



WEGBEGLEITER **PFLEGE**

Wissenswertes rund um die Pflege von Angehörigen

55plus

Impressum

Herausgeber:
IG Metall Vorstand
FB Sozialpolitik
Wilhelm-Leuschner-Straße 79
60329 Frankfurt
Telefon: 069 / 6693-0
Telefax: 069 / 6693-2843

Text:
Hans Nakielski, Rolf Winkel, Sozialtext Media, Köln

Redaktion:
Angelika Beier, Henning Groskreutz, Stefanie Janczyk

Fotos:
Werner Krüper

Gestaltung:
Werbeagentur Zimmermann GmbH
Frankfurt am Main
www.zplusz.de

Druck:
Dierichs Druck+Media GmbH & Co. KG, Kassel

2. aktualisierte Auflage, Juli 2020

Alle Inhalte dieses Wegbegleiters wurden sorgfältig recherchiert und formuliert; eine Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit ist dennoch ausgeschlossen.

Vorwort

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

das Thema Pflege erfährt eine wachsende Aufmerksamkeit. Grund dafür sind nicht zuletzt die unübersehbaren Herausforderungen, mit denen sich das Pflegesystem konfrontiert sieht: So wird sich die Zahl der Personen, die auf Pflege angewiesen sind, in den kommenden Jahren deutlich erhöhen. Zweifelsohne stellt dies eine Herausforderung für Staat und Gesellschaft, aber auch für Betroffene und ihre Angehörigen dar.

Die IG Metall engagiert sich im Interesse ihrer Mitglieder auf dem Feld der Gesundheits- und Pflegepolitik. Neben unserem Einsatz für sichere Arbeitsplätze, faire Löhne und gute Arbeit setzen wir uns gerade auch für eine gute soziale Absicherung und Versorgung im Alter, bei Krankheit und nicht zuletzt im Pflegefall ein. Dabei tritt die IG Metall für ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem ein, das im Fall von Krankheit und Pflege eine umfängliche und qualitativ hochwertige Versorgung für alle Menschen unabhängig von Einkommen und Alter bietet.

Die Politik hat mittlerweile mehrere sogenannte Pflegestärkungsgesetze verabschiedet, mit dem Ziel, die Pflegeunterstützung neu auszurichten und zu verbessern. Die IG Metall bewertet die damit eingeleiteten Reformen grundsätzlich als Schritte in die richtige Richtung. Insbesondere werden bei der Pflegebedürftigkeit endlich auch geistige und psychische Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Weitere Schritte müssen aber folgen. Dies betrifft etwa die Frage bedarfsdeckender Leistungen statt steigender Eigenanteile oder die Bürgerversicherung Pflege. Dafür machen wir uns weiterhin stark.

Die IG Metall ist aber nicht »nur« politisch aktiv. Wir unterstützen unsere Mitglieder auch mit Rat und Tat bei der Bewältigung von Alltagsproblemen in der Arbeitswelt und bei weitergehenden Fragen des Lebens. In diesem Kontext will der IG Metall »Wegbegleiter Pflege« einen Beitrag leisten, zentrale Fragen rund um das Thema Pflege zu klären. Seit 2017 änderte sich durch die Pflegestärkungsgesetze Grundlegendes in der Pflegeversicherung. Der »Wegbegleiter Pflege« soll vor allem Angehörigen von Pflegebedürftigen dabei helfen, einen Überblick über zentrale Regelungen, Abläufe, Ansprüche, Rechte aber auch Fallstricke zu gewinnen. Er ist so konzipiert, dass in dem vorliegenden Hauptheft die wesentlichen Fragen zum Thema Pflege angesprochen und beantwortet werden. Darüber hinaus gibt es acht ergänzende »Bausteine«, in denen bestimmte Aspekte vertiefend behandelt werden – etwa das Thema Antragsstellung, das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit oder auch die Frage von Auszeit oder Teilzeit und Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Beschäftigte.

Die Regelungen sind übersichtlich dargestellt und an vielen Stellen mit Beispielen anschaulich erläutert. Zudem werden zahlreiche konkrete Tipps gegeben. Insgesamt bietet der »Wegbegleiter Pflege« damit eine kompakte Orientierungshilfe im komplexen Themenfeld Pflege.

Ich glaube, dass wir damit vielen Kolleginnen und Kollegen und ihren Familienangehörigen einen praktischen Ratgeber zur Verfügung stellen.

Hans-Jürgen Urban

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall



Inhaltsverzeichnis



Auszeit oder Teilzeit für pflegende Angehörige	3
Zehn Tage Freistellung zur (Neu-)Organisation der Pflege	3
Pflege- und Familienpflegezeit – für eine längere Aus- oder Teilzeit	5
Was tun, wenn 24 Monate zur Pflege nicht reichen?	6
Das Recht auf Pflegeberatung	7
Antragstellung und Vorbereitung auf die Begutachtung	8
Das neue Begutachtungsverfahren	9
Widerspruch und Klage	11
Leistungen bei häuslicher Pflege	12
Frei verfügbares Pflegegeld	12
Leistungen von Pflegediensten	13
Verhinderungspflege	14
Kurzzeitpflege	15
Tages- und Nachtpflege	16
Betrag für zusätzliche Entlastungsleistungen	17
Pflege- und technische Hilfsmittel sowie Wohnungsanpassung	18
Soziale Absicherung für Pflegepersonen	19
Leistungen bei stationärer Pflege	20
Weitere Informationen	21

Auszeit oder Teilzeit für pflegende Angehörige

Zehn Tage Freistellung zur (Neu-)Organisation der Pflege

Der Vater hat einen Schlaganfall erlitten und benötigt sofort Pflege. Oder: Die pflegebedürftige Mutter kommt zu Hause nicht mehr zurecht und braucht dringend einen Platz im Pflegeheim. In solchen »akut aufgetretenen Pflegesituationen« muss schnell eine bedarfsgerechte Betreuung organisiert werden. Daher muss jeder Arbeitgeber nahe Angehörige von Pflegebedürftigen, die sich um die Organisation der Pflege kümmern, dafür kurzfristig von der Arbeit freistellen – und zwar für bis zu zehn Arbeitstage.

Wer sind »nahe Angehörige«?

Ehefrauen oder Ehemänner, eheähnliche Partner – auch bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, Eltern, Schwieger-, Groß- und Stiefeltern, Geschwister und deren Ehe- oder Lebenspartner, Kinder und Enkelkinder und einige mehr (siehe Tabelle Seite 6).

Müssen Betroffene bereits pflegebedürftig sein?

Es reicht, wenn sie »voraussichtlich« pflegebedürftig sind. Das muss aber ein Arzt in jedem Fall bescheinigen. Das zehntägige Krisenmanagement dient vor allem dazu, die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten, wozu auch gehören kann, bei der zuständigen Pflegekasse erst einmal einen Antrag auf Anerkennung des Angehörigen als pflegebedürftig zu stellen.

Wie funktioniert die Freistellung?

Die Beschäftigten müssen zunächst unverzüglich ihrem Arbeitgeber mitteilen, dass sie eine kurzzeitige Freistellung nach § 2 Abs. 1 des Pflegezeitgesetzes nehmen wollen und dabei klarstellen, wie viele Tage sie der Arbeit voraussichtlich fernbleiben möchten. Das kann ähnlich wie bei einer Krankmeldung gemacht werden: Beispielsweise wird morgens bei Arbeitsbeginn telefonisch mitgeteilt, dass der Vater einen Schlaganfall erlit-

ten hat und dessen Pflege organisiert werden muss. Der Arbeitgeber kann später eine ärztliche Bescheinigung verlangen, dass die Freistellung erforderlich ist, um die Pflege zu organisieren. Das muss er nicht unbedingt. Die Bescheinigung wird jedoch ohnehin benötigt, um später das Pflegeunterstützungsgeld zu erhalten.

Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

In der Zeit der Freistellung zahlt der Arbeitgeber in der Regel keinen Lohn. Stattdessen besteht Anspruch auf eine Lohnersatzleistung. Sie nennt sich Pflegeunterstützungsgeld und wird bei der Pflegekasse des zu pflegenden Angehörigen beantragt oder beim privaten Versicherungsunternehmen, in dem der pflegebedürftige Angehörige versichert ist. Der Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld muss »unverzüglich« gestellt werden, heißt es im Gesetz.

Welche Unterlagen werden benötigt?

Erforderlich ist ein ärztliches Attest über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen. Der Arzt muss erklären, dass eine Pflegesituation »akut« aufgetreten ist und deshalb dringlich eine bedarfsgerechte Versorgung der pflegebedürftigen Person organisiert werden muss. Der Arzt muss bescheinigen,



wie lange die kurzzeitige Arbeitsverhinderung voraussichtlich dauern wird. Später müssen auch Entgeltbescheinigungen vom Arbeitgeber nachgereicht werden. Dort muss unter anderem eingetragen sein, wie hoch das durch die Freistellung ausgefallene Arbeitsentgelt war und ob in den letzten zwölf Monaten beitragspflichtige Einmalzahlungen – wie etwa Weihnachts- oder Urlaubsgeld – gewährt wurden.

Wie hoch ist das Pflegeunterstützungsgeld?

Wenn Beschäftigte in den zwölf Vormonaten beitragspflichtige Einmalzahlungen – ganz gleich in welcher

Höhe – erhalten haben, beträgt das Pflegeunterstützungsgeld brutto 100 Prozent ihres ausgefallenen Netto-Arbeitsentgelts. In den Fällen, in denen keine beitragspflichtigen Einmalzahlungen gewährt wurden, ersetzt das Pflegeunterstützungsgeld brutto nur 90 Prozent des ausgefallenen Netto-Arbeitsentgelts. Es gibt allerdings eine Obergrenze: Mehr als 109,38 Euro brutto Pflegeunterstützungsgeld pro Tag gibt es 2020 nicht. Das Pflegeunterstützungsgeld wird nicht versteuert, aber die Arbeitnehmer-Beiträge zur Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung gehen davon ab.



Pflege- und Familienpflegezeit – für eine längere Aus- oder Teilzeit

Beschäftigte können für die Betreuung von nahen pflegebedürftigen Angehörigen (ab Pflegegrad 1) auch länger freigestellt werden. Dazu gibt es zwei gesetzliche Instrumente.

Pflegezeit

Danach können Beschäftigte bis zu sechs Monate ganz oder teilweise aus dem Beruf aussteigen, um pflegebedürftige Angehörige zu betreuen. Sie haben also die Wahl zwischen einer Auszeit oder Teilzeit. Einen Rechtsanspruch auf die Pflegezeit haben aber nur diejenigen, die für Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten. Geregelt ist das im Pflegezeitgesetz. Wer die Pflegezeit in Anspruch nehmen will, muss dies spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber mitteilen und erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung erfolgen soll.

Familienpflegezeit

Wenn die sechs Monate aus der Pflegezeit nicht ausreichen, besteht nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes die Möglichkeit einer Arbeitszeitverkürzung auf bis zu 15 Stunden pro Woche. Das gilt – einschließlich der vorherigen Pflegezeit – maximal für bis zu 24 Monate. Einen rechtlichen Anspruch darauf haben nur diejenigen, die für Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten arbeiten. Die Familienpflegezeit muss acht Wochen vor Beginn gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt werden.

Kombination

Pflege- und Familienpflegezeit können kombiniert werden. So können pflegende Angehörige z. B. zunächst die Pflegezeit in Anspruch nehmen und dann – falls erforderlich – die Familienpflegezeit dranhängen. Genauso können sie auch umgekehrt verfahren: Zunächst

nehmen sie – als Teilzeitmodell – die Familienpflege in Anspruch und wenn die Pflege mehr Zeit beansprucht, können sie in eine sechsmonatige Auszeit nach dem Pflegezeitgesetz wechseln. Zusammen dürfen es allerdings nicht mehr als 24 Monate sein.

Darlehen

Anders als bei der zehntägigen Auszeit zur Pflegeorganisation ist bei der Pflege- und Familienpflegezeit keine Lohnersatzleistung vorgesehen. Pflegende Angehörige können aber per Darlehen einen teilweisen Einkommensausgleich erhalten. Das Darlehen muss beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden. Es beträgt maximal die Hälfte des ausgefallenen durchschnittlichen Arbeitsentgelts. Das Darlehen muss ab dem Ende der Freistellungsphase bzw. ab Ende der Darlehenszahlungen ratenweise zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich – und zwar unter anderem beim Bezug von Arbeitslosen- oder Krankengeld oder von Grundsicherungsleistungen (z. B. Hartz IV, Sozialhilfe).

Kündigungsschutz

Wer die Pflege- oder Familienpflegezeit oder die zehn Arbeitstage für die Pflegeorganisation in Anspruch nimmt, darf in dieser Zeit nicht gekündigt werden. Nach Ablauf der Pflegezeiten leben die alten arbeitsvertraglichen Regelungen wieder auf. Es besteht also auch ein Anspruch auf Rückkehr zur vorherigen Arbeitszeit.

Was tun, wenn 24 Monate zur Pflege nicht reichen?

Wenn für die Pflege von Angehörigen eine längere Zeit als 24 Monate benötigt wird, dann können zwischen Beschäftigten und Arbeitgebern auf freiwilliger Basis individuelle Vereinbarungen getroffen werden. Dabei helfen gegebenenfalls die Betriebsräte. Ein Recht auf Verlängerung der gesetzlich vorgesehenen Pflegezeiten hat aber niemand. Es gibt bisher wenige Betriebsvereinbarungen, in denen, zumeist für langjährige Betriebsangehörige, Freistellungs- oder Teilzeitregelungen für die Angehörigen-Pflege vereinbart sind, die über die gesetzlichen Möglichkeiten hinausgehen. Dort wo es sie gibt, wissen die Betriebsräte und Personalabteilungen darüber Bescheid. Neben dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz existieren noch weitere Gesetze, die einen mehr oder

weniger harten Anspruch auf eine Arbeitszeitverkürzung bieten. Dazu zählt das Teilzeit- und Befristungsgesetz. Danach kann zum Beispiel jeder, der mehr als sechs Monate in einem Unternehmen mit mehr als 15 Arbeitnehmern beschäftigt ist, eine Verkürzung der Arbeitszeit verlangen. Wenn betriebliche Gründe dem entgegenstehen, darf der Arbeitgeber die beantragte Teilzeit allerdings ablehnen.

Mehr zur Auszeit oder Teilzeit und dem Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Baustein 1



Instrumente zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von Angehörigen			
	Kurzzeitige pflegebedingte Arbeitsverhinderung	Pflegezeit (nach dem Pflegezeitgesetz)	Familienpflegezeit (nach dem Familienpflegezeitgesetz)
Ankündigungsfrist	keine	zehn Arbeitstage	acht Wochen
Gilt für welche Arbeitgeber?	alle Arbeitgeber	Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten	Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten (Auszubildende zählen dabei nicht mit)
Gilt für welche Arbeitnehmer?	alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, auch befristet Beschäftigte und Minijobberinnen und -jobber		
Gilt für welche Angehörigen?	Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Stiefeltern, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Partner, homosexuelle Partner, auch wenn keine eingetragene Lebenspartnerschaft besteht		
Gilt für welche Grade von Pflegebedürftigkeit?	»voraussichtliche Pflegebedürftigkeit (nach ärztlicher Bescheinigung)«	ab Pflegegrad 1	
Dauer	bis zu zehn Arbeitstage	bis zu sechs Monate	bis zu 24 Monate (einschließlich der Pflegezeit)
Arbeitszeit	Auszeit vom Job	wahlweise Auszeit oder Teilzeit	Nur Teilzeit mit mindestens 15 Wochenarbeitsstunden
Finanzieller Ausgleich	ja, Pflegeunterstützungsgeld	rückzahlbares zinsloses Darlehen, durch das die Einkommensminderung teilweise ausgeglichen wird	
Kündigungsschutz	ja, von der Ankündigung bis zur Beendigung der Arbeitsverhinderung	ja, von der Ankündigung bis zur Beendigung der Pflegezeit	ja, von der Ankündigung bis zur Beendigung der Familienpflegezeit

Das Recht auf Pflegeberatung

Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen denen, die erstmals Leistungen beantragen, **innerhalb von zwei Wochen** einen Beratungstermin unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten. Sind sie dazu nicht in der Lage, dann müssen sie einen Beratungsgutschein für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister aushändigen.

Die Beratung ist kostenlos und erfolgt durch Pflegeberaterinnen und -berater, die sich in der Pflege und im Sozialrecht auskennen. In mehr als 130 Orten haben die Kassen gemeinsame Pflegestützpunkte eingerichtet, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beraten und auch bei der Organisation der Pflege behilflich sind (z. B. bei der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen oder Einkaufsservice). Die Kassen informieren, wo sich der nächste Pflegestützpunkt befindet. Vielfach beteiligen sich neben den gesetzlichen Kassen auch die Kommunen und private Krankenversicherungsgesellschaften an den Stützpunkten. Privatversicherte sollten jedoch klären, ob ihr Versicherer eine Vereinbarung hat, die den Umfang, den Beratungsinhalt und die Vergütung der Beratung regelt.

Die Pflegeberater kommen auch nach Hause. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn jemand weiterhin in den eigenen vier Wänden betreut werden soll. Dann kann auch gleich geklärt werden, ob die Wohnung für die Pflege geeignet oder ob eine pflegerechte Anpassung der Räume erforderlich ist (siehe Seite 18).

Zahlreiche Internet-Portale helfen bei der Suche nach Beratungsstellen, Pflegediensten und Pflegeheimen und bieten teilweise auch weitergehende Unterstützung (siehe Seite 21).



Antragstellung und Vorbereitung auf die Begutachtung

Wer pflegebedürftig ist und Leistungen der Pflegeversicherung erhalten will, muss dazu bei seiner gesetzlichen Krankenkasse, die auch als Pflegekasse tätig ist, einen Antrag stellen.

Wie stelle ich einen Antrag?

Es reicht zunächst ein einfaches Schreiben mit der Erklärung: »Hiermit beantrage ich ab sofort Leistungen der Pflegeversicherung«. Dazu müssen die Adresse, die Versichertennummer bei der Kranken- und Pflegekasse, das Datum und die Unterschrift ergänzt werden. Der Antrag kann auch telefonisch gestellt werden – dies führt im Streitfall unter Umständen jedoch zu Beweisschwierigkeiten.

Die Kassen schicken dann umgehend einen »Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung« zu. Darin wird nach der Art der beantragten Leistung gefragt (etwa: Pflegegeld oder Pflegesachleistung). Durch das Ankreuzen bestimmter Leistungen legen sich die Antragstellerinnen oder Antragsteller noch nicht fest. Gefragt wird auch nach dem Hausarzt und weiteren behandelnden Ärzten. Diese sollten unbedingt angegeben werden. Ebenfalls sollte eingewilligt werden, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Unterlagen über Vorerkrankungen eingeholt und diese in die Begutachtung einbezogen werden dürfen. Sonst könnte sich die Bearbeitung des Antrags verzögern oder entscheidende Fakten könnten nicht berücksichtigt werden.

Was passiert, wenn der Antrag gestellt wurde?

Dann beauftragt die gesetzliche Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung. Die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung beauftragen die eigens dafür gegründete MEDICPROOF GmbH. Die Gutachterinnen oder Gutachter vereinbaren dann einen Besuchstermin – in der Regel in

der Wohnung der Antragstellerinnen oder Antragsteller, die Pflege benötigen.

Wie kann die Begutachtung vorbereitet werden?

Pflegende Angehörige sollten mindestens über 14 Tage ein Pflegetagebuch führen. Vordrucke für solche Tagebücher gibt es kostenlos bei den Pflegekassen. Darin sollten alle notwendigen Hilfeleistungen für den Menschen mit Pflegebedarf – nicht nur Pflege-, sondern auch Betreuungsleistungen (z. B. Begleitung bei Spaziergängen, Vorlesen) – und Hilfen im Haushalt detailliert festgehalten werden. Das ausgefüllte Tagebuch sollte dann zusammen mit allen wichtigen medizinischen Dokumenten (z. B. Arztberichten, Medikamentenplänen, Entlassungsberichten aus Kliniken) bei der Begutachtung übergeben werden.

Können Angehörige der Pflegebedürftigen bei der Begutachtung dabei sein?

Ja. Das ist sogar sehr hilfreich. Denn eine Reihe von Sachverhalten, die für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend sind, können von den Gutachtern gar nicht selbst erhoben werden. Dies gilt insbesondere, wenn Menschen Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung, beim Lernen oder Erinnern haben. Außerdem müssen die Gutachter auch beurteilen, wie viele Stunden pflegende Angehörige wöchentlich mit der Betreuung und Pflege beschäftigt sind. Das ist wichtig, wenn die Pflegepersonen Leistungen zur sozialen Absicherung bekommen wollen (siehe Seite 19).

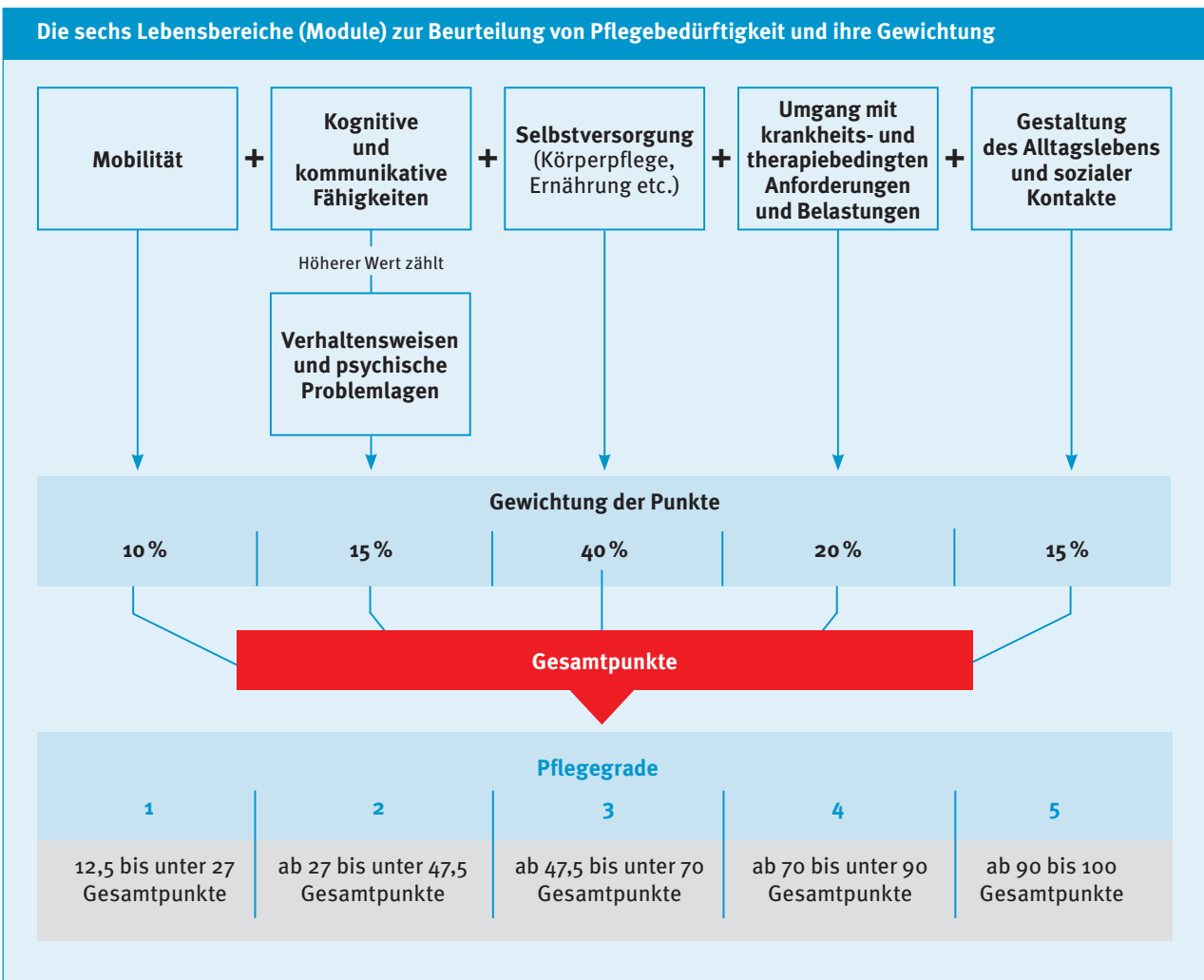


Mehr zur Antragstellung und Vorbereitung auf die Begutachtung im Baustein 2

Das neue Begutachtungsverfahren

Ab 2017 gibt es ein neues Verfahren, mit dem festgestellt wird, ob und in welchem Ausmaß Pflegebedürftigkeit vorliegt. Es gibt fünf Pflegegrade. Je höher der Grad der Pflegebedürftigkeit ist, desto mehr Leistungen werden von der Pflegekasse gewährt. Anders als bisher spielt bei der Begutachtung die für die Pflege benötigte Zeit keine Rolle mehr. Vielmehr steht nun die »Selbstständigkeit« bei der Alltagsbewältigung im Zentrum. Entscheidend ist, ob und inwieweit die Fähigkeit eines Menschen, eine Handlung allein, also ohne

Unterstützung durch andere Personen durchzuführen, beeinträchtigt ist. Es geht nur darum, was ein Mensch noch bewältigen kann und was nicht. Zudem werden im Unterschied zu früher nun auch psychische Störungen und Beeinträchtigungen von geistigen Fähigkeiten und Wahrnehmungen berücksichtigt (kognitive Probleme). Wenn etwa ein Demenzkranker beim Essen zwar eigentlich Gabel und Löffel zum Mund führen, kauen und schlucken kann, dies aber praktisch oft nicht tut, sondern dafür eine besondere Anleitung



braucht, dann kann er nach den Begutachtungsrichtlinien nur noch »überwiegend unselbstständig« essen. Dies wird in der Begutachtung entsprechend berücksichtigt.

Ausschlaggebend für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind sechs Lebensbereiche – sogenannte Module. Die Module werden unterschiedlich gewichtet. Welches Gewicht der jeweilige Bereich hat, wird durch die Prozentwerte im Schaubild auf Seite 9 angegeben. Zunächst werden in jedem der sechs Module die Selbstständigkeit und (noch) vorhandene Fähigkeiten nach bestimmten Kriterien überprüft. Im Modul »Mobilität« wird etwa danach gefragt, inwieweit fünf bestimmte Aktivitäten – z. B. das »Umsetzen« von einem Sessel auf einen (Roll-)Stuhl oder »Treppensteigen« – selbstständig bewältigt werden können. Je nachdem, ob dies »selbstständig«, »überwiegend selbstständig«, »überwiegend unselbstständig« oder »unselbstständig« erfolgt, werden hier 0 bis 3 Punkte vergeben. Damit können in diesem Modul maximal 15 Punkte zusammenkommen.

Beispiel

Elsa Refrath (79) kann die Treppe im Haus noch mit Hilfe des Treppengeländers bewältigen. Da sie hierbei allerdings bereits gestürzt ist, muss ihre Tochter sie dabei immer begleiten, um bei einem drohenden Sturz eingreifen zu können. Damit gilt sie beim Treppensteigen nicht als »selbstständig« sondern nur als »überwiegend selbstständig«, was bei diesem Kriterium einen Punkt bringt. Da sich Elsa Refrath auch beim Umsetzen unsicher ist, muss ihre Tochter sie auch hierbei in der Regel beaufsichtigen, so dass sie hier einen Punkt erhält und somit insgesamt auf zwei Punkte im Modul »Mobilität« kommt. Dies ergibt 2,5 gewichtete Punkte für die spätere Gesamtwertung.

In einem nächsten Schritt werden die in einem Modul erreichten Punkte dann aber noch einmal entsprechend der Prozentwerte im Schaubild gewichtet. Im Bereich Mobilität werden damit insgesamt nur maximal zehn gewichtete Punkte vergeben.

Ähnlich wie bei »Mobilität« werden auch in den anderen Modulen Punkte vergeben und gewichtet.

Gesamtpunktzahl bestimmt den Pflegegrad

Die für jedes Modul ermittelten gewichteten Punkte werden zusammengezählt und bilden die Gesamtzahl anhand derer der Pflegegrad bestimmt wird. Insgesamt können bei Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in allen Modulen maximal 100 gewichtete Punkte vergeben werden. Ab 12,5 Gesamtpunkten liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vor (Pflegegrad 1).

Bestandsschutz für »Altfälle«

Die neue Begutachtung mit einer Einstufung in einen der fünf neuen Pflegegrade gibt es zunächst nur für »Neufälle« – also für diejenigen, die ab 2017 eine Anerkennung von Pflegebedürftigkeit beantragen. Wer nach den alten, bis Ende 2016 geltenden Regeln bereits als pflegebedürftig anerkannt war, wurde zum Jahr 2017 automatisch einem der neuen Pflegegrade zugeordnet – ohne neue Begutachtung. In wenigen Fällen sind die Leistungen ab 2017 gegenüber denen in 2016 schlechter. Doch für Betroffene gibt es einen Bestandsschutz. Niemand darf durch die Umstellung zum Jahreswechsel 2016/2017 schlechter gestellt werden. Das bestimmt § 141 Sozialgesetzbuch (SGB) XI (Pflegeversicherungsgesetz).



**Mehr zum neuen Begutachtungsverfahren
im Baustein 3**

Widerspruch und Klage

Wer mit einer Entscheidung der Pflegekasse – etwa der Ablehnung von Pflegeleistungen – nicht einverstanden ist, kann Widerspruch einlegen. Dieser muss nicht begründet werden. Eine gute Begründung verspricht aber mehr Aussicht auf Erfolg. Es ist hilfreich, sich Rat zu holen: Medizinisch-pflegerische Beratung gibt es etwa bei einer Pflegefachkraft oder einem Arzt. IG Metall-Mitglieder bekommen juristische Beratung bei ihrer Geschäftsstelle der IG Metall.

Wenn Betroffene noch Zeit brauchen, um sich sachkundig zu machen, sollten sie trotzdem zeitig vorsorglich Widerspruch einlegen. Die Begründung dafür können sie nachreichen. Denn der Widerspruch muss fristgerecht erfolgen. Die Frist beträgt einen Monat ab Bekanntgabe des Bescheides. Wer z. B. den Bescheid von der Kasse am 8. Mai bekam, muss seinen Widerspruch spätestens am 8. Juni bei der Kasse zugestellt haben.

Nur wenn auf dem Bescheid keine oder keine wirksame Rechtsbehelfsbelehrung erfolgt, beträgt die Frist ein Jahr ab Bekanntgabe.

Das sollte das Widerspruchsschreiben enthalten:

- Name und Anschrift des bzw. der Versicherten,
- Versichertennummer bei der Kasse,
- Adresse der Pflegekasse,
- Betreff: »Widerspruch« und Datum des Bescheids, gegen den Widerspruch eingelegt wird,
- gegebenenfalls eine Begründung,
- Ort, Datum, Unterschrift.

Über den Widerspruch entscheidet letztlich ein Widerspruchsausschuss der Kasse. Das ist ein Gremium der sozialen Selbstverwaltung, dem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber angehören. Widersprüche können erfolgreich oder erfolglos sein. Es kann aber auch sein, dass erneute Prüfungen eingeleitet werden. So kann es zum Beispiel im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zu einer erneuten Begutachtung kommen.

IG Metall mit Einfluss in der Selbstverwaltung
Die IG Metall ist in den Gremien der Kranken- und Pflegekassen aktiv. Metallerinnen und Metaller engagieren sich im Verwaltungsrat der Kasse z. B. für gute Beratung und bedarfsgerechte Lösungen im Pflegefall. Im Widerspruchsausschuss stehen sie auf der Seite der Versicherten.

Klage vor dem Sozialgericht

Wird der Widerspruch abgelehnt, besteht die Möglichkeit zur Klage vor dem Sozialgericht. Dazu bleibt ab Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides ein Monat Zeit. Sofern keine oder keine wirksame Rechtsbehelfsbelehrung erfolgte, beträgt die Frist ein Jahr. Juristische Unterstützung kann sinnvoll sein.

Das Verfahren vor den Sozialgerichten ist gerichtskostenfrei. Die Kosten eines Rechtsanwalts müssen die Parteien aber selber tragen. Das Gericht kann die Kosten nach den gesetzlich festgelegten Grundsätzen jedoch auch der gegnerischen Partei ganz oder teilweise auferlegen. Kläger mit niedrigen Einkommen können beim Gericht Prozesskostenhilfe beantragen. Wird diese bewilligt, dient sie zur Abdeckung der Anwaltskosten.

Vorteil für Mitglieder der IG Metall: Der gewerkschaftliche Rechtsschutz wird von Juristinnen und Juristen der DGB Rechtsschutz GmbH durchgeführt und ist ohne Zusatzkosten in der Mitgliedschaft enthalten.

Rechtsschutz für IG Metall-Mitglieder
Mitglieder der IG Metall können für Streitigkeiten mit der Pflegeversicherung kostenlos Rechtsschutz bei den Geschäftsstellen der IG Metall bekommen.
www.igmetall.de → IG Metall → Vor Ort

Leistungen bei häuslicher Pflege

Frei verfügbares Pflegegeld

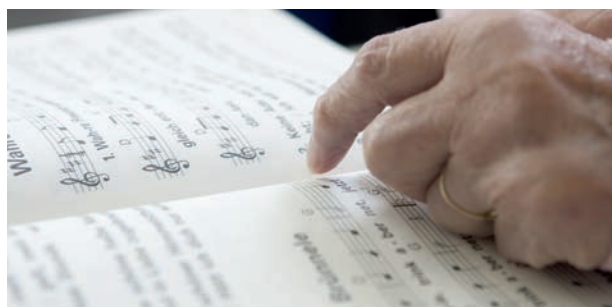
Die bei der Pflegeversicherung am häufigsten in Anspruch genommene Leistung ist das Pflegegeld. Vollen Anspruch hierauf haben Pflegebedürftige, die von Angehörigen, Nachbarn oder Freunden gepflegt werden und nicht in einem Pflegeheim leben. Das Pflegegeld wird abgestuft nach dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit gezahlt und beträgt zwischen 316 Euro und 901 Euro im Monat. Für Menschen, die nur geringe Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit haben und deshalb in Pflegegrad 1 eingestuft sind, gibt es kein frei verfügbares Pflegegeld. Sie bekommen aber den »Entlastungsbetrag« von 125 Euro im Monat (siehe Seite 17). Das Pflegegeld wird auf das Konto der Pflegebedürftigen überwiesen. Sie können hierüber frei verfügen, es zum Beispiel an Angehörige weitergeben, die sie versorgen.

Monatliches Pflegegeld bei häuslicher Pflege (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	316
Pflegegrad 3	545
Pflegegrad 4	728
Pflegegrad 5	901

Pflicht zur regelmäßigen Beratung

Wer Pflegegeld bezieht, nimmt in aller Regel Laienpflege von Angehörigen in Anspruch. Um sicherzustellen, dass diese nicht zu einer Fehlversorgung führt, müssen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die Pflegegeld beziehen, eine regelmäßige Beratung durch Fachkräfte nachweisen. Die Beratung erfolgt bei der pflegebedürftigen Person zu Hause.

In Pflegegrad 2 und 3 ist eine solche Beratung halbjährlich vorzunehmen, in Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Wer in Pflegegrad 1 eingestuft ist, muss zwar keine Beratung nachweisen, hat aber gegenüber der Pflege-



kasse einen Anspruch darauf. Die Kosten der Beratung trägt die Kasse.

Wenn die Beratung nicht vorgenommen wird, kann die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen oder sogar ganz streichen. Die Beratung sollte immer genutzt werden. Nicht nur, um eventuelle Sanktionen zu vermeiden, sondern auch weil dabei oft wichtige Hilfen und Tipps im Umgang mit der Pflege gegeben werden.

Pflegegeld ist steuerfrei

Das Pflegegeld ist keine steuerpflichtige Einnahme. Darauf werden keine Sozialversicherungsbeiträge erhoben. Geben Pflegebedürftige das Geld an eine Person, die sie pflegt weiter, muss diese den Betrag weder versteuern noch Beiträge zur Sozialversicherung zahlen. Wenn die pflegende Person beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert ist, bleibt sie das auch, wenn sie das Pflegegeld bekommt.

Achtung: Zahlen Pflegebedürftige mehr als das Pflegegeld an pflegende Angehörige, so gilt der übersteigende Teil für die Empfängerinnen und Empfänger als steuer- und sozialversicherungspflichtige Leistung.



Mehr zum Pflegegeld im **Baustein 4**

Leistungen von Pflegediensten

Pflegebedürftige, die zu Hause leben, haben das Recht, auf Kosten ihrer Pflegekasse Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Das dafür zur Verfügung stehende Geld richtet sich nach den jeweiligen Pflegegraden. Es wird nicht ausgezahlt, sondern steht als Budget für Dienstleistungen von Pflegekräften zur Verfügung. Der Gesetzgeber spricht hier von »Pflegesachleistungen«.

Die Pflegedienste haben einen sogenannten Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen. Die Bezahlung erfolgt nach einem vereinbarten Vergütungssystem für die einzelnen Leistungen (wie etwa Körperpflege). Neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung können die Dienste auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen anbieten und von den Kassen bezahlt bekommen. Dazu zählen z. B. »Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen« und »Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags«.

Monatlicher Betrag für Leistungen von ambulanten Pflegediensten (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689
Pflegegrad 3	1.298
Pflegegrad 4	1.612
Pflegegrad 5	1.995

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse. Soweit die Leistungen eines Pflegedienstes das von der Pflegekasse vorgegebene Budget überschreiten, wird der zusätzliche Betrag der oder dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt.

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Geld- und Sachleistungen für Pflegedienste können miteinander kombiniert werden. Man spricht dann von Kombinationsleistungen. Ausgehend vom Umfang der in Anspruch genommenen professionellen Pflegeleistungen wird das Pflegegeld um den prozentualen Anteil gekürzt, der beim Etat für die Profi-Pflege nicht in Anspruch genommen wird.

Beispiel

Emmi Meier (86) ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Somit beträgt ihr monatliches Pflegegeld maximal 545 Euro und die maximale häusliche Sachleistung 1.298 Euro. Sie nimmt aber nur für 649 Euro im Monat Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch. Demnach ruft sie nur die Hälfte des dafür zur Verfügung stehenden Etats ab. Somit sind nur 50 Prozent der Sachleistungen verbraucht. Deshalb können noch 50 Prozent des Pflegegelds beansprucht werden. Sie erhält deshalb zusätzlich 272,50 Euro Pflegegeld neben den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes.

Mehr zu den Themen Entlastungsbetrag, Pflegemittel, Wohnungsanpassung und zu technischen Hilfsmitteln im **Baustein 6**



Mehr zu den Pflegedienstleistungen im **Baustein 4**



Verhinderungspflege

Wenn pflegende Angehörige – sei es wegen Krankheit, Urlaub oder eines allwöchentlichen Kegelabends – die Pflege nicht übernehmen können, zahlt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege, und zwar für insgesamt bis zu sechs Wochen im Jahr. Das nennt sich »Verhinderungspflege« oder »Ersatzpflege«. Sie steht Pflegebedürftigen zu, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind. Wer nur Pflegegrad 1 zuerkannt bekommen hat, hat kein Anrecht auf die Bezahlung einer Ersatzpflegekraft.

Voraussetzung für die Gewährung der Verhinderungspflege ist, dass die jeweiligen Pflegepersonen die Pflege in der häuslichen Umgebung mindestens sechs Monate lang ausgeübt haben. Es ist weder notwendig, dass in diesen sechs Monaten bereits (mindestens) Pflegegrad 2 bestand, noch dass die jeweiligen Pflegenden die Betreuung allein übernommen haben.

Wie viel wird für Verhinderungspflege gezahlt?

Es gibt in der Regel höchstens 1.612 Euro im Kalenderjahr. Die Leistung ist für die Pflegegrade 2 bis 5 gleich hoch. Zusätzlich können aber nicht ausgeschöpfte Leistungen der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege übertragen werden. Der Etat für die Kurzzeitpflege (ebenfalls maximal 1.612 Euro pro Jahr) ist dabei maximal zur Hälfte auf die Verhinderungspflege übertragbar. Es sind hiervon noch maximal 806 Euro für die Verhinderungspflege nutzbar. Der mögliche Rahmen für die Verhinderungspflege steigt damit auf maximal 2.418 Euro (1.612 Euro + 806 Euro).

Wer kann die Verhinderungspflege erbringen?

Pflegedienste, Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, Pflegeheime oder Personen, die den Pflegebedürftigen nahestehen. Auch Bekannte, Nachbarn oder Angehörige der Pflegebedürftigen können also in der Zeit, in der die standardmäßigen Pflegepersonen

verhindert sind, die Betreuung übernehmen und dafür Geldleistungen erhalten.

Gibt es Sonderregelungen für Angehörige?

Übernehmen Ersatzpersonen die Pflege, die mit den jeweiligen Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, gelten andere finanzielle Obergrenzen: In diesen Fällen zahlt die Pflegeversicherung in der Zeit der Ersatzpflege so viel, wie normalerweise als Pflegegeld gezahlt würde (siehe Seite 12). Betroffen hiervon sind neben Ehepartnern die eigenen Kinder und Eltern, die Geschwister sowie die Großeltern und Enkel. Wenn sie allerdings wegen der Ersatzpflege einen Verdienstausschlag oder hohe Fahrtkosten haben, können sie diese Mindereinnahmen oder Mehrausgaben geltend machen und höhere Leistungen erhalten – bis maximal zu den oben genannten Grenzen (1.612 Euro bzw. 2.418 Euro). Der Verdienstausschlag muss aber nachgewiesen werden – etwa durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers.

Wie funktioniert das Abrechnungsverfahren?

Die Verhinderungspflege muss vorher nicht beantragt werden. Das geht bei sehr kurzfristigen Verhinderungen auch nicht. Die Rechnung oder Quittung der Ersatzpflegekraft gilt als Antrag auf Übernahme der Kosten. Diese wird bei der Pflegekasse zur Erstattung eingereicht.

Wird das Pflegegeld weitergezahlt?

Das ansonsten von der Kasse gezahlte Pflegegeld bleibt in der Zeit der Verhinderungspflege teilweise erhalten. Es wird bis zu sechs Wochen lang zur Hälfte weitergezahlt. Fällt die reguläre Pflegeperson für weniger als acht Stunden am Tag aus und wird während dieser Zeit die Verhinderungspflege genutzt, so hat dies keinerlei Auswirkungen auf die Zahlung des Pflegegelds.

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege nicht oder nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf eine sogenannte Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung. Die Kurzzeitpflege ist auf maximal acht Kalenderwochen im Jahr begrenzt. Auch sie kann nur beanspruchen, wer mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Leistung ist in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hoch.

Wie viel wird für Kurzzeitpflege gezahlt?

Im Regelfall werden pflegebedingte Aufwendungen bis zur Höhe von 1.612 Euro im Kalenderjahr übernommen. Wer allerdings im Kalenderjahr keine Verhinderungspflege in Anspruch nimmt oder den Anspruch hierauf nicht voll ausschöpft (maximal sind das ebenfalls 1.612 Euro), hat bei der Kurzzeitpflege höhere Ansprüche. Die Kurzzeitpflege kann um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege erhöht werden. Damit kann es unterm Strich maximal Leistungen von 3.224 Euro (1.612 Euro + 1.612 Euro) für die Kurzzeitpflege geben.

Wird auch hier Pflegegeld weitergezahlt?

In der Zeit der Kurzzeitpflege bleibt gezahltes Pflegegeld (siehe Seite 12) teilweise erhalten. Es wird bis zu acht Wochen lang zur Hälfte weitergezahlt.

Worin unterscheiden sich die Kurzzeit- und Verhinderungspflege?

Beide sind ähnlich und können auch nacheinander in Anspruch genommen werden. Entscheidende Unterschiede zwischen beiden Leistungen:

- Eine »Vorpflegezeit« ist für die Kurzzeitpflege – anders als für die Verhinderungspflege – keine Voraussetzung. Auf die Kurzzeitpflege besteht somit auch ein Anspruch, wenn jemand erst gerade – etwa durch einen Oberschenkelhalsbruch – pflegebedürftig geworden ist. Dann kann direkt aus dem Krankenhaus ein Wechsel in eine Kurzzeitpflege-Einrichtung erfolgen.
- Kurzzeitpflege findet nur in stationären Einrichtungen statt, während die Verhinderungspflege im häuslichen Umfeld erfolgt.



Tages- und Nachtpflege

Bei der Tagespflege geht es um die zeitweise Betreuung von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung. Ein Pflegebedürftiger kann z. B. morgens um 7:30 Uhr zu einer von ihm gewählten Tagespflege-Einrichtung gebracht werden. Dort verbringt er – mit anderen Pflegebedürftigen und betreut durch Fachpersonal – den Tag und wird um 16 Uhr wieder abgeholt. Das Angebot kann tageweise gebucht werden und stellt für pflegende Angehörige eine enorme Entlastung dar. Insbesondere dann, wenn es um die Betreuung demenzkranker Familienangehöriger geht.

Gerade in solchen Fällen kann die bislang kaum angebotene und wenig nachgefragte »Nachtpflege« sinnvoll sein. Hier werden Pflegebedürftige nicht tagsüber, sondern nachts betreut. Das ist besonders für diejenigen sinnvoll, die nachts sehr unruhig sind und kaum schlafen.

Für die Tages- und Nachtpflege stellt die Pflegeversicherung einen monatlichen Etat zur Verfügung. Die Höhe richtet sich nach den jeweiligen Pflegegraden. Auch hier gilt: Pflegebedürftige mit dem niedrigsten Pflegegrad 1 erhalten keine Leistungen der Tages- und Nachtpflege.

Monatliche Sachleistung für Tages- und Nachtpflege (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689
Pflegegrad 3	1.298
Pflegegrad 4	1.612
Pflegegrad 5	1.995

Die Pflegekasse übernimmt bei der Tages- und Nachtpflege die Kosten für die soziale Betreuung und die Pflege. Wenn der Betrag beim jeweiligen Pflegegrad dafür ausreicht, dann werden davon auch die Kosten der morgendlichen und abendlichen Hol- und Bring-Dienste übernommen. Die Kosten für die Verpflegung und die



sogenannten Unterkunftskosten müssen die Pflegebedürftigen selbst bezahlen.

Wichtig: Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden nicht mit dem Pflegegeld oder den Pflegesachleistungen verrechnet. Das Budget für die Tages- und Nachtpflege steht zu Hause lebenden Pflegebedürftigen also zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung zu.

Beispiel

Egon Oberleitner ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Er schöpft seinen Etat für die Tages- und Nachtpflege (1.298 Euro) voll aus. Daneben kann er noch die ihm zustehenden ambulanten Pflegedienstleistungen (für ebenfalls maximal 1.298 Euro) vollständig in Anspruch nehmen oder alternativ dazu das Pflegegeld (maximal 545 Euro) in voller Höhe erhalten. Natürlich ist auch eine Kombination von Pflegedienstleistungen und anteiligem Pflegegeld möglich.

Mehr zur **Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege im Baustein 5**



Betrag für zusätzliche Entlastungsleistungen

Allen zu Hause betreuten Pflegebedürftigen steht ein Etat für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu. Dieser »Entlastungsbetrag« gilt bereits ab Pflegegrad 1. Er beträgt einheitlich 125 Euro im Monat.

Wozu dient der Entlastungsbetrag?

Er soll Pflegepersonen Möglichkeiten zur Entlastung eröffnen und Pflegebedürftigen bei der selbstständigen Gestaltung ihres Alltags helfen. Er ist zweckgebunden und kann genutzt werden für Leistungen der

- Tages- und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- (niederschweligen) Unterstützung im Alltag – sofern die entsprechenden Angebote nach dem Landesrecht anerkannt sind (dazu zählen auch Leistungen von ehrenamtlichen Helferinnen),
- ambulanten Pflegedienste.

Welche Leistungserbringer und Angebote vor Ort verfügbar sind, kann bei der Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt vor Ort erfragt werden (siehe Seite 7).

Können Grundpflegeleistungen mit dem Entlastungsbetrag eingekauft werden?

Das kommt auf den Pflegegrad an. Personen, die in Pflegegrad 1 eingestuft sind, können mit dem Entlastungsbetrag von 125 Euro pro Monat alle oben genannten Leistungen einkaufen – auch klassische Leistungen zur Grundpflege von ambulanten Diensten, die ihnen ansonsten gar nicht zustehen.

Für Personen mit den Pflegegraden 2 bis 5 gilt das nicht. Der Entlastungsbetrag steht ihnen nur für Betreuungsleistungen (z. B. für Begleitung bei Spaziergängen, Vorlesen) und die hauswirtschaftliche Versorgung über Pflegedienste zur Verfügung. Er dient hier also der Ergänzung »klassischer« Pflegeleistungen. Letztere sind bereits durch den Etat für Pflegesachleistungen abgedeckt.

Wie wird abgerechnet?

Der Entlastungsbetrag wird den Pflegebedürftigen nicht ausgezahlt, vielmehr müssen sie bei ihrer Pflegekasse oder ihrem privaten Versicherungsunternehmen aussagefähige Rechnungen oder Quittungen der jeweiligen Erbringer der Dienstleistungen vorlegen. Diese werden ihnen dann im Rahmen des Etats von 125 Euro monatlich erstattet.

Kann der Entlastungsbetrag angespart werden?

Die 125 Euro müssen nicht jeden Monat genutzt werden. Sie können zum Beispiel im Laufe eines Jahres angespart und erst am Jahresende voll in Anspruch genommen werden. Es ist so möglich, im Dezember auf einen Schlag Leistungen im Wert von 1.500 Euro (12 x 125 Euro) zu nutzen.

Wichtig: Leistungen, die innerhalb eines Kalenderjahres nicht abgerufen wurden, können in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Spätestens bis Ende Juni des Folgejahres müssen die nicht in Anspruch genommenen Entlastungsbeträge jedoch genutzt werden. Ein »Ansparen« über mehrere Jahre ist nicht möglich.



Pflege- und technische Hilfsmittel sowie Wohnungsanpassungsmaßnahmen

Die Pflegekasse soll durch Hilfsmittel die Pflege erleichtern und den Betroffenen zu mehr Selbstständigkeit verhelfen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder Pflegefachkräfte geben entsprechende Empfehlungen an die Pflegekasse. Ein Antrag auf Kostenübernahme der Mittel kann mündlich oder schriftlich gestellt werden. Auch bei geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) besteht ein Rechtsanspruch auf die Finanzierung von Pflegehilfsmitteln durch die Pflegekasse.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Dazu gehören alle Produkte, die im Rahmen der Pflege eingesetzt und verbraucht werden. Das können u. a. Desinfektionsmittel, Einmal-Handschuhe oder Bettelagen sein. Die Pflegekasse übernimmt für solche zum Verbrauch bestimmten Artikel pro Monat maximal 40 Euro. Sie hat ein Hilfsmittelverzeichnis mit Produkten, die infrage kommen.

Technische Pflegehilfsmittel

Darüber hinaus gibt es sogenannte technische Pflegehilfsmittel. Auch hierauf besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch (auch bei Pflegegrad 1). Darunter fallen u. a. Rollstühle, Pflegebetten, Notrufsysteme, Badewannenlifter oder Handgriffe, die im Bad oder neben der Toilette eingebaut werden. Für technische Pflegehilfsmittel müssen 10 Prozent der Kosten, maximal aber 25 Euro je Mittel zugezahlt werden. Viele dieser technischen Hilfen werden aber ausgeliehen oder vermietet. In diesem Fall fallen keine Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen an.

Wohnungsanpassungsmaßnahmen

Manchmal können Veränderungen in der Wohnung bewirken, dass die Pflege erleichtert wird oder überhaupt noch zu Hause vorgenommen werden kann. Man spricht

dann von sogenannten Wohnungsanpassungsmaßnahmen. So kann es notwendig sein, die Türen für Rollstühle zu verbreitern oder eine Rampe zu bauen, damit Stufen am Hauseingang überwunden werden können. Im Bad kann vielleicht der Einbau einer bodengleichen (barrierefreien) Dusche ermöglichen, dass Pflegebedürftige (mit Unterstützung) wieder regelmäßig ihren ganzen Körper waschen können.

Für solche »Verbesserungen des individuellen Wohnumfelds« übernehmen die Pflegekassen bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Dabei gelten alle Veränderungen des Wohnraumes, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung erforderlich sind, als eine Maßnahme (im obigen Beispiel also Türverbreiterung, Einbau der Rampe und bodengleichen Dusche). Erst wenn sich die Pflegesituation ändert und eine weitere Wohnungsanpassungsmaßnahme erforderlich wird, kann nochmals ein Zuschuss von bis zu 4.000 Euro gewährt werden.

Auf den Zuschuss haben alle Pflegebedürftigen einen Anspruch – also auch diejenigen mit dem niedrigsten Pflegegrad 1. Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschusses sind:

- die Maßnahme muss auf Dauer angelegt sein und
- sie muss an dem Ort erfolgen, an dem betroffene Pflegebedürftige ihren Lebensmittelpunkt haben.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten sich vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder der betreuenden Pflegefachkraft beraten lassen. Die Pflegekassen beschäftigen für diese Maßnahmen auch spezielle Wohnberaterinnen und -berater.

Mehr zum Entlastungsbetrag, Pflege- und technischen Hilfsmitteln sowie Wohnungsanpassung im **Baustein 6**



Soziale Absicherung für Pflegepersonen

Der Gesetzgeber hat für diejenigen, die Angehörige, Nachbarn oder Freundinnen pflegen, Regelungen zur sozialen Absicherung geschaffen. Wer davon profitieren will, muss sich bei der Pflegekasse der gepflegten Person melden. Diese leitet alles Weitere in die Wege. Die Regelungen zur sozialen Absicherung gelten allerdings nicht für alle Pflegepersonen. Bei der Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung gelten sie zunächst nur für Pflegepersonen, die

- mindestens zehn Stunden in der Woche – verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage – einen Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung pflegen,
- Menschen pflegen, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind,
- die Pflege nicht erwerbsmäßig betreiben.

Unfallversicherung

Wer die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, ist automatisch gesetzlich unfallversichert. Bei einem Unfall während der Pflege- und Betreuungstätigkeit oder auf der direkten Fahrt zur gepflegten Person bestehen deshalb Ansprüche auf alle notwendigen Leistungen der Unfallversicherung (z. B. Behandlung, Rehabilitation, Heilmittel, Umschulung, Rente).

Rentenversicherung

Zusätzlich zu den oben genannten Voraussetzungen gilt, dass die Pflegepersonen höchstens 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sein dürfen. Die Pfl egetätigkeit muss länger als zwei Monate in einem Kalenderjahr regelmäßig ausgeübt werden.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können Pflegenden allein aufgrund von längeren Pflegezeiten einen Anspruch auf eine gesetzliche Altersrente erwerben. Für die Höhe der Rentenansprüche kommt es darauf an,

- in welchen Pflegegrad der oder die Gepflegte eingestuft ist,
- ob die Pflegekasse das volle Pflegegeld oder den vollen Etat für Pflegesachleistungen zahlt oder ob eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen erfolgt,
- ob die Pflege im Westen oder Osten Deutschlands geleistet wird.

Beispiel

Wer in Hamburg eine Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 und ausschließlichem Bezug von Pflegegeld ein Jahr lang betreut, erhöht seine monatliche Rente um 13,86 Euro. Hätte der Gepflegte den Pflegegrad 4, so würde sich die Rente um 22,56 Euro erhöhen (nach den Rentenwerten für das 2. Halbjahr 2020).

Arbeitslosenversicherung

Hier werden Pflegepersonen nur dann versichert, wenn sie unmittelbar vor dem Beginn ihrer Tätigkeit entweder sozialversichert beschäftigt waren oder Versicherungsleistungen von der Bundesagentur für Arbeit bezogen haben. Zudem müssen die oben genannten drei Voraussetzungen erfüllt sein.

Kranken- und Pflegeversicherung

Hier gibt es für privat oder freiwillig krankenversicherte Pflegepersonen, die eine Auszeit nehmen oder ihre Beschäftigung auf einen Mini-Job reduzieren, für höchstens sechs Monate einen Beitragszuschuss (2017: pro Monat zwischen 170 Euro und 190 Euro).

Mehr zur sozialen Absicherung von
Pflegepersonen im **Baustein 7**



Leistungen bei stationärer Pflege

Ein Pflegeheimplatz kostet im Bundesdurchschnitt rund 3.300 Euro im Monat. Dabei gibt es allerdings – je nach Bundesland, Lage und Ausstattung des Heimes – große Unterschiede. Die Kosten für ein Heim setzen sich zusammen aus den

- Pflege- und Betreuungskosten (nur dafür gibt es Zuschüsse der Pflegekassen),
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung,
- Kosten für Investitionen.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und eine Pauschale für die Investitionen (etwa für Renovierung oder Anschaffung von Möbeln) müssen die Heimbewohnerinnen und -bewohner selbst tragen. Die Pflegeversicherung übernimmt nur – nach Pflegegraden gestaffelte – Leistungsbeträge für die Betreuung und Pflege im Heim.

Monatliche Leistungen für vollstationäre Pflege (in Euro)	
Pflegegrad 1	125
Pflegegrad 2	770
Pflegegrad 3	1.262
Pflegegrad 4	1.775
Pflegegrad 5	2.005

Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen in der Regel nicht aus, um die pflegebedingten Kosten in stationären Einrichtungen zu finanzieren. Folglich müssen die Pflegebedürftigen einen Eigenanteil für die Pflegekosten selbst aufbringen.

Seit 2017 gilt: Alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Heimes mit den Pflegegraden 2 bis 5 zahlen denselben Eigenanteil für die Pflege- und Betreuungskosten. Allerdings ist dieser Eigenanteil von Pflegeheim zu Pflegeheim unterschiedlich. Im Bundesdurchschnitt lag der einrichtungseinheitliche Eigenanteil für die Pflege Anfang 2020 bei 731 Euro im Monat. Dazu kamen dann

für die Pflegebedürftigen im Schnitt noch selbst zu zahlende Kosten für die Unterkunft und Verpflegung von 756 Euro und Investitionskosten von 453 Euro. Somit beliefen sich die von ihnen selbst aufzubringenden Kosten für einen Heimplatz im Schnitt auf 1.940 Euro. Dabei gab es aber große regionalen Unterschiede: So lag der gesamte Eigenanteil für einen Heimplatz in Nordrhein-Westfalen Anfang 2020 bei 2.357 Euro im Monat, in Sachsen-Anhalt aber „nur“ bei 1.359 Euro.

Unterstützung vom Sozialamt

Bei vielen Pflegebedürftigen reicht das Einkommen und Vermögen nicht, um die selbst aufzubringenden Kosten für den Heimplatz voll zu finanzieren. Dann müssen zunächst unterhaltspflichtige Ehepartner oder Kinder (bzw. Eltern) von Pflegebedürftigen einspringen. Seit 2020 müssen Kinder (und Eltern) von volljährigen Pflegebedürftigen aber nur dann für ihre Angehörigen aufkommen, wenn sie ein Bruttoeinkommen von mindestens 100.000 Euro im Jahr haben. Dabei zählt aber nur das Einkommen der eigenen Kinder, nicht das der Schwiegerkinder.

Wenn keine Unterhaltspflicht besteht oder der Betrag, der sich aus der Unterhaltspflicht ergibt, nicht reicht, um die Kosten für den Heimplatz zu decken, muss das Sozialamt zahlen. Die „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt gibt es aber nur auf Antrag und nicht rückwirkend. Der Antrag sollte also rechtzeitig gestellt werden.

In der Praxis übernimmt dann oft das Sozialamt zunächst die ausstehenden Kosten und macht dann erst einen möglichen Unterhaltsanspruch der Pflegebedürftigen gegen ihre Angehörigen geltend.

Mehr zu den Leistungen bei stationärer Pflege im Baustein 8



Weitere Informationen

Internet

www.weisse-liste.de/de/pflege

Hier finden sich Checklisten, die Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, worauf sie bei der Auswahl eines passenden Pflegedienstes oder eines richtigen Pflegeheimes achten sollten. Es handelt sich um ein Projekt der Bertelsmann-Stiftung, das von den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen mitgetragen wird.

www.zqp.de/beratung-pflege/#/home

In dieser Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege finden Interessenten Beratungsstellen in ihrer Nähe.

www.pflegen-und-leben.de

Dieses Portal dient zur Unterstützung der Pflegenden. Sie können kostenlos, anonym und datensicher psychologisch gestützte Hilfe und Begleitung bei seelischen Belastungen durch die Pflegesituation bekommen. Das Portal wird von vier gesetzlichen Pflegekassen betrieben.

www.pflegeleistungs-helfer.de

Auf dieser interaktiven Seite des Bundesgesundheitsministeriums können Pflegebedürftige herausfinden, welche Leistungen sie in ihrer persönlichen Situation nutzen können.

www.pflegebegutachtung.de

Auf diesem Portal der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) finden Pflegebedürftige und Angehörige zahlreiche Informationen rund um die neue Begutachtung. Ein umfangreicher Fragen- und Antwortkatalog beantwortet die wichtigsten Fragen. Außerdem gibt es eine Checkliste für den MDK-Besuch.

www.wegweiser-demenz.de

Angehörige von Demenzkranken finden auf dieser Seite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Zugang zu Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen und besonderen Angeboten für Demenzkranke; außerdem können sich Experten, Angehörige und Betroffene in einem Forum austauschen.

Auch die folgenden Webadressen von gesetzlichen Krankenkassen helfen bei der Suche nach Pflegediensten und Pflegeheimen weiter:

www.pflege-navigator.de (der AOKen)

www.bkk-pflegefinder.de (der BKKen)

www.der-pflegekompass.de (der Knappschaft)

www.pflegelotse.de (der Ersatzkassen)

Broschüren

Fast alle Kranken- und Pflegekassen haben Broschüren und Flyer zu den Leistungen der Pflegeversicherung und bieten Pflegetagebücher. Auch das Bundesgesundheitsministerium bietet mehrere Ratgeber zur Pflege, Pflegeversicherung und Demenz. Sie können im Internet **www.bundesgesundheitsministerium.de/service** als Downloads abgerufen oder in gedruckter Form bestellt werden.

Bürgertelefon Pflegeversicherung: 0 30/3 40 60 66-02

Telefonisch bietet das Bundesministerium für Gesundheit eine erste Orientierung zur Pflegeversicherung – auch mit Beratungsangeboten für Gehörlose und Hörgeschädigte.

Das Bürgertelefon ist von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr zu erreichen.

Die Bausteine zum IG Metall Wegbegleiter Pflege



Baustein 1

Auszeit oder Teilzeit
für pflegende Arbeitnehmerinnen
und Arbeitnehmer

Prod.-Nr. 37290-67645



Baustein 5

Leistungen bei häuslicher Pflege II:
Verhinderungs-, Kurzzeit-,
Tages- und Nachtpflege

Prod.-Nr. 37290-67649



Baustein 2

Antragstellung und
Vorbereitung
auf die Begutachtung

Prod.-Nr. 37290-67646



Baustein 6

Leistungen bei häuslicher Pflege III:
Entlastungsbetrag, Pflege-
und technische Hilfsmittel,
Wohnungsanpassung

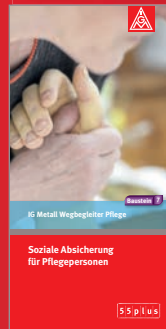
Prod.-Nr. 37290-67650



Baustein 3

Das neue Begutachtungsverfahren:
Wie Pflegebedürftigkeit
festgestellt wird

Prod.-Nr. 37290-67647



Baustein 7

Soziale Absicherung
für Pflegepersonen

Prod.-Nr. 47470-91205



Baustein 4

Leistungen bei häuslicher Pflege I:
Pflegegeld und
Pflegedienstleistungen

Prod.-Nr. 37290-67648



Baustein 8

Leistungen bei
stationärer Pflege

Prod.-Nr. 47471-91206