

# Die Pflege von Angehörigen

Vortrag von Rechtsanwalt Robert Heinemann, Friedrichstr. 170-172, 42551 Velbert (Tel: 02051/8076694), [info@kanzlei-heinemann.de](mailto:info@kanzlei-heinemann.de) mit freundlicher Unterstützung des Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V.

Eine telefonische Beratung zu dem Vortragsthema bietet der Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V. unter 01 80 3 – 88 33 55 an.

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	3
Teil A) Die Pflegeversicherung	4
I.    Pflegebedürftigkeit	4
II.   § 14 SGB XI	4
1) Gesundheitliche Beeinträchtigungen	4
2) Keine selbstständige Kompensation	4
3) Dauer	4
4) Schwere	5
III.  § 15 SGB XI	5
1) Modul 1	5
2) Beispielsfall	7
3) Pflegegrade	9
IV.   Tipps bei der Begutachtung	9
V.    Überleitung der Pflegestufen	10
VI.   Wer erhält Leistungen der Pflegeversicherung mit Antragsmuster	11
VII.  Die Pflegeberatung	12
VIII. Leistungen der Pflegeversicherung	14
1) Überblick über die Pflegeleistungen	14
2) Die einzelnen Pflegeleistungen	15
a) Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI	16
b) Pflegegeld nach § 37 SGB XI	16
c) Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld nach § 38 SGB XI	16
d) Wohngruppenzuschlag nach § 38 a SGB XI	17
e) Verhinderungspflege nach § 39 SGB X	17
f) Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	18

g) Wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach § 40 Abs. 4 SGB XI	18
h) Entlastungsbeitrag nach § 45 b SGB XI	19
Teil B) Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	19
A: Verkürzung der Arbeitszeit und Befreiung von der Arbeitsverpflichtung	19
I. Teilzeit und Befristungsgesetz	19
1) Beschäftigungsdauer	19
2) Mindestgröße des Betriebs	19
3) Vorgehensweise	20
4) Schriftliche Mitteilung an den Arbeitgeber	20
5) Erneute Verringerung der Arbeitszeit	20
6) Kein Lohnausgleich	20
II. Pflegezeitgesetz	21
1) Befreiung von der Arbeitsverpflichtung bis zu 10 Tagen	21
a) Naher Angehöriger	21
b) Akut aufgetretene Pflegesituation	21
c) Erforderlichkeit	22
d) Anzeige- und Nachweispflicht	22
e) Unternehmensgröße	22
f) Entgeltfortzahlung und Lohnersatzleistung	22
2) Begleitung eines Angehörigen in der letzten Lebensphase	23
a) Angehöriger in der letzten Lebensphase	23
b) Unternehmensgröße	23
c) Nachweis über die schwere Erkrankung	23
d) Ankündigungsfrist	24
e) Teilweise Freistellung	24
f) Lohn	24
g) Beendigung der Pflegezeit	24
h) Verlängerung oder Verkürzung der Pflegezeit	24
3. Pflegezeit bis zu drei Monaten	24
III. Familienpflegezeit bis zu 24 Monaten	25

1. Unternehmensgröße	25
2. Nachweis	25
3. Ankündigungsfrist	25
4. Lohn	25
5. Verringerung der Arbeitszeit	26
6. Beendigung der Familienpflegezeit	26
7. Verlängerung und Verkürzung der Familienpflegezeit	26
B: Soziale Absicherung der Pflegenden	26
1) Rentenversicherung	26
2) Unfallversicherung	27
3) Arbeitslosenversicherung	27
Teil C) Widerspruch mit Muster und Klage	28
Teil D) Die private Pflegeversicherung	30

### Einleitung

Vor der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung gab es keine oder kaum Unterstützung für den Fall der Pflegebedürftigkeit. Zwecks Finanzierung der Pflegeleistungen waren die Betroffenen dann direkt auf die **Sozialhilfe** angewiesen. Durch die Pflegeversicherung wird somit die Sozialhilfe entlastet, da diese Unterstützung nun durch die in die Pflegeversicherung **eingezahlten Beiträge** finanziert wird.

Aber und dies ist wesentlich, die Pflegeversicherung ist nicht als eine Art **Vollkaskoversicherung** ausgestaltet, da ihre Leistungen in der Höhe begrenzt sind. Dies bedeutet, dass die Kosten für die Pflege gegebenenfalls von dem Betroffenen zumindest teilweise selber zu tragen sind. Falls der Betroffene hierzu nicht in der Lage ist, werden die

weiteren Kosten von dem **Sozialamt** übernommen. Durch die Zahlungen des Sozialamtes geht der **Unterhaltsanspruch** des Betroffenen gegenüber seinen Kindern auf das Sozialamt über. Dies bedeutet, dass das Sozialamt den übergegangenen Unterhaltsanspruch gegenüber den Kindern des Betroffenen gelten machen kann und diese somit zur Kostenerstattung heranziehen kann (Stichwort: **Elternunterhalt**)

Die im SGB XI geregelte Pflegeversicherung wird von **weiteren Gesetzen** flankiert. Im **Pflegezeitgesetz** und **Familienpflegezeitgesetz** hat der Gesetzgeber geregelt, unter welchen Voraussetzungen pflegende Angehörige von ihrem Arbeitgeber eine Verkürzung der Arbeitszeit verlangen können. In diesem Zusammenhang ist aber auch das Teilzeit- und Befristungsgesetz zu nennen.

Weitere Themen, welche auch mit der Pflegeversicherung in Berührung stehen, ist die Patientenverfügung, die Betreuungsvollmacht und die Vorsorgevollmacht sowie das Betreuungsrecht, aber auch das Erbrecht. Durch die **Patientenverfügung** soll geregelt werden, welche medizinischen Maßnahmen an dem Pflegebedürftigen durchgeführt werden dürfen, wenn er nicht mehr in der Lage ist, einzuwilligen. Mit der **Vorsorgevollmacht** kann jemanden bevollmächtigt werden, sodass er den Pflegebedürftigen rechtlich vertreten kann. Ohne eine solche Vorsorgevollmacht ist im Falle meiner Geschäftsunfähigkeit ein Eingreifen des Betreuungsgerichts erforderlich. Das Gericht wird dann kraft seiner gesetzlichen Autorität einen Betreuer bestimmen. Schließlich ist auch das **Erbrecht** von großer Bedeutung, da durch die erbrechtlichen Bestimmungen und Verfügungen (Testament) geregelt wird, was mit dem Eigentum/Vermögen nach dem Tod des Betroffenen passieren soll bzw. wer ihn beerben soll.

## **Teil A) Die Pflegeversicherung**

### **I. Die Pflegebedürftigkeit**

Die Pflegeversicherung gewährt den Versicherten Leistungen, sofern diese pflegebedürftig sind. **Anspruchsvoraussetzung** ist somit in die im Gesetz definierte Pflegebedürftigkeit. In § 14 SGB XI wird der **Begriff** der Pflegebedürftigkeit definiert. § 15 SGB XI bestimmt die **Schwere** und damit den Grad der Pflegebedürftigkeit und regelt das Begutachtungsverfahren. Die festgestellte Schwere der Pflegebedürftigkeit ist dann ausschlaggebend für die Einordnung in einen Pflegegrad und bestimmt somit letztendlich die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung.

**Hinweis:** Eine Pflegebedürftigkeit kann auch bei **Kindern** vorliegen.

## II. § 14 SGB XI

Nach § 14 SGB XI ist eine Pflegebedürftigkeit gegeben, wenn folgende **vier Voraussetzungen** erfüllt sind:

- 1) Vorhandensein von gesundheitlich bedingten **Beeinträchtigungen** der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den folgenden **sechs Bereichen**:
  - a) **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs etc.
  - b) **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben etc.
  - c) **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage etc.
  - d) **Selbstversorgung:** Waschen des Körpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette etc.
  - e) **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:** in Bezug auf Medikation, Injektionen, Messung und Deutung von Körperzuständen etc.
- 2) Die Beeinträchtigungen können nicht **selbst ständig kompensiert** werden.
- 3) Die Beeinträchtigungen bestehen **auf Dauer** (mindestens sechs Monate)

**Hinweis:** Eine Pflegebedürftigkeit kann auch bereits **vor Ablauf** der sechs Monate festgestellt werden. Dies ist dann der Fall, wenn die Dauerhaftigkeit **vorhersehbar** ist oder wenn die verbleibende **Lebensspanne** möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt.

- 4) Die Beeinträchtigungen bestehen in der in § 15 SGB XI beschriebene **Schwere**.

### III. § 15 SGB XI

In § 15 SGB XI werden die sechs Module aus § 14 SGB XI wieder aufgegriffen (also Mobilität bis Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen).

Um nun die Schwere der einzelnen Beeinträchtigungen in den sechs Modulen aus § 14 SGB XI bemessen zu können, wurde eine **Anlage 1 zu § 15 SGB XI** erlassen. In dieser Anlage 1 werden zu den einzelnen Modulen **Kriterien** (Aktivitäten/Verrichtungen) aufgestellt. Es wird dann bewertet, inwieweit diese Aktivität oder Verrichtung noch von dem Betroffenen **selbstständig** vorgenommen werden kann. Der Umfang der Selbstständigkeit wird dann mit einer **Punktzahl bewertet**. Diese Punktzahl fließt dann in die Gesamtbewertung ein, wobei die Punktzahlen aus den unterschiedlichen Modulen **unterschiedlich gewichtet** werden. Grund für diese Gewichtung ist, dass die einzelnen Module nicht in **gleicher Höhe** in die Gesamtbewertung einfließen. Beispielsweise fließt die in dem Modul Mobilität festgestellte Punktzahl zu 10 % in die Gesamtbewertung ein.

#### 1. Modul 1

Dies soll anhand des Moduls 1 (Mobilität) aus der Anlage 1 veranschaulicht werden:

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Die Grade der Selbstständigkeit werden wie folgt definiert:

**Selbstständig= 0 Punkte**

Der Betroffene kann die Aktivität in der **Regel** selbstständig durchführen. Eine selbständige Durchführung liegt auch dann noch vor, wenn diese erschwert oder verlangsamt ist oder nur

unter Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. elektrisch verstellbares Bett) möglich ist. Ausschlaggebend für das Kriterium der Selbstständigkeit ist, dass keine **personelle Hilfe** erforderlich ist.

### **überwiegend selbstständig= 1 Punkt**

Der Betroffene ist überwiegend selbstständig, wenn er den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen kann. Der Aufwand der Pflegeperson ist daher gering und besteht beispielsweise in dem Anreichen eines Hilfsmittels oder der punktuellen Übernahme von Teilhandlungen.

### **Überwiegend unselbstständig= 2 Punkte**

Eine überwiegende Unvollständigkeit liegt vor, wenn der Betroffene die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen kann. Es sind zwar noch eigene Ressourcen vorhanden, aber Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Das Zurechtlegen und Richten von Gegenständen oder die wiederholte Aufforderung und die punktuelle Unterstützung reichen nicht mehr aus.

### **Unselbstständig= 3 Punkte**

Eine Unselbstständigkeit ist gegeben, wenn der Betroffene die Aktivität in der Regel nicht mehr selbstständig durchführen bzw. steuern kann. Es sind kaum noch Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person vornehmen.

**Hinweis:** Es handelt sich bei diesen Begriffen um **unbestimmte Rechtsbegriffe**, die von der Rechtsprechung auszulegen sind.

## **2. Beispielsfall**

Im Modul Mobilität wurde die Selbstständigkeit von Herrn Müller wie folgt eingestuft (im Fettdruck hervorgehoben):

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	<b>2</b>	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	<b>3</b>
1.3	Umsetzen	0	1	<b>2</b>	3

1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	<b>3</b>
1.5	Treppensteigen	0	1	2	<b>3</b>

Die Gesamtpunktzahl beläuft sich somit auf 13 Punkte. Inwieweit nun diese 13 Punkte die Schwere der Beeinträchtigung widerspiegelt und in der Gesamtbeurteilung zu gewichten ist, ergibt sich aus der folgenden **Anlage 2 zu § 15 SGB XI**:

**Anlage 2: Schweregrad der Beeinträchtigungen oder Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul**

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		<b>0</b>	<b>2,5</b>	<b>5</b>	<b>7,5</b>	<b>10</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 1</b>
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		<b>0</b>	<b>3,75</b>	<b>7,5</b>	<b>11,25</b>	<b>15</b>	<b>Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3</b>
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 4</b>
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 5</b>
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		<b>0</b>	<b>3,75</b>	<b>7,5</b>	<b>11,25</b>	<b>15</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 6</b>
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

Mit der erreichten Zahl von 13 Punkten liegt bei **Herrn Müller** eine schwerste Beeinträchtigung seiner Selbständigkeit in dem Bereich Mobilität vor. Diese Beurteilung fließt mit 10 gewichteten Punkten in die Gesamtbeurteilung ein.

Für Herrn Müller wäre nun in allen Modulen eine Einstufung vorzunehmen. Diese könnte beispielsweise wie folgt aussehen (wieder im Fettdruck hervorgehoben):

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	<b>10 – 15</b>	Summe der Einzelpunkte im



							Modul 1
		<b>0</b>	<b>2,5</b>	<b>5</b>	<b>7,5</b>	<b>10</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 1</b>
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		<b>0</b>	<b>3,75</b>	<b>7,5</b>	<b>11,25</b>	<b>15</b>	<b>Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3</b>
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 4</b>
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 5</b>
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		<b>0</b>	<b>3,75</b>	<b>7,5</b>	<b>11,25</b>	<b>15</b>	<b>Gewichtete Punkte im Modul 6</b>
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

Die gewichteten Punkte aus den einzelnen Modulen werden dann zusammengerechnet. Es können maximal 100 Punkte erreicht werden. Herr Müller hätte in unserem **Beispielfall** 82,5 gewichtete Punkte erreicht.

### 3. Pflegegrade

Auf Basis der erreichten Gesamtpunktzahl der gewichteten Punkte ist die pflegebedürftige Person gemäß § 15 Abs.3 SGB XI in einen der **nachfolgenden Pflegegrade** einzuordnen:

**Pflegegrad 1:** ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten (geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

**Pflegegrad 2:** ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

**Pflegegrad 3:** ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten (schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

**Pflegegrad 4:** ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)

**Pflegegrad 5:** ab 90 bis 100 Gesamtpunkten (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

**Merke:** Pflegegrad 5 kann auch vorliegen, wenn zwar die Gesamtpunktzahl von 90 nicht erreicht wird, aber eine besondere Bedarfskonstellation mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung vorliegt.

**Herr Müller** hat eine Gesamtpunktzahl von 82,5 gewichteten Punkte erreicht. Somit wäre er in Pflegegrad 4 einzustufen.

**Zusammenfassend** lässt sich festhalten, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit in **vier Einzelschritten** erfolgt, nämlich

1. Schritt: Bewertung der Einzelpunkte in den einzelnen Modulen.
2. Schritt: Zusammenrechnung der Gesamtpunktzahl pro Modul und Ermittlung der sich hieraus ergebenden gewichteten Punkte.
3. Zusammenrechnung der gewichteten Punkte.
4. Zuordnung der Gesamtpunktzahl der gewichteten Punkte zu einen Pflegegrad.

#### IV. **Tipps bei der Begutachtung**

Ausschlaggebend für die Einordnung in einen Pflegegrad ist das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Hier werden somit die **Weichen** gestellt! Streitigkeiten ranken sich zumeist um die **Begutachtung** und um die **Einstufung** in einen Pflegegrad. Streitigkeiten über die Leistungen eines Pflegegrades sind eher seltener. Auch das **Sozialgericht** wird letztendlich ein Gutachten einholen und sich dem Ergebnis des Gutachtens anschließen.

**TIPP:** Es ist daher zu empfehlen, sich auf die Begutachtung vorzubereiten!

Es ist daher sinnvoll, sich bereits vor der Begutachtung mit den einzelnen Modulen auseinanderzusetzen, um der Begutachtung kritisch folgen zu können. Es ist auch sinnvoll, in einer **Pflegedokumentation** täglich zu notieren, inwieweit der Pflegebedürftige die Verrichtung aus den einzelnen Modulen selbstständig durchgeführt werden kann. Hierfür sollte die **Anlage 1** zu § 15 SGB XI aus dem Internet ausgedruckt werden. Hierdurch wird vermieden, dass dem Gutachter ein falscher Eindruck vermittelt wird. Dieser falsche Eindruck entsteht zumeist aufgrund **falscher Scham** des Pflegebedürftigen hinsichtlich seiner Hilfebedürftigkeit. Der Pflegebedürftige versucht dann, sich fitter darzustellen als er tatsächlich ist. Durch die Pflegedokumentation wird nochmals die gesamte Pflegesituation **durchleuchtet**. Hierdurch wird vermieden, dass bestimmte Handgriffe, zum Beispiel die Zubereitung der **Mahlzeiten** bereits in Fleisch und Blut übergegangen sind, gegenüber dem Gutachter verschwiegen werden.

Auch besteht bei einigen Pflegebedürftigen ein **schlechtes Gewissen**, da man nun ja dem Staat und somit der Allgemeinheit zur Last falle. Hier sollte man sich vergegenwärtigen, dass es sich bei der Pflegeversicherung um eine Leistung handelt, für die man bereits durch seine jahrelangen **Beiträge gezahlt** hat.

**Hinweis:** Die Begutachtung soll innerhalb von **20 Arbeitstagen** erfolgen. Teilweise ist die Begutachtung unverzüglich, **spätestens innerhalb einer Woche** durchzuführen, wenn der Pflegebedürftige sich in einer stationären Einrichtung befindet und die Begutachtung erforderlich ist, um die ambulante oder stationäre Weiterversorgung sicherzustellen.

#### v. **Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade**

Der Gesetzgeber hat durch die Reform der sozialen Pflegeversicherung durch das Pflegestärkungsgesetz Teil II (PSG II) einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die Pflege soll nun ressourcenorientiert ausgerichtet werden. Um diesem Anspruch zu genügen wurde ein neues Begutachtungsassessment (NBA) eingeführt.

Da vor dieser Reform eine Einstufung in Pflegestufen erfolgte, werden diese von der Pflegekasse automatisch ab dem 01.01.2017 wie folgt in Pflegegrade übergeleitet:

Pflegestufe 0 wird zu Pflegegrad 1

Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 2

Pflegestufe 1 wird zu Pflegegrad 2

Pflegestufe 1 mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 3

Pflegestufe 2 wird zu Pflegegrad 3

Pflegestufe 2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 4

Pflegestufe 3 wird zu Pflegegrad 4

Pflegestufe 3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 5

#### vi. **Wer erhält Leistungen der Pflegeversicherung**

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei allen gesetzlichen Krankenkassen bestehen. Somit sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung automatisch in der sozialen Pflegeversicherung mitversichert. Ein gesonderter Vertragsschluss mit der Pflegekasse ist nicht erforderlich.

Gleiches gilt für diejenigen, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind. Sie sind automatisch bei dem Versicherungsunternehmen ihrer Krankenversicherung auch pflegeversichert (siehe auch unten zur privaten Pflegeversicherung).

Leistungen aus der Pflegeversicherung werden jedoch nur gewährt, wenn eine **Mindestmitgliedschaftszeit** erfüllt ist. Dies ist jedoch zumeist unproblematisch.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden jedoch nur auf Antrag gewährt (sog. **Antragsprinzip**). Ohne Antrag also keine Leistungen.

**TIPP** Im Zweifel **immer einen Antrag** stellen. Ein unberechtigter Antrag schadet nicht, da hierdurch keine Kosten ausgelöst werden. Hingegen kann Geld verschenkt werden, wenn der Antrag zu spät gestellt wird!

Da die Leistungen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung sich teilweise überschneiden, ist manchmal nicht klar, **wo der Antrag** zu stellen ist. Dies ist jedoch unproblematisch, da der Antrag nach § 16 SGB I von der unzuständigen Kasse an die zuständige Kasse weiterzuleiten ist. Es schadet somit nicht, wenn der Antrag beispielsweise bei der Krankenkasse gestellt wurde, aber die Pflegekasse für die beantragten Leistungen zuständig ist.

### **Muster eines Antrags**

#### *Per Einwurfeinschreiben*

*Adresse der Pflegekasse*

*Essen, den 09.02.2017*

*Versicherter: Herr Otto Müller, geboren 02.03.1936*

*Versicherungsnummer: 081502031936*

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*hiermit beantrage ich mir Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu bewilligen. Eine ärztliche Stellungnahme meines Hausarztes, aus welcher sich meine Pflegebedürftigkeit ergibt, liegt an.*

*Alternativ, wenn der Antrag von einem Angehörigen gestellt wird*

*hiermit beantrage ich kraft anliegender Vollmacht für meinen Vater Otto Müller Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.*

*Mit freundlichen Grüßen*

Anmerkungen zum Muster:

- 1) Es empfiehlt sich, den Antrag bei der Pflegekasse schriftlich zu stellen.
- 2) Der Antrag sollte mit einem Einwurfeinschreiben verschickt werden, um den Eingang des Antrages bei der Pflegekasse nachweisen zu können. Bei Aufgabe des Einbruchseinschreibens bei der Post wird ein Eingangsbeleg ausgehändigt. Anhand der auf diesem Eingangsbeleg vermerkten Sendungsnummer kann die Zustellung des Antrages bei der Pflegekasse im Internet verfolgt werden. Der Vermerk im Internet sollte ausgedruckt und zur Akte genommen werden.
- 3) Eine Begründung ist nicht erforderlich.
- 4) Für den Fall, dass der Antrag für einen Angehörigen gestellt wird, sollte die entsprechende Vollmacht dem Schreiben beigefügt werden.

## VII. Die Pflegeberatung

Sobald der Versicherte einen Antrag gestellt hat, hat er einen Anspruch auf eine umfangreiche Beratung. Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Betroffenen bereits vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein **zuständigen Pflegeberater** und eine Beratungsstelle zu benennen. Diese Pflegeberatung beinhaltet eine neutrale und versichertenorientierte Beratung

Dieser Anspruch auf eine umfassende Beratung besteht nicht nur, wenn ein Erstantrag gestellt wird, sondern auch bei **Folgeanträgen**. Die Pflegekasse ist nun verpflichtet, jeden Antragsteller innerhalb von **14 Tagen** nach Eingang des Antrages zu beraten. Diese Beratung kann die Pflegekasse entweder mit eigenen Mitarbeitern selber durchführen oder an andere Beratungsstellen durch einen Beratungsgutschein delegieren. Hiervon ausgenommen sind nur Anträge auf Leistungen für den Wohngruppenzuschlag, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sowie Entlastungsleistungen.

Die Aufgabe der Pflegeberatung umfasst insbesondere:

- Den **Hilfebedarf** unter Berücksichtigung der Begutachtung durch den MDK mit den Betroffenen systematisch zu erfassen und zu **analysieren**.
- Die **Erstellung eines individuellen Versorgungsplans**. In diesem Versorgungsplan sind alle erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden oder sonstige

medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen einzustellen. Die Beratung ist somit sehr umfassend und über die Leistungsgrenzen der eigentlichen Pflegeversicherung hinaus angelegt.

- Auf die **Durchführung des Versorgungsplans** durch die einzelnen Leistungsträger hinzuwirken und gegebenenfalls die hierfür erforderlichen Genehmigung einzuholen.
- Die Durchführung des Versorgungsplans zu **überwachen** und den Versorgungsplan, gegebenenfalls einer **veränderten Bedarfslage** anzupassen.
- Über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen informieren.
- Überlassen einer **Vergleichsliste** über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

Zu dem Beratungsangebot gehören auch **Beratungsbesuche**, welche Betroffene mit den Pflegegraden 1 bis 3 zweimal im Jahr und Betroffene mit den Pflegegraden 4 und 5 viermal im Jahr beanspruchen können.

**Tipp:** die Pflegeberatung sollte auch bereits bei Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden.

Diese Beratung durch die Pflegekasse ist für den Betroffenen stets **freiwillig und kostenlos**. Er kann sich dieser somit verweigern, ohne dass ihm hierdurch Nachteile entstehen dürfen. So kann der Betroffene beispielsweise einen angekündigten Hausbesuch des Pflegeberaters **absagen**, wenn dieser Hausbesuch nicht auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen erfolgt.

Dies ist jedoch anders wenn sich der **Medizinische Dienst** der Krankenkassen (MDK) oder ein beauftragter Gutachter sich für eine Begutachtung angemeldet hat. Diese Termine sind verbindlich. Die Absage oder Nichteinhaltung solcher Termine kann somit sich negativ auf die Einstufung des Pflegegrades auswirken.

## VIII. Leistungen der Pflegeversicherung

Die Höhe und der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung bestimmen sich nach dem festgestellten Pflegegrad. Welche Leistungen der Betroffene nur erhalten kann, hat der Gesetzgeber in § 28 SGB XI dargelegt.

**Hinweis:** Der Umfang oder die Höhe der Leistung sind zwischen dem Betroffenen und der Pflegekasse selten **streitig**. Denn diese ergeben sich automatisch aus dem Pflegegrad. Gestritten wird aber häufig um die Einstufung oder Höherstufung des Pflegegrads.

## 1. Überblick über die Pflegeleistungen

Leistungen (monatlich)	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Pflegesachleistungen §§ 28 i.V.m 36 SGB XI	<u>125</u> €	689,00 €	1.298,00 €	1.612,00 €	1.995,00 €
Beratungsbesuche §§ 28 i.V.m 37 SGB XI	Zweimal pro Jahr			Viermal pro Jahr	
Pflegegeld §§ 28 i.V.m 37 SGB XI	0 €	316,00 €	545,00 €	728,00 €	901,00 €
Wohngruppenzuschlag §§ 28 i.V.m 38 a SGB XI	Zuschlag von 214,00 €				
Verhinderungspflege §§ 28 i.V.m 39 SGB XI	0 €	Bis 1.612,00 € für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Aber: zusätzlich 50% der Kurzzeitpflege in Höhe von 806,00 € abrufbar, somit mögliche Gesamtleistung von 2.418,00 €			
Pflegeverbrauchsmitel §§ 28 i.V.m 40 I, II SGB XI	40,00 €				
Technische Pflegehilfsmittel §§ 28 i.V.m 40 Abs. 3 SGB XI	Diese werden dem Pflegebedürftigen gebraucht aus dem Lagerbestand der Pflegekasse überlassen. Hier ist eine Zuzahlung zu beachten.				
Wohnraumanpassung §§ 28 i.V.m § 40 IV GB XI	Zuschuss in Höhe von bis zu 4.000,00 € pro Maßnahme Bei mehreren Pflegebedürftige maximal 16.000,00 € (Pool)				
Tages/Nachtpflege §§ 28 i.V.m 41 SGB XI	<u>125</u> €	689,00 €	1.298,00 €	1.612,00 €	1.995,00 €
Kurzzeitpflege §§ 28 i.V.m 42 SGB XI	<u>125</u> €	Bis zu 1.612,00 € bis zu acht Wochen im Kalenderjahr Aber: Ebenfalls Verrechnung mit Leistungen der Verhinderungspflege möglich, somit mögliche Gesamtleistung von 3.224,00 € möglich.			
Vollstationäre Pflege §§ 28 i.V.m 43 SGB XI	<u>125</u> €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
Vollstationäre Pflege in Einrichtung für behinderte Menschen §§ 28 i.V.m 43 a SGB XI	Bis zu 266,00 €				
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationäre Einrichtung §§ 28 i.V.m 43 b SGB XI	Dieser Anspruch hängt von den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen ab.				
Entlastungsbetrag §§ 28 i.V.m 45 b SGB XI	Bis zu 125,00 € als Kostenerstattungsanspruch				

**Hinweis:** Bei 125 € bei Pflegegrad 1 handelt es sich um den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI, der für die jeweiligen Leistungen einmalig verwendet werden kann.

## 2. Die einzelnen Pflegeleistungen

Die Pflegeleistungen werden entweder als sogenannte Sachleistung oder in der Form einer Kostenerstattung erbracht.

Sachleistung bedeutet, dass zum Beispiel die Pflege unmittelbar durch eine Pflegeperson geleistet wird. Kostenerstattung bedeutet, dass der Betroffene die Leistung zunächst selber einkauft und auch bezahlt, aber diese Kosten später von der Pflegekasse erstattet erhält.

Da die Pflegekasse viele Leistungen nicht selber erbringt, sondern diese zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst vor Ort erbracht werden, werden die Leistungen in einem **sozialrechtlichen Dreieckverhältnis** abgewickelt. Herr Müller aus dem Beispielsfall könnte somit eine Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, da sein Sohn, der ihn grundsätzlich pflegt, in den Urlaub fährt. Herr Müller könnte sich somit an einen örtlichen Pflegedienst wenden. Dieser Pflegedienst würde seine Leistungen gegenüber Herrn Müller erbringen, diese aber mit der Pflegekasse abrechnen. Es besteht somit ein Leistungsdreieck zwischen dem örtlichen Pflegedienst als Leistungserbringer, Herrn Müller als Leistungsbezieher und der Pflegekasse als Leistungsträger.

**Achtung Kostenfalle:** Es ist stets darauf zu achten, dass nicht Leistungen abgerufen werden, die von der Pflegekasse nicht übernommen werden. Es sollte daher stets vor Inanspruchnahme von Leistungen mit dem Leistungserbringer abgeklärt werden, ob **zusätzliche Kosten** anfallen, oder sämtliche Kosten durch die Pflegekasse abgedeckt werden.

#### a) **Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI**

Die Pflegesachleistung wird durch einen ambulanten Pflegedienst in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen oder in einem anderen Haushalt erbracht. Die Pflegesachleistung umfasst **körperbezogene Pflegemaßnahmen** und **pflegerische Betreuungsmaßnahmen**, die sich auf die sechs Module zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus § 14 Abs. 2 SGB XI beziehen. Zu der Pflegesachleistung gehört auch die **Hilfe bei der Haushaltsführung** (z.B. Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung und Waschen der Wäsche). Ein weiterer Bestandteil der häuslichen Pflegesachleistung ist die **fachliche Anleitung** des Pflegebedürftigen oder von Personen, die in die Pflege eingebunden sind. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die pflegerelevanten Situationen auch in Abwesenheit der professionellen Pflegekräfte des ambulanten Pflegedienstes gut bewältigt werden.

#### b) **Pflegegeld nach § 37 SGB XI**



Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst auch ein Pflegegeld beantragen. **Voraussetzung** hierfür ist jedoch, dass mit dem Pflegegeld die notwendigen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und die Hilfen für den Haushalt sichergestellt werden. Die Durchführung der Pflege kann sowohl in dem **Haushalt des Pflegebedürftigen** als auch in einem **anderen Haushalt** stattfinden, wenn der Pflegebedürftige zum Beispiel in dem Haushalt eines Kindes aufgenommen worden ist. Die Pflege kann durch einen **Angehörigen** oder einer Person erfolgen, die die Pflege **ehrenamtlich oder gewerbsmäßig** durchführt. Das Pflegegeld stellt eine **Anerkennung** für die geleistete Pflege und keinen Lohn dar. Dies ist auch der Grund dafür, dass das Pflegegeld geringer ausfällt als die Kostenübernahme für Pflegesachleistungen.

#### c) **Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld nach § 38 SGB XI**

Pflegesachleistungen und das Pflegegeld lassen sich derart kombinieren, dass die nicht ausgeschöpfte Pflegesachleistung als Pflegegeld ausgezahlt wird.

Dies soll nun wieder an einem Beispiel veranschaulicht werden. Herr Müller hat Pflegegrad 2 erhalten. Hiernach beträgt die Pflegesachleistung 689,00 € und das Pflegegeld 316,00 €. Für den Monat Februar 2017 hat der ambulante Pflegedienst eine Pflegesachleistung in Höhe von 450,00 € erbracht. Es wird zunächst berechnet, wie viel Prozent der Pflegesachleistung in Höhe von 689,00 € erbracht worden ist. 1% beträgt 6,89 €. Durch die Zahlung an den ambulanten Pflegedienst hat die Pflegekasse 65% ( $450:6,89$ ) der Pflegesachleistungen erbracht. Herr Müller kann somit 35% des Pflegegeldes, also 110,60 € beanspruchen.

**TIPP:** Es empfiehlt sich daher, immer einen Antrag auf Kombinationsleistungen zu stellen!

#### d) **Wohngruppenzuschlag nach § 38 a SGB XI**

Durch den Wohngruppenzuschlag wird das Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe gefördert. Es handelt sich somit um Wohnungen, in denen Pflegebedürftige **zusammen leben** und ambulant betreut werden. Diese Wohnungen können auch durch den ambulanten Pflegedienst zur Verfügung gestellt werden. Wesentlich ist jedoch, dass es sich hierbei um eine **ambulante Versorgungsform** handelt, die sich von einer vollstationären Versorgung unterscheiden lässt.

#### e) **Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI**

Durch die Verhinderungspflege wird die Pflege des Pflegebedürftigen gewährleistet, wenn die Pflegeperson durch **Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen** (zum Teil auch nur stundenweise) ausfällt. Voraussetzung für die Verhinderungspflege ist, dass mindestens

**Pflegegrad 2** vorliegt und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits über einen Zeitraum von sechs Monaten gepflegt hat. Diese **sechsmonatige Vorpflegezeit** ist auch erfüllt, wenn der Pflegebedürftige in diesem Zeitraum lediglich in den Pflegegrad 1 eingestuft war. Der Pflegegrad 2 muss somit erst im **Zeitpunkt der Inanspruchnahme** der Verhinderungspflege vorliegen. Die Kosten für eine Verhinderungspflege werden für längstens sechs Wochen bis zu einem Betrag in Höhe von **1.612,00 €** im Kalenderjahr durch die Pflegekasse übernommen. Dies gilt jedoch nicht, wenn die eingesetzte Pflegeperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum **2. Grad verwandt oder verschwägert** ist oder mit ihm in einer **häuslichen Gemeinschaft** lebt. Eine Kostenübernahme findet somit dann nicht statt, wenn es sich bei der Pflegeperson um Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager, Schwägerin handelt.

**Hinweis:** Der Leistungsbetrag von 1.612,00 € kann bis zu **2.418,00 €** aufgestockt werden, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde. Die Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können somit miteinander verbunden werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich nur der Leistungsbetrag erhöht, nicht aber die **Höchstdauer** von 42 Tagen pro Kalenderjahr!

#### f) **Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI**

Bei der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 2 handelt es sich um eine vollstationäre Pflege. Eine Kurzzeitpflege kommt immer dann in Betracht, wenn die **häusliche Pflege** zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und eine **teilstationäre Pflege** nicht ausreicht. Nach dem Gesetz ist dies der Fall bei einer Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf maximal **acht Wochen** im Kalenderjahr beschränkt. Die Kosten der Kurzzeitpflege werden von der Pflegekasse bis zu einem **Maximalbetrag von 1.612,00 €** übernommen.

**Hinweis:** Auch hier kann durch eine Kombination mit der **Verhinderungspflege** der Leistungsbetrag auf **3.224,00 € verdoppelt** werden, soweit die Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen worden ist.

**TIPP** Während der Kurzzeitpflege wird das **hälftige Pflegegeld** für einen Zeitraum von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Ein besonderer Antrag ist hierfür nicht erforderlich.

g) **Wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach § 40 Abs. 4 SGB XI**

Pflegebedürftige können einen **Zuschuss** in Höhe von bis zu **4.000,00 €** je Maßnahme beantragen, wenn durch diese Maßnahme die häusliche Pflege erst überhaupt ermöglicht oder erheblich erleichtert wird oder zu einer größtmöglichen Wiederherstellung der selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen führt. Vor Durchführung einer solchen Maßnahme sollte mit dem Vermieter Rücksprache genommen werden. Wird eine Veränderung der Wohnung ohne die Zustimmung des **Vermieters** vorgenommen, kann der Vermieter nach Beendigung des Mietvertrages den Rückbau verlangen. Dies bedeutet, dass die durchgeführte Maßnahme wieder rückgängig gemacht werden muss (z.B. Ausbau des Treppenliftes).

**TIPP** Es empfiehlt sich, vor der Beauftragung eines Handwerkers mit der Durchführung der Maßnahme einen **Kostenvorschlag** bei der Pflegekasse einzureichen. Hierdurch kann vorab geklärt werden, inwieweit sich die Pflegekasse an den Kosten beteiligen wird.

h) **Der Entlastungsbeitrag § 45 b SGB XI**

Den Betroffenen aller Pflegegrade (also 1-5) steht ein monatlicher Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 € **zusätzlich** zu.

Durch diesen Entlastungsbeitrag sollen pflegende Familienangehörige nicht finanziell, sondern tatsächlich von der Pflege entlastet werden. Er ist daher als ein **Kostenerstattungsanspruch** ausgestaltet. Dies bedeutet, dass die Kosten nur für eine beanspruchte Dienstleistung von der Pflegekasse erstattet werden. Die Belege für die eingekaufte Dienstleistung sind der Pflegekasse zur Erstattung vorzulegen. Ein vorheriger Antrag auf Erstattung ist nicht erforderlich, sofern bereits eine Pflegegrad vorliegt.

## **Teil B) Vereinbarkeit von Pflege und Beruf**

### **A. Verkürzung der Arbeitszeit und Befreiung von der Arbeitsverpflichtung**

Durch den Arbeitsvertrag werden neben dem Lohn auch die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit und die Verteilung der Arbeitszeit auf die einzelnen Wochentage geregelt. Grundsätzlich gilt im arbeitsrechtlichen Vertragsrecht der althergebrachte Grundsatz, dass

Verträge grundsätzlich zu erfüllen sind. Trotz dieser vertraglichen Vereinbarung kann der Arbeitnehmer aufgrund diverser Gesetze eine Verringerung seiner Arbeitszeit oder gar die zeitlich befristete Befreiung von seiner Arbeitsverpflichtung verlangen.

## **I. Teilzeit und Befristungsgesetz**

Unabhängig von der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) grundsätzlich die Verringerung seiner Arbeitszeit verlangen.

Die Voraussetzungen hierfür sind nach § 8 TzBfG:

### **1. Beschäftigungsdauer**

Der Arbeitnehmer, der eine Verringerung seiner Arbeitszeit beanspruchen will, muss bereits länger als sechs Monate bei seinem Arbeitgeber beschäftigt sein.

### **2. Mindestgröße des Betriebes**

Eine Verringerung seiner Arbeitszeit kann der Arbeitnehmer jedoch nur dann verlangen, wenn in dem Betrieb seines Arbeitgebers unabhängig von der Anzahl der Personen in Berufsausbildung in der **Regel mehr als 15 Arbeitnehmer** beschäftigt sind.

### **3. Vorgehensweise**

Der Arbeitnehmer muss die Verringerung und den Umfang der Verringerung seiner Arbeitszeit spätestens **drei Monate** vor Beginn geltend machen. Hierbei soll der Arbeitnehmer die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angeben. Daraufhin hat der Arbeitgeber mit dem Arbeitnehmer die gewünschte Verringerung der Arbeitszeit zu **erörtern**. Ziel dieser Erörterung ist der Abschluss einer entsprechenden **Vereinbarung**. Der Arbeitgeber hat einer Verringerung entsprechend den Wünschen des Arbeitnehmers zuzustimmen, sofern **betriebliche Gründe** dem nicht entgegenstehen. Als solche betriebliche Gründe nennt das Gesetz ausdrücklich die **wesentliche Beeinträchtigung** der Organisation, des Arbeitsablaufes oder der Sicherheit im Betrieb oder die Verursachung unverhältnismäßiger Kosten. Durch die Formulierung „**insbesondere**“ hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die vorgenannte Aufzählung lediglich exemplarisch ist. Einer möglichen Verringerung der Arbeitszeit kann somit auch ein anderer Grund entgegenstehen. Die Ablehnungsgründe können auch in einem **Tarifvertrag** geregelt sein.

### **4. Schriftliche Mitteilung des Arbeitgebers**

Der Arbeitgeber hat dem Arbeitnehmer seine Entscheidung über die Verringerung der Arbeitszeit und ihre Verteilung spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn der Verringerung schriftlich mitzuteilen.

Haben sich der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer nicht über die Verringerung der Arbeitszeit oder über die Verteilung der Arbeitszeit einigen können, gilt diese dennoch gemäß den Wünschen des Arbeitnehmers **als vereinbart**, sofern der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer nicht spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn der Arbeitszeitverringerung seine Ablehnung schriftlich mitgeteilt hat.

## **5. Erneute Verringerung der Arbeitszeit**

Der Arbeitnehmer kann frühestens nach Ablauf von zwei Jahren eine erneute Verringerung der Arbeitszeit verlangen.

## **6. Kein Lohnausgleich**

Durch die Verringerung der Arbeitszeit wird auch der Arbeitslohn entsprechend gekürzt. Ein **Lohnausgleich** findet nicht statt.

**Hinweis:** Das TzBfG bietet somit Familienangehörigen unabhängig von der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit zu verkürzen. Wie die Arbeitszeit gekürzt werden soll, sollte von Anfang an wohl bedacht werden, da eine erneute Verringerung erst nach zwei Jahren wieder verlangt werden kann. Auch ist zu bedenken, dass sich der Verdienst entsprechend verringert.

**TIPP:** Das TzBfG regelt nur die gesetzlichen Ansprüche. Unabhängig hiervon kann jederzeit mit dem Arbeitgeber eine andere Regelung vereinbart werden, sofern sich der Arbeitgeber darauf einlässt. Dies hängt somit vom Verhältnis zum Arbeitgeber ab.

## **II. Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**

Das Pflegezeitgesetz ermöglicht dem Arbeitnehmer die **kurzfristige Befreiung** von seiner Arbeitsverpflichtung bis zu zehn Tagen. Es ermöglicht aber nicht nur eine kurzfristige Befreiung in Notfällen, sondern auch eine **vollständige oder teilweise Befreiung** von der Arbeitsverpflichtung bis zu **sechs Monaten**.

**Warnung:** Das unentschuldigtes Fehlen bzw. Fernbleiben von der Arbeit berechtigt den Arbeitgeber zur Abmahnung gegebenenfalls auch zu einer verhaltensbedingten **Kündigung** des Arbeitsverhältnisses! Es kann somit nicht einfach ein Tag „drangehängt“ werden!

### **1. Die kurzfristige Befreiung von der Arbeitsverpflichtung bis zu 10 Tagen**

Nach § 2 PflegeZG kann ein Arbeitnehmer bis zu zehn Arbeitstagen der Arbeit fernbleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Für eine kurzfristige Befreiung von der Arbeitsverpflichtung müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

a) **naher Angehöriger, der pflegebedürftig ist**

Der Anspruch auf eine kurzfristige Befreiung von der Arbeitsleistung besteht jedoch nur dann, wenn ein naher Angehöriger pflegebedürftig ist. Wer naher **Angehöriger** ist, wird in § 7 PflegeZG definiert. Hierzu zählen u.a. die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern Ehegatten, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten sowie Kinder, Pflege und Adoptivkinder, aber auch Enkelkinder. Der Angehörige ist pflegebedürftig, wenn er die Voraussetzungen nach den §§ 14, 15 SGB XI  **voraussichtlich** erfüllt.

b) **akut aufgetretene Pflegesituation**

Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegesituation akut aufgetreten ist. Akut bedeutet, dass die Pflegesituation **plötzlich und unerwartet** eingetreten ist, sie darf somit nicht vorhersehbar gewesen sein. In der akut aufgetretenen Pflegesituation muss der Arbeitnehmer entweder eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen.

c) **Erforderlichkeit**

Durch das Tatbestandsmerkmal der Erforderlichkeit wird als weitere Voraussetzung normiert, dass die kurzzeitige Arbeitsverhinderung durch den mit dem akut aufgetretenen Pflegefall verbundenen Organisationsaufwand bzw. durch die Überbrückungspflege **verursacht** wird. Die Arbeitsverhinderung muss somit durch die akut aufgetretene Pflegesituation verursacht worden sein. Dies ist beispielsweise dann nicht der Fall, wenn eine andere Person einspringen kann.

d) **Anzeige-und Nachweispflicht**

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, seinem Arbeitgeber die Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer **unverzüglich** (also ohne schuldhaftes Zögern) mitzuteilen. Der Arbeitgeber kann verlangen, dass ihm auf **sein Verlangen** eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der ergriffenen Maßnahme (also Organisation einer bedarfsgerechten Pflege oder pflegerische Versorgung) vorgelegt wird.

Damit der Arbeitgeber dieses Recht auch wahrnehmen kann, ist es erforderlich, dass ihm mit der Anzeige mitgeteilt wird, um welchen Angehörigen es sich handelt, dessen Pflege akut erforderlich geworden ist.

Zwar ist nach dem Gesetz eine schriftliche Form der Anzeige nicht erforderlich. Diese ist aber aus Beweisgründen zu empfehlen.

e) **Unternehmensgröße**

Dieser Anspruch besteht gegenüber jedem Arbeitgeber, unabhängig von der Betriebsgröße.

f) **Entgeltfortzahlung und Lohnersatzleistung**

Nach **§ 616 BGB** hat der Arbeitnehmer einen Anspruch auf eine Entgeltfortzahlung, auch wenn er seiner Arbeitsverpflichtung nicht nachgekommen ist. Nach dieser Vorschrift bleibt der Vergütungsanspruch bestehen, wenn der Arbeitnehmer für eine **verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit** durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert ist.

Ob die **Höchstdauer** der Abwesenheit von 10 Arbeitstagen noch als eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit zu bezeichnen ist, ist **einzelfallabhängig**. Üblicherweise gilt zwar nur ein kürzerer Zeitraum von ca. fünf bis acht Tagen. Die Rechtsprechung ist aber zum Teil großzügiger. Zwar lässt auch die Rechtsprechung als verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit auch bei schwerwiegenden Ereignissen regelmäßig nur eine Dauer von einigen Tagen gelten. Doch gelegentlich weicht sie hiervon ab und lässt sogar eine Freistellung bis zu zweieinhalb Wochen gelten.

Sofern der Arbeitnehmer keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber seinem Arbeitgeber hat, hat er gegenüber der **Pflegekasse** einen Anspruch auf Zahlung von **Pflegeunterstützungsgeld**. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf **Antrag** gewährt.

**Hinweis:** Durch die Begrenzung des Freistellungsanspruches auf Akutfälle ist anzunehmen, dass der Freistellungsanspruch **nur einmal** je pflegebedürftigem Angehörigen geltend gemacht werden kann. Gleichwohl lässt sich durchaus vorstellen, dass gerade hinsichtlich einer nur schleichend und langwierig auftretenden **Demenzerkrankung** der Anspruch auch **häufiger** geltend gemacht werden kann (wird so teilweise in der Literatur vertreten, Rechtsprechung liegt aber bislang nicht vor).

## **2. Begleitung eines Angehörigen in der letzten Lebensphase**

Nach §§ 3 Abs. 6, 4 Abs. 3 PflegeZG kann sich der Pflegende bis zu **drei Monaten** vollständig oder teilweise von der Verpflichtung der Arbeitsleistung gegenüber seinem Arbeitgeber freistellen lassen, um einen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten.

Die Voraussetzungen hierfür sind folgende:

a) **Angehöriger in der letzten Lebensphase**

Eine Begleitung in der letzten Lebensphase liegt vor, wenn der nahe Angehörige an einer Erkrankung leidet, die progredient (fortschreitend) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine **Heilung ausgeschlossen** und eine **palliativmedizinische** Behandlung notwendig ist und die lediglich eine **begrenzte Lebenserwartung** von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

**Hinweis:** Die Pflege muss **nicht in häuslicher Umgebung**, sondern kann beispielsweise auch in einem Hospiz erfolgen.

b) **Unternehmensgröße**

Dieser Anspruch besteht jedoch nur gegenüber einem Arbeitgeber, der mehr als **15 Arbeitnehmer** beschäftigt.

c) **Nachweis über die schwere Erkrankung**

Der Arbeitnehmer hat seinem Arbeitgeber ein **ärztliches Attest** über die schwere Erkrankung mit einer Prognose über die Lebenserwartung vorzulegen.

d) **Ankündigungsfrist**

Die Inanspruchnahme der Pflegezeit ist dem Arbeitgeber spätestens **zehn Arbeitstage** vor ihrem Beginn schriftlich anzukündigen. In dieser Ankündigung ist der Arbeitgeber über die Dauer und den Umfang der Auszeit zu informieren.

e) **Teilweise Freistellung**

Verlangt der Pflegende nur eine teilweise Freistellung, so hat er dem Arbeitgeber zusätzlich die gewünschte Verteilung der reduzierten Arbeitszeit mitzuteilen. Auch hier geht der Gesetzgeber davon aus, dass eine einvernehmliche Einigung zwischen dem Arbeitnehmer und Arbeitgeber erzielt wird. Hierbei hat der Arbeitgeber dem Wunsch des pflegenden Angehörigen grundsätzlich zu entsprechen, sofern dem nicht **dringende betriebliche Gründe** entgegenstehen. Die Vereinbarung über die teilweise Freistellung hat **schriftlich** zu erfolgen.

f) **Lohn**



Während der Freistellung erhält der pflegende Arbeitnehmer **keinen Lohn**. Es besteht jedoch die Möglichkeit, für die Zeit der Freistellung ein zinsloses **Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ([www.bafza.de](http://www.bafza.de)) zu beantragen, um Einkommensverluste abzufedern. Nach der Beendigung der Pflegezeit ist dieses Darlehen in Raten **zurückzuzahlen**.

#### g) **Beendigung der Pflegezeit**

Die Pflegezeit endet nach dem beantragten Zeitraum oder vier Wochen nach dem Eintritt der veränderten Situation (z.B. Tod des Angehörigen). Hierüber ist der Arbeitgeber zu informieren.

#### h) **Verlängerung oder Verkürzung der Pflegezeit**

Eine Verkürzung oder Verlängerung der Pflegezeit bedarf der Zustimmung des Arbeitgebers.

### **3. Pflegezeit von bis zu sechs Monaten**

Nach dem PflegeZG kann der Angehörige eine vollständige oder teilweise Freistellung von seiner Arbeitsverpflichtung bis zu **sechs Monaten** beanspruchen, um einen nahen Angehörigen in seiner **häuslichen Umgebung** pflegen zu können.

Auch hier müssen die gleichen Voraussetzungen wie bei der Begleitung in der letzten Lebensphase vorliegen. Hinsichtlich der Ankündigungsfrist, Unternehmensgröße, teilweiser Freistellung, Lohn, Beendigung der Pflegezeit sowie deren Verlängerung oder Verkürzung kann nach oben verwiesen werden. Der einzige Unterschied besteht in der Art des **Nachweises**. Der Arbeitnehmer hat gegenüber seinen Arbeitgeber nachzuweisen, dass bei seinem Angehörigen mindestens der **Pflegegrad 1** vorliegt. Dieser Nachweis kann entweder durch den Feststellungsbescheid der Pflegekasse oder durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse erbracht werden.

### **III. Familienpflegezeit bis zu 24 Monaten**

Der pflegende Angehörige kann von seinem Arbeitgeber auch eine Freistellung von seiner Arbeitsverpflichtung nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) verlangen. Eine Freistellung hiernach kann bis zu **24 Monaten** erfolgen. Im Unterschied zum Pflegezeitgesetz kann nur eine **teilweise Freistellung** verlangt werden. Die **Wochenarbeitszeit** muss mindestens **15 Stunden** betragen. Durch diese teilweise Freistellung soll es dem Arbeitnehmer ermöglicht werden, seinen nahen Angehörigen innerhalb der **häuslichen Umgebung** zu pflegen.

Für die Beanspruchung der Familienpflegezeit müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

1) **Unternehmensgröße**

Der Arbeitnehmer kann nur dann eine Familienpflegezeit beanspruchen, wenn der Betrieb, in welchem er beschäftigt ist, **mindestens 26 Personen** ausschließlich der Auszubildenden beschäftigt.

2) **Nachweis**

Der Arbeitnehmer muss seinem Arbeitgeber entweder durch den Feststellungsbescheid der Pflegekasse oder durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse nachweisen, dass bei seinem Angehörigen mindestens der **Pflegegrad 1** vorliegt.

3) **Ankündigungsfrist**

Der Arbeitnehmer hat den Arbeitgeber spätestens **acht Wochen** vor Beginn der Familienpflegezeit schriftlich über die Dauer und Umfang der Familienpflegezeit zu informieren.

4) **Lohn**

Der Arbeitnehmer, der einen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen möchte, hat gegenüber seinem Arbeitgeber nur einen **Lohnanspruch** für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden. Auch bei der Beanspruchung der Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden, um die Einkommenseinbußen während der Familienpflegezeit abzumildern. Auch dieses Darlehen ist nach Beendigung der Familienpflegezeit in Raten **zurückzuzahlen**.

5) **Verringerung der Arbeitszeit**

Zwischen dem Arbeitnehmer dem Arbeitgeber muss die Verringerung der Arbeitszeit **schriftlich** vereinbart werden. Auch hier hat der Arbeitgeber grundsätzlich dem Wunsch des pflegenden Arbeitnehmers zu entsprechen. Es sei denn, **dringende betriebliche Gründe** stehen den Wünschen des Arbeitgebers entgegen.

6) **Beendigung der Familienpflegezeit**

Die Familienpflegezeit endet grundsätzlich nach Ablauf des **beantragten Zeitraums**. Sie endet auch vier Wochen nach Eintritt einer **veränderten Situation**. Eine veränderte Situation tritt ein, wenn die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen entfallen ist oder die Pflege außerhalb der häuslichen Umgebung (zum Beispiel in einem Pflegeheim) erbracht wird. Der Arbeitgeber ist hierüber zu informieren.

## 7) Verkürzung und Verlängerung der Familienpflegezeit

Die Verkürzung und die Verlängerung der Familienpflegezeit bedarf der **Zustimmung** des Arbeitgebers.

**Hinweis:** Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz und die Pflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz können miteinander **verbunden** werden. Die Gesamtdauer der Freistellung darf jedoch **24 Monate** nicht überschreiten.

Hierbei bestehen jedoch unterschiedliche Ankündigungsfristen sind:

Wird **erst** nach dem **Pflegezeitgesetz** gepflegt und soll sich hieran eine Pflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz anschließen, beträgt die **Ankündigungsfrist drei Monate**.

Wird **erst** nach dem **Familienpflegezeitgesetz** gepflegt und soll sich hieran eine Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz anschließen, beträgt die **Ankündigungsfrist acht Wochen**.

### B: Soziale Absicherung des Pflegenden

#### 1. Rentenversicherung

Für Pflegepersonen, welche **nicht erwerbsmäßig** die Pflege bei einem Pflegebedürftigen mit mindestens **Pflegegrad 2** durchführen, zahlt die Pflegekasse Beiträge in die Rentenversicherung, wenn sie

- mindestens 10 Stunden in der Woche
- verteilt auf zwei Tage in der Woche
- die Pflege in der häuslichen Umgebung, aber auch in einem Altersheim oder Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen worden ist, durchführen
- und neben der Durchführung der Pflege einen weiteren Beruf von maximal 30 Stunden die Woche ausüben.

**Hinweis:** Erhält die Pflegeperson neben dem Pflegegeld noch weitere Zahlung durch den Pflegebedürftigen, liegt bereits eine gewerbsmäßige Pflege vor!

#### 2. Versicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, sind in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert, wenn sie die Pflege

- mindestens 10 Stunden in der Woche
- verteilt auf zwei Tage in der Woche
- in der häuslichen Umgebung durchführen

durchführen. Die Pflegeperson erhält somit Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, falls sie einen Unfall bei der Durchführung der Pflege oder einen Wegeunfall (also bei der Hinfahrt oder Rückfahrt von der Pflege) erleidet. Auch besteht ein Versicherungsschutz, falls durch die Pflege eine anerkannte Berufserkrankung entsteht (zum Beispiel einer Hauterkrankung).

### 3. Arbeitslosenversicherung

Die Pflegeperson bleibt weiter in der Arbeitslosenversicherung versichert, wenn sie zugunsten der Pflege einer Person mit mindestens Pflegekraft zwei aus dem Beruf aussteigt oder den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld I) unterbricht.

Voraussetzung hierfür ist eine Pflege:

- von mindestens 10 Stunden in der Woche
- verteilt auf zwei Tage in der Woche
- in der häuslichen Umgebung
- bestehen einer Versicherungspflicht in Arbeitslosenversicherung unmittelbar vor Beginn der Pfllegetätigkeit

Durch diese Weiterversicherung in Arbeitslosenversicherung hat die Pflegeperson nach Beendigung der Pfllegetätigkeit einen Anspruch auf Arbeitslosengeld und auf Leistungen der aktiven Arbeitsförderung (z.B. berufliche Beratung und Weiterbildung).

### Teil C) Widerspruch und Klage

Sobald ein Antrag gestellt worden ist, hat die Pflegekasse diesen zu bescheiden. Dies bedeutet, dass die Pflegekasse einen **Bescheid** erlässt, in welchem sie dem Antrag statt gibt, ablehnt oder auch nur teilweise stattgibt. Die Pflegekasse kann somit beispielsweise eine Erstantrag oder aber auch einen Höherstufungsantrag ablehnen. In ihrem Bescheid hat die Pflegekasse den Versicherten bzw. Antragsteller darüber zu informieren, dass er **innerhalb eines Monats** gegen den Bescheid **Widerspruch** einlegen kann, sofern er mit dieser Entscheidung nicht einverstanden ist. Diesen Widerspruch kann der Versicherte selber einlegen.

**Hinweis:** Weder für einen gestellten Antrag noch für einen Widerspruch fallen **Kosten** durch die Pflegekasse an!

Falls ein **Rechtsanwalt** mit der Vertretung beauftragt wird, werden die Rechtsanwaltsgebühren bei einem **erfolgreichen Widerspruch** in Höhe der gesetzlichen Gebühren durch die Pflegekasse erstattet. Andernfalls muss der Versicherte selber für die Rechtsanwaltskosten aufkommen.

**TIPP:** Vor der Begründung des Widerspruchs kann **Akteneinsicht** bei der Pflegekasse beantragt werden. Man hat somit die Möglichkeit, der Pflegekasse in die „Karten zu schauen“. Durch die Akteneinsicht kann man erfahren, auf welche ärztliche Stellungnahme die Pflegekasse ihre Entscheidung stützt, um dann diese Stellungnahme in der Begründung des Widerspruches zu widerlegen.

Im Falle unseres Herrn Müller könnte ein Widerspruch wie folgt aussehen:

Per Einwurfeinschreiben

Adresse der Pflegekasse

Essen, den 09.02.2017

Versicherter: Herr Otto Müller, geboren 02.03.1936

Versicherungsnummer: 081502031936

Ihr Aktenzeichen: 0815

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom 01.02.2017

### **Widerspruch**

ein.

Den Widerspruch begründe ich insbesondere wie folgt:

In dem Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte wurde im den Gutachten des Medizinischen Dienstes lediglich eine schwere Beeinträchtigung festgestellt. Diese Feststellung ist jedoch unzutreffend. Es liegt eine schwerste Beeinträchtigung vor.

*In 6.2 (Ruhe und Schlafen) wurde eine überwiegend selbstständige Durchführung festgestellt. Richtig ist jedoch, dass eine Unselbstständigkeit vorliegt, da.....*

*Mit freundlichen Grüßen*

*Otto Müller*

Anmerkungen zum Muster:

- 1) Der Widerspruch sollte ebenfalls mit einem Einwurfeinschreiben verschickt werden, um den Eingang des Widerspruches bei der Pflegekasse nachweisen zu können. Denn ein verspäteter Widerspruch ist verfristet und der Bescheid wird bestandskräftig!
- 2) Der Widerspruch ist nicht zu begründen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Pflegekasse bei einem Widerspruch ohne Begründung an ihrer Entscheidung festhalten wird. Denn sie hat diese Entscheidung bereits einmal getroffen und es liegen ihr mangels Begründung auch keine Gründe vor, hiervon abzuweichen.
- 3) Für den Fall, dass der Antrag für einen Angehörigen gestellt wird, sollte die entsprechende Vollmacht dem Schreiben beigefügt werden.
- 4) Auch der Widerspruch kann durch einen Vertreter des Versicherten beispielsweise durch den Sohn eingelegt werden (s.o.). Mit dem Widerspruch sollte dann aber die entsprechende Vollmacht mit übersandt werden.

**TIPP:** Die Begründung des Widerspruches sollte unter Hinzuziehung eines **Arztes** erfolgen. Denn der Arzt kann mit seinem medizinischen Sachverstand die Feststellungen des medizinischen Dienstes erschüttern. So kann der Arzt beispielsweise darlegen, weshalb der Versicherte aufgrund seiner Demenz bestimmte Handlungen nicht mehr selbstständig durchführen kann.

Über den Widerspruch hat die Pflegekasse dann durch einen **Widerspruchsbescheid** zu entscheiden. Sie kann wie bei dem Antrag den Widerspruch ganz oder teilweise zurückweisen oder aber auch stattgeben. Gegen den Widerspruchsbescheid ist dann innerhalb eines Monats **Klage** beim zuständigen Sozialgericht zu erheben. Hierüber hat die Pflegekasse in der Rechtsbehelfsbelehrung zu belehren.

**TIPP:** Spätestens hier sollte ein Rechtsanwalt hinzugezogen werden.

**Hinweis:** Durch das Klageverfahren fallen nur die Kosten für den eigenen Rechtsanwalt an. Auch diese werden in Höhe der gesetzlichen Gebühren erstattet, sofern

das Klageverfahren gewonnen wird. Es fallen somit keine Gerichtskosten und grundsätzlich auch keine Gutachterkosten an.

#### **Teil D) Die private Pflegeversicherung**

Die private Pflegeversicherung folgt der privaten Krankenversicherung. Dieser Grundsatz bedeutet, dass derjenige, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, hat grundsätzlich seinen Pflegeversicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung. Der private Krankenversicherte ist auch privat pflegeversichert. Die private Pflegeversicherung ist bei dem Versicherungsunternehmen abzuschließen, bei welchen bereits die private Krankenversicherung besteht.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung sind gleichwertig mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. An die Stelle der Sachleistung tritt die Kostenerstattung. In der Pflegeversicherung darf keine längere Wartezeit als in der gesetzlichen Pflegeversicherung vereinbart werden. Kinder sind beitragsfrei mit zu versichern, sofern dies auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung der Fall wäre.

Da die privaten Krankenversicherungen/Pflegeversicherungen nicht auf den medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen zurückgreifen können, hat der Verband der privaten Krankenversicherung eine Tochtergesellschaft gegründet. Dies ist die Medicproof Gesellschaft für medizinische Gutachten GmbH. Die Ärzte dieser Tochtergesellschaft führen die Begutachtung der Versicherten durch und sind somit für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit verantwortlich.

#### **Hinweis: Ergänzende private Pflegezusatzversicherung**

Weder die gesetzliche noch die private Pflegeversicherung decken das Risiko der Pflegebedürftigkeit vollständig ab. (Stichwort: keine Vollkaskoversicherung). Da die tatsächlichen Kosten, die durch die Pflegebedürftigkeit anfallen, schon heute deutlich höher sind als die Leistungen der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung, besteht eine **finanzielle Deckungslücke**. Diese Deckungslücke kann durch eine ergänzende Pflegekrankenversicherung je nach Tarif ganz oder teilweise geschlossen werden.

Seit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (auch „Pflege-Bahr“ genannt) werden die Beiträge zu dieser Pflegezusatzversicherung mit **monatlich 5,00 €** gefördert. Diese Förderung besteht unabhängig von der Höhe des Einkommens und wird unabhängig davon gezahlt, ob eine gesetzliche oder private Pflegeversicherung besteht.

