



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag

Änderung der Pflegestufe (Höherstufung)

Änderung der Pflegeleistung ab

Antragsdatum:

Name und
PLZ
Straße / Haus-Nr.
Versicherter

Ich beantrage

Pflegesatz
(durch einen
Pflegefachmann)

Tages- oder
(teilstationäre)

Vollstationäre

• Die Pflege wird

1. Pflegeperson, Name

Name, Vorname
PLZ
Straße / Haus-Nr.

verbraucherzentrale

**Die Pflegereform
– das ist neu**

❖ Zum 1. Juli 2008 tritt das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, in Kraft. Mit dieser Gesetzesänderung werden insbesondere die Leistungen für Pflegebedürftige verbessert, aber auch Angehörige und andere an der Pflege Beteiligte profitieren von den Neuerungen.

Mit dieser Broschüre geben wir Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Änderungen.

Allerdings treten nicht alle Änderungen zum 1. Juli 2008 in Kraft. Viele Leistungen werden schrittweise bis 2012 erhöht. An den entsprechenden Stellen weisen wir darauf hin.

Verbesserungen der Leistungen für Pflegebedürftige und Pflegepersonen

❖ Pflegesachleistung

Wird die Pflege durch Pflegefachkräfte erbracht, besteht ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe. Ab dem 1. Juli 2008 erhöhen sich die dafür vorgesehenen Höchstbeträge schrittweise bis 2012.

Pflegestufe	I	II	III
Leistung bisher	384 Euro	921 Euro	1.432 Euro
Ab 1. Juli 2008	420 Euro	980 Euro	1.470 Euro
Ab 1. Januar 2010	440 Euro	1.040 Euro	1.510 Euro
Ab 1. Januar 2012	450 Euro	1.100 Euro	1.550 Euro

Nicht erhöht wird der Höchstsatz von 1.918 Euro für Härtefälle der Pflegestufe III.

❖ Pflegegeld

Wird die Pflege selbst sichergestellt, etwa durch pflegende Angehörige, zahlt die Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen ein Pflegegeld. Auch hier erhöhen sich die Leistungen schrittweise beginnend vom 1. Juli 2008 bis 1. Januar 2012.

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

❖ Ersatzpflege

Kann die Pflegeperson die häusliche Pflege wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen nicht durchführen, trägt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für die Ersatzpflege pro Kalenderjahr wird ab 1. Juli 2008 von 1.432 Euro auf 1.470 Euro angehoben. Ab 1. Januar 2010 können sich die Aufwendungen auf bis zu 1.510 Euro belaufen und ab 1. Januar 2012 auf bis zu 1.550 Euro.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs – statt bisher zwölf Monate – gepflegt haben muss (so genannte Vorpflegezeit), bevor sie die Ersatzpflege zum ersten Mal in Anspruch nimmt.

❖ Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, können Pflegebedürftige für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen in einem Pflegeheim untergebracht werden. Die Pflegekasse zahlt ab 01.07.2008 für die pflegebedingten Kosten jährlich bis zu 1.470 Euro. Zum 1. Januar 2010 wird der Betrag für die Kurzzeitpflege auf 1.510 Euro angehoben und zum 1. Januar 2012 ist eine Erhöhung auf 1.550 Euro vorgesehen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige weiterhin selbst tragen.



❖ Kurzeitpflege in speziell für Kinder geeigneten Einrichtungen

Speziell für pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren wird ein Anspruch auf Kurzeitpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen eingeführt, da diese Einrichtungen auf die besonderen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Kinder ausgerichtet sind. Bislang bestand der Anspruch auf Kurzeitpflege nur in von der Pflegekasse zugelassenen Pflegeeinrichtungen, was häufig Einrichtungen der Altenpflege waren.

❖ Tages- und Nachtpflege

Die Sachleistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege werden bis 2012 ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Sachleistungsbeträge (siehe Tabelle Seite 3). Darüber hinaus wird es zukünftig möglich sein, zusätzlich zum Bezug von Pflegegeld oder Pflegesachleistungen Tages- und Nachtpflegeleistungen bis zu 50 % der Sachleistungsbeträge in Anspruch zu nehmen, ohne dass das Pflegegeld oder der Pflegesachleistungsbetrag reduziert wird. Damit erhöht sich der mögliche Gesamtanspruch auf das 1,5fache des bisherigen Betrages.

Beispiel 1:

Ein Pflegebedürftiger wird von seinen Angehörigen gepflegt und nimmt zusätzlich Tagespflegeleistungen in Höhe von 50% des Sachleistungsbetrages in Anspruch. Er erhält nun das volle Pflegegeld und zusätzlich trägt die Pflegekasse die Kosten der Tagespflege.

Beispiel 2:

Eine Pflegebedürftige wird von einem Pflegedienst betreut und nimmt Nachtpflegeleistungen in Höhe von 70% des Sachleistungsbetrages in Anspruch. Die Pflegekasse bezahlt nun die Nachtpflege in Höhe von 70% des Sachleistungsbetrages und zusätzlich die Leistungen des Pflegedienstes in Höhe von 80% des Sachleistungsbetrages.

Beispiel 3:

Ein Pflegebedürftiger wird von seinen Angehörigen gepflegt und nimmt zusätzlich Tagespflegeleistungen in Höhe von 20% in Anspruch. Auch hier bezahlt die Pflegekasse die Tagespflege. Zusätzlich wird ihm das Pflegegeld zu 100% ausgezahlt. Eine Erhöhung des Pflegegeldes über 100 % hinaus, weil das 1,5fache des Sachleistungsanspruchs nicht erreicht wird, findet nicht statt.

❖ Vollstationäre Leistungen

In der vollstationären Versorgung werden nur die Leistungen in der Pflegestufe III und der Pflegestufe III in Härtefällen schrittweise angehoben. Die vollstationären Leistungen der Pflegestufe I in Höhe von derzeit 1.023 Euro und der Pflegestufe II in Höhe von derzeit 1.279 Euro werden nicht verändert.

Pflegestufe	III	III Härtefall
Leistung bisher	1.432 Euro	1.688 Euro
Ab 1. Juli 2008	1.470 Euro	1.750 Euro
Ab 1. Januar 2010	1.510 Euro	1.825 Euro
Ab 1. Januar 2012	1.550 Euro	1.918 Euro

❖ Dynamisierung der Leistungen

Zukünftig prüft die Bundesregierung alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, ob eine Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Preisentwicklung notwendig ist. Als Orientierungswert dient die Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren.

❖ Leistungen für altersverwirrte Menschen (Demenzpatienten)

Bisher erhielten nur Pflegebedürftige, die in eine Pflegestufe eingestuft waren und darüber hinaus einen erheblichen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf hatten, einen Betrag von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für zusätzliche Betreuungsleistungen. Dieser Betreuungsbetrag steigt ab 1. Juli 2008 auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. auf bis zu 200 Euro **monatlich** (erhöhter Betrag) und zwar auch dann, wenn keine Pflegestufe vorhanden ist.

Ob der Betrag von 100 oder 200 Euro monatlich zur Verfügung steht, hängt von der Art und Anzahl der festgestellten dauerhaften Funktionsstörungen ab. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt anhand eines gesetzlichen Kataloges fest, ob ein zusätzlicher Betreuungsbedarf besteht und erteilt der Pflegekasse im Einzelfall eine Empfehlung über die Höhe des anzusetzenden Betrages. Die Pflegekasse legt dann auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung fest, ob der Grundbetrag in Höhe von 100 Euro oder der erhöhte Betrag in Höhe von 200 Euro von dem Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden kann.

Tipp:

Betroffene, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz bereits festgestellt wurde, sollten ihre Pflegekasse um schriftliche Mitteilung bitten, in welcher Höhe ihnen Leistungen zur Verfügung stehen. Alle anderen Personen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf sollten die Pflegekasse um eine entsprechende Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bitten.

Die Kosten für die Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten werden auch weiterhin im Rahmen der Kostenerstattung durch die Pflegekasse ersetzt, das heißt, die entsprechenden Kostenbelege sind bei der Pflegekasse einzureichen.

Die im Verlaufe eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommenen Beträge können in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden.

»Verbesserte Betreuung von Demenzpatienten in Pflegeheimen

Vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben künftig einen Anspruch auf zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal speziell für Heimbewohner mit erheblichem Betreuungsbedarf, die so genannte Betreuungsassistenz. Hiermit soll das Leistungsangebot in Heimeinrichtungen

für altersverwirrte erkrankte Pflegebedürftige (Demenzpatienten) verbessert werden. Für rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden. Die Kosten für das zusätzliche Betreuungspersonal werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen voll finanziert, so dass weder die Pflegebedürftigen selbst noch die Sozialhilfeträger finanziell belastet werden.

»Pools« von Leistungen

Immer mehr Menschen wollen auch im Alter weitgehend selbstbestimmt leben und suchen daher als Alternative zum Heim andere Wohnformen wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Senioren. Im Rahmen der Pflegereform soll das Zusammenleben in solchen Wohnformen verbessert werden. Künftig können daher Versicherte Sachleistungsansprüche gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten, die zum Beispiel auch in der Wohngemeinschaft leben, in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass sich beispielsweise eine Pflegekraft um mehrere Pflegebedürftige innerhalb einer Wohngemeinschaft kümmert. Die durch die Bündelung der Ansprüche entstehenden Kosten- und Zeitersparnisse können dann für zusätzliche Betreuungsleistungen genutzt werden.

❖ Einzelverträge mit Pflegefachkräften

Pflegeverträge mit einzelnen Pflegefachkräften waren in der Vergangenheit nur zulässig, wenn die Versorgung nicht durch ambulante Pflegedienste sichergestellt werden konnte. Künftig werden die Voraussetzungen für die Zulassung von Einzelverträgen gelockert, so dass die Pflegekassen sehr viel leichter Verträge mit selbstständigen Pflegefachkräften schließen können.

❖ Verkürzte Begutachtungsfristen

Künftig muss die Pflegekasse spätestens innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags auf Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller schriftlich das Begutachtungsergebnis in Form eines Bescheides mitgeteilt haben.

Sofern ein pflegender Angehöriger Pflegezeit beantragt hat, muss die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung innerhalb von zwei Wochen erfolgen. Über das Ergebnis der Begutachtung ist der Antragsteller von der Pflegekasse unverzüglich zu informieren. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, im Hospiz oder in ambulanter Palliativversorgung oder ist während des Klinikaufenthalts ein Antrag auf Pflegezeit gestellt worden, muss die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sogar unverzüglich, spätestens aber innerhalb einer Woche erfolgen.

❖ Verkürzung der Vorversicherungszeit

Wer bislang Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen wollte, musste in den letzten zehn Jahren mindestens fünf Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert gewesen sein oder der privaten Pflegepflichtversicherung angehören. Diese Vorversicherungszeit wird im Rahmen der Pflegereform auf zwei Jahre verkürzt.

❖ Rentenversicherung von Pflegepersonen

Für Pflegepersonen, die wenigstens 14 Stunden wöchentlich eine pflegebedürftige Person pflegen und darüber hinaus nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, entrichten die Pflegekassen Beiträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger. Künftig zahlen die Pflegekassen die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson auch für die Dauer eines Erholungsurlaubs, so dass die Pflegepersonen für diese Zeit keine Schmälerung ihres Rentenanspruchs erfahren.

❖ Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

Nahe Angehörige, die Pflegebedürftige zuhause versorgen, können ab dem 1. Juli 2008 Pflegezeit in Anspruch nehmen. Das bedeutet, sie können

sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten unentgeltlich von der Arbeit freistellen lassen, sofern im Betrieb des Arbeitgebers mehr als 15 Personen beschäftigt sind. Nahe Angehörige sind beispielsweise Eltern, Ehegatten oder Kinder. In dieser Zeit beziehen die Beschäftigten zwar kein Gehalt, sind aber weiterhin sozialversichert. Die Beiträge zur Rentenversicherung werden von der Pflegekasse der Pflegebedürftigen gezahlt, soweit die Pflegeperson mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt. Die Pflegekasse übernimmt auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Etwas anders sieht es mit dem Kranken- und Pflegeversicherungsschutz aus. Dieser Versicherungsschutz bleibt während der Pflegezeit erhalten, sofern die Pflegeperson familienversichert ist. Besteht eine solche Familienversicherung nicht bzw. ist eine solche nicht möglich, muss sich der pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und hierfür den Mindestbeitrag entrichten. Der Krankenversicherungsschutz bezieht dann automatisch den Pflegeversicherungsschutz mit ein.

Tipp:

Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber mindestens 10 Tage im Voraus anzukündigen, dass sie die Pflegezeit in Anspruch nehmen. Gleichzeitig müssen sie dem Arbeitgeber schriftlich den Zeitraum und den Umfang der Pflegezeit mitteilen. Darüber hinaus muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

Daneben wird für Akutsituationen, in denen nahe Angehörige eine bedarfsgerechte Pflege zügig organisieren und sicherstellen müssen, **ein Anspruch auf kurzzeitige, unentgeltliche Freistellung von der Arbeit für bis zu 10 Arbeitstage** eingeführt, die so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung. Auch in dieser Zeit ist der freigestellte Beschäftigte sozialversichert. Der Anspruch auf kurzzeitige Freistellung besteht jedoch im Gegensatz zum Anspruch auf Pflegezeit unanhängig von der Betriebsgröße des Arbeitnehmers. Die Beschäftigten müssen aber dem Arbeitgeber unverzüglich die Arbeitsverhinderung und deren voraussichtliche Dauer mitteilen. Auf Verlangen des Arbeitgebers müssen sie außerdem eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorlegen.

Für die Zeit von der Ankündigung bis zur Beendigung der Pflegezeit oder kurzzeitigen Arbeitsfreistellung besteht für Beschäftigte Kündigungsschutz.

Verbessertes Beratungsangebot

❖ Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige haben ab 1. Januar 2009 einen gesetzlichen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater. Pflegeberater sind qualifizierte Mitarbeiter der Pflegekassen, die Hilfesuchende über das vorhandene Leistungsangebot informieren, Pflegedienste oder Haushaltshilfen vermitteln und bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung behilflich sein sollen. Darüber hinaus wird es ein individuelles Fallmanagement geben. Pflegeberater erstellen für Pflegebedürftige einen individuellen Versorgungsplan, dessen Koordination und Umsetzung sie veranlassen, begleiten und überwachen.

Generell soll die Pflegeberatung in wohnortnahen und gut erreichbaren Pflegestützpunkten angesiedelt werden. Pflegestützpunkte müssen von den Pflege- und Krankenkassen errichtet werden, sofern sich das jeweilige Bundesland für die Errichtung von flächendeckenden Pflegestützpunkten entscheidet. In den Pflegestützpunkten sollen die Hilfesuchenden alle wichtigen Antragsformulare, Informationen, eine unabhängige Beratung und konkrete Hilfestellungen erhalten, d.h. hier sollen die Hilfesuchenden gebündelt unter einem Dach alle Informationen,

Unterlagen und Hilfestellungen erhalten, die zur Bewältigung und Organisation der jeweiligen Pflegesituation erforderlich sind.

❖ Ausbau der Beratungseinsätze

Pflegebedürftige, die von der Pflegekasse Pflegegeld beziehen, müssen regelmäßig Beratungsbesuche abrufen. Während diese Beratungseinsätze bislang allein von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt werden durften, können sie künftig auch von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, oder auch von Pflegeberatern der Pflegekassen durchgeführt werden.

Neu ist außerdem, dass auch Versicherte, die zwar (noch) nicht einer Pflegestufe zugeordnet sind, aber zum Beispiel aufgrund einer Demenzerkrankung einen erheblichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf aufweisen (Pflegestufe 0), einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen können.



Mehr Qualität und Transparenz in Pflegeeinrichtungen

Bis 2010 sollen alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen mindestens einmal durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von den Pflegekassen bestellte Sachverständige geprüft worden sein. Ab 2011 erfolgt dann eine **regelmäßige Prüfung der Einrichtungen im Abstand von höchstens einem Jahr**. Bisher erfolgte sie ca. alle fünf Jahre. Die Prüfungen sollen grundsätzlich unangemeldet durchgeführt werden.

Bisher ist ein Vergleich der Leistungen und der Qualität von Pflegeeinrichtungen nicht möglich, was den Betroffenen die Auswahl eines Anbieters erschwert. Daher sollen ab 01.01.2009 **die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität** auf der Basis der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) **kostenfrei veröffentlicht** werden. Dies soll in einer verständlichen, übersichtlichen und vergleichbaren Form beispielsweise im Internet geschehen. Zudem muss in den Pflegeeinrichtungen das Datum der letzten MDK-Prüfung sowie die jeweilige Zusammenfassung von Prüfergebnissen gut sichtbar ausgehängt werden.

Um eine leicht verständliche Darstellung der Prüfergebnisse zu gewährleisten, muss bis 31. Dezember 2008 eine Bewertungssystematik mit einem Qualitätssymbol wie z.B. ein Ampelschema (rot- gelb- grün) oder ein Sternesystem ähnlich den Hotelsternen eingeführt sein. Damit soll für Betroffene die Auswahl einer Pflegeeinrichtung erleichtert werden.

Durch so genannte **Expertenstandards** soll die Qualität in der Pflege künftig sichergestellt und weiterentwickelt werden. Expertenstandards sind Handlungsanleitungen, die für verschiedene Themenbereiche nach den aktuellen medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen festgelegt werden. So gibt es beispielsweise bereits Expertenstandards zur Vermeidung von Druckgeschwüren und von Stürzen in der Pflege.



Weitere Aspekte der Pflegereform

❖ Heimärzte und Entlassungs- management

Mit der Pflegereform soll sich auch die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen verbessern. Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen sollen die Pflegekassen darauf hinwirken, dass **stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten** eingehen. Lässt sich eine solche Kooperation mit niedergelassenen Ärzten nicht verwirklichen und kann eine ausreichende ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Heimbewohner nicht sichergestellt werden, können die Pflegeeinrichtungen auch einen Arzt im Angestelltenverhältnis beschäftigen, sofern dieser in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist.

Im Rahmen der Pflegereform wird außerdem ein Anspruch der Versicherten auf ein so genanntes Versorgungs- bzw. Entlassungsmanagement im Krankenhaus eingeführt. Mit Hilfe dieses Entlassungsmanagements soll der nahtlose Übergang von pflegebedürftigen Menschen vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder in die stationäre Pflege gewährleistet werden. Die Umsetzung erfolgt durch entsprechend qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den

behandelnden Ärzten, dem sozialen Dienst, den aufnehmenden Einrichtungen, der Krankenkasse, dem Pflegeberater und den Angehörigen zusammenarbeiten.

❖ Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Durch finanzielle Anreize in Form von Bonuszahlungen sollen die Bemühungen von Pflegeeinrichtungen in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation gestärkt und gefördert werden. So erhalten Pflegeeinrichtungen von der Pflegekasse zusätzlich einen Betrag in Höhe von 1.536 Euro, sofern der Pflegebedürftige nach aktivierender Pflege oder rehabilitativen Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft wird oder überhaupt nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist. Die Pflegeeinrichtung ist jedoch zur Rückzahlung des von der Pflegekasse gezahlten Betrages verpflichtet, sofern der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten wieder (höher) eingestuft wird.

Daneben ist geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 3.072 Euro zu zahlen hat, wenn innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur Rehabilitation von der Krankenkasse erbracht worden sind und dies von der Krankenkasse zu vertreten ist.

...❖ Generationenübergreifendes bürgerschaftliches Engagement

Auch die Selbsthilfe und ehrenamtliche Angebote werden in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen aufgenommen und gefördert. Hierzu gehören insbesondere die niedrigschwelligen Betreuungsangebote für Personen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf, mit denen pflegende Angehörige durch den Einsatz von Betreuungsgruppen, einer Tagesbetreuung oder Helferinnenkreise stundenweise entlastet werden können.

...❖ Vermittlung von Pflege-Zusatzversicherungen und Mitnahme von Altersrückstellungen

Pflegekassen haben die Möglichkeit, den Abschluss von privaten Pflege-Zusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen zu vermitteln.

Ab dem 1. Januar 2009 können Altersrückstellungen beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) für Neu- und Bestandsfälle mitgenommen werden.

Finanzierung

Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung wird ab 1. Juli 2008 um 0,25 % angehoben. Der bisherige Beitragssatz von 1,7 % für Versicherte mit Kindern erhöht sich dann auf 1,95 %. Der Beitragssatz für Kinderlose in Höhe von bisher 1,95 % erhöht sich auf 2,2 %.

verbraucherzentrale