

wir gemeinsam

Liebe Mitglieder, liebe Freunde und Förderer von „wir pflegen“!

Diesmal schicken wir den Infobrief einen Monat früher, denn das Pflegestärkungsgesetz I tritt schon zum 1. Januar 2015 in Kraft. Und weil die Texte sehr umfangreich sind, hat **wir gemeinsam** dieses Mal vier Seiten - ausnahmsweise!

Mit freundlichen Grüßen Das Redaktionsteam

Änderungen durch das Pflegestärkungsgesetz 1 ab 1. Januar 2015

Durch die beschlossenen Leistungsverbesserungen entstehen Mehrausgaben von 2,4 Milliarden Euro. Deshalb wird zum 1.1.2015 der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von 2,05% auf 2,35% angehoben, das ergibt Mehreinnahmen von insgesamt 3,6 Milliarden Euro. 1,2 Milliarden davon werden in einen Pflegevorsorgefonds gelegt. Er soll ab 2036, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen, notwendige Beitragssteigerungen abfedern.

SACHLEISTUNG PRO MONAT (§ 36, § 123 SGB XI)			PFLEGEGELD PRO MONAT (§ 37, § 123 SGB XI)		
Die Sachleistung (Hilfen durch ambulante Pflegedienste) stehen den Betroffenen nach eigener Auswahl zur Verfügung. Leistungen, die über die genannten Beträge hinausgehen, sind privat zu finanzieren.			Das Pflegegeld kann nur in Anspruch genommen, wenn Privatpersonen die notwendigen Hilfen übernehmen (z.B. Angehörige, Freunde, Lebensgefährten oder ehrenamtlich/freiwillig Tätige).		
Sach- und Geldleistung können auch (wie bisher) kombiniert werden					
Pfl.-Stufe	ohne Demenz	mit Demenz *)	Pfl. Stufe	ohne Demenz	mit Demenz *)
0	0	231 (bisher 225)	0	0	123 (bisher 120)
I	468 (bisher 450)	689 (bisher 665)	I	244 (bisher 235)	316 (bisher 305)
II	1.144 (bisher 1.100)	1.298 (bisher 1.250)	II	458 (bisher 440)	545 (bisher 525)
III	1.612 (bisher 1.550)	gleich	III	728 (bisher 700)	gleich
Härtefall	1.995 (bisher 1.918)	gleich	Härtefall	wie Stufe III	wie Stufe III

*) Personen mit **dauerhaft** erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI (mehrfach Demenz)

TEILSTATIONÄRE LEISTUNGEN (§ 41 SGB XI) der Tages- und Nachtpflege, das heißt zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung			VOLLSTATIONÄRE PFLEGE (§ 43 SGB XI) Komplette Betreuung in einer Pflegeeinrichtung		
Diese Leistungen können neben Pflegegeld / Pflegesachleistung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.			Der Zuschuss für vollstationäre Pflege umfasst die medizinische Versorgung, Pflege, und soziale Betreuung <u>in einer Pflegeeinrichtung</u> . Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten und Zusatzleistungen werden privat berechnet.		
Pfl. Stufe	ohne Demenz	mit Demenz *)	Pfl.-Stufe	ohne Demenz	mit Demenz *)
0	231 (bisher 0)	231 (bisher 0)	0	0	0
I	468 (bisher 450)	689 (bisher 450)	I	1.064 (bisher 1.023)	gleich
II	1.144 (bisher 1.100)	1.298 (bisher 1.100)	II	1.330 (bisher 1.279)	gleich
III	1.612 (bisher 1.550)	gleich	III	1.612 (bisher 1.550)	gleich
Härtefall	wie Stufe III	wie Stufe III	Härtefall	1.995 (bisher 1.918)	gleich

*) Personen mit **dauerhaft** erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI (mehrfach Demenz)

ERSATZPFLEGE BEI VERHINDERUNG EINER PFLEGEPERSON (§ 42 SGB XI)
durch Personen, die keine nahen Angehörigen sind oder in einer stationären Einrichtung

Macht die Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege (im Rahmen des bewilligten Betrages). Verhinderungspflege muss rechtzeitig beantragt werden. Voraussetzung für die Gewährung ist, dass die Pflege-/Hilfebedürftigkeit bereits mindestens 6 Monate andauert.

Leistungen jeweils pro Kalenderjahr	ab 2015	bisher (außer Stufe 0)
Verhinderungspflege für alle Pflegestufen mit und ohne Demenz	1.612 für die Kosten bis zu 6 Wochen	1.550 für die Kosten bis zu 4 Wochen
Kurzzeitpflege für alle Pflegestufen mit und ohne Demenz	1.612 für die Kosten bis zu 8 Wochen	1.550 für die Kosten bis zu 4 Wochen

Die Mittel für Verhinderungs- plus Kurzzeitpflege betragen demnach insgesamt 3.224 € pro Kalenderjahr, sie können - dem eigenen Bedarf entsprechend - kombiniert werden.

Außerdem kann künftig bis zu 50% des Leistungsbetrages für Kurzzeitpflege (das sind 806 €) zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Der für Verhinderungspflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbezug für Kurzzeitpflege angerechnet.

ERSATZPFLEGE BEI VERHINDERUNG EINER PFLEGEPERSON (§ 42 SGB XI)
durch nahe Angehörige (Eltern, Kinder, Geschwister, Ehepartner)

Auch diese Art von Verhinderungspflege ist möglich. Auch die Ersatzpflege durch nahe Angehörige wurde auf 6 Wochen pro Kalenderjahr ausgedehnt. **Die Aufwendungen sind jedoch grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt.** Allenfalls können auf Nachweis zusätzlich Fahrkosten und Verdienstausschluss bis zu 1.550 € erstattet werden.

KURZZEITPFLEGE ZUR BEWÄLTIGUNG VON KRISENSITUATIONEN (§ 42 SGB XI)

Die Dauer für **Kurzzeitpflegen** wurde (siehe Übersicht Ersatzpflege bei Verhinderung) auf **bis zu 8 Wochen** verlängert. Wenn die Pflege in einer von den **Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung** nicht möglich oder einem/einer Kranken nicht zumutbar ist, kann sie in **begründeten Einzelfällen** auch in einer für **Verhinderungspflege** zugelassenen und geeigneten Pflegeeinrichtung durchgeführt werden (das sind vollstationäre Heime oder Seniorenstifte).

Der dafür in Anspruch genommene Betrag wird auf den Gesamtbetrag für Verhinderungspflege angerechnet.

WEITERENTWICKLUNGEN DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN (§ 45c SGB XI)

Zum 1.1.2015 wird der Begriff „**niedrigschwellige Entlastungsangebote**“ neu ins SGB XI eingeführt. Diese Leistungen erhalten Pflegebedürftige, die mindestens Pflegestufe I haben. Sie sollen Angehörige oder nahestehende Menschen bei ihrer Arbeit als Pflegenden entlasten und so zur Bewältigung des Pflegealltags beitragen. Förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote erbringen z.B. Agenturen für haushaltnahe Dienst- und Serviceleistungen oder Alltagsbegleiter.

ZUSÄTZLICHE BETREUUNGS- (UND ENTLASTUNGS-) LEISTUNGEN (§ 45b SGB XI)

Behinderte, psychisch, geistig und an Demenz erkrankte Menschen erhalten einen erhöhten Grundbetrag. Damit können sie niederschwellige (leicht erreichbare) Entlastungen in Anspruch nehmen. Sofern der Betrag für ambulante Sachleistungen für das Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft ist können bis zu 50% des Betrages für zusätzliche leicht erreichbare Betreuungs- und Entlastungshilfen in Anspruch genommen werden.

Pflegestufe, Leistungen jeweils pro Monat	NEU	bisher
I, II, III ohne Demenz *)	104	0
0, I, II, III mit Demenz und zur Inanspruchnahme des Grundbetrages berechtigt	104	100
0, I, II, III mit Demenz und zur Inanspruchnahme des erhöhten Grundbetrages berechtigt	208	200

*) Personen mit **dauerhaft** erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI (mehrfach Demenz)

Neu ist, dass auch Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz auf diese Leistungen Anspruch haben.

**ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE (§ 38a SGB XI)
IN AMBULANT BETREUTEN WOHNGRUPPEN**

Leistungen jeweils pro Kalenderjahr	ab 2015	bisher
Pflegestufe 0 *)	205	0
Pflegestufe I, II, III	205	200

*) Personen mit **dauerhaft** erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI (mehrfach Demenz)

Neue Wohnformen, unter anderem Senioren-Wohngemeinschaften sowie Pflege-Wohn-Gemeinschaften, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit verzichten zu müssen.

MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DES WOHNUMFELDES (§ 40 Absatz 4 SGB XI)

Wenn Pflegebedürftige oder an Demenz erkrankte Menschen zu Hause oder in einer Wohngemeinschaft versorgt werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die Bedürfnisse des/der Kranken anzupassen.

Leistungen pro Maßnahme und Kalenderjahr	für Einzelpersonen	Für Wohngemeinschaften
Pflegestufe 0*) I, II, III	bis 4.000 (bisher bis 2.557)	bis 16.000 (bisher 10.228)

*) Personen mit **dauerhaft** erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI (mehrfach Demenz)

VEREINBARKEIT VON BERUF UND PFLEGE

a) Bei einer akut auftretenden Pflegesituation

(z.B. plötzliche Pflegebedürftigkeit, Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder zusätzliche Erkrankung eines nahestehenden Menschen) haben Beschäftigte künftig **jährlich einen Rechtsanspruch** auf bis zu 10 Tage (sie können auch gesplittet werden) Freistellung von der Arbeit, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicher zu stellen. Sie erhalten während dieser Zeit anteilig bis zu 90% ihres Nettoeinkommens von der Pflegekasse (analog dem Kinderkrankengeld).

b) Sechs Monate berufliche Freistellung:

Erwerbstätige (in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten) haben ebenfalls einen **Rechtsanspruch** darauf, ihre Erwerbstätigkeit für bis zu 6 Monaten aufzugeben oder teilweise zu reduzieren, um eine/n Angehörigen zu Hause zu pflegen, ein außerhäusig untergebrachtes Kind zu versorgen oder eine/n Angehörige/n in der Sterbephase zu begleiten. **Es gibt keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung, es kann jedoch ein zinsloses Darlehen in Anspruch genommen werden.**

c) Bis zu 2 Jahre Arbeitszeitreduzierung

Erwerbstätige (in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten), die einen Angehörigen zu Hause pflegen, können ihre jährliche Arbeitszeit bis zu 50% verkürzen, im Jahresdurchschnitt müssen sie aber mindestens **15 Stunden pro Woche arbeiten**.

Für einen Teil des Verdienstaufalles können sie **ein zinsloses Darlehen beantragen**. Für die Rückzahlung und Absicherung gibt es spezielle Regelungen (die jeder für sich klären muss). Zur Vermeidung besonderer Härtefälle kann die Rückzahlung auch gestundet werden.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegestärkungsgesetz 1

www.bmg.bund.de/pflegeleistungen_2015/

Wussten Sie das schon?

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (§ 40 Abs.2)

Darunter fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, die die Pflege erleichtern und dazu beitragen, dem/der Pflegebedürftigen eine möglichst selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

Pflegebedürftigen aller Pflegestufen stehen Hilfsmittel zu, sofern sie als pflegebedürftig anerkannt sind.

Wenn ein Arzt ein Hilfsmittel verordnet, prüft die Krankenkasse zunächst, ob sie zuständig ist oder ob es sich um ein Pflege-

hilfsmittel handelt. Ist das der Fall, leitet sie die Verordnung an die **Pflegekasse** weiter. Hilfsmittel werden in folgende Produktgruppen unterteilt:

A.) Technische Hilfsmittel:

1. zur Erleichterung der Pflege (Gruppe 50)

z.B. Pflegebetten, Aufrichthilfen (Bettgalgen), Seitengitter; Bettzubehör zur Pflegeerleichterung (manuell oder motorgetrieben)

2. zur Körperpflege/Hygiene (Gruppe 51), z.B. Körper- und Kopfwaschsysteme; Toilettenstuhl, Hebegeräte, Lifter;

3. zur selbständigen Lebensführung/Mobilität (Gruppe 52), z.B. Notrufsysteme, Rollstuhl, Rollator, Küchengeräte, die die Arbeit bei bestimmten Einschränkungen erleichtern;

4. zur Linderung von Beschwerden (Gruppe 53), z.B. Lagerungshilfen aller Art (Wechseldruckmatratzen, Kissen, Felle, Rollen, usw.).

Die **technischen Hilfsmittel** der **Gruppen 50 bis 53** werden von den Pflegekassen in **erster Linie leihweise** zur Verfügung gestellt.

B.) Pflegehilfsmittel zum einmaligen Verbrauch

(**Gruppe 54**) für Kranke in Pflegestufe 0, I, II, III, z.B. Inkontinenzmaterialien, Einmalhandschuhe, Schutzkleidung, Bett-schutzeinlagen, Desinfektionsmittel zum Hand- und Flächenschutz usw..

Die **Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 54** können bei einer zugelassenen Apotheke oder einem Sanitätshaus bezogen werden. Die Pflegekasse bezuschusst deren Kosten ab **1.1.2015 bis zu 40 € / Monat** (zuvor 31 €).

Nur in begründeten Fällen sind Ausnahmen möglich.

Bei Ablehnung von Zuschüssen für Pflegehilfsmittel sollte **fristgerecht Widerspruch eingelegt und eine schriftliche Begründung für die Ablehnung verlangt werden.**

Quelle: www.pflege-abc/Pflegehilfsmittel.de

Bestimmungen, die auch weiter gelten:

Servicegrundsätze: Für das Personal der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) wurde 2013 ein „Verhaltenskodex“ erstellt. Er soll einen angemessenen und respektvollen Umgang mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sicherstellen.

Pflegeberatung: Die Pflegekassen müssen unmittelbar nach Antragstellung einen Beratungstermin anbieten (auf Wunsch auch zu Hause). Die Beratung soll **innerhalb von 2 Wochen erfolgen**. Ist das zeitlich nicht möglich, erhalten die Antragsteller einen Beratungsgutschein für eine andere, von der Kasse anerkannte Beratungsstelle.

Pflegeantrag: Die Pflegekassen sind verpflichtet, über einen Erstantrag **spätestens 5 Wochen nach Antragstellung** zu entscheiden. Geschieht das nicht, müssen sie seit 1. Juni 2013 ab Fristüberschreitung für jede begonnene Woche 70 € **an den/die Antragsteller/in** zahlen (aber nur bei Erstanträgen und Verschulden der Pflegekasse).

Pflegeeinstufung: Alle Antragsteller sind vom MDK ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sie einen **Anspruch** auf schriftli-

che Zusage des MDK-Gutachtens haben. Dazu gehört auch die Auskunft, ob die Durchführung einer Reha Maßnahme angezeigt ist (gemäß dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“).

Unfallversicherung für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind – sofern der/die Pflegebedürftige vom MDK in eine der Pflegestufen übernommen wurde – gegen Unfälle in **unmittelbarem Zusammenhang mit der Versorgungstätigkeit** versichert.

Dazu gehören Unfälle

- auf dem Weg von oder zu den Pflegebedürftigen;
- bei der Grundpflege (körperliche Versorgung);
- bei der hauswirtschaftlichen Versorgung incl. Einkäufen (auch wenn dabei etwas für den Eigenbedarf der Pflegeperson mitgebracht wurde);
- bei Infektionen oder Hauterkrankungen (ausgelöst durch die Pflege),
- als Begleitperson außerhalb der Wohnung (z.B. zu Ärzten oder Behandlungen).

Sollte eine weitere **unentgeltlich tätige** Pflegeperson mitarbeiten, kann sie (um gegen evtl. Unfälle abgesichert zu sein) bei der Pflegekasse nachgemeldet werden.

Quelle: Internet Urteil BSG vom 9.11.10, AZ: B 2 U 6/1

Wichtige Anträge nicht per e-Mail schicken

Der elektronische Versand von Unterlagen ist heute zwar selbstverständlich, aber er ist nicht in jedem Fall zulässig und deshalb sinnvoll. So erkennen z.B. manche Gerichte per e-Mail übermittelte Schreiben nicht an. Man sollte also bei Korrespondenz mit sozialgerichtlichen Instanzen immer im Voraus erfragen, ob e-Mails anerkannt werden. Nur so kann man sicher sein, dass gesetzliche Normen und Fristen bei der Beantwortung gewährleistet sind.

Quelle: VDK-Zeitung 5/12



Zum Neuen Jahr

Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass es Sinn macht.

Vaclav Havel

Redaktionsteam **wir gemeinsam**
 Gudrun Born, Sabine Feldt,
 Brigitte Hald-Hübner, Janett Deckert
 Mail: redaktion-infobrief@wir-pflegen.net
 oder ☎ 069 / 57 001 555

Herausgeber dieses Infobriefes:

wir pflegen

www.wir-pflegen.net

wp - Kontaktadresse:
 Heinz Heck
 ☎ 02656 / 9529 577
 Sankt Joster Strasse 8
 56729 Virneburg

Wenn Sie zu einem speziellen Pflege Thema den Rat eines erfahrenen wp-Mitgliedes suchen,

senden Sie bitte eine Mail an wp-hilfenetz@wir-pflegen.net

oder anrufen bei Barbara Riethmüller ☎ **07156 / 25 957** (bis 23 Uhr möglich) bzw. ☎ **07445 / 81 093**