



DPV/KOM-Senioren

Ratgeber zur Pflege

***Stark.
Kompetent.
Erfolgreich.***

***Wir sind
#FuerDichDa***

DPV/KOM
DIE FACHGEWERKSCHAFT

Stand: im Februar 2025

Herausgeber:
Kommunikationsgewerkschaft DPV (DPVKOM)
Fränkische Str. 3, 53229 Bonn

Telefon 0228.911400
Telefax 0228.9114098
E-Mail info@dpvkom.de
Internet www.dpvkom.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Kurt Scherff
Danziger Str. 8, 28870 Ottersberg
Telefon 04205.319027
Telefax 04205.319029

Bildnachweis:
Titelbild Photographie.eu - stock.adobe.com
Foto S. 52 K.C. - stock.adobe.com

Liebe Leser,

auf den nachfolgenden Seiten haben wir viele Informationen zur Pflege dargestellt.

Wir haben hier Dinge angesprochen, die wir für besonders beachtenswert halten.

Wir stellen die Informationen hier zur Verfügung mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben keine Gewähr übernehmen können.

*Ihr
Kurt Scherff*

„Sei nett zu Deinen Kindern; sie sind es, die Dir das Altersheim aussuchen“.

3

Quellennachweis:

DPVKOM Senioren, dbb - beamtenbund und tarifunion, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), AXA - Versicherungen und Finanzdienstleistungen, Bundesministerium des Innern, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), ZeS der Universität Bremen; MEDICPROOF

Inhalt

Impressum.....	2
Vorwort / Quellennachweis.....	3
Das Pflegefallrisiko geht alle Altersgruppen etwas an!.....	6
Leistungsvoraussetzungen für die Pflegeversicherung.....	8
Pflegebedürftig – was nun?.....	8
Besuch eines Gutachters.....	9
Das neue Begutachtungsinstrument (NBA).....	11
Gewichtung der Pflegegrade.....	12
Mit der Entscheidung der Pflegekasse zur Feststellung eines Pflegegrades nicht einverstanden?.....	19
Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes.....	19
Welche Leistungen erhalte ich bei der Kurzzeitpflege?.....	19
Teilstationäre Leistungen der Tages-/Nachtpflege.....	20
Ich möchte eine Angehörige oder einen Angehörigen zu Hause pflegen...20	
Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)	20
Pflegesachleistungen	21
Kombinationspflege.....	22
Umwandlung von Sachleistungen in Betreuungsleistungen.....	23
Vollstationäre Pflege.....	24
Berechnung und Zahlung des Heimentgelts.....	25
Zusätzlich Betreuungs- und Entlastungsleistungen.....	26
Pflegehilfsmittel.....	26
Hausnotruf.....	26
Leistungssätze im Gesamtüberblick.....	27
Soziale Absicherung der Pflegeperson	
Welche Rentenansprüche habe ich als Pflegeperson?.....	28
Bin ich als Pflegeperson unfallversichert?.....	28
Bin ich arbeitslosenversichert, wenn ich eine Angehörige oder einen Angehörigen pflege?.....	28
Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)	
Wie wird die Pflege meiner oder meines Angehörigen gewährleistet, wenn ich krank bin oder Erholung brauche?.....	30
Verhinderungspflege für Kinder.....	30
Welche Voraussetzungen gibt es, damit ich als Pflegeperson Urlaub nehmen kann?.....	30
Werden während meines Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse gezahlt?...31	
Wohngruppen.....	31

Förderung der Pflegevorsorge.....	31
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH.....	32
Was macht Compass?.....	32
Übersicht über die Berechnung der Eigenanteile in der Pflegeversicherung.....	34
Übersicht über die Beträge nach § 39 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 BBhV (monatlicher Mindestselbstbehalt).....	35
Das „Gesetz zu besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ ergänzt das „Pflegezeitgesetz“ (PflegeZG) Pflegezeitgesetz (PflegeZG).....	37
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.....	38
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung.....	39
Pflegezeit.....	39
Familienpflegezeit.....	39
Begleitung in der letzten Lebensphase.....	40
Verhältnis Pflegezeit / Familienpflegezeit	40
Gesetz zur Familienpflegezeit für Beamtinnen und Beamte des Bundes.....	41
Bewertung für Pflegeeinrichtungen gem. § 113 SGB XI.....	43
Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI	43
Eltern im Pflegeheim – Unterhaltspflicht der Kinder Gesetz zur Entlastung unterhaltspflichtiger Angehöriger in der Sozial- hilfe und in der Eingliederungshilfe vom 10.12.2019.....	48
Einige Hinweise, um eventuell Steuern zu sparen.....	49
Außergewöhnliche Belastungen	49
Kontaktdaten Bundessenioren.....	51

Das Pflegefallrisiko geht alle Altersgruppen etwas an!

Die jungen Eheleute fragen sich:

Was wäre wenn ...



6

Was wäre, wenn wir Familienangehörige pflegen müssten ...



Die jungen Eheleute fragen sich:

Was wäre, wenn wir selbst zum Pflegefall werden ...



Ziele und Wünsche die uns bewegen ...



Es gibt fast immer eine Lösung!

Leistungsvoraussetzungen für die Pflegeversicherung

Um Leistungen zu erhalten, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: Der Betroffene muss gemäß der gesetzlichen Bestimmungen pflegebedürftig sein und es muss in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens zwei Jahre eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden haben. Im § 14 des SGB XI wird die Definition von Pflege klargestellt. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen. Seit Januar 2025 beträgt der Beitragssatz zur Finanzierung der Pflege nach § 55 (1) SGB XI 3,6 Prozent. Kinderlose Versicherte ab dem 23. Vollendeten Lebensjahr müssen zusätzlich den Kinderlosenzuschlag in Höhe von 0,6 Prozent zahlen. Vom 2. bis 5. Kind (bis längstens zum 25. Lebensjahr) erfolgt pro Kind ein Abschlag von 0,25 Prozent vom Beitragssatz. Davon geht noch der einheitliche Arbeitgeberanteil in Höhe von 1,70 Prozent ab. Der Beitrag für das erste Kind (z. Z. 3,6 %) gilt lebenslang.

Beamte sind in der privaten Pflegepflichtversicherung in der GPV abgesichert. Die mtl. Höchstbeiträge betragen max. ohne Beihilfeanspruch 187,42 € und mit Beihilfeanspruch max. 74,97 €. **Bundesbeamte** zahlen nach § 50f BeamtVG von den Bruttobezügen zusätzlich 1,800 % für die besseren Leistungen der Pflegeversicherung (s. Seite 35).

Pflegebedürftig – was nun?

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse in Verbindung. Selbstverständlich kann das auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter für Sie übernehmen, wenn Sie ihn dazu bevollmächtigen. Der Antrag kann telefonisch oder formlos schriftlich, unter Angabe der Personalien der/des Versicherten, erfolgen. Der eigentliche Antrag wird dann von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen zugesandt. Fragen im Antragsformular ggf. mit dem Hausarzt besprechen, damit Sie keine unkorrekten Angaben machen. Geben Sie auch Ihre Vertrauensperson mit an, die bei der Begutachtung dabei sein soll. Lassen Sie sich unbedingt von Compass (Private Pflegeberatung GmbH) vor dem Besuch des Gutachters (telefonisch oder auch bei den Versicherten zu Hause) beraten. Die Leistungen und Anschriften finden Sie auf den Seiten 32/33.
2. Wenn Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit. Bei knappschaftlich Versicherten erstellt das Gutachten der Sozialmedizinische Dienst (SMD). Bei Privatversicherten erfolgt die Begutachtung durch "Medicproof". Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst werden gestärkt. Für die Medizinischen Dienste sind verbindliche Servicegrundsätze erlassen. Das soll sicher-

stellen, dass ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist. Das MDK-Gutachten wird automatisch zugesandt. Der Zugang von Pflegebedürftigen zu Maßnahmen der Rehabilitation wird gestärkt, indem die Pflegekassen und Medizinischen Dienste wirksame Verfahren zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs anwenden müssen.

3. Führen Sie ein Pflegetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen geholfen werden muss (zum Beispiel Waschen, Anziehen, Essen, Mobilität). Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK bzw. Medicproof.

Besuch eines Gutachters

Führen Sie vor dem **Besuch eines Gutachters** ein Pflegeprotokoll, welches Sie herunterladen können unter: Google: Pflegeprotokoll-Medicproof pflegeberatung. Ansonsten führen Sie nicht nur ein Pflegetagebuch, sondern machen Sie sich Aufzeichnungen zu folgenden Fragestellungen:

Hilfen bei Alltagsverrichtungen

Wie viel Zeit wird für die alltäglichen Verrichtungen aufgewendet?

Psychosoziale Unterstützung

Welcher Hilfebedarf besteht im Hinblick auf psychosoziale Unterstützung?

Nächtlicher Hilfebedarf

Wie viel Unterstützung ist während der Nacht nötig?

Präsenz am Tag

Über welche Zeitspanne kann der oder die Pflegebedürftige tagsüber alleine gelassen werden?

Unterstützung beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen

Wie viel Unterstützung ist im Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen z. B. bei der Medikamentengabe oder dem Verbandswechsel notwendig?

Organisation der Hilfen

Wer übernimmt die Hilfeleistungen? Gibt es Angehörige, die die Pflege übernehmen? Muss evtl. ein professioneller Pflegedienst in Anspruch genommen werden?

4. Zeitnahe Entscheidungen sind für Pflegebedürftige und Antragsteller von großer Bedeutung. Der Bescheid über den Grad der Pflegebedürftigkeit ist innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang zu erteilen (§ 18 SGB XI) (wenn innerhalb von 4 Wochen keine Begutachtung erfolgt, wird die Pflegekasse deshalb verpflichtet, dem Versicherten mindestens 3 Gutachter zu benennen, damit es auch ohne den MDK voran gehen kann). Wird diese Frist nicht eingehalten, hat die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen nach Fristablauf für jeden Tag der Verzögerung 10 € zu zahlen.

Bitten Sie die Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK/Medicproof anwesend zu sein. Bei häuslicher Betreuung müssen Sie bei den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich bei einem ambulanten Pflegedienst einen Beratungs-(Kontroll)einsatz beantragen. Bei den Pflegegraden 4 und 5 ist der Beratungseinsatz vierteljährlich zu beantragen.

5. Sofern Sie es bereits einschätzen können, teilen Sie Ihrer Pflegekasse bei der Antragstellung mit, ob Sie zu Hause oder in einem Pflegeheim gepflegt werden möchten.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen müssen.
7. **Es besteht ein Beratungsanspruch (§ 7 a SGB XI).** Unmittelbar nachdem Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt werden, muss die Pflegekasse einen Beratungstermin unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten, der innerhalb von 2 Wochen durchzuführen ist. Die Beratung soll auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Versicherte lebt, erfolgen. Ersatzweise kann ein Beratungsgutschein ausgestellt werden, der innerhalb von 2 Wochen zu Lasten der Pflegekasse bei einem qualifizierten Dienstleister eingelöst werden kann. Mitglieder der PBeaKK und privater Pflegeversicherungen werden dabei von Compass unterstützt (**Kostenlose Hotline: 0800 1 018800**). Ist Ihre Pflege zu Hause nicht möglich, so können Sie sich von Ihrer Pflegekasse über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.
8. Bitten Sie Ihre Pflegekasse, Ihnen zum Kostenvergleich eine Liste der zugelassenen ambulanten Pflegedienste bzw. stationären Pflegeeinrichtungen zu geben und Sie über niedrigschwellige Angebote zur Entlastung bei der Versorgung zu informieren und zu beraten.
9. Sollten Sie weitere Informationen benötigen, so können Sie sich an den Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe oder an die Pflegeberatung Ihrer Pflegekasse wenden. Die Pflegekassen sind zur Erbringung von **primärpräventiven Leistungen** in stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet. Ziel ist, die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern und gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter **0180 5 996603** (Festpreis 14 ct/Min., abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich).

Für Pflegebedürftige gibt es mehr Möglichkeiten, Auskünfte über verbrauchte Leistungen und abgerechnete Kosten zu erhalten. Sie können bei der Pflegekasse Auskunft über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten in Anspruch genommenen Leitungen und deren Kosten verlangen. Eine solche Aufstellung können Sie regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr erhalten. Pflegebedürftige können

auch darüber Auskunft verlangen, welche Leistungsbestandteile Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste) zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht haben und eine Kopie der eingereichten Abrechnungsunterlagen verlangen.

Das neue Begutachtungsinstrument (Neues Begutachtungsassessment = NBA)

Die minutengenaue Messung spielt im NBA nur noch eine kleine Rolle. Die Pflegebedürftigen werden jetzt ganzheitlich in Bezug auf Selbstständigkeit bewertet. Dies geschieht mit Hilfe einer Punktevergabe.

Die Erfassung von Selbstständigkeit erfolgt in sechs Lebensbereichen.

Je nachdem wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Pflegebedürftigen eingeschränkt sind, bemessen die Gutachter künftig den Pflegegrad. Das neue Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert:

Modul 1: Mobilität

Selbstständigkeit bezogen auf Motorik z.B. beim Aufstehen und Hinsetzen, aufrechten Sitzen, Gehen innerhalb der Wohnung und beim Treppensteigen.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Vorhandensein von Fähigkeiten z. B. sich erinnern, sich orientieren, sich entscheiden, verstehen von Sachverhalten oder kommunizieren und Bedürfnisse äußern.

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Umgang mit und Steuern von Verhalten und Problemen z. B. verbaler Aggression, Abwehrverhalten, Angst, Wahn oder nächtlicher Unruhe.

Modul 4: Selbstversorgung

Selbstständigkeit bei Körperpflege, Toilettengang und Ernährung z. B. beim Duschen, beim An- und Ausziehen, beim Umgang mit Inkontinenz oder beim Essen und Trinken.

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Selbstständige Umsetzung von ärztlich angeordneten Maßnahmen z. B. Medikamenteneinnahme, Verbandswechsel, Blutdruckmessung, Therapie- und Arztbesuche.

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Selbstständigkeit im Alltag z. B. bei der Tages- und Freizeitplanung, beim Einhalten von Schlaf- und Ruhephasen oder bei den Interaktionen mit anderen.

Gewichtung der neuen Pflegegrade

Module	Beschreibung der Beeinträchtigung	Gewichtung
Mobilität	Selbständig / überwiegend selbständig / überwiegend unselbständig / unselbständig	10 %
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Selbständig / überwiegend selbständig / überwiegend unselbständig / unselbständig	Zusammen 15 %
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nie / maximal einmal wöchentlich / mehrmals wöchentlich / täglich	
Selbstversorgung	Selbständig / überwiegend selbständig / überwiegend unselbständig / unselbständig	40 %
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Kombination der Kategorien Vorkommen, Häufigkeit des Auftretens oder Selbständigkeit bei der Durchführung	20 %
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Selbständig / überwiegend selbständig / überwiegend unselbständig / unselbständig	15 %

4.1.1 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

Selbständig (0 Punkte):	Selbständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichthilfe, Bettseitenteil, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann beim Positionswechsel nur wenig mithelfen, z. B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z. B. "Bitte die Arme vor der Brust verschränken und den Kopf auf die Brust legen."
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich beim Positionswechsel nicht oder nur minimal beteiligen.

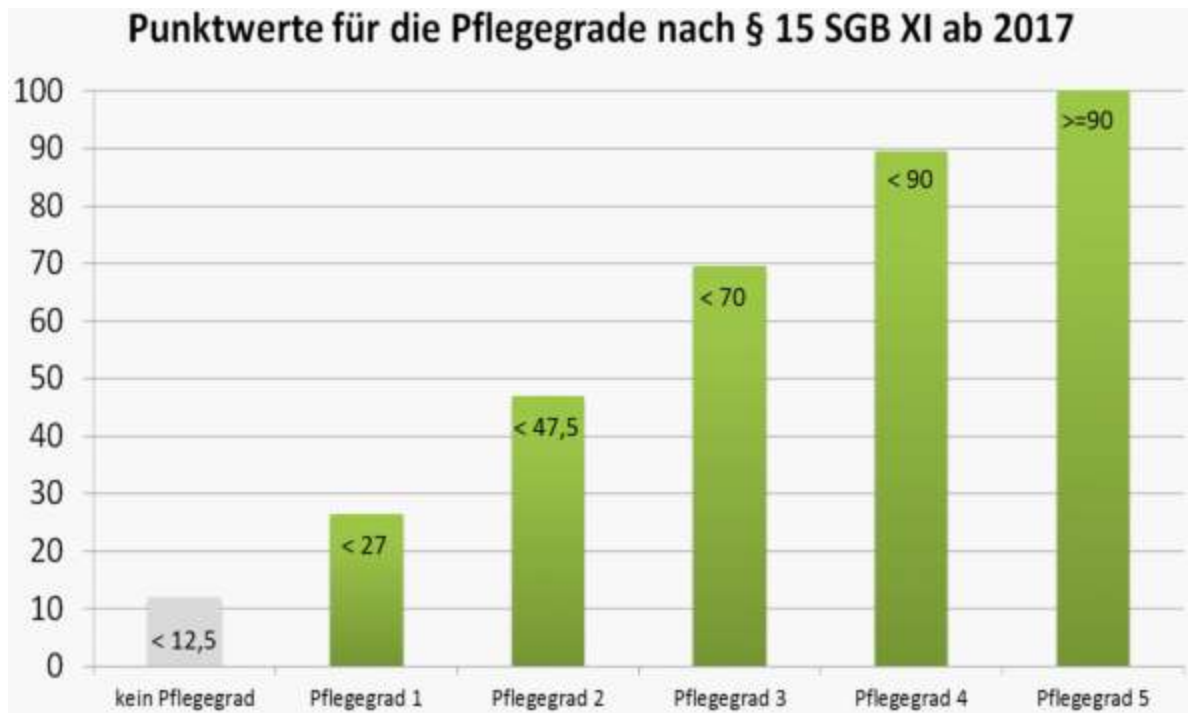
4.1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen. Als Anhaltgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens acht Meter festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung und zum Treppensteigen sind unter Punkt F 4.2.2 bzw. Punkt F 4.1.5 zu berücksichtigen.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann sich ohne Hilfe durch andere Personen fortbewegen. Dies kann ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln, z. B. Rollator, Rollstuhl oder sonstigen Gegenständen, z. B. Stock oder Möbelstück, geschehen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (z. B. Rollator oder Gehstock), Beobachtung aus Sicherheitsgründen oder gelegentlichem Stützen, Unterhaken.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann nur wenige Schritte gehen oder sich mit dem Rollstuhl nur wenige Meter fortbewegen oder kann nur mit Stützung oder Festhalten einer Pflegeperson gehen. Die ausschließliche Fähigkeit der Fortbewegung durch Krabbeln oder Robben ist generell als „überwiegend unselbständig“ zu bewerten.
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person muss getragen oder vollständig im Rollstuhl geschoben werden.

An diesen Beispielen sehen Sie die Schwierigkeiten einer Einstufung von selbstständig bis unselbstständig. Wenn Sie selbst bereits eine mögliche Feststellung der Pflegegrade ermitteln wollen, loggen Sie sich unbedingt unter der Adresse www.pflegegrad-berechnen.de/ ein.

Hier sind alle Voraussetzungen zur Ermittlung der möglichen Punktzahlen in den einzelnen Modulen angegeben (Randbemerkungen beachten!). Es handelt sich um die gleichen Fragen, wie sie auch vom MDK bzw. Medicproof gestellt werden. Zu jeder Position geben Sie Ihre Einschätzung der Möglichkeiten der zu beurteilenden Person – von selbstständig bis unselbstständig – ein. Nach Bearbeitung aller Fragen sehen Sie die erreichte Punktzahl und den entsprechenden Pflegegrad. Das Ergebnis können Sie für Ihre Unterlagen ausdrucken.



Modul 1 (Mobilität)

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.3 Umsetzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Modul 4 (Selbstversorgung)

		Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.8	Essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4.4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma (s. B 3)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma (s. B4)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Modul 5 (Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen)

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:		ent- fällt	selb- ständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
				tgl.	wö.	mon.
4.5.1	Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.2	Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.7	körpernahe Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.9	Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.13	Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Die Punkte 4.5.13 – 15 wurden im alten System nicht bewertet, wirken sich aber im neuen System deutlich aus.

Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte)

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Die Bewertung der Module 1 – 6 fließen in die nachstehende Tabelle ein und werden wie folgt bewertet:

17

Punktsummen, Grade der Beeinträchtigung und Scorewerte in den Modulen

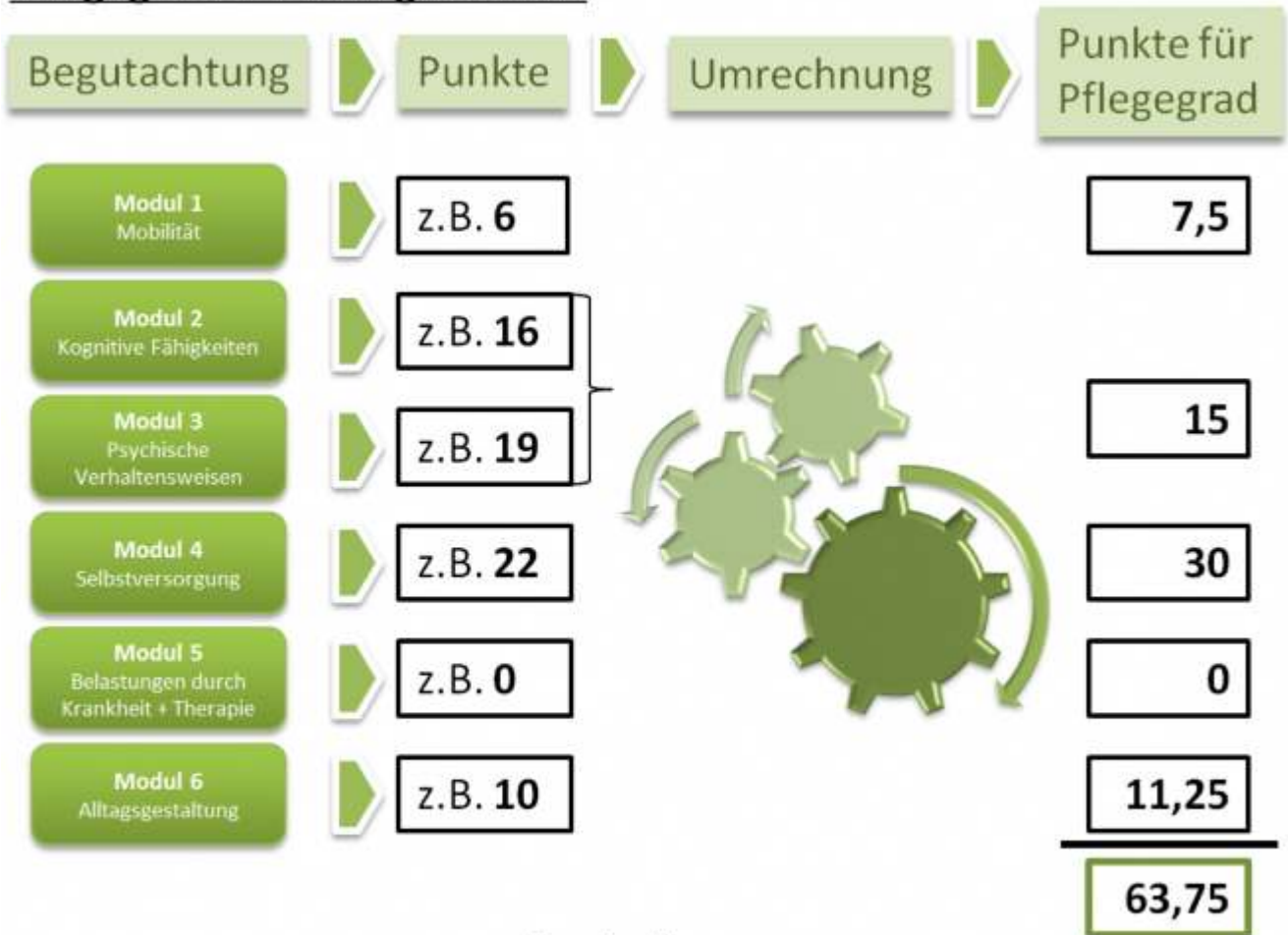
		Grade der Beeinträchtigung					Gewicht des Moduls in %
		0 (keiner)	1 (gering)	2 (erheblich)	3 (schwer)	4 (schwerster)	
Modul 1: Mobilität	Punktsumme	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	10
	Scorewert	0	2,5	5	7,5	10	
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Punktsumme	0–1	2–5	6–10	11–16	17–33	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Punktsumme	0	1–2	3–4	5–6	7–65	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 4: Selbstversorgung	Punktsumme	0–2	3–7	8–18	19–36	37–60	40
	Scorewert	0	10	20	30	40	
Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	Punktsumme	0	1	2–3	4–5	6–15	20
	Scorewert	0	5	10	15	20	
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Punktsumme	0	1–3	4–6	7–11	12–18	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	

Anmerkung: Scorewert = Grad der Beeinträchtigung multipliziert mit dem Modulgewicht (in %) dividiert durch 4. Prof. Dr. RUTGENS

Achtung: Die Module 2 und 3 werden zusammen nur mit maximal 15 % bewertet.

Die endgültige Einstufung in einen Pflegegrad ersehen Sie aus dem nachstehenden Beispiel:

Pflegegradermittlung ab 2017:



Ergebnis:

47,5 bis unter 70 Punkte = **Pflegegrad 3**

©KV-media – www.kv-media.de

Das Gutachten mit der Einstufung des jeweiligen Pflegegrades wird den Pflegebedürftigen zugesandt. Darin werden auch mögliche Rehabilitationsmaßnahmen angesprochen, die dann aber gesondert beantragt werden müssen. Für bestimmte Hilfsmittel wie etwa Gehhilfen müssen Pflegebedürftige jetzt keinen separaten Antrag stellen, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes diese empfiehlt.

Mit der Entscheidung der Pflegekasse zur Feststellung eines Pflegegrades nicht einverstanden?

Wird der Antrag von der Pflegekasse abgelehnt oder ein niedrigerer Pflegegrad festgesetzt, als der Betroffene erwartet hat, so kann Widerspruch gegen den Bescheid eingelegt werden. Der Widerspruch gegen den Bescheid ist schriftlich bei der Pflegekasse (auch bei Privatversicherten) einzulegen und muss spätestens einen Monat nach Zugang beim Antragsteller dort eingehen. Den Widerspruch kann man zunächst ohne Begründung einlegen. Weisen Sie darauf hin, dass die Begründung nachgereicht wird. Mit dem Bescheid wird zugleich das Gutachten übersandt. Besprechen Sie sich mit dem Hausarzt bzw. weiteren Ärzten, evtl. auch mit dem Pflegedienst der Sie ggf. bereits betreut. Danach sollten Sie entscheiden ob Widerspruch eingelegt werden soll und in diesem Fall die Begründung vorbereiten.

Die Pflegekasse kann über den Widerspruch nach Aktenlage entscheiden oder ein zweites Gutachten einholen. Im Widerspruchsverfahren ist eine für den Antragsteller ungünstigere Entscheidung nicht zulässig. Sollte der Widerspruch erfolglos sein, hilft Ihnen der dbb.

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI)

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (für alle Pflegegrade) können die Pflegekassen Zuschüsse zahlen. Gefördert werden z. B. Türverbreiterungen, Beseitigung von Türschwellen, Einbau einer ebenerdigen Dusche oder eines Treppenlifts. Die Zuschüsse dürfen den Betrag in Höhe von 4.180 € je Maßnahme nicht übersteigen. Wenn mehrere Antragsberechtigte zusammenwohnen bis zu 16.720 €. Der Zuschussantrag ist vor Beginn der Maßnahme zu stellen.

Welche Leistungen erhalte ich bei der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und Übergangspflege im Krankenhaus

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.

Kann im Anschluss an eine Krankenhausversorgung eine Pflege im eigenen Haushalt oder eine Kurzzeitpflege nicht sichergestellt werden, besteht ein Anspruch auf eine bis zu zehntägige Übergangspflege im Krankenhaus. Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeit- und Übergangspflege unterscheidet sich betragsmäßig nach Pflegegraden: im Pflegegrad 1 nur 131 € Entlastungsbetrag, Pflegegrade 2 - 5 einheitlich 1.854 €.

Leistungen pro Kalenderjahr bis zu 1.685 € für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (Verhinderungspflege) bis zu 8 Wochen. Es wird gesetzlich klargestellt, dass der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege, auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Dadurch kann

der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Nach einem Krankenhausaufenthalt etc. ist die Kurzzeitpflege gem. § 39 c SGB V auch möglich, wenn die häusliche Pflege nicht möglich ist.

Aufstockung der Verhinderungspflege

Pro Jahr 1.685 € plus bis zu 843 € aus nicht genutzten Leistungen der Kurzzeitpflege. Insgesamt bis zu 2.528 € im Jahr.

Aufstockung der Kurzzeitpflege

Pro Jahr 1.854 € plus bis zu 100 Prozent der nicht genutzten Leistungen der Verhinderungspflege. Insgesamt bis zu 3.539 € im Jahr.

Teilstationäre Leistungen der Tages-/Nachtpflege (§ 40 SGB XI)

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der ambulanten Pflegesachleistung/dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Leistungen in Pflegegrad	1	pro Monat bis zu	0 €
“ “ “	2	“ “ “ “	721 €
“ “ “	3	“ “ “ “	1.357 €
“ “ “	4	“ “ “ “	1.685 €
“ “ “	5	“ “ “ “	2.085 €

Diese Leistungen können zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Kombinationsleistungen verwendet werden.

Ich möchte eine Angehörige oder einen Angehörigen zu Hause pflegen

Sie haben sich entschieden, einen nahen Angehörigen zu Hause zu pflegen. Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Hilfen und Leistungen, um die häusliche Pflege durch Angehörige zu fördern. Seit der Pflegereform ist die Pflegezeit, die es Beschäftigten – ob Arbeitnehmer oder Beamter – erleichtert, sich eine Auszeit für die Pflege von nahen Angehörigen zu nehmen.

Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld gem. § 37 SGB XI für selbstbeschaffte Pflegehilfen)

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Dieses wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn die Pflege durch Angehörige erfolgt.

Monatliches Pflegegeld wird erst ab Pflegegrad 2 geleistet (siehe Tabelle Seite 27).

Zur Sicherstellung einer sachgerechten Pflege ist der gesundheits- pflegzustand der zu pflegenden Person durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung zu überprüfen und ggf. bei Mängelfeststellung zu beraten. Bei den Pflegegraden 2 und 3 erfolgt die Beratung halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich einmal. Für den Beratungsbesuch wird von der Pflegekasse eine Entschädigung an die Pflegeeinrichtung geleistet. Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.



(Quelle: BMG)

Weil Pflege Schwerstarbeit sein kann, wird im § 42 SGB XI für die Krankenversicherung ausdrücklich betont, dass bei anstehenden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für die Pflegeperson Anspruch auf Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen besteht. Der Pflegebedürftige ist in der gleichen Einrichtung unterzubringen, in der die Pflegeperson untergebracht ist. Hierdurch besteht während der Maßnahme die Möglichkeit einer Schulung der Pflegeperson, um längerfristig eine Überlastung durch die Betreuung zu vermeiden. Nach § 23 SGB V hat die Krankenkasse die besonderen Belange der Pflegeperson wie auch der zu pflegenden Person zu berücksichtigen.

Das Pflegegeld (§§ 37 + 38 SGB) wird zur Hälfte weitergezahlt, wenn eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege (Urlaubsvertretung) für den Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird. Der Anspruch wird auf maximal 8 Wochen bei Kurzzeitpflege und maximal 6 Wochen bei Verhinderungspflege je Kalenderjahr begrenzt.

Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische

Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat für Pflegebedürftige

1. des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,
2. des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.497 Euro,
3. des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.859 Euro,
4. des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2.299 Euro.

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

Kombinationspflege (§ 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 SGB XI zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37 SGB XI. **Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.** An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistungen in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen (§ 43a SGB XI) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Umwandlung von Sachleistungen in Betreuungsleistungen

Wenn Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von 131 € bereits für Unterstützungsangebote ausgeschöpft haben, aber gerne mehr Leistungen aus den Bereichen Betreuung, Begleitung oder Hauswirtschaft in Anspruch nehmen möchten, haben Sie unter gewissen Voraussetzungen einen Umwandlungsanspruch. Das heißt, Sie können neben dem monatlichen Entlastungsbetrag einen bestimmten Prozentsatz Ihres Anspruchs auf Pflegesachleistungen für Angebote zur Alltagsunterstützung nutzen. Der Umwandlungsanspruch ist im SGB XI § 45a Abs. 4 gesetzlich geregelt.

Voraussetzungen für den Umwandlungsanspruch

- Sie haben mindestens Pflegegrad 2.
- Der Umwandlungsanspruch darf maximal 40 Prozent des Pflegesachleistungsanspruch betragen.
- Der Leistungserbringer (z. B. Nachbarschaftshilfe) ist nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannt.
- Sie haben für die Leistungsbeträge (die Beiträge, die Sie umwandeln möchten) keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen.
- Sie können Ihrer Pflegekasse Belege für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungszeiten vorlegen.
- Der Umwandlungsanspruch kann sowohl bei Bezug von Pflegesachleistung als auch im Rahmen der Kombinationsleistung (Pflegesachleistung + Pflegegeld) eingesetzt werden.

Es bedarf keiner vorherigen Antragstellung um die Möglichkeit der Umwandlung von Sachleistung in Betreuungsleistung in Anspruch nehmen zu können. Die Kostenübernahme erfolgt durch die Pflegekasse nach dem Kostenerstattungsprinzip. Das heißt, Sie erhalten die Kosten für die zusätzlichen Entlastungsangebote bei Vorlage der entsprechenden Belege rückwirkend für den jeweiligen Monat erstattet. Im Rahmen der Kombinationsleistung wird der Umwandlungsbetrag so behandelt, als wäre er für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes eingesetzt worden. Deshalb werden der Umwandlungsbetrag und die Pflegesachleistung zusammengesamtet. Wird damit noch nicht der gesamte Sachleistungsanspruch ausgeschöpft, erhalten Sie darüber hinaus ein anteiliges Pflegegeld. Da das (anteilige) Pflegegeld in der Regel schon vorher ausgezahlt wurde, reduziert sich der Kostenerstattungsbetrag um das zu viel gezahlte Pflegegeld. Deshalb müssen Sie nichts an die Pflegekasse zurückzahlen.

Beispiel: Eine pflegebedürftige Person hat Pflegegrad 3 und nimmt nur gelegentlich die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch. Für die Pflegesachleistung stehen 1.497 € (§ 36 SGB XI) zur Verfügung. Da die ambulante Leistung nur gelegentlich in Anspruch genommen wird, belaufen sich die Kosten auf 973,05 € (= 65 Prozent). 35 Prozent der ihm gesetzlich zustehenden Pflegesachleistung nimmt er demnach nicht in Anspruch.

Mit dem Umwandlungsanspruch hat er nun die Möglichkeit 35 Prozent des Höchstbetrages (523,95 €) für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu nutzen. Weil der Anspruchsberechtigte damit den Höchstbetrag in Höhe von 1.497 € des Pflegesachleistungsbetrages ausschöpfen würde, erhält er kein anteiliges Pflegegeld.

gegeld. Sind z. B. nur 500,00 € für Entlastungsangebote im Monat in Anspruch genommen worden, ist der Pflegesachleistungsanspruch nicht vollständig genutzt, sondern nur zu 33,4 Prozent. Aus dem Grund würden der pflegebedürftigen Person im Rahmen der Kombinationsleistung noch 1,6 Prozent des Pflegegeldbetrages zustehen. Das sind im Pflegegrad 3 1,6 Prozent von 1.497 € = 23,95 €.

Die Kosten der „Ambulanten Pflege“ werden anteilig auf das Pflegegeld angerechnet. Die nachstehende Beispielrechnung zeigt Ihnen, es bleibt wenig oder auch nichts (Pflegegrad 2 oder 3) vom Pflegegeld übrig.

Der ambulante Pflegedienst ist an die Inhalte der Leistungskomplexe gebunden. Für

Ambulante Pflege

Die Beispielrechnung:

Anzahl Leistung jeweilige Kosten

Kosten pro Woche

7 x große Morgentoilette LK 3	+	18,27	€
7 x Zubereiten einer sonst. Mahlzeit LK 17	+	2,44	€
7 x Hilfe bei d. Nahrungsaufnahme LK 6	+	10,15	€
5 x Wegezeit an Wochentagen LK 20	+	2,03	€
2 x Wegezeit an Wochenenden LK 20	+	3,25	€
7 x kleine Abendtoilette LK 2	+	8,20	€
5 x Wegezeit an Wochentagen LK 20	+	2,03	€
2 x Wegezeit an Wochenenden LK 20	+	3,25	€
Wöchentliche Kosten	=	<u>306,72</u>	€
Für die Endsumme werden			
die wöchentlichen Kosten mit dem		306,72 * 4,35	
Faktor 4,35 multipliziert.			
Es ergibt die Summe	=	<u>1.334,23</u>	€

ihn gibt es (außer der eigenen Wirtschaftlichkeit) keine Zeitvorgaben. Die Leistungsinhalte sind in jedem Bundesland anders. (In NRW gibt es z. B. 30 Leistungskomplexe.)

Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1.319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1.855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2.096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen. **In allen Pflegefällen ist der zu leistende Eigenanteil gleich.**

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts (§ 87a SGB XI)

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte.

(2) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(3) Für Pflegebedürftige, die bis zu zwölf Monate Leistungen für vollstationäre Pflege bezogen haben, reduziert sich der Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen um 15 Prozent. Bei mehr als zwölf Monaten reduziert er sich um 30, bei mehr als 24 Monaten um 50, bei mehr als 36 Monaten um 75 Prozent. Die Einrichtung stellt der Pflegekasse den Zuschlag in Rechnung. Pflegebedürftige erhalten eine Rechnung über den verbleibenden Eigenanteil. Den Zuschuss gibt es nur für die pflegebedingten Kosten, also für den Pflegesatz des Heimes, nicht für Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten.

(4) Heimbewohner, die die Pflegekosten nicht voll aus ihrem Einkommen leisten können, sind z. T. auf Sozialhilfe angewiesen. Bevor die Sozialleistung erfolgt, müssen Vermögenswerte aufgelöst werden, jedoch steht den Heimbewohnern ein Schonvermö-

gen in Höhe von 5.000 € zu. Ihnen steht auch ein Taschengeld von max. 152,01 € zu. Jemandem, der zuhause betreut wird, dem steht ein Taschengeld von 112,30 € zu.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die ambulant gepflegt werden einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,- € monatlich. Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden. Er kann zur (Ko-)Finanzierung einer teilstationären Tages-oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder von Leistungen ambulanter Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 - 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) verwendet werden. Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, er wird mit den anderen Leistungsansprüchen also nicht verrechnet. Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate bzw. am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

26

Bei Pflegebedürftigen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen beteiligt sich die Pflegeversicherung in Anlehnung an die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe von zehn Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 278,- € monatlich an den Heimkosten. Die Pflegebedürftigen haben darüber hinaus Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Pflegehilfsmittel

Grundsätzlich werden unter dem Begriff Pflegehilfsmittel Geräte und Sachmittel verstanden, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen. Es werden bis zu 42,- € monatlich in allen Pflegegraden gezahlt.

Hausnotruf

Die Zuschüsse für den Hausnotruf betragen monatlich bis zu 25,50 € in allen Pflegegraden und werden durch die Pflegekassen direkt an den Leistungserbringer erstattet.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme des Hausnotrufs:

Der Betroffene ist über den ganzen bzw. Teile des Tages allein oder lebt mit jemandem zusammen, der in einer Notsituation nicht in der Lage ist, Hilfe zu holen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Pflegebedürftige aufgrund seines Pflege- oder Krankheitszustandes in einer Notsituation keine Hilfe mit einem handelsüblichen Telefon holen kann.

Leistungssätze im Gesamtüberblick

Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld/Monat	0	347 Euro	599 Euro	800 Euro	990 Euro
Pflegesachleistungen/Monat	0	796 Euro	1.497 Euro	1.859 Euro	2.299 Euro
Tages- und Nachtpflege/Monat	0	721 Euro	1.357 Euro	1.685 Euro	2.085 Euro
Vollstationäre Pflege/Monat	131 Euro	805 Euro	1.319 Euro	1.855 Euro	2.096 Euro
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen/Monat	131 Euro *	131 Euro	131 Euro	131 Euro	131 Euro
Kurzzeitpflege		1.854 Euro pro Jahr plus 100 Prozent des nicht genutzten Budgets der Verhinderungspflege, d. h. insgesamt bis zu 3.539 Euro pro Jahr			
Verhinderungspflege		1.685 Euro pro Jahr plus 50 Prozent des nicht genutzten Budgets der Kurzzeitpflege, d. h. insgesamt bis zu 2.528 Euro pro Jahr			
Wohnraumanpassung	bis zu 4.180 Euro einmalig für alle Maßnahmen der Barriereeliminierung				
Pflegehilfsmittel/Monat	bis zu 42 Euro				
Wohngruppentförderung	2.613 bis 10.421 Euro Gründungszuschuss (für max. 4 Personen pro WG) sowie monatlich 250 Euro Organisationszuschuss + Wohngruppentzuschlag 224 Euro				
Pflegeunterstützungsgeld	ca. 67 Prozent des Bruttoeinkommens (für 10 Tage Freistellung zur Pflege eines nahen Angehörigen)				
Leistungen bei digitaler Pflegezuwendungen	53 Euro				

* als Geldbetrag, der für die Erstattung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen genutzt werden kann

Soziale Absicherung der Pflegeperson

Welche Rentenansprüche habe ich als Pflegeperson?

Eine rentenrechtliche Absicherung (§ 3 SGB VI) erfordert eine Mindestpflegeaufwendung von 10 Stunden pro Woche. Zum Ausgleich von Härtefällen muss dieser Pflegeaufwand nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen erreicht werden.

Sind Sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung für Sie Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der Pflege Tätigkeit. In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt in Höhe von zwischen 26 Prozent und 80 Prozent der Bezugsgröße beziehen, je nach Pflegegrad des Pflegebedürftigen und zeitlichem Umfang der Pflege Tätigkeit. Damit ist eine Pflegeperson, die eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4/5 mindestens 28 Stunden in der Woche pflegt, nach derzeitigen Werten in etwa auf der Basis von 80 Prozent des aktuellen Durchschnittsentgelts der gesetzlich Rentenversicherten abgesichert. Die von der Pflegeversicherung zu zahlenden Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen werden jährlich angepasst.

Bestandsrentner können mit der Pflege nicht die Rentenpunkte erhöhen. Anders bei der neuen Flexi-Rente. Mit einem legalen Trick beantragen Sie nur eine 99 %-Teilrente. Dadurch können Sie selbst die weitere Rentenabsicherung bei der Pflegekasse beantragen. Fragen Sie den Rentenberater, denn es könnte sich rechnen.

Bin ich als Pflegeperson unfallversichert?

Wenn Sie einen nahestehenden Menschen pflegen, sind Sie während der Pflege Tätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, gesetzlich unfallversichert.

Bin ich arbeitslosenversichert, wenn ich eine Angehörige oder einen Angehörigen pflege?

Sie können Mitglied in der Arbeitslosenversicherung bleiben, wenn Sie sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern. Dazu müssen Sie einen Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit stellen, dass Sie sich versichern möchten. Voraussetzung dafür ist, dass Sie

- in den 24 Monaten vor Aufnahme der Pflege Tätigkeit bereits zwölf Monate lang Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt oder Arbeitslosengeld bezogen haben,

- unmittelbar vor Aufnahme der Pflgetätigkeit in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden oder Arbeitslosengeld bezogen haben und
- nicht anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitslosenversicherung sind.

Der Beitrag zur Weiterversicherung wird von der Pflegeversicherung übernommen. Sie behalten ggf. auch Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege) (§ 39 SGB XI)

Wie wird die Pflege meiner oder meines Angehörigen gewährleistet, wenn ich krank bin oder Erholung brauche?

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn Sie wegen Urlaubs oder wegen einer Erkrankung Ihre Angehörigen nicht pflegen können. Dieser Anspruch besteht für maximal acht Wochen im Jahr. Man nennt dies Verhinderungspflege. Weitere Alternativen zur Erholung bzw. Entlastung der Pflegenden sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege. Die Leistungen pro Kalenderjahr für die Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson durch Personen, die keine nahen Angehörigen sind, betragen bis zu 1.685 € für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu acht Wochen ab Pflegegrad 2. Außerdem kann bis zu 50 % des Leistungsbetrages für Kurzzeitpflege (bis zu 843 €) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Siehe hierzu auch Seite 20. Die Verhinderungspflege kann dadurch auf max. 150 % des bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades beschränkt. Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28 a SGB XI.

Ist für eine Pflegeperson der Aufenthalt in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erforderlich, wird die **Mitaufnahme des Pflegebedürftigen** auf Kosten seiner Pflegekasse erleichtert. Möglich ist die Versorgung durch die gleiche Einrichtung, eine zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung oder eine vollstationäre Pflegeeinrichtung.

Verhinderungspflege für Kinder

Für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit den Pflegegraden 4 und 5 wird der Anspruch der Verhinderungspflege erweitert.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird von 6 auf 8 Wochen verlängert und die Voraussetzung, dass die Pflegeperson das pflegebedürftige Kind von der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss (Vorpflegezeit), entfällt. Außerdem können die Leistungen der Kurzzeitpflege vollständig in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden.

Welche Voraussetzungen gibt es, damit ich als Pflegeperson Urlaub nehmen kann?

Sie müssen mindestens seit sechs Monaten die Pflege übernommen haben. Diese Wartezeit ist die so genannte Vorpflegezeit, erst danach können Sie eine Auszeit nehmen und sich erholen.

Werden während meines Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse gezahlt?

Für die Dauer Ihres Erholungsurlaubs werden die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt Ihr Rentenanspruch für die Zeit Ihres Urlaubs ungeschmälert bestehen.

Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (mindestens drei und maximal 12 Pflegebedürftige), die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, erhalten als Wohngruppenschlag (§ 38 a SGB XI) je Monat und Person 224 €. Leistungen der Tagespflege können neben dieser Leistung nur in Anspruch genommen werden, wenn der MDK feststellt, dass die Pflege in der WG ohne Tagespflege nicht sichergestellt werden kann. Die Pflegebedürftigen müssen in einer gemeinsamen Wohnung leben und es muss mindestens eine Präsenzkraft tätig sein. Befristet wird die Gründung ambulanter Wohngruppen für nötige Umbaumaßnahmen mit 2.613 € pro Person gefördert (max. 10.432 € je Wohngruppe).

Förderung der Pflegevorsorge

Die Förderung der privaten Pflege-Vorsorge unterstützt Menschen dabei, für den Fall der Pflegebedürftigkeit eigenverantwortlich vorzusorgen.

Zu versichern ist ein Pflegemonatsgeld in Abhängigkeit von der Pflegestufe. Der Mindestbeitrag im Jahr beträgt 120 €, der die staatliche Förderung von 60 € im Jahr einschließt.

Die Höhe seines Versicherungsschutzes kann jeder nach seinen Möglichkeiten bestimmen.



Den Versicherern ist es nicht gestattet, Antragsteller aufgrund gesundheitlicher Risiken abzulehnen.

Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge sind nicht zugelassen.

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

Für **Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse** und **aller sonstigen privaten Krankenversicherungen** ist die Compass GmbH Ansprechpartner in Sachen **Pflegeberatung**.

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ist mit rund 200 Pflegeberatern in ganz Deutschland aktiv. Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das für alle Betroffenen viele Fragen aufwirft. COMPASS stellt für alle privat Versicherten den im Gesetz verankerten **Anspruch auf kostenfreie und unabhängige Pflegeberatung sicher**.

Das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung wird immer komplexer, Ansprüche und mögliche Hilfestellungen sind den Betroffenen nicht immer transparent. In dieser Situation geben die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von COMPASS Private Pflegeberatung – **sowohl telefonisch als auch bei den Versicherten zu Hause** – Informationen, Beratung und Hilfestellung bei Pflegebedürftigkeit und im Vorfeld derselben.

Das Beratungsangebot ist dezentral organisiert und bildet ein Pflegeberatungsnetz, welches allen Versicherten unabhängig von ihrem Wohnort gleichermaßen zur Verfügung steht.

32

Was macht Compass?

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Für Pflegebedürftige sowie deren Angehörige und allgemein Ratsuchende

Zur Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfsangeboten

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ausschließlich Pflegegeld beziehen sowie andere Gruppen in ambulanter Versorgung und deren pflegende Angehörige

Zur Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Kostenlose Hotline: 0800 1 018800; Mo.-Fr.: 8 bis 19 Uhr; Sa.: 10 bis 16 Uhr.
Terminvereinbarung innerhalb von 24 Stunden, Beratungsgespräch vor Ort.
Internet: www.compass-pflegeberatung.de

Ist man **Mitglied einer anderen Krankenkasse**, gilt folgendes für die Postnachfolgeunternehmen:

VersorgungsempfängerInnen und Hinterbliebene der Postnachfolgeunternehmen wenden sich an die für sie zuständigen Pflegestützpunkte.

Telefon 0711 88209900
Telefax 0711 88209901
E-Mail service@beihilfedienst.de
Postanschrift Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste
70636 Stuttgart
Servicezeit: Montag bis Freitag von 7:30 bis 15:30 Uhr

BARMER früher Postbetriebskrankenkasse bzw. Deutsche BKK

Axel-Springer-Str. 44, 10969 Berlin

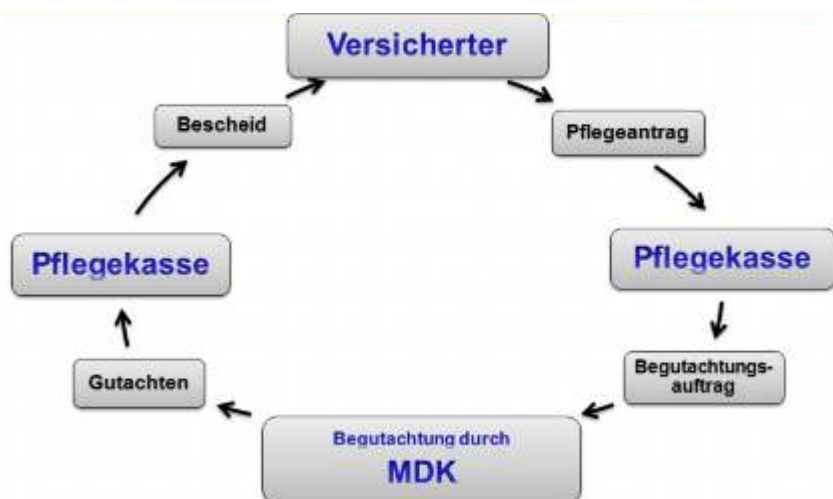
Telefon 0800 3331010 (bundeseinheitlich)
Telefax 0800 3330090
Anrufe aus dem Ausland 0049 2025683331010
E-Mail service@barmer.de
Internet www.barmer.de

(Ansprechpartner in Ihrer Nähe finden Sie im Internet.)

Alle anderen gesetzlich krankenversicherten Personen wenden sich für Auskünfte an ihre Krankenkasse oder an die Pflegeberatungsstellen.

Wo sich der nächste Pflegestützpunkt findet, kann man bei der Gemeinde erfragen. Unter www.zqp.de und dem Stichwort "Pflegeberatung Datenbank" finden Sie einen Überblick über alle 380 Einrichtungen in Deutschland.

Hier ein Schema zum Begutachtungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen:



Übersicht über die Berechnung der Eigenanteile in der Pflegeversicherung

Für die Berechnung der Beihilfe und Leistung aus der Pflegeversicherung wird generell das Familien-Bruttoeinkommen zugrunde gelegt. Bei Renteneinkommen ebenfalls aus der Bruttorente! (Steuern und Krankenkassenbeiträge werden nicht berücksichtigt.) Einkommen aus dem Kalenderjahr vor der Antragstellung, ohne den kinderbezogenen Familienzuschlag.

Das Finanzamt hilft in geringem Umfang mit einer Steuererstattung (sofern überhaupt Steuern gezahlt wurden). Alle entstandenen Kosten für die Pflegebedürftigkeit müssen dem Finanzamt nachgewiesen werden. Egal ob Pflegeheim oder eigener Haushalt. Rechnungen über Pflegedienstleistungen möglichst unbar bezahlen, damit die Zahlungen per Kontoauszug nachgewiesen werden können. Das erhaltene Pflegegeld ist den Pflegekosten ebenso gegenzurechnen wie eine evtl. Zahlung aus einer Pflegezusatzversicherung. Ggf. ist die Haushaltsersparnis (s. oben) noch abzuziehen. Die verbleibenden Pflegekosten können dann steuerlich wirksam werden. Sie sind vorrangig bei den allgemeinen „außergewöhnlichen Belastungen“ geltend zu machen. Von der Summe wird die „zumutbare Belastung“ noch abgezogen (abhängig von Familienstand und Einkommen). Bei Senioren sind das meist immer 6 % vom Gesamtbetrag der steuerpflichtigen Einkünfte. Die von den Gesamtkosten gekürzte zumutbare Belastung wird dann aber noch als „haushaltsnahe Dienstleistung“ begünstigt, sofern sie auf Pflegedienstleistung entfällt. Für diesen Betrag wird ein Steuernachlass in Höhe von 20 % gewährt.

Beihilfefähig sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschbetrag von monatlich (kein voller Monat = nur 75 % der Beträge). Beträge für die Berechnung siehe Tabelle Seite 25 unter Leistungen bei vollstationärer Pflege.

Für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, sie übersteigen einen bestimmten Teil des Einkommens.

Hier gibt es in allen Bundesländern andere Beihilferegulungen. In Bremen erteilt die „Performa“ dazu Auskünfte.

Für Bundesbeamte ist die Sicherung des Existenzminimums bei stationärer Pflege im § 39 Abs.2 BBhV geregelt worden.

Mit der Änderung der BBhV wird der Verweis von Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf die Sozialhilfe vermieden. Die Neuregelung vermeidet, dass pflegebedürftige Beihilfeberechtigte in unteren Besoldungsgruppen in eine wirtschaftliche Notlage geraten. Die Regelung sieht vor, dass ihnen von ihrem durchschnittlichen monatlichen Einkommen mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der nachstehenden monatlichen Beträge verbleibt. Dazu ist ein gesonderter Antrag zu stellen und das Einkommen nachzuweisen. Die Nummern 1 bis 3 tragen dabei dem unabweisbaren Bedarf für den Lebensunterhalt Rechnung. Die Bemess-

sung ihrer Höhe richtet sich insbesondere nach den Kosten für die Beiträge der die Beihilfe ergänzenden Kranken- und Pflegeversicherung, einer notwendigen Wohnung für nicht pflegebedürftige Angehörige und den allgemeinen Lebenshaltungskosten. Die moderate soziale Abstufung in Nummer 4 trägt der unterschiedlichen Alimentation Rechnung.

Auch für Ehepartner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst versichert sind, gilt bei der vollstationären Pflege ein sogenannter Beihilfeergänzungsanspruch.

Nach § 39 Abs. 2 BBhV sind auf Antrag zusätzlich zu den grundsätzlich beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig:

- Pflegeleistungen, die darüber hinausgehen,
- Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten, sofern von den durchschnittlichen Monatseinnahmen im Kalenderjahr vor der Antragstellung höchstens ein Betrag in Höhe der Summe folgender Beträge verbleibt:

Übersicht über die Beträge nach § 39 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 BBhV (monatlicher Mindestselbstbehalt)

Betrag / Person (Stand: 01.03.2024)		
Nr. 1	8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede Beihilfeberechtigte, jeden Beihilfeberechtigten, jede berücksichtigungsfähige Angehörige oder jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die ein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder Leistungen nach § 43 SGB XI besteht. (= im Pflegeheim)	514,23 €
Nr. 2	30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13, für eine Beihilfeberechtigte, einen Beihilfeberechtigten, eine Ehegattin, einen Ehegatten, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder Leistungen nach § 43 SGB XI besteht. (= zu Hause)	1.928,37 €
Nr. 3	3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 besteht.	192,84 €
Nr. 4	Zusätzlich 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten.	je nach Besoldungsgruppe

Einnahmen sind die monatlichen Bruttobezüge im Kalenderjahr der Antragstellung (ohne kinderbezogenen Familienzuschlag und nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften), sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Renten des Ehepartners sowie der steuerliche Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehepartners werden mit angerechnet. Der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt, bleibt unberücksichtigt. Der Nachweis ist jährlich zu erbringen.

Beispiel:

Der Beihilfeberechtigte lebt im Pflegeheim, er erhält dafür den Mindestselbstbehalt nach Nr. 1 (514,23 €) und einen individuellen Betrag nach Nr. 4 (bei A9 Stufe 8 = 128,50 €). Die berücksichtigungsfähige Ehefrau lebt zu Hause, sie erhält dafür den Mindestselbstbehalt nach Nr. 2 (1.928,37 €). Insgesamt verbleibt den beiden gemeinsam ein Mindestselbstbehalt von 2.571,10 €.

Berechnung des Beihilfezuschusses (Beispiel Pflegegrad 3)

Einnahmen (1/12 des Vorjahreseinkommens; Familieneinkommen)	3.500,00 €
- individueller Mindestbehalt	- 2.571,10 €
= einzusetzende Einnahmen	gerundet 928,90 €

monatliches Heimentgelt	4.800,00 €
- Pflegepauschale Pflegegrad 3	- 1.262,00 €
- einzusetzende Einnahmen	- 928,90 €
= Beihilfezuschuss	2.609,10 €

Wird der/dem Beihilfeberechtigten oder einer/m berücksichtigungsfähigen Angehörigen Pflegewohngeld (oder ein anderer individueller Zuschuss zu den Unterkunft-, Verpflegungs- und Investitionskosten nach Landesrecht) gezahlt, sind die beihilfefähigen Aufwendungen (= monatliches Heimentgelt) zunächst um diesen Betrag zu mindern.

Das „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ ergänzt das „Pflegezeitgesetz“ (PflegeZG)

Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Das Pflegezeitgesetz eröffnet die Möglichkeit für Arbeitnehmer, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen.

Wesentliche Regelungen (Zusammenfassung):

- Arbeitnehmer/innen (inklusive Leitende Angestellte) und Auszubildende sind von dem Gesetz erfasst. Aktive Beamte fallen nicht darunter. Für sie finden die beamtenrechtlichen Vorschriften für die Pflege eines Angehörigen nach ärztlichem Gutachten (s. hierzu § 92a [1] BBG) Anwendung (§ 92 Bundesbeamtengesetz - BBG).
- Es besteht ein Anspruch auf Freistellung für maximal 10 Tage bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 2 PflegeZG). Besonderheit: Dauer aber nicht mehr als zwei Wochen, da der Gesetzgeber davon ausgeht, dass eine Organisation der Pflege in 2 Wochen erfolgen kann.
- Beschäftigte haben darüber hinaus die Möglichkeit, teilweise oder vollständige Freistellung von der Arbeit bis zur Dauer von 6 Monaten zur längeren Pflege von nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (Pflegezeit) in Anspruch zu nehmen (§ 3 PflegeZG). Der Anspruch auf Pflegezeit besteht nicht, wenn der Arbeitgeber weniger als 16 Beschäftigte hat.
- Der Arbeitgeber kann eine ärztliche Bescheinigung fordern, aus der sich die „voraussichtliche“ Pflegebedürftigkeit und Erforderlichkeit ergeben (§ 2 Abs. 2 S. 2 PflegeZG). Die Kosten für die ärztliche Bescheinigung haben Sie zu tragen. **Zur eigenen Absicherung ist eine solche Bescheinigung empfehlenswert**, da bei einer unberechtigten Leistungsverweigerung die Risiken einer Schadenersatzhaftung bis hin zu möglichen kündigungsrechtlichen Konsequenzen drohen.
- Eine wiederholte Arbeitsbefreiung ist nicht möglich, da die Gesetzesbegründung davon ausgeht, dass ein Akutfall regelmäßig nur einmal pro Pflegefall auftreten wird.
- Das Pflegezeitgesetz selbst sieht keine Entgeltfortzahlung innerhalb des Freistellungszeitraumes vor. Ansprüche aus Entgeltfortzahlungen aus anderen Regelungen bleiben aber bestehen.

Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Die Regelungen dieses Gesetzes gelten nur für Arbeitnehmer **in Betrieben ab 26 Beschäftigten**. Es begründet einen **Rechtsanspruch** um sich um **pflegebedürftige Angehörige** zu kümmern und umfasst zudem den Kündigungsschutz. Der **Kündigungsschutz** gilt von der Ankündigung bis zum Ende der 10-tägigen Auszeit im Akutfall, der 6-monatigen Pflegezeit oder der 24-monatigen Familienpflegezeit.

Die Anforderungen an die Familien sind hoch. Eltern müssen im Beruf Leistung zeigen, sich um Kinder kümmern oder auch die Eltern unterstützen, wenn diese Hilfe benötigen. Der **Begriff der „nahen Angehörigen“** wurde erweitert. Jetzt besteht der Rechtsanspruch auf Fernbleiben von der Arbeit wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und auf eine Freistellung nicht nur für die Pflege von Großeltern und Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten oder Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft, sondern auch für Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwager sowie für Partner in lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften. Wie bisher sind auch Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwieger- und Enkelkinder als nahe Angehörige anzusehen.

Für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf braucht es eine bessere zeitliche Flexibilität der Berufstätigen: **Die Familienpflegezeit**.

Die Familienpflegezeit ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zur „Familienarbeitszeit“. Den Beschäftigten wird ermöglicht, in **Teilzeit** zu arbeiten und sich gleichzeitig um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern. Dafür ist ein **Rechtsanspruch** eingeführt worden. Mit der neuen Regelung durch dies Gesetz können **Beschäftigte** zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts, bei Reduzierung der Arbeitszeit, ein **zinsloses Darlehen** erhalten.

Dieses Gesetz berücksichtigt die Individualität jeder Pflegesituation. Es besteht aus drei Säulen:



Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

- Bis zu **10 Arbeitstage Freistellung** bei akut auftretender Pflegesituation.
ACHTUNG: Beamte nur 9 Arbeitstage Freistellung
- **Einführung einer Lohnersatzleistung** (70 % des Bruttolohnes, max. 90 % des Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt): Das sogenannte „**Pflegeunterstützungsgeld**“, das jährlich in Anspruch genommen werden kann, wenn die Anspruchsvoraussetzungen jeweils erfüllt sind. Beamte erhalten einen Vorschuss gem. § 1 Beamten-Pflegezeitvorschuss-Verordnung (BPfZV)

Pflegezeit

- Bis zu **6 Monate vollständige oder teilweise Freistellung**.
- Während der Pflegezeit **Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen**, um den Lebensunterhalt besser bestreiten zu können:
 - Auszahlung in monatlichen Raten
 - Rückzahlung nach dem Ende der Pflegezeit innerhalb von 4 Jahren in Raten.

Diese Darlehen zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts können Sie direkt beim „Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgabe“ beantragen. 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.

- Rechtsanspruch auch für die außerhäusliche Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen Kindes

Familienpflegezeit

- Bis zu **24 Monate teilweise Freistellung** bei einer wöchentlichen **Mindestarbeitszeit von 15 Stunden** zur Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung.
- Während der Familienpflegezeit Pflegezeit **Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen**, um den Lebensunterhalt besser bestreiten zu können:
 - Beamte erhalten einen Vorschuss,
 - Auszahlung in monatlichen Raten,
 - Rückzahlung nach dem Ende der Pflegezeit innerhalb von 4 Jahren in Raten.
- Rechtsanspruch auch für die außerhäusliche Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen Kindes.

Begleitung in der letzten Lebensphase

- Es besteht ein **Rechtsanspruch auf Begleitung schwerstkranker Angehöriger** in der letzten Lebensphase von bis zu **drei Monaten**.
- Die drei Monate werden dabei auf die 24 Monate Familienpflegezeit angerechnet.

Verhältnis Pflegezeit / Familienpflegezeit

- Insgesamt können Beschäftigte maximal 24 Monate als Gesamtdauer von Pflegezeit und Familienpflegezeit in Anspruch nehmen.
- Individuelle Flexibilität: Die Ansprüche von Pflegezeit und Familienpflegezeit können je nach persönlicher Lebenssituation kombiniert werden und jeweils ineinander übergehen.

Zieht sich die Pflege länger als 24 Monate hin, können mehrere Angehörige die Pflegezeit oder Familienpflegezeit nehmen – nacheinander oder parallel.

Gesetz zur Familienpflegezeit für Beamtinnen und Beamte des Bundes

Die Regelungen des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) werden mit der Änderung des § 92 BBG im wesentlichen auf das Beamtenrecht übertragen. Die Beweisführung zur Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen ist durch die Ergänzung im § 92 BBG erleichtert worden.

Der neu eingefügte § 92a „Familienpflegezeit“ lautet auszugsweise:

- (1) Beamtinnen und Beamten, die Anspruch auf Besoldung haben, kann auf Antrag für die Dauer von längstens 48 Monaten mit mindestens 15 Stunden regelmäßiger Wochenarbeitszeit, Teilzeitbeschäftigung als Familienpflegezeit zur Pflege eines pflegebedürftigen 1) nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des PflegeZG 2) in häuslicher Umgebung 3) bewilligt werden, es sei denn, dass dringende dienstliche Gründe entgegenstehen. Die Pflegebedürftigkeit ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder durch Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung einer privaten Pflegeversicherung nachzuweisen.
- (2) Die Bewilligung erfolgt mit der Maßgabe, dass
 1. in einer Pflegephase von längstens 24 Monaten Dienst mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden geleistet wird sowie
 2. in einer Nachpflegephase, die genauso lange dauert wie die Pflegephase, Dienst mit einer Arbeitszeit geleistet wird, die mindestens der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit entspricht, die vor der Pflegephase geleistet worden ist.

Bei den Postnachfolgeunternehmen können dienstliche Gründe auch betriebswirtschaftliche Gründe sein, die sich aus den organisatorischen und personellen Strukturen des Unternehmens und deren beabsichtigte Weiterentwicklung ergeben.

Für den Antrag gibt es keine Form- und Fristenfordernisse.

Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nicht.

Erläuterungen:

- 1) Als pflegebedürftig sind Personen anzusehen, wenn sie die Voraussetzungen nach §§ 14 und 15 des SGB XI erfüllen (mindestens Pflegestufe 1) oder diese voraussichtlich erfüllen.

- 2) Der Begriff des nahen Angehörigen umfasst folgende Personen: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen, Lebenspartner, Partnerinnen oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder der Ehegattin, des Ehegatten, Lebenspartnerin oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder. Die Auflistung ist abschließend!! Die Pflege von Kindern der Beamtin oder des Beamten erfolgt unabhängig von deren Alter.
- 3) Für den Begriff häusliche Umgebung kommt es darauf an, dass die Pflege nicht in einer stationären Einrichtung geleistet wird, sondern es sich um eine ambulante häusliche Pflege handelt.

Die Änderungen im BBG erfordern auch eine Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG). Eingefügt wurde der

§ 7 „Besoldung bei Familienpflegezeit, Verordnungsermächtigung“.

- (1) Bei einer Familienpflegezeit nach § 92a des BBG wird für den Zeitraum der Pflegephase zusätzlich zu den Dienstbezügen nach § 6 Absatz 1 ein Vorschuss gewährt. Dieser Vorschuss ist während der Nachpflegephase mit den laufenden Dienstbezügen zu verrechnen oder in einer Summe zurückzuzahlen.
- (2) Die Einzelheiten der Gewährung, Verrechnung und Rückzahlung des Vorschusses regelt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung.

Bewertung für Pflegeeinrichtungen gemäß § 113 SGB XI in Verbindung mit Artikel 10-MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019

Gemäß § 53 d des (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) MDK-Reformgesetzes vom 11.12.2019 koordiniert und fördert der Medizinische Dienst Bund die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegfachlichen und organisatorischen Fragen. Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.

Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien. Daraus sind für uns nur einige Punkte von Bedeutung.

- Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung der Pflegeheime
- Qualitätssicherung in der Pflege
- Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität
- Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen

Bis Dezember 2020 sollen alle rd. 14.000 Pflegeheime einmal vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft worden sein. Dazu gibt es die "Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1 Satz 2 ff im SGB XI". Veröffentlicht werden die Bewertungen wie bisher auf den Seiten der Krankenkassen, wie dem Pflegelotsen der Ersatzkassen oder dem Pflege-Navigator der AOKen. Auch die Heime selbst sollen die Informationen vor Ort zur Verfügung stellen.

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI vom 14.12.2019 und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) - vom 19.03.2019

Erstmalig werden für die Qualitätsdarstellung im vollstationären Bereich Qualitätsinformationen genutzt, die aus 15 Qualitätsindikatoren stammen (§ 113 Abs. 1a SGB XI). Qualitätsindikatoren stehen für zehn Themenbereiche zur Verfügung, für die nach übereinstimmender Auffassung der Vertragsparteien die Versorgungsqualität (Ergebnisqualität) bewertet werden kann. Hierfür erheben alle Pflegeeinrichtungen in sechsmonatigem Abstand festgelegte Qualitätsdaten und übermitteln diese an eine fachlich unabhängige Institution nach § 113 Abs. 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle), welche die Daten statistisch prüft und einrichtungs- bzw. fallbeziehbar auswertet. Weiterhin sind für die Information der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI zugrunde zu legen. Diese Informationen werden um Angaben, die die Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen (z. B. zur Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln), ergänzt. Für jede vollstationäre Pflegeeinrichtung

werden entsprechende Qualitätsdaten veröffentlicht. Bei dieser Qualitätsdarstellung handelt es sich um für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen relevante Informationen, die unterschiedlichen Quellen entstammen und bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung als eine Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können.

Darstellungsform der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI

Die Ergebnisse aus einer Qualitätsprüfung werden einrichtungsbezogen für jeden Qualitätsaspekt separat veröffentlicht. Für jeden Qualitätsaspekt erfolgt eine vierstufige Einordnung (keine oder geringe, moderate, erhebliche, schwerwiegende Qualitätsdefizite).

Das neue Qualitätsbewertungssystem basiert auf drei Säulen:

- Indikatoren zur Ergebnisqualität aus dem internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen (z. B. Mobilität, Anwendung von Gurten)
- Ergebnisse aus externen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes (z. B. Körperpflege, Wundversorgung)
- freiwillige Einrichtungsinformationen (z. B. Spezialisierung, Ausstattung)

Internes Qualitätsmanagement mittels Indikatoren

Neu sind 15 Qualitätsindikatoren, die in der Langzeitpflege erstmalig flächendeckend zur Anwendung kommen. Damit rückt die Ergebnisqualität stärker als bisher in den Vordergrund der Qualitätsberichterstattung.

Durch Indikatoren lassen sich z. B. die Anzahl neu aufgetretener Druckgeschwüre oder die Anzahl gravierender Sturzfolgen erfassen.

Alle sechs Monate erheben zukünftig die Einrichtungen selbst die notwendigen Indikatoren-Daten bei grundsätzlich allen Bewohnern. Die Bewertung der Ergebnisse einer Einrichtung erfolgt in fünf Stufen, jeweils ausgerichtet am Durchschnitt aller Pflegeheime (weit unterdurchschnittlich, leicht unterdurchschnittlich, durchschnittlich, leicht überdurchschnittlich, weit überdurchschnittlich).

Die Indikatoren sind:

- Erhaltene Mobilität (unterteilt in 2 Risikogruppen)
- Erhaltene Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen
- Erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (unterteilt in 2 Risikogruppen)
- Dekubitusentstehung (unterteilt in 2 Risikogruppen)
- Stürze mit gravierenden Folgen (unterteilt in 2 Risikogruppen)
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (unterteilt in 2 Risikogruppen)
- Integrationsgespräch nach dem Einzug

- Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
- Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
- Aktualität der Schmerzeinschätzung

Im Rahmen der externen Qualitätsprüfung findet eine Plausibilitätskontrolle der Indikatordaten statt.

Externe Qualitätsüberprüfung durch den MDK

Der MDK und der PKV-Prüfdienst überprüfen in Zukunft die Qualität in Pflegeheimen nach einem neuen Verfahren. Die Prüfinhalte erweitern sich um neue Themen und der Fokus verschiebt sich hin zu einer bewohnerbezogenen Versorgungsqualität. Diese wird an der Ergebnis- und an der Prozessqualität gemessen. Die bisherigen Elemente der Einrichtungsprüfung, z. B. zum internen Qualitätsmanagement, treten dagegen in den Hintergrund. Bei der bewohnerbezogenen Prüfung werden zukünftig Qualitätsaspekte wie die Unterstützung im Bereich der Mobilität oder das Schmerzmanagement umfassend bewertet. Die Bewertung solcher Qualitätsaspekte ersetzt die bisherige Bewertung einzelner Prüfkriterien.

Die Prüfungen werden einen Tag vorher angekündigt. Die Prüfer kommen alle 14 Monate, bei überdurchschnittlich beurteilten Heimen kann die erneute Prüfung auf zwei Jahre verlängert werden. Bei schwerwiegenden Mängeln können die Krankenkassen Auflagen erteilen. Sie können dem Heim sogar den Versorgungsauftrag entziehen.

Im neuen Verfahren soll konkret nachgesehen werden, wie gut die Pflege wirklich ist. Wie ist es mit dem Erhalt – oder sogar Verbesserung – von Mobilität und Selbstständigkeit im Alltag, bei schweren Stürzen oder Wundliegen im Bett. Die Prüfung der Heime erfolgt in zwei Schritten. Zunächst erfolgt eine Zufallsstichprobe von jeweils 9 Bewohnern eines Heimes durch Inaugenscheinnahme. Dabei werden den zu Pflegenden durch die Prüfer der Dienste unter anderem folgende Fragen gestellt:

- Wie gut werden Mobilität und Selbstversorgung beim Essen, Trinken, Waschen oder Toilettengang unterstützt?
- Wie bewältigt das Personal krankheits- und therapiebedingte Anforderungen (systematische Schmerzerfassung und Medikamentengabe)?
- Wird die Bewältigung und Strukturierung des Alltags durch die Einrichtung unterstützt?
- Werden soziale Kontakte unterstützt?
- Ist ein kompetenter Umgang des Personals mit an Demenz erkrankten Menschen gegeben?
- Ist die Hilfsmittelversorgung durch das Heim gewährleistet?

Im zweiten Schritt werden die von dem Pflegeheim gemeldeten Qualitätsindikatoren mit dem Vor-Ort-Eindruck der MDK-Prüfer abgeglichen und auf Plausibilität hin geprüft.

Die Ergebnisse werden in vier Kategorien eingeteilt:

- Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- Auffälligkeiten, die keine Risiken für die Heimbewohner erwarten lassen
- Defizite mit dem Risiko negativer Folgen. Zum Beispiel wenn ein zu Pflegender zu wenig isst oder trinkt und das Heim nicht darauf reagiert.
- Defizit mit bereits eingetretenen negativen Folgen. Zum Beispiel wenn ein Pflegebedürftiger aufgrund von Versäumnissen des Heims unterernährt, dehydriert oder wundgelegen ist

Informationen der Einrichtungen

Die Ergebnisse aus dem indikatorenbasierten internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen und der externen Qualitätsprüfung durch den MDK werden um eine dritte Informationssäule ergänzt. Die Pflegeheime sind verpflichtet, Informationen über die strukturellen Angebote bereitzustellen. Dazu zählen beispielsweise Angaben zur personellen Ausstattung der Einrichtung wie der Fachkräfteanteil in der Pflege oder wie viele Mitarbeiter die Einrichtung in den letzten sechs Monaten verlassen haben. Oder auch Informationen darüber, ob ein Probewohnen möglich ist oder die Heimmitarbeiter eine Fremdsprache sprechen und wenn ja, welche. Diese Angaben der Einrichtungen unterliegen keiner externen Prüfung oder Plausibilitätskontrolle.

Die Qualitätsbeurteilung des alten Bewertungsverfahrens nach Schulnoten war übersichtlich, konnte aber nicht mehr überzeugen, da alle Heime im Bundesdurchschnitt mit der Pflegenote 1, 2 bewertet wurden. Jetzt führt die Beurteilung zu einer Informationsflut über die Heime. Der Vorstand der Stiftung Patientenschutz ist der Meinung, dass die Abschaffung der Pflegenoten keine schnelle Übersicht bietet. Für eine schnelle Vergleichbarkeit bei der Suche nach einem guten Heim sind eine aussagekräftige Gesamtnote und KO-Kriterien aber dringend nötig. Wenn eine Pflegeeinrichtung bei der Schmerztherapie, der Wundversorgung, dem Umgang mit der Fixierung und der Medikamentenabgabe durchfällt, muss das für den Interessierten sofort erkennbar sein und nicht erst nach langem Studieren der Berichte der Qualitätsprüfungen.

Eine passende Pflegeeinrichtung finden

Die Bewertung und Darstellung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI werden in den zu veröffentlichen Prüfergebnissen nach folgenden Bereichen dargestellt:

- Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
- Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
- Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
- Bereich 5: Begleitung sterbender Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und ihrer Angehörigen

Es sind viele Seiten durchzuarbeiten, um sich einen Eindruck vom Pflegeheim zu machen. Die passende Pflegeeinrichtung zu finden, kann sich aus unterschiedlichen Gründen schwierig gestalten.

Wer ein Pflegeheim für einen nahestehenden Menschen sucht, will sicher sein, dass es das Richtige ist. Die pflegebedürftige Person soll sich dort wohlfühlen und gut versorgt werden. Vor allem fällt es Angehörigen schwer, sich zu orientieren, wenn die Zeit drängt. Hierbei kann der Kurzratgeber "Einblick Pflegeheimsuche" helfen. Kostenfrei abrufbar unter: <https://www.zqp.de/> Hier erfährt man, was auf der Suche nach einem Pflegeheimplatz beachtet werden sollte. Informationen und eine Checkliste zu diesem Thema bieten auch (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen, www.biva.de) BIVA und die (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, www.bagso.de) BAGSO unter dem Titel "Das richtige Pflege- und Seniorenheim" an.

Hier eine Zusammenfassung von 18 Seiten eines Prüfberichts:

PRÜFGRUNDLAGE AB 2017

Dieser Transparenzbericht wurde auf Grundlage der ab dem 1. Januar 2017 gültigen Pflege-Transparenzvereinbarung erstellt.

Qualität der stationären Pflegeeinrichtung Seniorenpflegeheim Haus Hasch

Bischofsweg 21-25, 28875 Oyten - Tel.: 0420/7666440 - Fax: 0420/7666429
info@haus-hasch.de - www.haus-hasch.de

Pflege und medizinische Versorgung
bis zu 32 Bewohnern

Umgang mit demenziellen Beschwerden
bis zu 9 Bewohnern

Förderung und Aktivisierung
bis zu 9 Mitarbeitern

Wohnen, Versorgung, Passivitäten und Hygiene
bis zu 9 Bewohnern

Gesamtergebnis

Rechnerisches Gesamtergebnis
bis zu 99 Bewohnern

Eintragung der Bewohner
bis zu 18 Bewohnern

Ergebnis der Qualitätsprüfung

1,2
sehr gut

1,0
sehr gut

1,0
sehr gut

1,0
sehr gut

1,1
sehr gut

1,2
sehr gut

2,2
gut

Erklärungen zum Bewertungssystem

Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote

Kommentar der stationären Pflegeeinrichtung

Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten

Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI am **18.02.2019**

Prüfungsort: **Regelprüfung**

Anzahl der versorgten Bewohner: **2**

Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner: **5**

Anzahl der Bewohner, die an der Befragung der Bewohner teilgenommen haben: **3**

Bitte beachten Sie, dass ein Einrichtungsvergleich nur auf der Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik möglich ist.
Bewertungen auf der Grundlage der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen alten Transparenzvereinbarung und Bewertungen auf der Grundlage der seit dem 1. Januar 2017 geltenden neuen Transparenzvereinbarung sind nicht miteinander vergleichbar.

Notenskala: 1 sehr gut / 2 gut / 3 befriedigend / 4 ausreichend / 5 mangelhaft

Seite 1

DPVKOM – Senioren

Eltern im Pflegeheim – Unterhaltspflicht der Kinder

Gesetz zur Entlastung unterhaltspflichtiger Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe vom 10.12.2019

Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegenüber ihren Kinder und Eltern sind nicht zu berücksichtigen, es sei denn, deren jährliches Gesamteinkommen im Sinne des § 16 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beträgt jeweils mehr als 100.000,- € (Jahreseinkommen). (§ 16 SGB IV Gesamteinkommen: Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.)

Wenn Sie weniger Jahreseinkommen haben, brauchen Sie nicht weiterzulesen.

Ihre Mutter / Ihr Vater hat einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe), da die entstehenden Heimpflegekosten die vorhandenen Mittel übersteigen (§ 61 SGB XII). Die ungedeckten Kosten werden zunächst vollständig von der Sozialhilfe gezahlt (§ 2II SGB XII). Im Pflegegrad „1“ wird keine Leistung von der Sozialhilfe übernommen.

Sozialhilfe ist immer nachrangig gegenüber anderen Leistungen, insbesondere dem familienrechtlichen Unterhalt, zu gewähren. Eltern im Pflegeheim haben nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch einen Unterhaltsanspruch gegen ihren Ehegatten und gegen ihre Kinder (§ 1601 BGB). Beide Ansprüche gehen per Gesetz auf den Sozialhilfeträger über (§ 94 SGB XII).

Neben den Einkünften müssen die Kinder auch ihr Vermögen offen legen. Das Eigenheim ist geschützt. Es müssen keine Grundschulden auf das Haus aufgenommen werden, wenn es um Unterhaltszahlungen an die Eltern geht. Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus 2005 (Az. 1 BvR 1508/96).

Auch ein Grundvermögen ist vor dem Zugriff des Sozialamtes sicher (Bundesfinanzhofurteil von 2006 mit dem Az. XII ZR 98/04). Wie das Geld angelegt wurde spielt keine Rolle. Für die bis zum Eintritt der Unterhaltspflicht vergangenen Berufsjahre wird ein Betrag von 5 % des letzten Einkommens mit einem Zinssatz von 4 % angesetzt. Beispiel: Ein Mann, 58 Jahre alt, verdient 36.000,— € Brutto im Jahr. Er hat 40 Berufsjahre. Damit beträgt sein unpfändbarer Sparbetrag jährlich 1.800,— €. Mit Zins und Zinseszins beläuft sich sein unpfändbares Vermögen damit auf 177.000,— €.

Der BGH hat mit seiner Entscheidung vom 07.08.2013 (Az: XII ZB 269/12) die beiden vorstehenden Urteile bestätigt.

Das Sozialamt darf auch Spareinlagen für Enkel zurück fordern. Das Oberlandesgericht (OLG) Celle entschied, dass es sich bei monatlichen Zahlungen an Familienangehörige zum Kapitalaufbau nicht um eine sogenannte "privilegierte Schenkung" handelt. Nur Pflicht- und Anstandsschenkungen, wie etwa Geburtstags- oder Weihnachtsgeschenke, seien vor dem Zugriff des Sozialträgers geschützt. Lt. dem OLG Celle ist es für die Rückforderungsansprüche der Kommune unerheblich, ob es für die Großmutter absehbar war, dass sie später einmal pflegebedürftig sein würde.

Einige Hinweise, um eventuell Steuern zu sparen

Je nach Grad der Behinderung (im Ausweis ersichtlich) können Pflegebedürftige ohne Nachweise nachstehend aufgeführte Beträge von der Steuer absetzen:

Grad der Behinderung	Pauschal-Betrag in €	Grad der Behinderung	Pauschal-Betrag in €
20	384 €	70	1.780 €
30	620 €	80	2.120 €
40	860 €	90	2.460 €
50	1.140 €	100	2.840 €
60	1.440 €		

Für behinderte Menschen, die hilflos im Sinne des § 33 b Abs. 6 EStG sind, und für Blinde und Taubblinde beträgt der Pauschalbetrag 7.400 €. In diesem Fall kann der Pauschalbetrag nach § 33 b Abs. 3 EStG nicht zusätzlich in Anspruch genommen werden. Nach § 33 Abs. 2a EStG wird eine behinderungsbedingte Fahrtkosten-Zulage eingeführt. Voraussetzungen finden Sie im Behinderten-Pauschalbetragsgesetz.

Steuerpflichtige Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 - 5 pflegen, erhalten jährliche Pflege-Pauschalbeträge. Im Pflegegrad 2 = 600 €, in Pflegegrad 3 = 1.100 € und in den Pflegegraden 4 oder 5 = 1.800 €. Mehrere Pflegepersonen müssen sich diesen Betrag allerdings teilen.

Außergewöhnliche Belastungen

Liegen die tatsächlichen Kosten über den Pauschalbeträgen, kann man die Ausgaben genau abrechnen. Das Finanzamt zieht allerdings von diesen Beträgen den „zumutbaren Eigenanteil“ ab. Der liegt je nach Einkommen und Familienstand zwischen 1 % und 7 %.

Bei einem Gesamtbetrag der Einkünfte einschließlich Kapitaleinkünfte	bis 15.340 €	15.341 € bis 51.130 €	ab 51.131 €
1. bei Steuerzahlern, die keine Kinder haben und bei denen die Einkommensteuer zu berechnen ist nach			
a) der Grundtabelle	5 %	6 %	7 %
b) der Splittingtabelle	4 %	5 %	6 %
2. bei Steuerzahlern mit			
a) 1 Kind oder 2 Kindern	2 %	3 %	4 %
b) 3 oder mehr Kinder	1 %	1 %	2 %

Die Kosten für Handwerker, Haushaltshilfen oder Pflegeleistungen muss man zuerst bei den außergewöhnlichen Belastungen eintragen. Werden diese Kosten dort nicht wegen des Eigenanteils voll anerkannt, so darf man die Kosten erneut in den vorgesehenen Rubriken (Handwerker, haushaltsnahe Dienstleistungen usw.) ansetzen. Dadurch sinkt der zu tragende Eigenanteil deutlich.

Bei kurzfristigen Aufenthalten im Pflegeheim sind die Kosten in voller Höhe abzugsfähig. Zieht der Pflegebedürftige auf Dauer in ein Heim, wird von den Kosten eine monatliche Haushaltersparnis in Höhe von 1.008 € (2025) abgezogen.

Für Haushaltshilfen oder Pflegekräfte kann man als Arbeitgeber bis zu 20.000 € im Jahr für „Haushaltsnahe Beschäftigung“ geltend machen. 20 % der Kosten werden direkt von der Steuer (maximal 4.000 €) abgezogen. Diese Kosten können von den Angehörigen auch in der eigenen Steuerklärung angesetzt werden, obwohl die Kraft im Haushalt des Angehörigen tätig wird.

Beachten Sie auch die Vorteile/Möglichkeiten, die ein Minijob für Sie als Arbeitgeber bietet. Anmeldung und Beratung unter Telefon: 0355 290270799 oder www.minijob-zentrale.de.

Kontaktdaten

... des Vorstandes der DPVKOM-Bundessenioren:

Vorsitzender	Manfred Schiller
Telefon	0511 4732789 oder 0151 12701827
E-Mail	manfred.schiller@dpvkom.de
Stellvertreter	Harald Graf
Telefon	06387 4120584 oder 0171 7840555
E-Mail	harald.graf@dpvkom.de
Stellvertreter	Georg Schmidt
Telefon	09183 901837
E-Mail	senioren@dpvkom-bayern.de
Stellvertreter	Günter Spiersch
Telefon	030 66461766 oder 0163 3343260
E-Mail	guenter.spiersch@web.de
Stellvertreterin	Gabriele Wilhelm
Telefon	06103 3011865 oder 0151 11243093
E-Mail	gabriele_wilhelm@t-online.de
Stellvertreter	Bernhard Zarmstorf
Telefon	02575 1855 oder 0175 4130139
E-Mail	bernhard.zarmstorf@t-online.de

... der Ansprechpartner im Seniorenbereich der Regional-/Landesverbände:

ehem. RV Nord:	Manfred Schiller (siehe oben)
ehem. RV Ost:	Günter Spiersch (siehe oben)
RV Mitte/West:	Bernhard Zarmstorf (siehe oben)
RV Südwest:	Rolf Waschbusch
Telefon	06835 4693
E-Mail	r.waschbusch@web.de
Bayern:	Georg Schmidt (siehe oben)



Als Ruheständler
brauche ich doch
keine Gewerkschaft ...



... oder vielleicht doch?

Zehn gute Gründe, warum Sie auch
im Ruhestand DPVKOM-Mitglied sein
sollten!

DPVKOM
DIE FACHGEWERKSCHAFT

Zehn gute Gründe, warum Sie auch
im Ruhestand DPVKOM-Mitglied
sein sollten!

- ✓ Rechtsschutz und Beratung zum Thema Ruhestand
- ✓ Schutz bei Freizeitunfällen und Krankenhaustagegeld
- ✓ Umfassende Informationen durch Broschüren, Faltblätter und Ratgeber
- ✓ DPVKOM Magazin hält auf dem Laufenden
- ✓ Einsatz für eine gute Rente und Versorgung
- ✓ Weiterbildung durch Seminare und Schulungen
- ✓ Geld sparen durch Vergünstigungen
- ✓ Geselligkeit bei Veranstaltungen und Ausflügen
- ✓ Solidarität erfahren und weitergeben
- ✓ Zahlreiche Leistungen zu einem abgesetzten Mitgliedsbeitrag