



Das Bundeskabinett hat am 28. März den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) beschlossen. Das Thema Demenz steht dabei im Vordergrund.

2013: Neuausrichtung der Pflegeversicherung

Demenz

Ab dem 1. Januar 2013 erhalten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz), die ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) sind, monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro.

Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten 305 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 665 Euro.

Pflegebedürftige in Pflegestufe II bekommen 525 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

In der Pflegestufe 0 erhalten Demenzkranke neben den heute schon beziehbaren 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen 1 und 2 wird der bisherige Betrag aufgestockt.

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, so leben zu können, wie sie das möchten, werden Wohnformen zwischen der ambulanten und stationären Betreuung zusätzlich gefördert. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 200 Euro zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Darüber hinaus ist ein zeitlich be-

fristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen vorgesehen mit einer Förderung von 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung.

Die ambulante Versorgung Demenzkranker wird deutlich verbessert. Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bieten ambulante Pflegedienste künftig neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielt Betreuungsleistungen an. Dies sind Leistungen, die speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker zugeschnitten sind. Siehe auch Tabelle auf Seite 22.

Vorsorge

Die freiwillige private Pflege-Vorsorge wird ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen

verständigen, die sie wirklich benötigen. Sie können neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden sollen.

Rentenanspruch

Eine rentenversicherungsrechtliche Absicherung erfordert eine Mindestpflegeaufwendung von 14 Stunden pro Woche. Zum Ausgleich von Härtefällen muss dieser Pflegeaufwand zukünftig nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei Pflegebedürftigen erreicht werden.

Rechte der Pflegebedürftigen

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekasern und Medizinischem Dienst werden gestärkt.

Der Medizinische Dienst wird verpflichtet, Servicegrundsätze zu erlassen. Dieser „Verhaltenscodex“ soll sicherstellen, dass

ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist. Antragsteller sind zudem darauf hinzuweisen, dass sie einen Anspruch darauf haben, das MDK-Gutachten zugesandt zu bekommen. Sie erhalten zudem automatisch eine Rehabilitationsempfehlung. So soll dem so wichtigen Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Ausdruck verliehen werden.

Kurzzeitpflege

Künftig wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt, wenn eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege für den Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird.

Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung

Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen Antragstellern zukünftig einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten. Die Beratung soll auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Versicherte lebt, erfolgen. Können Pflegekassen diese Leistung zeitgerecht nicht selbst erbringen, dann müssen sie ihm einen Beratungsgutschein für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister zur Verfügung stellen. Wichtig ist die frühzeitige Sicherstellung der Beratung, damit alle Chancen für die Organisation eines möglichst selbstbestimmten Lebens genutzt werden.

Fristgerechte Leistungsentscheide

Zeitnahe Entscheidungen sind für die Pflegebedürftigen bzw. die Antragsteller von großer Bedeutung. Wenn die Pflegekassen Leistungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen, dann haben sie

künftig dem Antragsteller ab dem ersten Tag der Überschreitung 10 Euro als erste Versorgungsleistung zur Verfügung zu stellen. Damit die Pflegekassen auch rechtzeitig entscheiden können, erhalten sie die Möglichkeit, andere Gutachter als den MDK einzusetzen. In diesem Fall hat der Versicherte die Wahl zwischen drei Gutachtern.

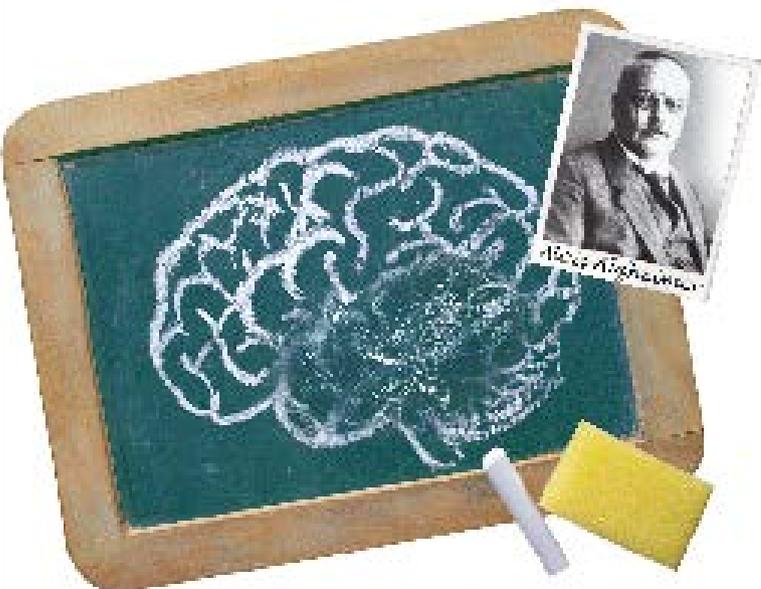
Medizinische Versorgung im Heim

Um die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen zu verbessern, wird dafür gesorgt, dass mehr Vereinbarungen zwi-

schen Heimen und Ärzten bzw. Zahnärzten geschlossen werden, die auch die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal regeln. Finanzielle Anreize sollen dafür sorgen, dass verstärkt Haus- bzw. Heimbesuche durch den Arzt bzw. Zahnarzt erfolgen.

Die Pflegeheime haben darüber zu informieren, wie die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln bei Ihnen organisiert ist.

Anzeige



Gedächtnislücken?

ALZHEIMER FORSCHUNG INITIATIVE e.V.

Ein Kennzeichen der Alzheimer-Krankheit sind Gedächtnislücken. Wir informieren Sie kostenlos. Schreiben oder rufen Sie uns an!

0800 / 200 400 1 (gebührenfrei)

Königsplatz 34 • 40221 Düsseldorf
www.alzheimerforschung.de

Ihre Ansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung



Dank der gesetzlichen Pflegeversicherung haben fast alle Bürger einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit. Aktuell können in Deutschland rund 2,4 Millionen Menschen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung das tägliche Leben nicht mehr selbstständig bewältigen. Sie wurden zum Pflegefall. Die gesetzliche Pflegeversicherung hilft, die Kosten der Pflege besser tragen zu können. Sie wurde 1995 eingeführt.

Was heißt pflegebedürftig?

Sie sind pflegebedürftig, wenn Sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung dauerhaft, mindestens jedoch für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen Ihres täglichen Lebens brauchen. Pflegeleistungen erhalten Sie als gesetzlich Versicherter dann, wenn Sie

- pflegebedürftig sind
- eine bestimmte Vorversicherungszeit nachweisen und
- einen Antrag auf Leistungen gestellt haben.

Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Es gilt: „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“. Ihre Pflegekasse sind unter dem Dach Ihrer Krankenkasse organisiert. Zu jeder Krankenkasse zählt immer auch eine Pflegekasse. Wenn Sie also bei einer AOK, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, landwirtschaftlichen Sozialversicherung oder der Bundesknappschaft gesetzlich krankenversichert sind, dann gehören Sie zu einer sozialen Pflegeversicherung. Ihre Familienangehörigen sind entsprechend mitversichert.

Sind Sie privat krankenversichert, dann sind Sie automatisch Mitglied der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Eine Pflegeversicherung sichert immer nur das finanzielle Risiko Ihrer Pflegebedürftigkeit ab. Sie ist keine Vollversicherung. Zusätzliche Eigenleistungen Ihrerseits sind also fast immer notwendig!

Die Leistungen Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung

Ihre Krankenkasse prüft, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Sie notwendig sind, um Ihre Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden. Der Maßstab dafür, welche Leistungen Sie als Pflegebedürftiger erhalten, ist der Grad Ihrer Hilfsbedürftigkeit. Dieser wird bei allen gesetzlich Versicherten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelt. Der Gesetzgeber hat hierzu drei Pflegestufen festgelegt. Anhand dieser sind auch die Höchstbeträge für die Leistungen durch die Pflegeversicherung festgelegt.

- Pflegestufe I
= erheblich pflegebedürftig
- Pflegestufe II
= schwerpflegebedürftig
- Pflegestufe III
= schwerstpflegebedürftig

Aus Ihrer Pflegeversicherung erhalten Sie Leistungen als Geld- oder Sachleistungen. Damit werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung finanziert. Eine Kombination von Pflegegeld- und Pflegesachleistung ist möglich. Zusätzliche Leistungen sind außerdem:

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- Tages- und Nachtpflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Zuschüsse zur pflegegerechten Gestaltung Ihres Wohnumfeldes

Wartezeit

Jeder Versicherte hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn er vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in einer Pflegekasse versichert war.

Ihre Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ihre Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung Die gesetzliche Pflegeversicherung kennt nur einheitliche Beitragsätze für alle und einheitliche Leistungen. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte des Beitrags. Kinderlose zahlen einen Beitragszuschlag. Der Beitrag wird

mit den übrigen Sozialabgaben automatisch bei der Lohn- oder Gehaltsabrechnung einbehalten. Für versicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Der aktuelle Beitragssatz zur Pflegeversicherung liegt bei 1,95 Prozent vom Lohn bzw. Gehalt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernehmen entsprechend einen Anteil von je 0,975 Prozent. Kinderlose Arbeitnehmer, die mindestens 23 Jahre alt und nach dem 31. Dezember 1939 geboren sind, zahlen einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozent. Im Bundesland Sachsen zahlt der Arbeitnehmer einen höheren Anteil vom Einkommen: 1,475 Prozent. Die Arbeitgeber übernimmt nur 0,475 Prozent. Der Grund: Hier wurde nicht, wie im übrigen Bundesgebiet zur Finanzierung der Pflegeversicherung ein Feiertag abgeschafft.

Beiträge für Rentner

Rentner zahlen ihren Beitrag allein. Berechnungsgrundlage für diesen Beitrag ist die gesetzliche Rente sowie weitere Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Studenten

Studenten sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert. Der aktuelle Beitrag beträgt monatlich 9,98 Euro oder 11,26 Euro für Kinderlose, die mindestens 23 Jahre alt sind. Er wird – wie der Krankenversicherungsbeitrag – durch die Pflegekassen in Rechnung gestellt.

Beiträge für Arbeitslose

Die Arbeitsagentur übernimmt die Beitragszahlung für Arbeitslose.

Geld für die Pflege

► Seit dem 1.1.2012 haben sich die meisten Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung geringfügig erhöht. Hier die alten und neuen Leistungen in der Übersicht. Die neuen Leistungen zur Pflege-Stufe 0 (Demenz) ab Januar 2013: Siehe Seite 22

| Pflegesachleistung (Pflegeleistungen zu Hause durch professionelle Pflegedienste) | | |
|---|---------------|-----------------------------|
| Pflegestufe | alte Leistung | neue Leistung seit 1.1.2012 |
| Pflegestufe I | 440 Euro | 450 Euro (+ 10 Euro) |
| Pflegestufe II | 1.040 Euro | 1.100 Euro (+ 60 Euro) |
| Pflegestufe III | 1.510 Euro | 1.550 Euro (+ 40 Euro) |
| Härtefall | 1.918 | unverändert 1.918 Euro |

| Pflegegeld (Ambulante Pflege durch Angehörige oder Bekannte) | | |
|--|---------------|-----------------------------|
| Pflegestufe | alte Leistung | neue Leistung seit 1.1.2012 |
| Pflegestufe I | 225 Euro | 235 Euro (+ 10 Euro) |
| Pflegestufe II | 430 Euro | 440 Euro (+ 10 Euro) |
| Pflegestufe III | 685 Euro | 700 Euro (+ 15 Euro) |

| Kurzzeitpflege (Siehe Seite 40) | | |
|---------------------------------|---------------|-----------------------------|
| | alte Leistung | neue Leistung seit 1.1.2012 |
| | 1.510 Euro | 1.550 Euro (+ 40 Euro) |

| Verhinderungspflege (Siehe Seite 41) | | |
|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|
| | alte Leistung | neue Leistung seit 1.1.2012 |
| | 1.510 Euro | 1.550 Euro (+ 40 Euro) |

| Tages-/ Nachtpflege | | |
|---------------------|---------------|-----------------------------|
| Pflegestufe | alte Leistung | neue Leistung seit 1.1.2012 |
| Pflegestufe I | 440 Euro | 450 Euro (+ 10 Euro) |
| Pflegestufe II | 1.040 Euro | 1.100 Euro (+ 60 Euro) |
| Pflegestufe III | 1.510 Euro | 1.550 Euro (+ 40 Euro) |

| Vollstationäre Pflege (Pflege in einem Heim) | | |
|--|---------------|-----------------------------|
| Pflegestufe | alte Leistung | neue Leistung seit 1.1.2012 |
| Pflegestufe I | 1.023 Euro | unverändert 1.023 Euro |
| Pflegestufe II | 1.279 Euro | unverändert 1.279 Euro |
| Pflegestufe III | 1.510 Euro | 1.550 Euro (+ 40 Euro) |
| Härtefall | 1.825 Euro | 1.918 Euro (+ 93 Euro) |

Die ANTRAGSTELLUNG für Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden für Sie nur auf Antrag erbracht. Sie als Pflegebedürftiger oder Ihre Angehörigen müssen den entsprechenden Antrag bei Ihrer Pflegekasse einreichen. Wichtig: Der Beginn der Leistung ist vom Zeitpunkt

der Antragstellung abhängig! Bereits die telefonische Information der Pflegekasse durch Ihren Arzt oder auch Ihre Nachbarn reicht im ersten Schritt aus. Ein Mitarbeiter der Pflegekasse hält dann das Datum der Antragstellung fest und versendet die Unterlagen. Rechtlich verbindliche An-

träge auf Basis der Unterlagen können nur Sie selbst stellen. Sie sind auch der Leistungsempfänger.

Ihre Angehörigen benötigen im Ernstfall eine Vollmacht oder, bei schwerwiegenden geistigen Störungen, eine Vormundschaft durch das Amtsgericht.



„Pflegebedürftigkeit“ im Detail erklärt

Ein Blick in den Paragraphen 14 SGB XI klärt auf:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches (SGB XI) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

Das Gesetz bezieht sich dabei ausschließlich (!) auf Verrichtungen in den folgenden Bereichen:

1. Körperpflege

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung,

2. Ernährung

Mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. Mobilität

Selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen,

Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. Hauswirtschaftliche Versorgung

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung.

In den von 1 bis 4 genannten Bereichen werden nur Hilfeleistungen (z.B. durch Angehörige, Nachbarn oder Pflegedienste) berücksichtigt, die regelmäßig anfallen. Kämmen heißt somit nicht Dauerwelle und Waschen steht nicht für Fußpflege.

Eine medizinische Betreuung wird beim festzustellenden Hilfebedarf nicht be-

rücksichtigt. Behandlungspflege (Einreibungen, Verbandwechsel, Wundpflege usw.) wird ebenfalls nicht als Hilfeleistung im Sinne der Pflegeversicherung berücksichtigt.

Demenz (z.B. geistige Behinderung oder Alzheimer): Hier wird nur der Zeitaufwand berücksichtigt, der für eine Hilfe unter den Punkten 1–4 anfällt. Alles, was darüber hinaus geht, fällt nicht unter die gesetzliche Pflegeversicherung.

Es ist nicht von Bedeutung, wer den Pflegebedürftigen pflegt (bzw. nicht pflegt). Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) stellt anhand von Durchschnittswerten ausschließlich fest, in welchem Umfang jemand auf Hilfestellungen angewiesen ist.

Wenn Sie es genau wissen wollen!

Die Begutachtungs-Richtlinien zur „Pflegebedürftigkeit“ nach SGB XI finden sich in den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.“* Hier zwei Beispiele daraus für unsere Leser.

Orientierung

Orientierung beschreibt das Bescheidwissen über Ort, Zeit, Situation und Person.

- Örtliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit seinen Aufenthaltsort zu kennen und sich im eigenen Bewegungsradius zurecht zu finden. Eine leichte Orientierungsstörung liegt vor, wenn der Ortsname nur mit Mühe genannt werden kann, schwer ist die Störung, wenn

die Orientierung in der Wohnung nicht mehr gelingt.

- Zeitliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit, Tag und Uhrzeit zu kennen und entsprechend den Tagesablauf strukturieren zu können. Das Nichtwissen des Kalendertages kann nicht generell als zeitliche Orientierungsstörung beurteilt werden, allerdings muss die Tageszeit gewusst werden.

- Situative Orientierung beinhaltet das Verständnis für die derzeitige Lebenslage. Gemeint ist damit nicht nur das Wissen, sich als Antragsteller in einer Begutachtung zu befinden, sondern auch das Wissen um die Hintergründe, die zur Begutachtung geführt haben.

- Personelle Orientierung beinhaltet das Wissen über die aktuelle persönliche als auch lebensgeschichtliche Situation und die individuelle Beziehung zu den Kon-

taktpersonen. Eine schwere Störung liegt vor, wenn weder der Name, noch der Geburtstag, noch das Alter angegeben werden können.

Gedächtnis

Hierzu gehört die Fähigkeit, Erlebtes und Erlerntes behalten und wiedergeben zu können. Im Langzeitgedächtnis sind biografische und anamnestiche Angaben gespeichert. Das Kurzzeitgedächtnis umfasst die Merkfähigkeit, d. h. die Speicherung neu gelernter Inhalte für einige Minuten. Seine Störung hat insbesondere Auswirkungen im täglichen Ablauf, somit beeinflusst das Kurzzeitgedächtnis entscheidend das Pflegegeschehen, diesbezügliche Störungen lassen sich mit einfachen Tests feststellen.

* www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf