

Thema des Monats Juli/August 2008

„Was bringt die Pflegereform 2008 den  
Pflegebedürftigen und Angehörigen?“



## **Impressum:**

Inhalte und Gestaltung: Doreen Borges, Karin Dietze

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz  
E-Mail: [rheinland-pfalz@vdk.de](mailto:rheinland-pfalz@vdk.de)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, 2008

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Was bringt die Reform der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen und Angehörigen?</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Die Leistungen der Pflegeversicherung ab dem 1. Juli 2008</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Sachleistungen bei ambulanter Pflege – häusliche Pflegehilfe</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3 Kombination von Geldleistung und Sachleistung</b> .....	<b>7</b>
<b>2.4 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson</b> .....	<b>7</b>
<b>2.5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen</b> .....	<b>8</b>
<b>2.6 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes</b> .....	<b>9</b>
<b>2.7 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege oder Nachtpflege</b> .....	<b>10</b>
<b>2.8 Kurzzeitpflege</b> .....	<b>11</b>
<b>2.9 Vollstationäre Pflege</b> .....	<b>12</b>
<b>2.10 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen</b> .....	<b>12</b>
<b>2.11 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen</b> .....	<b>13</b>
<b>2.12 Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Freistellung von der Arbeit zur Pflege naher Angehöriger nach dem Pflegezeitgesetz</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2 Pflegezeit</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3 Soziale Absicherung bei Pflegezeit</b> .....	<b>17</b>
<b>3.4 Wer gilt als Beschäftigter?</b> .....	<b>17</b>
<b>3.5 Wer gilt als naher Angehöriger?</b> .....	<b>18</b>
<b>3.6 Kündigungsschutz</b> .....	<b>18</b>

## **1. Was bringt die Reform der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen und Angehörigen?**

Zum 1. Juli 2008 tritt in großen Teilen das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in Kraft. Damit wird die Pflegeversicherung nach über zwölf Jahren der ersten größeren Reform unterzogen. Hinter dem Reformgedanken steckt das Ziel, die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten.

Im Großen und Ganzen bringt das Pflegeweiterentwicklungsgesetz einige, wenn auch kleinere Verbesserungen für die Betroffenen. Hervorzuheben ist insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege. Zudem sieht das Reformgesetz eine Dynamisierung der Leistungen in einem dreijährigen Rhythmus vor – erstmals im Jahr 2015. In welcher Höhe die Anpassung der Leistungen dann konkret erfolgt, entscheidet der Gesetzgeber.

Ein wichtiger Bestandteil der Reform ist zudem der Anspruch auf eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit, wenn Arbeitnehmer sich um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern müssen. Unterschieden wird hier zwischen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und einer längeren Pflegezeit. Geregelt sind die Details im Pflegezeitgesetz.

In Pflegeheimen können die Menschen künftig mit einer steigenden Qualität der Pflege rechnen. Ab 2011 sollen Pflegeheime und ambulante Dienste jährlich und in der Regel unangemeldet kontrolliert werden.

Zur Sicherstellung der finanziellen Basis der Pflegeversicherung wird im Gegenzug der Beitragssatz um 0,25 Prozent ab dem 1. Juli 2008 von bisher 1,7 Prozent auf 1,95 Prozent angehoben. Für Kinderlose ergibt sich dann ein Beitragssatz von 2,2 Prozent.

Ausführlichere Informationen zu den Änderungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung sowie zu den Regelungen des Pflegezeitgesetzes folgen auf den nächsten Seiten. Die Neuerungen durch die Pflegereform sind mit einem Ausrufezeichen markiert.

## 2. Die Leistungen der Pflegeversicherung ab dem 1. Juli 2008

### 2.1 Sachleistungen bei ambulanter Pflege – häusliche Pflegehilfe

Pflegesachleistungen werden im Rahmen der häuslichen Pflege erbracht. Hierbei unterstützen professionelle Pflegekräfte die Angehörigen pflegebedürftiger Personen bei der Ausführung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung des Pflegebedürftigen.

Die Gewährung einer Pflegesachleistung setzt voraus, dass die häusliche Pflegehilfe von ambulanten Pflegediensten erbracht wird, mit denen die Pflegekassen eine vertragliche Vereinbarung getroffen haben. Werden dagegen nichtzugelassene Dienste und Personen für die Pflege herangezogen, kann keine Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. In diesen Fällen kann jedoch Pflegegeld gewährt werden.

Die Leistungen der häuslichen Pflege sind begrenzt, da sie die familiäre und nachbarschaftliche Pflege und Betreuung nur ergänzen sollen. Maßgeblich für den Umfang der häuslichen Pflegehilfe ist der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Je Kalendermonat können Pflegeeinsätze ambulanter Pflegedienste entsprechend der zuerkannten Pflegestufe bis zu einem bestimmten Betrag von der Pflegekasse übernommen werden.

Sachleistungen bei ambulanter Pflege				
Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefälle	1.918 €	unverändert	unverändert	unverändert

Pflegebedürftige können selbst bestimmen, wann und in welcher Häufigkeit sie die Pflegeeinsätze in Anspruch nehmen möchten. Entsprechend variabel ist die Gesamtvergütung der Pflegedienste. Diese erhalten jedoch maximal den der Pflegestufe entsprechenden Betrag von der Pflegekasse erstattet. Alles was darüber hinausgeht, muss der Pflegebedürftige aus seinem Einkommen und Vermögen abgelten.

Neu eingeführt mit der Pflegereform 2008 wurde die Möglichkeit des „Poolens“ von Leistungsansprüchen. Dahinter versteckt sich nicht anderes, als dass mehrere Pflegebedürftige, die zusammenleben, Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als eine Sachleistung in Anspruch nehmen können. So könnte sich beispielsweise eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige kümmern.

Auf diesem Wege soll die Bildung neuer Wohnformen oder Wohn- und Haushaltsgemeinschaften gefördert werden, z. B. Senioren-WG, was letztlich zu einer Entlastung des stationären Sektors führt.

## 2.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Alternativ zur häuslichen Pflegehilfe kann sich der Pflegebedürftige für das Pflegegeld entscheiden. Auf diese Weise soll der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden.

Das Pflegegeld gehört zu den Leistungen bei häuslicher Pflege und kommt immer dann zum Tragen, wenn der Pflegebedürftige keinen zugelassenen ambulanten Pflegedienst beauftragt, sondern die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung allein durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde sichergestellt wird. Es steht dem Pflegebedürftigen zu, der es an die ihn pflegende Person als finanzielle Anerkennung weitergeben kann. Es stellt somit auch einen Anreiz für Angehörige, Freunde oder Nachbarn dar, die Pflege zu übernehmen.

Das Pflegegeld wird monatlich je nach Pflegestufe in unterschiedlicher Höhe pauschaliert ausgezahlt:

Pflegegeld				
Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	205 €	215 €	225 €	235 €
II	410 €	420 €	430 €	440 €
III	665 €	675 €	685 €	700 €



Pflegegeld wird für die Tage gezahlt, an denen die häusliche Pflege tatsächlich durchgeführt wird. Sobald die Pflege unterbrochen wird, wird das Pflegegeld anteilmäßig gekürzt. Eine Ausnahme von dieser Kürzung erfolgt jedoch, wenn die Pflege durch eine stationäre Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation unterbrochen wird. Während der ersten vier Wochen dieser stationären Maßnahmen wird das Pflegegeld ungekürzt weitergezahlt.

Wenn sich der Pflegebedürftige für das Pflegegeld und somit für eine Pflege ohne Unterstützung durch professionelle Kräfte entschieden hat, sind die Pflegebedürftigen verpflichtet in regelmäßigen Abständen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegefachkraft in Anspruch zu nehmen. Diese Beratungseinsätze dienen in erster Linie der Qualitätssicherung der Pflege. Mit ihrer Hilfe sollen bestehende Pflegeprobleme gelöst und Pflegefehler vermieden werden. Gleichzeitig soll aber auch kontrolliert werden, ob die häusliche Pflege durch die Pflegeperson auch tatsächlich sichergestellt werden kann. Die Kosten der Beratungen werden durch die Pflegekasse getragen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II müssen den Beratungseinsatz einmal halbjährlich abrufen, Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III) dagegen müssen dieses Angebot einmal vierteljährlich nutzen. Wenn sie dies nicht tun, drohen Leistungskürzung oder gar -entziehung.

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, d. h. mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, sind berechtigt, die Beratungseinsätze häufiger zu nutzen. Grund hierfür ist, dass die pflegenden Angehörigen oder anderen Personen infolge der genannten gesundheitlichen Einschränkungen physisch und psychisch sehr stark belastet werden.

### **2.3 Kombination von Geldleistung und Sachleistung**

Schöpft ein Pflegebedürftiger nicht die ihm im Rahmen der häuslichen Pflege je nach Pflegestufe zustehenden Höchstbeträge der Pflegesachleistung aus, kann ihm zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld gewährt werden. Voraussetzung für den Anspruch ist jedoch, dass zudem auch die Kriterien für die Gewährung des Pflegegeldes erfüllt werden. Neben dem beauftragten Pflegedienst muss ein Teil der Pflege also auch durch einen Angehörigen, Nachbarn oder Freund sichergestellt sein.

An die Entscheidung, die Kombinationsleistung in Anspruch zu nehmen, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Diese Regelung soll einen unvermeidbaren Verwaltungsaufwand der Pflegekasse verhindern, der durch einen zu häufigen Wechsel zwischen Sach- und Geldleistung verursacht werden würde. Dies schließt jedoch nicht aus, dass bereits vor Ablauf der 6-Monats-Frist eine Anpassung der Leistungen erfolgen kann, wenn dies durch eine veränderte Pflegesituation erforderlich wird.

### **2.4 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Werden Pflegebedürftige von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, also z. B. von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn gepflegt, kann natürlich auch die Situation eintreten, dass diese durch Krankheit, Erholungsurlaub oder vergleichbare Gründen an der Pflege gehindert werden. Für diese Fälle bieten die Pflegekassen eine Übernahme der Aufwendungen für eine Ersatzpflege an.

Ein Anspruch auf Verhinderungspflege erfordert einen vorangegangenen Mindestpflegezeitraum, der infolge der Pflegereform 2008 verkürzt wurde. So muss die verhinderte Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung den Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung mindestens sechs Monate (bis 30.06.2008 = 12 Monate) gepflegt haben. Tritt die Verhinderung jedoch beispielsweise bereits 2 Monate nach Aufnahme der Pflegetätigkeit ein, steht die Ersatzpflege nicht zu.



Die Ersatzpflege ist hinsichtlich ihrer Dauer und Höhe begrenzt.

Von der Pflegekasse werden lediglich die Kosten der Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr übernommen. Dabei kann die Ersatzpflegekraft auch abschnittsweise über das Kalenderjahr verteilt bis zur Gesamtdauer von 4 Wochen beansprucht werden.

Die Höhe der Ersatzpflege ist abhängig von der Person der Ersatzpflegekraft. Die Pflegestufe hat dagegen keinen Einfluss.

Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt.

Wird die Ersatzpflege dagegen durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben ergeben sich folgende Maximalbeträge:

Verhinderungspflege				
Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
-	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €



## **2.5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen**

Die Pflege kann durch eine Reihe von Hilfsmitteln erleichtert werden. Darüber hinaus können Hilfsmittel zu einer Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen und ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen. Pflegehilfsmittel sollen auch helfen, eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegenden zu verhindern.

Ob beantragte Hilfsmittel einen der genannten Tatbestände erfüllen und demzufolge für die Pflege erforderlich sind, entscheidet die Pflegekasse in Absprache mit einer Pflegekraft oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Eine ärztliche Verordnung ist nicht notwendig.

Stellt der MDK im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit fest, dass bestimmte Hilfsmittel die Pflege erleichtern würden und somit sinnvoll sind, ersetzt die Empfehlung des Gutachters einen Antrag des Pflegebedürftigen.

### Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Zu dieser Art Hilfsmittel zählen alle Dinge, die aufgrund ihrer Beschaffenheit oder aus hygienischen Gründen nicht wieder verwertbar sind, z. B.

- Desinfektionsmittel
- Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch
- Schutzbekleidung (Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen)

Von der Pflegekasse werden monatliche Aufwendungen bis zu einer Höhe von 31,00 € übernommen. Alles was darüber hinausgeht, zahlt der Versicherte selbst.

Tipp:

Bei der Abrechnung mit der Pflegekasse ist der Tag der Anschaffung maßgeblich. Aus diesem Grund sollte der Kauf von Großpackungen wohlüberlegt werden. Diese können im Vergleich zu kleineren Verpackungen zwar günstiger sein. Reichen diese jedoch länger als einen Monat und müssen dadurch, im nachfolgenden Monat keine Hilfsmittel neu beschafft werden, übernimmt die Pflegekasse dennoch nur 31,00 € im Monat der Anschaffung. Eine Übertragung der Kosten auf den Folgemonat ist ausgeschlossen. Müssen dagegen im Folgemonat erneut Hilfsmittel erworben werden, übernimmt die Pflegekasse erneut die Kosten bis zu 31,00 €.



## Technische Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel sind für einen längeren Gebrauch bestimmt. Hierzu gehören Pflegehilfsmittel

- zur Erleichterung der Pflege (z. B. Pflegebetten und Zubehör, spezielle Pflegebettische, Pflegeliegestühle)
- zur Körperpflege/Hygiene (z. B. Bettpfannen, Urinflaschen, wiederverwendbare, saugende Bettschutzeinlagen, Waschsitz)
- zur selbstständigen Lebensführung/Mobilität (Notrufsysteme)
- zur Linderung von Beschwerden (Lagerungsrollen)

In allen geeigneten Fällen werden den Pflegebedürftigen die technischen Pflegehilfsmittel leihweise zur Verfügung gestellt, sodass nach Beendigung des Gebrauchs die Pflegekasse berechtigt ist, das Hilfsmittel an andere Versicherte weiterzugeben. Lehnen Versicherte ohne zwingenden Grund die leihweise Überlassung ab, müssen sie die Kosten in vollem Umfang selbst tragen.

Neben der Grundausstattung umfasst der Anspruch auch Zubehör, eine notwendige Anpassung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Zudem zählt bei verschiedenen technischen Hilfsmitteln – z. B. Hausnotrufanlagen oder Hebegegeräten – auch eine Anpassung und Ausbildung im Gebrauch zum Anspruch.

Alle Pflegebedürftigen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen zu den technischen Pflegehilfsmitteln eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, höchstens jedoch 25,00 € je Hilfsmittel zahlen. Dies trifft jedoch nur dann zu, wenn die Hilfsmittel nicht leihweise überlassen werden.

## **2.6 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**

Bei der häuslichen Pflege sind auch die Wohnverhältnisse ausschlaggebend für die Qualität der Pflege. Meist kann der Pflegebedürftige auch nur durch eine Anpassung der Wohnung an seine Bedürfnisse in seiner vertrauten Umgebung verbleiben. Deshalb können die Pflegekassen unter bestimmten Voraussetzungen auch Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren.

Grundvoraussetzung für die Bewilligung einer Wohnungsanpassungsmaßnahme ist, dass dadurch die Pflegesituation maßgeblich beeinflusst wird. Im Einzelfall muss beispielsweise die häusliche Pflege ermöglicht oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt bzw. erhalten werden.

Mögliche wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wären beispielsweise

- Umbaumaßnahmen (Einrichtung eines behindertengerechten Badezimmers, Treppenlifte, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen und elektrischen Heizgeräten, Einbau einer festinstallierten Rampe)
- Maßnahmen im Rahmen des Neubaus eines behindertengerecht gestalteten Eigenheims
- Ein- und Umbau von Mobiliar.

Es werden nur Wohnraumanpassungsmaßnahmen in der Wohnung des Pflegebedürftigen gefördert. Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder ähnlichen Einrichtungen gibt es grundsätzlich keine Zuschüsse.

Bei der Festlegung des Zuschusses bzw. des Eigenanteils des Versicherten werden die Kosten der Maßnahme und das Einkommen des Pflegebedürftigen angemessen berücksichtigt. Der Versicherte hat einen Eigenanteil von bis zu 10 Prozent zu leisten; der Eigenanteil darf allerdings höchstens die Hälfte seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen.

Jedoch darf der von der Pflegekasse zu gewährende Zuschuss einen Betrag von 2.557,00 € je Maßnahme nicht übersteigen.

Hinzuweisen ist, dass unter dem Begriff Maßnahme alle Einzelmaßnahmen zusammengefasst werden, die in einem bestimmten Zeitpunkt auf Grund des objektiven Pflegebedarfs notwendig und vom Grundsatz her bezuschussungsfähig sind. Unerheblich ist, ob die verschiedenen Einzelmaßnahmen in verschiedenen Räumen bzw. innerhalb oder außerhalb der Wohnung stattfinden. Sind zum Beispiel mehrere Türverbreiterungen in einer Wohnung erforderlich, kommt nur ein Zuschuss in Frage. Ändert sich dagegen beispielsweise durch Hinzutreten einer weiteren Behinderung die Pflegesituation und wird dadurch ein weiterer Wohnungsumbau notwendig, kann für diese Maßnahme erneut ein Zuschuss gezahlt werden.

Der Antrag auf Leistungen zur Wohnraumanpassung ist vor Beginn der Maßnahme – also vor der Auftragsvergabe - bei der zuständigen Pflegekasse einzureichen.

Eine Beratung zu den Möglichkeiten einer Wohnraumanpassung bieten die Berater für barrierefreies Bauen und Wohnen des Sozialverbands VdK Rheinland-Pfalz an. Der Kontakt wird über die jeweils zuständige VdK-Kreisgeschäftsstelle vermittelt.

## **2.7 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege oder Nachtpflege**

Gerade im häuslichen Bereich können Situationen auftreten, die dazu führen, dass die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn die pflegende Person durch die Pflege stark beansprucht wird oder einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht.

In diesen Fällen haben Pflegebedürftige Anspruch auf teilstationäre Pflege in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege. Auf diese Weise kann die Pflegeperson entlastet oder Abwesenheitszeiten können überbrückt werden. Auch bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit kann diese Leistung einsetzen.

Die Tagespflege ist besonders für jene Pflegebedürftige gedacht, die tagsüber der Pflege bedürfen, nachts jedoch von Angehörigen gepflegt werden. Die Nachtpflege hat demgegenüber für jene Personen Bedeutung, die Hilfe beim Zubettgehen, beim Aufstehen, bei der Bereitstellung von Nachtwachen und bei Maßnahmen der Körperpflege benötigen.

Auch die Leistungen der teilstationären Pflege sind hinsichtlich Umfangs und Höhe begrenzt. Die Pflegekasse übernimmt lediglich die pflegebedingten Kosten, die Aufwendungen für die soziale Betreuung, die medizinische Behandlungspflege und die

erforderliche Beförderung des Betroffenen von seiner Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück.

Tagespflege und Nachtpflege				
Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €



Darüber hinausgehende Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen von dem Betroffenen selbst getragen werden.

Da der Pflegebedürftige in der Zeit, in der er sich nicht in der teilstationären Einrichtung aufhält, zu Hause ebenfalls gepflegt werden muss, können neben Leistungen der Tages- oder Nachtpflege grundsätzlich auch Leistungen der häuslichen Pflege erbracht werden (Pfleagesachleistung, Pflegegeld und Kombinationsleistung), wenn die dafür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Dabei sind die einzelnen Leistungen jedoch aufeinander anzurechnen.

Neu infolge der Pflegereform ist jedoch, dass die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nicht mehr in vollem Umfang von den Leistungen bei häuslicher Pflege abgezogen werden, sondern dem Versicherten in jedem Fall 50 Prozent seines Leistungsbetrages für die häusliche Pflege erhalten bleibt.



## **2.8 Kurzzeitpflege**

Diese Leistung kommt in Betracht, wenn für einen kurzen Zeitraum die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Insbesondere kann dies der Fall sein, wenn

- die Pflegebedürftigkeit nach einer Erkrankung oder einem Unfall erstmalig auftritt und die Wohnung den geänderten Bedürfnissen angepasst werden muss oder die häusliche Pflege erst organisiert werden muss
- die pflegende Person gehindert ist oder ausfällt und eine Verhinderungspflege für die Überbrückung des Zeitraums nicht ausreicht
- sich die Pflegebedürftigkeit kurzfristig verschlimmert hat.

Die Kurzzeitpflege wird in der Regel in einer Einrichtung der vollstationären Pflege (z. B. Pflegeheim) für maximal vier Wochen je Kalenderjahr erbracht. Infolge der Pflegereform können jedoch minderjährige Versicherte diese Leistung auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in Anspruch nehmen.



Die Pflegekasse übernimmt nur die pflegebedingten Kosten, die Aufwendungen für die soziale Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege einheitlich für alle Pflegebedürftigen in folgender Höhe:

Kurzzeitpflege				
Pflegestufe	bisher bis zu	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
-	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €



Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen zu tragen.

Wird der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege bereits vor Ablauf der vier Wochen ausgeschöpft, stehen dem Pflegebedürftigen ab diesem Zeitpunkt für die weitere Pflege in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung Leistungen der Verhinderungspflege zu, die sich allerdings nur auf die pflegebedingten Aufwendungen bezieht. Auch die Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege unmittelbar nach Ausschöpfung der Kurzzeitpflege kann in Frage kommen.

## **2.9 Vollstationäre Pflege**

Kann weder die häusliche noch die teilstationäre Pflege den Pflegebedarf sicherstellen, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in einer zugelassenen Einrichtung der vollstationären Pflege.

Die Pflegekasse übernimmt hier die pflegebedingten Kosten, die Aufwendungen für die soziale Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in folgender Höhe:

Vollstationäre Pflege				
Pflegestufe	bisher	1. Juli 2008	1. Januar 2010	1. Januar 2012
I	1.023 €	unverändert	unverändert	unverändert
II	1.279 €	unverändert	unverändert	unverändert
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefälle	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €



Ein Härtefall liegt dann vor, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Dies wird beispielsweise bei schwerer Demenz, im Endstadium von Krebserkrankungen, schwersten neurologischen Defektsyndromen oder im Endstadium der Mukoviszidose angenommen.

Da die Kosten für Unterkunft und Verpflegung vom Pflegebedürftigen allein getragen werden müssen und die genannten Beträge auch nur einen Zuschuss darstellen, ist es möglich, dass das Einkommen und Vermögen des Betroffenen zur Deckung nicht ausreicht. In diesem Fall kommt eine Übernahme der übersteigenden Kosten durch den Sozialhilfeträger in Betracht.

## **2.10 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

Diese Leistungsart kommt nur für jene Personen in Betracht, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen betreuen und soll die soziale Sicherung der Pflegepersonen verbessern.

Solange die Pflegeperson regelmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich die Pflege ausübt, selbst aber nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich einer Beschäftigung nachgeht, entrichten die Pflegekassen für diese Personen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Zahlung von Beiträgen setzt voraus, dass die Pflegekasse Kenntnis von der Pflgetätigkeit erhält. Deshalb ist es immer erforderlich auch für diese Leistung einen Antrag bei der Pflegekasse zu stellen.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Pflegestufe des Pflegebedürftigen und dem zeitlichen Umfang der Pflgetätigkeit. Mit Hilfe dieser beiden Werte errechnet sich die Höhe der Rentenbeiträge, die die Pflegekasse für die Pflegeperson zahlt.

Zusätzlich sind die Pflegepersonen während ihrer pflegerischen Tätigkeit in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Pflegepersonen, die nach der Pflgetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, haben zudem Anspruch auf berufliche Wiedereingliederung.

## **2.11 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

Auch die Pflege will gelernt sein. Zwar verfügen alle pflegenden Angehörigen und sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen über eine grundlegende Kompetenz, Pflege auszuüben. Dennoch können gerade im Bereich der Pflege schnell Probleme und auch Pflegefehler auftreten.

Aus diesem Grund sind alle Pflegekassen aufgerufen, für Angehörige und sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, Schulungskurse unentgeltlich anzubieten.

Die Kurse sollen all jene Kenntnisse vermitteln oder vertiefen, die zur Pflgetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig und hilfreich sind. Sie sollen insbesondere dazu dienen, das soziale Engagement zu fördern und zu stärken wie auch die Pflege und Betreuung nicht nur zu erleichtern, sondern auch zu verbessern. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander sowie die Beratung über Hilfsmittel und Reha-Maßnahmen können Inhalt der Schulungen sein.

Hervorzuheben ist, dass die Schulung auch direkt in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden kann. Dies erweist sich beispielsweise immer dann als sehr nützlich, wenn der korrekte Umgang mit einem Hilfsmittel erlernt werden will oder im Einzelfall ganz bestimmte Pflgetätigkeiten Probleme bereiten.

Die Kurse werden entweder direkt durch die Pflegekasse selbst oder durch beauftragte geeignete Einrichtungen unentgeltlich durchgeführt. Informationen zu den einzelnen Kursangeboten halten die einzelnen Pflegekassen bereit.

## **2.12 Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

Besonders bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, entstehen in der Regel sehr hohe Pflegekosten. Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem dieser Personengruppe zusätzliche Leistungen zuerkannt werden können.

Bisher konnten nur Versicherte diese Leistungen erhalten, die in eine Pflegestufe eingruppiert waren. Neu infolge der Pflegereform 2008 ist, dass das Vorliegen einer Pflegestufe ab dem 1. Juli 2008 nicht mehr erforderlich ist. Pflegebedürftige können diese Leistungen auch dann erhalten, wenn ihr Pflegebedarf für die Einstufung in eine Pflegestufe zu gering ist. Dies ist der vom Sozialverband VdK seit langem geforderte Einstieg in die Pflegestufe 0.

Zum betroffenen Personenkreis können Menschen gehören, bei denen neben der Pflegebedürftigkeit eine bestimmte Erkrankung vorliegen muss. Zu diesen Erkrankungen zählen demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen. Diese Erkrankung muss medizinisch festgestellt sein und wesentliche Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und damit auf den allgemeinen Betreuungsbedarf haben. Maßgeblich ist also der tatsächliche Hilfebedarf in den so genannten Alltagskompetenzen, d. h. es müssen Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Eigen- und Fremdgefährdung, soziales Verhalten, Eigenantrieb/Eigenkompetenz, Stimmung, Wahrnehmung, Erleben und Tag-/Nacht-Rhythmus vorliegen.

Statt des bisherigen jährlichen Leistungsbetrags in Höhe von 460 €, können die Betroffenen ab dem 1. Juli 2008 je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von maximal 100 € (Grundbetrag) oder 200 € (erhöhter Betrag) monatlich in Anspruch nehmen. Ob einem Betroffenen der Grundbetrag oder der erhöhte Betrag zustehen entscheidet der Medizinische Dienst der Krankenversicherung.

Nach wie vor können diese Betreuungsleistungen nur in Anspruch genommen werden für

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Betreuungsleistungen von zugelassenen Pflegediensten und
- niedrigschwelligen Betreuungsangeboten.

Neu infolge der Pflegereform ist, dass Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch durch eine anerkannte Pflegefachkraft in Anspruch nehmen können.

### **3. Freistellung von der Arbeit zur Pflege naher Angehöriger nach dem Pflegezeitgesetz**



Ein wichtiger Bestandteil der Pflegereform ist der Anspruch auf eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit, wenn Arbeitnehmer sich um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern müssen. Auf diesem Wege soll die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege gestärkt werden.

Unterschieden wird zwischen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und einer längeren Pflegezeit.

#### **3.1 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Wird ein naher Angehöriger plötzlich zum Pflegefall, müssen Familienmitglieder in der Regel äußerst schnell reagieren, um eine sofortige pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die Beschaffung von Informationen über verschiedene Pflegeleistungsangebote und die Suche nach einem geeigneten Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung können aufgrund der Dringlichkeit nicht ausschließlich nach Feierabend durchgeführt werden. Hinzu kommt, dass nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit vielfach nicht sofort ein Heimplatz zur Verfügung steht und Angehörige trotz ihrer Erwerbstätigkeit die Pflege kurzzeitig selbst übernehmen müssen. Bislang standen Berufstätige daher in dieser Situation vor einem großen Problem, wenn ihr Arbeitgeber gleichzeitig nicht auf die Arbeitsleistung verzichten wollte oder konnte.

Das Pflegezeitgesetz führt zu erheblichen Erleichterungen in diesen Fällen. Ab Juli 2008 haben Berufstätige einen gesetzlichen Anspruch, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Voraussetzung ist, dass ein pflegebedürftiger naher Angehöriger sich in einer akut auftretenden Pflegesituation befindet.

Arbeitnehmer, die aufgrund dieser neuen Regelung von der Arbeit fernbleiben wollen, müssen diese Freistellung nicht separat beantragen. Sie haben jedoch den Arbeitgeber umgehend über die Verhinderung und die voraussichtliche Dauer zu informieren. Der Arbeitgeber kann die Vorlage medizinischer Nachweise der Notwendigkeit der Pflege verlangen. In der Regel wird bei Akutereignissen noch kein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) über die Pflegebedürftigkeit vorliegen. Auf Wunsch des Arbeitgebers, muss dann der behandelnde Arzt bescheinigen, dass der Angehörige tatsächlich pflegebedürftig ist und daher kurzfristig eine Arbeitsbefreiung erforderlich ist. Der Arzt kann für eine solche Bescheinigung Kosten nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte geltend machen, die Beschäftigte selbst übernehmen müssen.

Anders als bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall enthält das Pflegezeitgesetz jedoch keinen eigenständigen Anspruch auf Lohnfortzahlung. Aus diesem Grund erhalten Arbeitnehmer, die kurzfristig wegen Pflege naher Angehöriger von der Arbeit vorübergehend freigestellt sind, grundsätzlich keine Fortzahlung der Vergütung. Ausgenommen von dieser Regelung sind (tarif-)vertragliche Vereinbarungen oder andere gesetzliche Vorschriften, die Arbeitgeber zur Weiterzahlung des Arbeitsentgelts verpflichten.

### **3.2 Pflegezeit**

Der Anspruch auf Pflegezeit umfasst eine unbezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit, damit sich Berufstätige der Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung widmen können. Im Gegensatz zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht dieser Anspruch allerdings nur in Unternehmen, die mindestens 16 Arbeitnehmer beschäftigen. Kleine Betriebe können die Pflegezeit jedoch freiwillig anbieten. Wichtig ist, dass die Pflegezeit mindestens 10 Tage vor Antritt schriftlich beim Arbeitgeber beantragt wird und die Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bestätigt werden muss. Im Falle der Inanspruchnahme der Pflegezeit muss die Pflegekasse sicherstellen, dass eine Begutachtung durch den MDK innerhalb von spätestens zwei Wochen nach Eingang des Antrags auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt wird. Der MDK muss den Antragsteller unverzüglich schriftlich über das Ergebnis der Begutachtung informieren.

Dem Arbeitgeber gegenüber muss ebenfalls 10 Tage vor Antritt der Freistellung außerdem erklärt werden, für welchen Zeitraum die Freistellung von der Arbeitsleistung und ob diese vollständig oder Teilweise in Anspruch genommen werden soll. Der Gesetzgeber schreibt die 10-Tage-Frist vor, damit Arbeitgeber notwendige organisatorische Maßnahmen für die Dauer der Pflegezeit (Umverteilung der Arbeit, Einstellung einer Ersatzkraft) rechtzeitig einleiten kann.

Die Pflegezeit kann für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens für sechs Monate in Anspruch genommen werden. Wird die Pflegezeit zunächst für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommen, kann sie auf bis zu sechs Monate verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine solche Verlängerung kann verlangt werden, wenn ein Wechsel der Pflegeperson aus einem wichtigen Grund nicht wie geplant erfolgen kann und Beschäftigte daher ihre Angehörigen noch länger selbst pflegen müssen.

Wenn der zu pflegende Angehörige verstirbt, nicht mehr pflegebedürftig ist oder die häusliche Pflege nicht mehr möglich oder unzumutbar wird, endet die Pflegezeit vier Wochen nach der Änderung der Umstände. Dies insbesondere auch dann zu, wenn die pflegebedürftige Person in eine stationäre Einrichtung (Pflegeheim) aufgenommen werden muss. Unzumutbar kann die häusliche Pflege auch werden, wenn durch den Eintritt unvorhersehbarer Umstände der Lebensunterhalt der Pflegeperson nicht mehr sichergestellt ist und dieser nur durch die Wiederaufnahme der Arbeit gedeckt werden kann. Der Arbeitgeber muss unverzüglich nach der Änderung der Situation darüber unterrichtet werden. Hat er für die Dauer der Pflegezeit eine Vertretung eingestellt, so besteht dieser gegenüber in jenen Ausnahmefällen ein Sonderkündigungsrecht. Der Arbeitgeber kann die Ersatzkraft dann mit einer zweiwöchigen Kündigungsfrist entlassen.

Liegt jedoch ein Ausnahmefall nicht vor, können Beschäftigte die Pflegezeit nicht einseitig vorzeitig beenden. Hierzu ist die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich, der seine Entscheidung von den für die ursprünglich geplante Zeit getroffenen Maßnahmen (Vertretung) abhängig machen wird. In diesen Fällen besteht auch kein Sonderkündigungsrecht gegenüber der befristet eingestellten Ersatzkraft.



Wird nur eine teilweise Freistellung in Anspruch genommen, z. B. nur nachmittags, müssen Arbeitgeber und Beschäftigte eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und über die Aufteilung der Arbeitszeit treffen. Dabei muss der Arbeitgeber auf die Wünsche der Beschäftigten eingehen, soweit dem keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen.

Beschäftigte haben das Recht, nach der Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Bedingungen an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Damit sollen ein unfreiwilliger Berufsausstieg und schlechtere berufliche Entwicklungschancen vermieden werden.

### **3.3 Soziale Absicherung bei Pflegezeit**

Um Beschäftigte wegen der Inanspruchnahme einer Pflegezeit vor Nachteilen zu schützen, werden pflegende Angehörige durch die Sozialversicherung abgesichert.

In der Arbeitslosenversicherung besteht für die Dauer der Pflegezeit eine Pflichtversicherung, wenn die Pflegeperson zuvor ebenso pflichtversichert war. Die Beiträge dafür werden von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen übernommen. Wer über die Pflegezeit hinaus pflegen will und sein Beschäftigungsverhältnis deswegen aufgibt, kann sich freiwillig in der Arbeitslosenversicherung versichern. Dazu muss innerhalb eines Monats nach Beendigung der Pflegezeit ein Antrag bei der Agentur für Arbeit gestellt werden.

Für den Fall, dass die Pflegeperson nach Beendigung der Pflegezeit ihre Arbeit verliert, bleibt die Pflegezeit bei der Bemessung des Arbeitslosengeldes unberücksichtigt. Das fehlende oder verminderte Arbeitsentgelt während der Pflegezeit wirkt sich daher nicht negativ auf die Höhe des Arbeitslosengeldes aus.

Sofern nicht die Möglichkeit der kostenlosen Familienversicherung über den Ehegatten, den Lebenspartner oder einen Elternteil in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung besteht, leistet die Pflegekasse einen Beitragszuschuss für eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung. Dieser Zuschuss ist auf die Höhe des Mindestbeitrages zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung begrenzt.

Soweit die häusliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt und der Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, werden ebenso auch Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung übernommen.

Auch in der gesetzlichen Unfallversicherung sind Pflegepersonen während der Ausübung der Pflegetätigkeiten versichert.

### **3.4 Wer gilt als Beschäftigter?**

Beschäftigte haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Pflegezeit. Dabei handelt es sich um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie um Personen, die als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind (z. B. Heimarbeiter).

Außerdem können die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten vom Pflegezeitgesetz profitieren. Die Pflegezeit wird auf Berufsbildungszeiten nicht angerechnet. Soweit eine bestimmte Berufsbildungszeit vereinbart worden ist, verlängert sich das Vertragsverhältnis über die Berufsausbildung daher um die beanspruchte Pflegezeit.

### **3.5 Wer gilt als naher Angehöriger?**

Zu den nahen Angehörigen zählen folgende Verwandte und verschwägerte Personen: Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder, Enkelkinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder. Außerdem kann eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung oder eine Pflegezeit aufgrund der Pflegebedürftigkeit von Ehegatten, Lebenspartner und Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft sowie von Kindern, Adoptiv- und Pflegekindern des Ehegatten oder Lebenspartners und eigenen Pflegekindern geltend gemacht werden.

### **3.6 Kündigungsschutz**

Vom Zeitpunkt der Ankündigung einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder einer Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber bis zur Beendigung der Freistellung von der Arbeitszeit darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis nicht kündigen. Beschäftigten soll durch diesen Sonderkündigungsschutz die Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes genommen werden.

Lediglich in besonderen Ausnahmefällen sind Kündigungen möglich. Dem Arbeitgeber wird die Möglichkeit gegeben in außergewöhnlichen Situationen, zum Beispiel bei einer beabsichtigten Betriebsschließung, das Arbeitsverhältnis dennoch aufzulösen. Jedoch muss der Arbeitgeber sich für eine wirksame Kündigung in diesen Fällen die Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde einholen.

In Rheinland-Pfalz ist die dafür zuständige Behörde das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. Dieses hat die Struktur- und Genehmigungsdirektionen beauftragt, die Überprüfung der Anträge der Arbeitgeber durchzuführen und Entscheidungen über die Zulässigkeit der geplanten Kündigung zu treffen.