetzung ist, dass das Versicherungsunternehmen eine vertragliche Vereinbarung mit den Trägern des Pflegestützpunktes über Inhalt, Umfang und Vergütung der Beratungsleistungen abgeschlossen hat. Einige private Pflegeversicherer bieten eigene Beratungen an.

Die Pflegestützpunkte sollen gut erreichbar sein und möglichst folgenden Service anbieten:

- Auskunft über die Leistungen der Pflegekassen und Hilfen anderer Träger (z.B. Sozialhilfe),
- Vergleichslisten über Leistungen und Vergütungen aller Pflegedienste und -heime des Einzugsgebietes,
- Infos über ehrenamtliche Angebote, Netzwerke und Selbsthilfegruppen,
- Ausgabe aller wesentlichen (Antrags-)Formulare,
- Informationen über gesonderte Zuschüsse der Pflegekassen (z.B. für den pflegegerechten Umbau einer Wohnung),
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Pflege zu Hause

Geldleistungen in der ambulanten Pflege

Ambulante Pflege in gewohnter häuslicher Umgebung kann entweder von Fachkräften eines Pflegedienstes als Pflegesachleistung erbracht werden – oder wird vom Umfeld der Pflegebedürftigen selbst sichergestellt. Meistens leisten Angehörige die Pflege. Für die Pflege durch Fachkräfte zahlt die Pflegeversicherung die „häusliche Pflegehilfe“ direkt an den Pflegedienst, pflegende Angehörige erhalten ein „Pflegegeld“.

Höhe der Leistungen

Häusliche Pflegehilfe als Sachleistung: Pflege durch Fachkräfte (in Euro)

Pflegestufe	0 mit Demenz	I	I mit Demenz	II
monatlich	231	468	689	1144
Pflegestufe	II mit Demenz	III	III mit Demenz	III Härtefälle
monatlich	1298	1612	1612	1995

Pflegegeld – etwa für pflegende Angehörige (in Euro)

Pflegestufe	0 mit Demenz	I	I mit Demenz	II
monatlich	123	244	316	458
Pflegestufe	II mit Demenz	III	III mit Demenz	
monatlich	545	728	728	

Betreuung als Pflegesachleistung

Neben den Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung können Pflegebedürftige auch häusliche Betreuungs- und Entlastungsangebote als Pflegesachleistung in Anspruch nehmen (→ S. 4/5). Die neu eingeführten Entlastungsangebote sollen auch die Pflegepersonen entlasten – im Haushalt, bei der Bewältigung der pflegerischen Anforderungen oder bei der Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen. Bis zu 40 Prozent des je nach Pflegestufe zustehenden Budgets für Pflegesachleistungen können für diese sogenannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung gesichert sind.

Leistungen bei der Verhinderungspflege

Auch Pflegepersonen, die einen Angehörigen ambulant pflegen, brauchen eine Auszeit oder können krank werden. Die Pflege muss in solchen Fällen weitergeführt werden. Deshalb zahlt die Pflegeversicherung bis zu sechs Wochen für die „Verhinderungspflege“, also für Ersatz-Pflegekräfte in der Zeit, in der die eigentliche Pflegeperson verhindert ist. Die jährliche Obergrenze für die Aufwendungen beträgt 1612 Euro einheitlich in den Pflegestufen 0 bis III. Neu ist, dass 50 Prozent der Leistungen in der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden können, soweit sie noch nicht ausgeschöpft sind.

Voraussetzung für die Übernahme der Verhinderungspflege durch die Pflegeversicherung ist, dass die eigentliche Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der „erstmaligen Verhinderung“ – also dem ersten Anlass, bei dem eine Verhinderungspflege beantragt werden soll – mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Wenn die „Ersatz-Pflegeperson“ ein naher Verwandter ist oder mit dem Pflegebedürft-



tigen in häuslicher Gemeinschaft lebt, sind die Leistungen für die Verhinderungspflege reduziert. Sie dürfen den Satz des Pflegegeldes je nach Pflegestufe nicht überschreiten, betragen also höchstens 728 Euro in der Pflegestufe III.



Leistungen bei der Kurzzeitpflege

Ein ähnliches Ziel wie die Verhinderungspflege haben die Leistungen der Kurzzeitpflege. Auch sie helfen, kurzfristige Not- oder Ausnahmesituationen zu überbrücken, in denen keine ambulante Pflege zu Hause möglich ist. Dabei kann es sich – wie bei der Verhinderungspflege – um Krankheit oder Erholungsurlaub der eigentlichen Pflegeperson handeln oder um einen Zeitraum, in dem nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit die Wohnung für die Pflegesituation vorbereitet werden muss.

Im Unterschied zur Verhinderungspflege werden Pflegebedürftige für die Dauer der Kurzzeitpflege stationär in einer Pflegeeinrichtung untergebracht. Die jährliche Obergrenze für Leistungen beträgt in allen Pflegestufen 1612 Euro. Neu ist, dass jetzt auch Pflegebedürftige in der Pflegestufe 0 Anspruch auf Kurzzeitpflege haben. Die Kurzzeitpflege kann auf bis zu acht Wochen verlängert werden, wenn nicht ausgeschöpfte Beträge aus der Verhinderungs- in die Kurzzeitpflege übernommen werden. Die verfügbaren Mittel erhöhen sich dann auf bis zu 3224 Euro.

Regelungen für pflegende Angehörige

Rentenversicherungsbeiträge werden für pflegende Angehörige gezahlt, wenn sie nicht mehr als 30 Wochenstunden erwerbstätig sind und 14 und mehr Stunden Pfl egetätigkeit pro Woche ausüben. Werden mehrere Pflegebedürftige gleichzeitig gepflegt, werden die Pflegezeiten für die rentenrechtliche Anrechnung addiert. Werden Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen, wird das bewilligte Pflegegeld zur Hälfte weiter gezahlt.

Benötigen pflegende Angehörige selbst eine Rehabilitation, können die von ihnen gepflegten Menschen eine Kurzzeitpflege in derselben Einrichtung wahrnehmen.

Kombination von Leistungen bei der ambulanten Pflege



Um die Leistungen der Pflegeversicherung flexibler zu machen, gibt es einige Kombinationsmöglichkeiten. Bei der ambulanten Pflege werden Pflegebedürftige zu Hause entweder von Angehörigen oder von Fachkräften eines ambulanten Pflegedienstes betreut. Wer diese Pflegesituation kennt, weiß: Ganz klar lassen sich die Formen ambulanter Pflege nie voneinander trennen. Manche Pfl egetätigkeiten können die Angehörigen vollständig übernehmen, für andere ist die Zusammenarbeit mit einer professionellen Pflegekraft besser oder sogar notwendig.

Deshalb ist es möglich, verschiedene Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege zu kombinieren. Untereinander kombiniert werden können:

- das Pflegegeld (Geldleistung für ambulant pflegende Angehörige → S. 18, 24),
- die häusliche Pflegehilfe (Leistung für ambulante Pflegekräfte → S. 19f),
- die Kurzzeitpflege (→ S. 20),
- die Verhinderungspflege (→ S.19),
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (→ S. 19).

Achten Sie darauf, dass Sie durch die Kombination von Leistungen keine Leistungsansprüche „verschenken“. Informieren Sie sich entweder direkt bei Ihrer Pflegekasse, in einem Pflegestützpunkt, bei der Rechtsauskunft des DGB oder bei Selbsthilfeorganisationen und Sozialverbänden über die möglichen Kombinationsvarianten.



Auch Zeitkontingente sind wählbar

Neben den Möglichkeiten, Leistungskomplexe zu kombinieren, können Pflegebedürftige auch Zeitvolumen für Leistungen wählen, die ihnen besonders wichtig sind. Sinnvoll ist eine Beratung mit dem Pflegedienst darüber, welche Leistungen in welchen Zeitkontingenten möglich sind. Voraussetzung ist, dass die Vergütungsvereinbarung des Pflegedienstes mit der Pflegekasse Vergütungen für Zeitkontingente vorsieht. Der Pflegedienst, die Pflegekasse oder der Pflegestützpunkt können darüber Auskunft geben.

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Tages- oder Nachtpflege bedeutet, dass Pflegebedürftige nur zu einer Tageshälfte in einer Einrichtung betreut und ansonsten zu Hause ambulant gepflegt werden. Tagespflege in einer Pflegeeinrichtung wird etwa von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Pflegeperson tagsüber einem Beruf nachgeht. Anspruch auf diese zeitweise Betreuung in einer Pflegeeinrichtung haben nun auch Pflegebedürftige in der Pflegestufe 0.

Monatliche Leistungen für die teilstationäre Tages- und Nachtpflege (in Euro)

Pflegestufe	0 mit Demenz	I	I mit Demenz	II	II mit Demenz	III
monatlich	231	468	689	1144	1298	1612

Kombination von ambulanter Pflege mit Tages- und Nachtpflege

Bisher wurden die Inanspruchnahme von Tages-/Nachtpflege und die ambulanten Pflegeleistungen (Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen) zum Teil miteinander verrechnet. Das ändert sich ab 2015. Wer ambulante Sachlei-

stungen und/oder Pflegegeld bekommt, kann künftig Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung voll in Anspruch nehmen. Damit steht deutlich mehr Geld für die Betreuung zur Verfügung. Beispiel: Bisher gab es für die Kombination von Tagespflege und ambulanten Pflegesachleistungen in Pflegestufe III bis zu 2325 Euro. Künftig stehen bis zu 3224 Euro monatlich zur Verfügung.

Leistungs-Pools – betreute Wohngruppen

Als Alternative zum Heim fördert die Pflegeversicherung alternative Wohnformen. Pflegebedürftige können gemeinsam in Wohngruppen leben und Leistungen in einem „Pool“ bündeln. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Grundpflege können zusammen in Anspruch genommen werden – zum Beispiel durch gemeinsames Essen. Die gemeinsam verbrachte Zeit bedeutet mehr Lebensqualität und mehr Zuwendung. Aus dem „Pool“ können zudem zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, wie etwa gemeinsames Vorlesen, bezahlt werden.

205 Euro Zuschlag erhalten Pflegebedürftige pro Monat, wenn sie eine Pflegekraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei und höchstens zehn Pflegebedürftigen beschäftigen. Außerdem gibt es eine Anschubfinanzierung (bis zu 2500 Euro je Pflegebedürftigem, maximal 10 000 Euro pro Wohngruppe) für die Gründung. Die Mittel können seit 1. Januar 2015 einfacher in Anspruch genommen werden. Auch Personen in der Pflegestufe 0 stehen sie nun zur Verfügung. Zudem wurde der Zuschuss für Umbaumaßnahmen deutlich aufgestockt. Wohngruppen können dafür nun bis zu 16 000 Euro erhalten. Die Pflegekassen sind berechtigt, die Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Das sichert Qualität und vermeidet Ungerechtigkeiten.



Leistungen für demenzkranke Menschen

Die große Gruppe der demenzkranken Menschen fiel lange Zeit durch das Raster der Pflegeversicherung. Hauptsächlich deshalb, weil zur Einordnung in eine der drei Pflegestufen lediglich körperliche Einschränkungen beurteilt wurden. Seit 2008 gibt es die „Pflegestufe 0“. Sie liegt vor, wenn Menschen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz haben, also ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vorliegt. Das gilt beispielsweise für an Demenz erkrankte oder psychisch kranke Menschen. Ob die Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, wird auch in den Pflegestufen I bis III bei jeder Begutachtung geprüft. Für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (→ S. 4, 19) kann für diese Personengruppe der Grundbetrag in Höhe von 104 Euro auf bis zu 208 Euro monatlich ausgeweitet werden.



Mehr Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Pflegegeld und Pflegesachleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind 2015 erneut angehoben worden. So können sie beispielsweise in der Pflegestufe 0 nun Pflegegeld in Höhe von 123 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 231 Euro monatlich in Anspruch nehmen – neben den bisherigen zusätzlichen Betreuungsleistungen. In der Pflegestufe I erhöht sich das Pflegegeld auf 316 Euro, die Pflegesachleistungen sind auf bis zu 689 Euro gestiegen.

Über die neuen Leistungssätze für alle Pflegestufen bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz informiert die Tabelle auf → S. 18.

Pflege im Heim

Nicht alle Menschen, die pflegebedürftig sind, können in vertrauter Umgebung durch nahestehende Menschen gepflegt werden. Für sie soll eine menschenwürdige Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz verbessert die Versorgungssituation in den Heimen und verringert die hohen Arbeitsbelastungen der Pflegenden, wenn auch noch nicht ausreichend. So ist der Personalschlüssel für Betreuungskräfte verbessert worden. Seit 1. Januar 2015 kommt eine Pflegekraft auf 20 HeimbewohnerInnen. Bisher war ein Verhältnis von 1:24 vorgeschrieben.



Leistungen für vollstationäre Pflege (in Euro)

Pflegestufe	I	II	III	III Härtefälle
monatlich	1064	1330	1612	1995

* die Beträge gelten auch für Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegestufen mit Demenz.

Die Pflegeversicherung übernimmt höchstens 75 Prozent der individuell vereinbarten Heimkosten. Die Pflegebedürftigen müssen mindestens einen Eigenanteil von 25 Prozent selbst tragen. Sollten sie dazu nicht in der Lage sein, können diese Kosten von der Sozialhilfe übernommen werden.

Der Pauschalbetrag für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wurde um 10 Euro auf 266 Euro monatlich in den Pflegestufen I-III erhöht.

Entlastungen für pflegende Beschäftigte

Berufstätige, die Angehörige pflegen, haben seit Januar 2015 mehr Flexibilität um Familie, Pflege und Beruf zu vereinbaren. Die Möglichkeiten einer Freistellung wurden nach Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz erweitert und miteinander verknüpft. Das neue Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf besteht aus drei Säulen:

- zehntägige Auszeit im Akutfall mit Lohnersatzleistung,
- sechs Monate Pflegezeit mit zinslosem Darlehen und Rechtsanspruch,
- bis zu 24 Monate Familienpflegezeit mit zinslosem Darlehen und Rechtsanspruch.

Beschäftigte, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, konnten schon bisher bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben. Neu ist, dass dies mit einem Anspruch auf Lohnersatzleistung, dem Pflegeunterstützungsgeld, verbunden ist. Künftig haben sie zudem für bis zu 24 Monate einen Rechtsanspruch auf eine Verkürzung ihrer Arbeitszeit auf mindestens 15 Stunden in der Woche. Diese sogenannte Familienpflegezeit gilt allerdings nur für Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten.



Begriff der „nahen Angehörigen“ wurde erweitert

Künftig besteht der Rechtsanspruch auf alle Freistellungen nicht nur für die Pflege von Großeltern und Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten oder PartnerInnen einer eheähnlichen Gemeinschaft, sondern auch für Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwager sowie für PartnerInnen in lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften. Wie bisher sind auch Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwieger- und Enkelkinder als nahe Angehörige anzusehen.

Freistellung im akuten Pflegefall mit Lohnersatzleistung

Beschäftigte, die in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Organisation zur Versorgung eines Angehörigen sicherstellen müssen, können unabhängig von der Unternehmensgröße bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben. Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Voraussetzung ist, dass sich die Pflegebedürftigkeit plötzlich ergibt oder gravierend verändert hat. Das Fernbleiben von der Arbeit muss zudem „erforderlich“ sein. Diese Maßgabe ist erfüllt, wenn niemand anders die Organisation der Pflege übernehmen kann oder will oder wenn der/die Pflegebedürftige von dem/der Beschäftigten betreut werden will.

Die kurzzeitige Freistellung können nicht nur ArbeitnehmerInnen, sondern auch Auszubildende sowie Personen in arbeitnehmerähnlichen Beschäftigungsverhältnissen in Anspruch nehmen. Es spielt keine Rolle, ob sie Voll- oder Teilzeit arbeiten. Das schließt Minijobber, befristet Beschäftigte oder HeimarbeiterInnen mit ein. Für Beamte gibt es Sonderregelungen (→ S.35).



Dem Arbeitgeber muss die Verhinderung sowie deren voraussichtliche Dauer schnellstmöglich mitgeteilt werden. Für die Mitteilung ist keine Form vorgeschrieben – sie kann auch mündlich erfolgen. Besser ist es, wenn sie belegt werden kann (z.B. anhand des Sendeberichts eines Faxes). Der Arbeitgeber kann eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und über die Erforderlichkeit der notwendigen Maßnahmen verlangen. Wer dieser Aufforderung nicht nachkommt oder ohne entsprechende Mitteilung der Arbeit fernbleibt, riskiert arbeitsrechtliche Maßnahmen wie etwa eine Abmahnung.





Pflegeunterstützungsgeld

In der Zeit der kurzfristigen Arbeitsverhinderung im akuten Pflegefall besteht Anspruch auf Lohnersatzleistung, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Es beträgt 70 Prozent des Bruttoentgelts, maximal 90 Prozent des Nettoverdienstes aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt und wird von der Pflegekasse gezahlt. Während der Auszeit bleibt der/die Freigestellte in der Kranken-, Pflege- sowie der Arbeitslosenversicherung abgesichert.

Pflege nach dem Pflegezeitgesetz bleibt bestehen

Auch künftig gibt es die Möglichkeit, eine „Pflegezeit“ nach dem 2008 eingeführten Pflegezeitgesetz zu nehmen. Danach haben Beschäftigte das Recht auf eine bis zu sechsmonatige Pflegezeit, wenn sie eine/n Angehörige/n zu Hause pflegen, die/der pflegebedürftig im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung ist (also mindestens in Pflegestufe 1 eingruppiert ist). Dieser Rechtsanspruch besteht in Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten. Hier gilt also nicht die Mehr-als-25-Beschäftigten-Regel wie bei der Familienpflegezeit.



Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben Anspruch auf ein zinsloses Darlehen (→ S. 31).

Bei der Pflegezeit spielt es keine Rolle, ob die Beschäftigten Voll- oder Teilzeit arbeiten. Auch Minijobber, befristet Beschäftigte oder HeimarbeiterInnen sind anspruchsberechtigt. Die Pflegesituation muss nicht akut sein. Voraussetzung ist, dass der/die Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung gepflegt wird. Pflegezeit wird aber auch für die Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen Kindes gewährt. Um einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten, kann eine bis zu dreimonatige vollständige oder teilweise Freistellung genommen werden.

Wer mehrere nahe Angehörige pflegt, kann für jeden Einzelnen die Pflegezeit in Anspruch nehmen und so die Anspruchsdauer verlängern. Außerdem können mehrere Angehörige ihren Anspruch auf Pflegezeit nutzen, sodass die Pflege durch nahe Angehörige über eine längere Zeit gewährleistet ist.



Ankündigung der Pflegezeit

Wer die Pflegezeit in Anspruch nehmen möchte, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen. Im Schreiben muss erklärt werden, für welchen Zeitraum Pflegezeit beantragt wird und ob der/die Beschäftigte vollständig oder teilweise von der Arbeit freigestellt werden will. Einer vollständigen Freistellung muss der Arbeitgeber nicht zustimmen. Will man in der Pflegezeit weiter in Teilzeit arbeiten, muss die Verringerung der Arbeitszeit zwischen der/dem Beschäftigten und dem Arbeitgeber schriftlich fixiert werden. Dem Wunsch der ArbeitnehmerInnen auf Teilzeit muss der Arbeitgeber entsprechen, wenn dem nicht dringende betriebliche Belange entgegenstehen. Beschäftigte, die zunächst für weniger als den Höchstzeitraum von sechs Monaten Pflegezeit beantragen, können nur mit Zustimmung ihres Arbeitgebers die Pflegezeit bis zur Pflegezeithöchstdauer verlängern.

Sollten Sie an einer längerfristigen Arbeitszeitreduzierung über sechs Monate hinaus interessiert sein, um den Angehörigen pflegen zu können, empfiehlt es sich, eine Teilfreistellung zu nehmen. Das könnte eine anschließende Arbeitszeitreduzierung nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz erleichtern.



Familienpflegezeit: Teilfreistellung zur Pflege bis zu 24 Monate

Neu im Gesetz ist die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Familienpflegezeit

in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten. Beschäftigte können nun für die Dauer von bis zu 24 Monaten bei einer verbleibenden Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden teilweise freigestellt werden, wenn sie einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen. Der Einkommensausfall kann durch ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben teilweise abgedeckt werden. Wer Familienpflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn schriftlich ankündigen und erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang er/sie freigestellt werden will. Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.



Ansprüche auf Familienpflegezeit und Pflegezeit werden miteinander verzahnt

Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt höchstens 24 Monate. Zieht sich die Pflege länger hin, können mehrere Angehörige Pflegezeit oder Familienpflegezeit nacheinander nehmen.



Enthält die Ankündigung der Freistellung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen für beides vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Wenn Beschäftigte im Anschluss Familienpflegezeit in Anspruch nehmen wollen, müssen sie dies dem Arbeitgeber spätestens drei Monate vor Beginn ankündigen.

Kündigungsschutz

Von der Ankündigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der Freistellungen darf der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

Zinsloses Darlehen

Sowohl in der Pflegezeit als auch in der Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Dieses Darlehen deckt nicht den gesamten Verdienstaussfall, sondern maximal die Hälfte des fehlenden Nettogehaltes durch die Arbeitszeitreduzierung in der Familienpflegezeit.

In der Pflegezeit ist es auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren wäre. Das bedeutet, dass bei einer vollständigen Freistellung von einem Vollzeitjob (40 Stunden/Woche) ein Darlehen in Höhe der Hälfte der Vergütung von 25 Stunden/Woche (40 Stunden – 15 Stunden) in Anspruch genommen werden könnte. Auf Antrag kann ein niedrigeres Darlehen – bei einer Mindesthöhe von 50 Euro monatlich – genommen werden.

Das Darlehen wird in Monatsraten gewährt und muss im Anschluss an die Freistellung zurückgezahlt werden. Das Darlehen ist vorrangig vor dem Bezug von bedürftigkeitsabhängigen Sozialleistungen von den Beschäftigten zu beantragen.

Pflegende Angehörige, die durch den Wegfall des Einkommens infolge der Freistellung zur Pflege sozialhilfebedürftig werden, müssen zunächst das Darlehen in Anspruch nehmen und können erst ergänzend aufstockende Leistungen beantragen.



Wenn pflegende Angehörige nach der Inanspruchnahme des Darlehens Sozialleistungen beziehen, kann die Rückzahlung des Darlehens ausgesetzt werden. Besteht die Pflegebedürftigkeit nach der Beendigung der Pflegezeit fort, kann neben der Stundung der Rückzahlung ein Teil des Darlehens erlassen werden. Schließlich erlischt der noch nicht fällige Teil des Darlehens nach zwei Jahren des Sozialhilfe-Bezugs oder beim Tod des/der Arbeitnehmers/in.

Widerspruch

Eine der wichtigsten Fragen bei Eintritt eines Pflegefalls entscheidet sich zu Beginn. Der Antrag auf Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit wird gestellt und damit die Eingruppierung in eine der Pflegestufen beantragt.

Was tun, wenn der Antrag abgelehnt wird oder die Eingruppierung in eine der Pflegestufen zu niedrig erscheint? Widerspruch einlegen, aber wie? Wer unterstützt mich, wenn ich mit der Entscheidung der Kasse nicht einverstanden bin?

Infos und Rechtsberatung

Die Gewerkschaften bieten ihren Mitgliedern kostenfreie Rechtsberatung.

Wenden Sie sich dazu am besten an Ihre Gewerkschaft vor Ort (Kontakt → S. 36). Für Mitglieder der DGB-Gewerkschaften gibt es den gewerkschaftlichen Rechtsschutz, der auch bei Auseinandersetzungen mit der Kasse hilft.

Widerspruch einlegen

Wenn Sie mit einer Entscheidung Ihrer Kasse nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Das muss innerhalb eines Monats ab Erhalt des Bescheides geschehen (Briefumschlag mit Poststempel aufbewahren, weil dieser rechtskräftig wird).

Der Widerspruch

- kostet Sie nichts außer der Briefmarke, es entstehen keine Verfahrenskosten.
- kann formlos schriftlich gestellt werden.
- muss zunächst keine Begründung enthalten (kann nachgereicht werden).
- kann auch mündlich bei der Kasse erklärt werden, die Ihren Widerspruch dann schriftlich aufnimmt.

Ein formloser Brief könnte so aussehen:

Hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihren Bescheid (Aktenzeichen Nr.) vom (Datum) ein, bei mir eingegangen am (Datum), .

Eine Begründung dieses Widerspruchs erfolgt gesondert.

Senden Sie mir bitte eine Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. / Unterschrift

Die Entscheidung über den Widerspruch

Sie erhalten einen schriftlichen Bescheid, wie über Ihren Widerspruch entschieden wurde. Ist der negativ, bleibt der Weg zum Sozialgericht. Welches Sozialgericht in Ihrer Nähe zuständig ist, muss in der Rechtsmittelbelehrung des Bescheides vermerkt sein. Falls Sie das Sozialgericht anrufen wollen, müssen Sie das innerhalb eines Monats nach Erhalt des Bescheids tun.

Das Sozialgericht ist auch zuständig, wenn über ihren ursprünglichen Antrag oder über den Widerspruch nicht schnell genug entschieden wird. In diesen Fällen können Sie eine Untätigkeitsklage einreichen. Gerichtskosten werden beim Sozialgericht nicht fällig. Klage zu erheben ist auch möglich, ohne einen Rechtsanwalt zu beauftragen. Für Gewerkschaftsmitglieder tritt der Rechtsschutz ein. Wenden Sie sich für Fragen dazu an Ihre Gewerkschaft vor Ort.

Das Plus der Selbstverwaltung

AnsprechpartnerInnen für die Belange der Versicherten sind die VertreterInnen der Gewerkschaften in der Selbstverwaltung der Kranken-/Pflegekassen. Sie arbeiten ehrenamtlich in den Verwaltungsräten und Widerspruchsausschüssen mit. Infos zu den gewerkschaftlichen VertreterInnen im Verwaltungsrat Ihrer Kasse erhalten Sie über Ihre Gewerkschaft oder den DGB.



Private Pflegeversicherung

Mehr Leistungen auch für privat Versicherte

Die Leistungsausweitungen seit 1. Januar 2015 gelten auch für privat Versicherte. Denn wie in der Kranken- gilt auch bei der Pflegeversicherung: Die Leistungen privater Versicherungsunternehmen müssen denen der gesetzlichen Kassen entsprechen – dürfen also nicht schlechter sein.

Auch die Beitragssätze zur privaten Pflegeversicherung dürfen die der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen. Das heißt: Sie können ab 2015 höchstens 2,35 Prozent des Bruttomonatsentgelts betragen.



Haben privat Versicherte Anspruch auf Pflegeberatung?

Ja. Auch für privat versicherte Pflegebedürftige gilt: Beratung ist ihr Recht. In Bundesländern mit Pflegestützpunkten können sie diese aufsuchen – selbst wenn sich ihr privater Versicherer nicht an der Finanzierung der Stützpunkte beteiligt. In Bundesländern ohne Pflegestützpunkte können privat Versicherte PflegeberaterInnen in Anspruch nehmen – wenn ihr Versicherer mit den Pflegekassen eine Vereinbarung getroffen hat, wie die privat Versicherten den Beratungs-Service der Pflegekassen nutzen können.

Altersrückstellungen der Versicherungen

Es besteht eine Garantie für privat Versicherte, dass Altersrückstellungen, die im Bereich der privaten Pflegeversicherung für die Versicherten gebildet werden, bei einem Versicherungswechsel zu einem anderen Anbieter mitgenommen werden können.

Einen Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung gibt es auch nach der Reform 2015 nicht. Der DGB fordert das seit Langem.

Sonderregelungen für Beamtinnen und Beamte

Wenn BeamtInnen zum Pflegefall werden

Bund und Länder regeln die Gewährung von Pflegeleistungen für BeamtInnen in ihren Beihilfeverordnungen. Diese verweisen als Maßstab grundsätzlich auf das SGB XI. Ausnahmen sind aber möglich. Bei Reformen wie dem Pflegegestärkungsgesetz I werden die Verordnungen meist angepasst. Für den Anteil der Pflegeleistungen, der nicht durch die Beihilfe abgedeckt wird, müssen BeamtInnen eine Pflegeversicherung abschließen. Nicht verbeamtete Angehörige, die eine/n Beamtin/ten pflegen, können die (Familien-)Pflegezeiten nutzen (→ S. 29f).

Wenn BeamtInnen nahe Angehörige pflegen

Eine zehntägige Freistellung bei akut aufgetretener Pflegebedürftigkeit naher Angehöriger gibt es nur in einigen Beamtengesetzen. Die übrigen Dienstherren gewähren in der Regel Sonderurlaub. Währenddessen gibt es keine Bezüge. Erst wenige Länder diskutieren, eine teilweise Fortzahlung der Bezüge einzuführen. Für BeamtInnen gelten auch weitgehend die Regelungen zur zweijährigen Familienpflegezeit mit einem Besoldungsvorschuss in der Teilzeitphase. Über eine sechsmonatige Pflegezeit hinaus können BeamtInnen auf die Regelungen zurückgreifen, die eine bis zu 15-jährige Beurlaubung oder Teilzeit aus familiären Gründen erlauben.

Nähere Infos zu den unterschiedlichen Regelungen in Bund und Ländern:
www.dgb.de/beamte

Mit Rat und Unterstützung stehen den Versicherten die VersichertenvertreterInnen der gesetzlichen Krankenkassen zur Seite. Kontakt erhalten Sie über Ihre Krankenkasse, die Verwaltungsräte der Spitzenverbände der GKV oder die Gewerkschaften.

Gewerkschaften

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin
Telefon: 030 / 24060 - 0
E-Mail: info.bv@dgb.de
www.dgb.de

IG BAU – IG Bauen-Agrar-Umwelt

Olof-Palme-Straße 19
60439 Frankfurt am Main
Telefon: 069 / 9 57 37 - 0
E-Mail: service-center@igbau.de
www.igbau.de

IG BCE – IG Bergbau, Chemie, Energie

Königsworther Platz 6
30167 Hannover
Telefon: 0511 / 7631 - 0
E-Mail: info@igbce.de
www.igbce.de

EVG – Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft

Weilburger Straße 24
60326 Frankfurt/Main
Telefon: 069 / 7536 - 0
E-Mail: pressestelle@evg-online.org
www.evg-online.org

GEW – Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft

Reifenberger Str. 21
60489 Frankfurt a.M.
Telefon: 069 / 78973 - 0
E-Mail: info@gew.de
www.gew.de

IG Metall

Wilhelm-Leuschner-Str. 79
60329 Frankfurt a.M.
Telefon: 069 / 6693 - 0
E-Mail: vorstand@igmetall.de
www.igmetall.de

NGG – Gewerkschaft Nah- rung-Genuss-Gaststätten

Haubachstr. 76
22765 Hamburg
Telefon: 040 / 380 13 - 0
E-Mail: hauptverwaltung@ngg.net
www.ngg.net

GdP – Gewerkschaft der Polizei

Stromstraße 4
10555 Berlin
Telefon: 030 / 39 99 21 - 0
E-Mail: gdp-bund-berlin@gdp-online.de
www.gdp.de

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin
Telefon: 030 / 69 56 - 0
Telefax: 030 / 69 56 - 31 41
E-Mail: info@verdi.de
www.gesundheitspolitik.verdi.de
www.verdi.de

DGB Rechtsschutz GmbH

Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
www.dgbrechtsschutz.de

Bündnis für GUTE PFLEGE

www.buendnis-fuer-gute-pflege.de

Antrag auf Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft des Deutschen Gewerkschaftsbundes

**DGB**

Der Mitgliedsbeitrag beträgt in der Regel ein Prozent des Bruttoeinkommens.
Stark vergünstigte Beiträge gibt es für Studierende, Arbeitslose und Rentner.

Weitere Infos unter: www.dgb.de/service/mitglied_werden

Name Vorname

Straße Hausnummer

PLZ/Wohnort Geburtsdatum

Nationalität Geschlecht

Telefon E-Mail

Beschäftigung bei Beruf

Beruflicher Status

Arbeiter/in Angestellte/r Beamtin/Beamter Auszubildende/r Student/in Sonstiges

Monatl. Bruttoeinkommen

Geldinstitut

Konto-Nr. Bankleitzahl

Datum Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben einschließlich eventueller Änderungen und Ergänzungen zur Erledigung aller im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Aufgaben, insbesondere der Mitgliederbestandsverwaltung, der Mitgliederinformation sowie des Beitragsabzugs im erforderlichen Umfang – auch durch Datenträgeraustausch – mit Hilfe von Computern (automatisiert) verarbeitet und genutzt werden können.

Ich bevollmächtige die Gewerkschaft _____ meinen satzungsgemäßen Beitrag bei Fälligkeit von meinem angegebenen Konto per Lastschrift abzubuchen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Einlösungsverpflichtung. Die vorstehende Einverständniserklärung sowie die Lastschriftbevollmächtigung kann ich nur gegenüber der oben genannten Gewerkschaft widerrufen.

DGB

