

Was ist, wenn ich mich nicht mehr allein versorgen kann?/

Kapitel 1 - Allgemeines

Coronas und seine Ableger haben uns immer noch fest im Griff, auch wenn es inzwischen mehr Impfstoffe gibt und die Anzahl Geimpfter größer wird. Ein Teil der Bevölkerung wird auf die vollständige Impfung wahrscheinlich noch länger warten müssen, trotz steigender Zahl von "Impfmuffeln".

Aber es gibt noch weitere Probleme, die wir nicht außer Acht lassen dürfen:
Menschen, die pflegebedürftig sind! Ihre Zahl steigt ständig!

Der Bundestag hat die angesagte Pflegereform verabschiedet und der Bundesrat hat ihr zugestimmt (Beschluss Drucksache 511/21 v. 25.06.21) und dem Bundespräsidenten vorgelegt. Das "Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)", Drucksachen 19/82226 und 19/27214 enthalten Änderungen in verschiedenen Paragraphen in mehreren SGBen (Sozialgesetzbüchern). Einige werden in den nachstehenden Ausführungen berücksichtigt. Der Bundesrat hat allerdings einige Anregungen zu weiteren Verbesserungen in diesem Beschluss festgelegt. Außerdem treten nicht alle Änderungen nach Verkündung im BGBl in Kraft. Einige jedoch auch rückwirkend. Ein buntes Bild!

Mein Leitspruch:

Schwerbehinderung bedeutet nicht zwangsläufig Pflegebedürftigkeit.
Pflegebedürftigkeit hingegen ist immer eine Schwerbehinderung.
ohne Rücksicht auf die Schwere der tatsächlichen Beeinträchtigung.

Eine Behinderung und der Grad der Behinderung (GdB) werden in einem besonderen Verwaltungsverfahren von den Versorgungsämtern festgestellt. Hierzu ist dort zwingend ein Antrag zu stellen. Der Antrag kann formlos, sollte aber möglichst mit entsprechenden Formularen des jeweiligen Versorgungsamts gestellt werden. Das Anerkennungsverfahren kann durch Beifügung ärztlicher Unterlagen über die zugrunde liegenden Gesundheitsstörungen beschleunigt werden.

Die Unterlagen sollten jedoch nicht älter als zwei Jahre sein.

Sobald ein Bescheid vorliegt, sollte dieser für das Jahr der Erteilung beim Finanzamt geltend gemacht werden, um steuerliche Nachteile ausgleichen zu lassen. Die anrechenbaren Pauschalsätze sind ab 2021 **verdoppelt** worden. Damit wird die Einkommensteuer auf das Gehalt bzw. die Rente/Pension deutlich gemindert.

Ein Behinderter hat schon genügend Kosten, die er selbst tragen muß.

Kapitel 2 - Behinderungen

Das Thema "Behinderung" sollte nicht nur die behinderten Menschen selbst, sondern auch die interessieren, die Behinderte betreuen und **im Rahmen der Vorsorge Jeden!**

Behinderung kann viele Ursachen haben.

Sie kann körperlicher oder mentaler Art sein.

Schlimmstenfall muß sich der behinderte Mensch mit beiden Arten auseinander setzen.

Körperliche Behinderungen können verschiedene Auswirkungen haben:

Die betroffene Person kann sich im täglichen Leben nicht mehr allein helfen, zum Beispiel sich das Essen nicht mehr selbst zubereiten, nicht mehr selbst essen, sich nicht selbst ankleiden, sich nicht waschen oder duschen, sich nicht mehr ohne Hilfe bewegen.

Mentale Behinderungen können mit Vergesslichkeit beginnen bis zur Demenz.

Vorsorge:

Niemand kann vorhersehen, **ob** und **wann** ihm eine schwerwiegende Behinderung wie beispielsweise ein Unfall als Fußgänger, Rad-, Roller- oder Autofahrer – ohne Todesfolge –, eine schwere Erkrankung (z.B. durch Coronas) oder auch durch die Geburt eines behinderten Kindes widerfährt. Daher sollte man bereits in jungen Jahren (Mündigkeit/Geschäftsfähigkeit ab 18 Jahren!) Vorsorge treffen und eine oder mehrere Person/en seines Vertrauens beauftragen, in diesen Fällen für sie/ihn Verantwortung zu übernehmen.

Vollmachten und Verfügungen sollten rechtzeitig in guten Tagen für später erteilt werden, damit es dafür einmal nicht zu spät ist. Der/die Vollmachtgeber/in und der/die Vollmachtnehmer(in) müssen bei der Erteilung der Vollmacht geschäftsfähig sein. Es gilt, mit dem richtigen Schriftstück die entsprechenden Festlegungen zu treffen. Geldinstitute haben oft eigene Regelungen. Für den Fall einer eventuellen Hilfsbedürftigkeit ist es möglich, eine oder mehrere Person/en des Vertrauens zu beauftragen, für festgelegte, z.B. nur für die Finanzen oder die Gesundheit oder alle Lebensbereiche vertretend tätig zu werden und so eine mögliche gesetzliche Betreuung zu vermeiden.

Eine derartige Vorsorgevollmacht kann ggf. behördlich oder notariell beglaubigt werden.

Die Vertrauensperson/en muß/müssen natürlich mit der Übernahme dieser Aufgabe einverstanden sein und das entsprechend mit ihrer Unterschrift dokumentieren. Die Übernahme einer solchen Verpflichtung ist schwerwiegend und sollte gut überlegt und beraten sein.

Jeder Mensch kann betreuungsbedürftig werden. Mit einer Betreuungsvollmacht kann frühzeitig Einfluss auf die Betreuungspersonen und die Führung der Betreuung genommen werden.

Des Weiteren ist eine Patientenverfügung von großer Hilfe. Die betroffene Person regelt darin, was im Falle eines Unvermögens, Entscheidungen hinsichtlich seiner Gesundheit bzw. seines Körpers selbst zu treffen, zu veranlassen ist.

Ganz wichtig: regeln, was man nicht will !(z.B. das weitere Anbinden an Geräte, die sinnlos das Leben verlängern, obwohl die Person nicht mehr zu retten ist).

Diese Patientenverfügung hat Gesetzescharakter, d.h., sie ist für Alle bindend.

Sie sollte möglichst immer mit einer Vollmacht oder einer Verfügungsverfügung gefertigt werden und eine Beschreibung der persönlichen Wertvorstellungen beinhalten.

Allerdings gibt es eine Ausnahme:

Einrichtungen der Katholischen Kirche (Pflegeeinrichtungen, Kliniken u.ä.), die mit Ärzten ausgestattet sind, müssen derartige Vorgaben nicht befolgen, da für sie die Erhaltung des Lebens im Vordergrund steht. Wer also wünscht, daß seine in der Patientenverfügung festgelegten Forderungen erfüllt werden wie das Abschalten von lebenserhaltenden Maschinen, sollte sich in andere Einrichtungen begeben.

Sind Immobilien, Mobilien oder andere Werte betroffen, empfiehlt es sich, ein Testament aufzusetzen. Dieses kann notariell beglaubigt werden, muss es aber nicht. Entscheidend ist, dass es handschriftlich aufgesetzt und mit Ort, Datum und Unterschrift versehen ist.

Für alle Vollmachten und Verfügungen gibt es Vordrucke, deren Anleitungen Hilfestellung leisten. Es gibt Textbausteine zum Zusammenstellen und Formulare zum Ankreuzen vorgegebener Bausteine. Mein Experte für diesen Themenbereich, Dr. Peter Bender, langjähriges BDZ-Mitglied und Organisator eigener Vorlesungen, hat zwar davor gewarnt, nur die Kästchen anzukreuzen, die man für richtig hält, denn in Ausnahmefällen können diese Angaben u.U. nicht zweifelsfrei ausgewertet werden und bei Gerichtsverfahren (Familienstreitigkeiten) zu falschen Urteilen führen. Sinnvoller wäre, die eigenen Vorstellungen klar dar zu legen.

Kapitel 3 - Wie geht es weiter ?

Die Betreuung von Behinderten kann u.a. zu Hause durch Angehörige, Freunde, zugelassene Pflegedienste oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden.

Zuvor muß der Pflegegrad festgestellt werden, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Üblicherweise ist die Krankenkasse entsprechend dem Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" auch die Pflegeversicherung.

Anmerkung:

In Deutschland ist jeder Bürger kraft Gesetzes pflegeversichert, selbst ein Obdachloser!

Im Jahr 1995 wurde die Pflegeversicherung als Teil der Sozialversicherung als Pflichtversicherung eingeführt. Insofern besteht ein Anspruch auf Leistungen aus den Beiträgen zur Pflegeversicherung an die Pflegeversicherung.

Für Beamte und Beamtinnen mit Beihilfeanspruch gibt es zwei Pflegeversicherungen, die anteilig zahlen:

1. die private Pflegeversicherung, sie ist von dem Beihilfeberechtigten zwingend abzuschließen,
2. die Beihilfestelle. Diese zieht den Beamten bereits vor Auszahlung der Pension einen Anteil zur Pflegeversicherung nach § 50 f BeamtVG ab (Beihilfe als Pflegeleistung). Die Reduzierung der Bezüge dient also dem Ausgleich der Belastungen, die dem Bund für die im Rahmen der Beihilfe zu tragenden Aufwendungen für Pflegeleistungen entstehen können..

Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung sind denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung wie bei der privaten Krankenversicherung. Die Pflegeversicherung veranlasst die Begutachtung durch den medizinischen Dienst. Diese Feststellungen sind auch für die Beihilfe bindend.

Die Beihilfestellen führen in aller Regel keine eigenen Begutachtungen zur Einstufung in einen Pflegegrad durch.

Eine Beihilfe zu Pflegeleistungen kann daher nur unter Vorlage des Leistungsbescheides (Leistungszusage) der Pflegeversicherung oder des Gutachtens gewährt werden.

Seit April 2004 ist der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung, der bis dahin je zur Hälfte von den Rentnerinnen und Rentnern sowie von der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurde, in voller Höhe von diesen Personen allein zu tragen. Diese Änderung wurde wirkungs- und zeitgleich auf die Versorgungsempfänger/innen des Bundes übertragen.

Der ganze Themenbereich ist äußerst komplex und für einen Normalbürger, der sich bisher mit diesem Thema nicht auseinandersetzen mußte (wie ich), kaum überschaubar, aber es gibt Hilfe.

Wenn die Situation eintritt, daß man sich selbst oder Verwandte/Freunde sich in Umständen befinden, in denen man sich nicht mehr allein helfen kann bzw. können, ist es angezeigt, sich mit einem Beratungsinstitut in Verbindung zu setzen:

Jede Person hat in Pflegeangelegenheiten einen Rechtsanspruch auf ausführliche Beratung.

Das wäre z.B. die Organisation COMPASS, die vom Verband der privaten Krankenkassen geschaffen worden ist und die jedem privat Versicherten und seinen Angehörigen kostenlos zur Verfügung steht. Die Hotline der COMPASS steht allerdings auch anderen Ratsuchenden zur Verfügung, jedoch nur telefonisch. Hausbesuche werden nur für privat Versicherte durchgeführt. Während der Beschränkungen aufgrund der Coronas-Pandemie sind Hausbesuche vorläufig eingestellt und durch Telefon- bzw. Internet-Beratung ersetzt worden.

Das gilt auch für andere Beratungsinstitute.

Die Zentrale ist erreichbar

im Internet unter www.compass-pflegeberatung.de,

telefonisch unter 0800-101 88 00.

COMPASS hat in allen Regionen Berater/innen, die von der Zentrale beauftragt werden, sich mit dem Hilfesuchenden in Verbindung zu setzen. Diese klären umfänglich über das Verfahren und spezielle Fragen auf.

Außerdem gibt unter www.pflegeberatung.de , eine kostenlose bundesweite Beratungsmöglichkeit.

Es ist unbedingt ein Antrag bei der Pflegekasse einzureichen:

bei Beamten in der privaten Krankenkasse mit Beihilfeanspruch wird ein Gutachter der MEDICPROOF beauftragt,

bei gesetzlich Versicherten ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Pflegekasse (MDK).

Die Pflegekasse hat dem Versicherten einen Beratungstermin innerhalb von 2 Wochen anzubieten.

Zu dem gutachterlichen Termin kann ein/e Berater/in von COMPASS, zusätzlich auch eine Vertrauensperson hinzu gezogen werden

Zuvor sollten die Grundlagen für die Begutachtung gut vorbereitet sein:

Ein Fragebogen der MEDICPROOF GmbH hilft dabei, möglichst alle Umstände zu berücksichtigen, die für die Eingliederung wichtig sind.

Das hilft sowohl dem Pflegebedürftigen als auch dem Gutachter und beschleunigt das Verfahren. Außerdem wäre es hilfreich, wenn bereits bei ersten Anzeichen für eine mögliche Pflegebedürftigkeit ein Tagebuch in einfacher Form oder mit einem Formular über die auftauchenden Anzeichen geführt wird.

Ein Formular gibt es sowohl für Erwachsene als auch für Kinder.

Wichtig sind

ein Medikamentenplan,

die Beantwortung der Frage nach Selbsteinschätzung.

Ein guter Rat, auch wenn es eigentlich selbstverständlich sein sollte:

Die betroffene Person sollte dem Gutachter nicht beweisen, was sie noch alles kann, sondern klar und deutlich zeigen, was sie nicht mehr kann.

Das hat in der Vergangenheit schon Manchem den Akt verdorben!

("Ich koch noch schnell ne Tasse Kaffee". Das kann auch ein/e Mitbewohner/in oder die Nachbarin!).

Kapitel 4 Welche Ansprüche bestehen ?

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde zum 1. Januar 2017 neu gefaßt.

Statt drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung einer "erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz", zum Beispiel aufgrund einer Demenz, gibt es nun fünf Pflegegrade.

Die fünf Pflegegrade sind abgestuft:

von geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1)

bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Die neue Begutachtung führt also zu einer **individuelleren** Einstufung, denn sie berücksichtigt genauer und umfassender als bisher die Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Menschen.

Unterschieden wird nicht nur anhand des Pflegegrades, sondern auch der Art der Betreuung:

Die Leistungen der Pflegekassen sind für alle Pflegebedürftigen gleich, egal ob sie privat oder gesetzlich versichert sind.

Sie werden alle drei Jahre geprüft, zuletzt 2020, allerdings ohne Änderung der Sätze von 2017.

Die hauptsächlichsten Arten der Betreuung sind:

Häusliche Pflege:

Die häusliche Pflege kann sowohl durch Angehörige (Kinder/Eltern), Freunde oder durch zugelassene Pflegedienste erfolgen. Zugelassen werden jetzt nur noch Pflegedienste, die ihrem Personal den Mindestlohn zahlen. Das gilt auch für ausländische Pflegedienste.

Damit soll auch die Betreuungsqualität verbessert werden.

Bereits hier unterscheiden sich die Sätze, die die Pflegekasse erstattet.

Die Pflegenden (**nur nahe** Angehörige - §7 Pflegezeitgesetz* (s.Fußnote) - haben ebenfalls Anspruch auf Leistungen, da sie Zeit und ggfls. Urlaub und Lohnverzicht einsetzen müssen. Sie haben insbesondere auch Anspruch auf eine Schulung zur Pflege! Es erfolgt eine Prüfung im Einzelfall. Auch Hilfsmittel können beansprucht werden, um dem Pflegebedürftigen den häuslichen Alltag zu erleichtern (z.B. Gehhilfen, Badewanneneinsätze, Treppenlifte – Vorsicht vor den Angeboten – Qualität und Vertrag).

Teilzeitpflege/Teilstationäre Pflege:

Diese Leistung begleitet und unterstützt die häusliche Pflege. Sie kann in einer Tag- bzw Nachtbetreuung bestehen, wenn eine ganztägige Betreuung zu Hause nicht möglich ist.

Neu ist:

Kann im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung häusliche Pflege, Kurzzeit-

pflege oder Rehabilitation nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, längstens 10 Tage für die **volle** Krankenhausbehandlung.
Die teilstationäre Pflege ist also auch in Krankenhäusern möglich.

Es ist für die Behinderten bzw. Ihre Angehörigen immer schwierig, verfügbare freie Plätze zu finden. Im Rahmen der Reform ist geplant, ein Internetportal einzurichten, auf dem tagaktuell entsprechende freie Plätze ausgewiesen werden sollen. Das unterstützt auch der Deutsche Beamtenbund.

Neu:

Es werden gesetzlich starke Anreize für den Ausbau der Kurzzeitpflege gesetzt.
Der Leistungsbetrag der Pflegeversicherung zur Kurzzeitpflege wird um 10 % angehoben.
In der ambulanten Pflege werden Sachleistungbeiträge (keine Pflegehilfsmittel) um 5 % erhöht.

Vollstationäre Pflege/Pflegeheimunterbringung:

Sofern weder eine häusliche noch eine Teilzeitpflege möglich ist, wird sich die zu pflegende Person wohl in einer stationären Einrichtung betreuen lassen müssen.
Zwar gibt es auch die Sonderform einer Pflegebedürftigen-Wohngemeinschaft, wir gehen hier aber vom "Normalfall" aus. Ähnlich wie in einem Seniorenheim wird die zu pflegende Person Tag und Nacht durch entsprechendes Pflegepersonal in der Pflegeeinrichtung betreut.

Neben den Kosten für Pflege und Betreuung fallen bei stationärer Pflege weitere Kosten an.
Das sind die sogenannten Hotelkosten für Unterbringung und Verpflegung sowie möglicherweise notwendige Investitionskosten.

Die Hotelkosten sind von den Pflegebedürftigen immer selbst zu tragen.

Die Pflegekasse übernimmt allerdings nur die Pflegekosten bis zur maximalen Leistungsgrenze.

Das neue Pflegegesetz sieht jetzt vor:

Die Eigenbeteiligung wird durch Zuschuss der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 – 5 in 4 Stufen gemindert:

in den ersten 12 Monaten um 5 %,

nach 1 Jahr um weitere 25 %,

nach 2 Jahren um weitere 45 % und

nach 3 Jahren um 70 %

Das könnte sich (bei einem bundeseinheitlich angesetzten Eigenanteil von 911 €) auf bis zu 637,70 € je Monat belaufen.

Die Restbeträge sind durch den Pflegebedürftigen zu tragen.

Je nach Ort und Ausstattung der Einrichtung sind die Kosten recht unterschiedlich und oft reichen die Alterseinkünfte zur Deckung nicht aus. Beruhigend ist, daß Kindern bei der Kostenbeteiligung ein Vermögensfreibetrag von 100.000 € eingeräumt wird. Außerdem hat das BVG am 24.01.2012 unter dem Az 2 C 24.10 eine Entscheidung getroffen, daß Kinder von Beamten nicht für diese Kosten aufkommen müssen, sondern die Beihilfestellen verpflichtet sind, für einen angemessenen Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim zu sorgen. Das betrifft nur die Pflegeleistungen. Das BVG ist davon ausgegangen, daß die Versorgungsbezüge für die Deckung der Hotelkosten ausreichen.

Kostenmäßig einigermaßen besser daran ist, wer als Pflegebedürftiger seine Wohnung bereits aufgeben mußte und damit Miete und Energiekosten im Gegenzug einsparen konnte.

Neu:

Des Weiteren wird in Pflegeheimen ein bundesweiter Personalschlüssel bezogen auf die Bewohnerstruktur eingeführt, der weitere Personaleinstellungen ermöglichen soll.

Einige Urteile aus jüngerer Zeit sollen gleichzeitig für gerechtere Bezahlung von Pflegepersonal, soziale Verbesserung und auch für bessere Pflegequalität sorgen, z.B.

das Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 26.06.2021 – 5 AZR 505/21.

Pflegepersonal, das im selben Haushalt mit dem Pflegebedürftigen wohnt, also 24 Stunden zur Verfügung stehen muss, hat Anspruch auf Bezahlung von mehr als 8 Stunden. Wieweit die Mehrstunden vergütet werden können, ist Einzelfallentscheidung.

Mindestlohn ist auch hier Voraussetzung für die Einstellung, soweit ein Pflegedienst eingeschaltet ist, sowieso. Die Pflegeversicherungen zahlen nur noch an derartige Pflegedienste.

Meist handelt es sich um Pflegedienste und Pflegepersonal aus dem Ostblock.

Brandneu:

BGH-Urteil vom 15.07.2021 - III ZR 225/20

Pflegeheime haben in ihren Verträgen i.d.R. Die Klausel, daß ein privat versicherter Pflegebedürftiger vom Vertragsabschluss bis zum Einzug eine sogenannte Reservierungsgebühr in Höhe von 75 % der Gesamtkosten zu entrichten habe. Das laufe dem § 87 a SGB XI und dem § 15 des WBVG zuwider und ist nichtig. Der Kläger bekam ein Recht auf Rückzahlung.

Der Inhalt des Urteils ist von der Pressestelle des BVG bekannt gegeben, der Text des Urteils wird noch bearbeitet und besonders bekannt gegeben.

Kapitel 5 Fürsorge der Polizei

Polizeibeamtinnen/-beamte (nachfolgend Beamte) des Bundes und der Länder sind Ausnahmefälle: Sie sind weder gesetzlich noch privat krankenversicherungspflichtig und erhalten je nach Zugehörigkeit (Bund und je nach Bundesland) eine bestimmte Heilfürsorge (sog. Sonstige Kostenträger).

Sie sind aber pflegeversicherungspflichtig.

Die Leistungen ergeben sich aus den SGB V und XI. (siehe auch § 28 (2) SGB XI:

"(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; das gilt auch für den Wert von Sachleistungen.")

Für den Fall, daß ein Beamter zum Pflegefall wird, unterscheiden sich die Leistungen hinsichtlich der Leistungserbringer.

1. Beamte der Bundespolizei (BPOL) erhalten Heilfürsorge.

Im Falle, daß ein Pflegefall eintritt, entscheidet die private Pflegeversicherung (PPV) über die Einstufung in einen Pflegegrad gem. SGB XI wie auch über die Feststellung des Leistungsanspruchs.

Gem. § 16 BPOLHfV erhalten Heilfürsorgeberechtigte die im SGB XI genannten Leistungen zur Hälfte.

Um diesen Anspruch geltend zu machen, ist dem BPOL Ref. 83 – Heilfürsorgeangelegenheiten – der Bescheid der PPV zuzusenden:

Abrechnungsstelle Heilfürsorge
53754 St. Augustin

Das Ref. 83 hat darauf hingewiesen, dass im Bereich der Länder unterschiedliche Regelungen bestehen können.

2. Beamte der Bundesländer (LaPol) erhalten freie Heilfürsorge, sofern sie nicht abgeschafft worden ist wie im Saarland (Info aus zuverlässiger Quelle).

Auch bei ihnen entscheidet die Pflegeversicherung über die Einstufung in einen Pflegegrad.

Das für die freie Heilfürsorge eines Bundeslandes zuständige Referat ist ebenfalls an diese Entscheidung gebunden.

Eine Entscheidung, wieweit ein Betroffener noch dienstfähig ist (eventuell im Büro) oder aus dem Polizeidienst ausgesteuert werden muß, entscheidet die Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des Pflegegrades (z.B. Pflegegrad 1) und der Zustandes des Pflegebedürftigen mit der Dienststelle.

Wenn eine Beamter aus dem aktiven Dienst ausscheidet, gleichwohl ob durch Pensionierung oder aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit (BPOL/Länder), entfällt die Heilfürsorge/freie Heilfürsorge. Sie wird durch Beihilfe und Krankenkasse (sofern abgeschlossen) ersetzt.

Die Dienststellen empfehlen daher bereits Berufsanfängern, eine Anwartschaft für eine beihilfe-konforme private Krankenversicherung und gleichzeitig bei dieser eine private Pflegepflichtversicherung abzuschließen.

Diese Kolleginnen und Kollegen bei Bund und Ländern sind nicht schlechter gestellt, als die Verwaltungsbeamten/-beamtinnen in Bund und Ländern.

Hinsichtlich der Beratung ist anzumerken:

Da diese Kolleginnen/Kollegen dann in einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung versichert sind, können sie die Compass-Pflegeberatung ebenfalls voll in Anspruch nehmen.

Kapitel 6 - Der äußerste Fall

Es ist durchaus nicht ungewöhnlich, daß sich ein Mensch in einer Situation befindet, in der er erkennen muß:

er befindet sich am Rande der Erträglichkeit seines Leidens.

Er hat Schmerzen trotz Schmerzmitteln. Es gibt keine Möglichkeit der Linderung.

Er hängt nicht an leidensverlängernden Geräten und Ärzte haben ihm mitgeteilt, er sei nicht mehr zu retten, aber man könne ihm nicht sagen, wie lange sein Leiden noch anhalten könne.

Hier ergibt sich u.U. die Frage nach Sterbehilfe durch Ärzte, und zwar nicht im Ausland, wo Manches leichter möglich ist, sondern in Deutschland.

Das bisherige Sterbehilfegesetz von 2015 wurde Anfang 2020 durch das Bundesverfassungsgericht (BVG) gekippt, es verletze das Recht des Einzelnen auf selbstbestimmtes Sterben.

Eine fraktionsübergreifende Abgeordnetengruppe arbeitet an einem Gesetzentwurf, der ein Recht auf Hilfe zur "Selbsttötung" vorsieht, aber nur nach eingehender Beratung. Sie will ein Sicherheitskonzept erarbeiten, so wie vom BVG vorgeschlagen. Ziel sei ein Sondergesetz, das

mehrere Rechtsbereiche einbeziehe, darunter das Straf- und das Arzneimittelrecht, sowie das Berufsrecht von Ärzten. Eine Abgeordnete meinte "wir dürfen uns als Gesetzgeber nicht mit unseren vielleicht bestehenden Moralvorstellungen über die Selbstbestimmung setzen"
Man will versuchen, den Gesetzentwurf bis zur Bundestagswahl als Gesetz durch zu bringen.
(Quelle: www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-211)

Kapitel 7 - Schlussbetrachtung

Ich bin selbst schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von 80, aber (noch) kein Pflegefall. Ich möchte auf diese Weise die mir von der Gewerkschaft auf vielfältige Weise zur Verfügung gestellten Informationen als Multiplikator nicht nur an unsere Mitglieder weitergeben, sondern an Alle, die betroffen ein könnten, wann und wie.

Ich weiß, wie schwierig diese Materie ist, hoffe aber, daß ich einigermaßen verständliche Denkanstöße vermitteln und etwas Hilfestellung leisten konnte.

Zu diesem Themenbereich gibt es im Internet reichlich Informatinen.

Wer kein Internet hat oder mit dem Internet nicht mehr zurecht kommt:

Bittet einen Verwandten, Nachbarn oder Freund um Hilfe!

In diesem Artikel sind Informationen der COMPASS, der MEDICPROOF, des ZQP, des DZL, des BMG und des BMFSFJ sowie Unterlagen aus Seminaren des BDZ in der DBB-Akademie in Königswinter-Thomasberg unter der Leitung von Kollegen Peter Link, Mitglied der Bundesleitung des BDZ verarbeitet worden. Peter Link, ein Mitarbeiter der Compass-Pflegeberatung sowie eine Kollegin und ein Kollege der Bpol Ref. 83 haben beratend beigestanden. Dafür meinen Dank. Ebenso danke ich meinem Freund Norbert Minniger vom VdK Saarbrücken, der mich ständig mit guten Rechtsinformationen versorgt.

Wer sich intensiver mit der Materie befassen möchte oder muß, dem empfehle ich die kostenlosen Broschüren

- der COMPASS private Pflegeberatung "PFLEGE ORGANISIEREN" erhältlich unter www.compass-pflegeberatung.de
- des Bundesministeriums für Gesundheit "PFLEGELEISTUNGEN ZUM NACHSCHLAGEN (48 Seiten)", Best.-Nr.BMG-P-11025 (der dort aufgeführte Flyer "Pflegebedürftig. Was nun?.. Best.-Nr. BMG-P-07053 ist nicht mehr erhältlich) den "RATGEBER PFLEGE (208 Seiten)", Best.-Nr. BMG-P-07055 erhältlich unter publikationen@bundesregierung.de bzw. Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock.

Für Kurzinformationen empfehle ich außerdem diverse Pflegeratgeber

- des ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege),
- erhältlich über <https://www.zqp.de/ratgeber> (teilweise nur 4-seitig und anschaulich)
- und des DLZ (Dienstleistungszentrum des Bundesverwaltungsamts), erhältlich über <https://www.bva.bund.de>

* Fußnote

- Als nahe Angehörige im Sinne von § 7 PflZG gelten insbesondere:
- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Ehegatten der Geschwister, Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Lebenspartner,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners -, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
Der Pflegende genießt ein Freistellungsrecht und Kündigungsschutz gem. §§ 3, 4, 4a, 5, 8 und 9 PflZG (wurde nicht geändert).

Dieser Artikel wurde aufgrund der Pflegerform im Juli 2021 aktualisiert

Robert Schmidt ZAR i. R.

Mitglied im

BDZ, Deutsche Zoll- und Finanzgewerkschaft, Ortsverband Freiburg-Breisgau-Hochschwarzwald,

IPA, International Police Association, Verbindungsstelle Freiburg

VdK, Sozialverband Deutscher Kriegsverwehrter, FB Breisgau-Hochschwarzwald