



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE

Darauf kommt es an



Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den
Pflegerstärkungsgesetzen wissen müssen

www.wir-stärken-die-pflege.de

Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den
Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen



**Liebe Leserin,
lieber Leser,**

der Jahreswechsel 2016/2017 war eine wichtige Wegmarke für die Pflege in Deutschland: Seit dem 1. Januar 2017 sind der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsinstrument und die fünf neuen Pflegegrade in Kraft. Von nun an wird bei der Einstufung und den Leistungen der Pflegeversicherung der Unterstützungsbedarf der Betroffenen persönlicher und passgenauer berücksichtigt. Die Förderung und der Erhalt der Selbstständigkeit der Menschen stehen im Mittelpunkt.

Dadurch erhalten gerade an Demenz erkrankte Menschen endlich einen gleichberechtigten Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung. Die Leistungen haben wir um mehr als 5 Milliarden Euro pro Jahr erhöht.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen ist die größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor mehr als 20 Jahren gelungen. Davon profitieren die rund 2,9 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland, deren Zahl bis 2030 Schätzungen zufolge auf 3,5 Millionen anwächst. Wir haben die Pflege

gestärkt – für Pflegebedürftige, für pflegende Angehörige und Pflegekräfte.

Der Ihnen vorliegende Ratgeber bietet einen umfassenden Überblick zum Thema Pflege und kann damit ein wertvoller Begleiter durch den Pflegealltag sein.

Ihr

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Was ist neu in der Pflege? 14

1 Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit 22

1.1 Was ist die Pflegeversicherung? 23

› Warum ist die Pflegeversicherung notwendig? 24

› Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen? 25

1.2 Wer ist versichert? 26

a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung 26

b. Familienversicherte 27

c. Freiwillig Versicherte 27

d. Privat Versicherte 27

e. Versicherungspflicht für sonstige Personen 28

f. Weiterversicherung 28

g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung 29

› Warum ist Eigenvorsorge sinnvoll? 29

› Welche Arten freiwilliger privater Pflege-Zusatzversicherungen gibt es? 30

› Welche Pflege-Zusatzversicherungen werden staatlich gefördert? 30

1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert? 31

a. Beitragssatz 31

› Wie hoch ist der Beitragssatz? 31

› Wie wird die Finanzierung der Pflege nachhaltig gestärkt? 31

› Welche besondere Regelung gilt bei der Beitragsverteilung in Sachsen? 32

b. Beitragszuschlag für Kinderlose 32

› Wer muss einen Beitragszuschlag bezahlen? 32

› Wie wird der Beitragszuschlag zur sozialen Pflegeversicherung gezahlt? 33

› Welche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder? 33

› Wozu dient die Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit? 34

› Müssen kinderlose Menschen mit Behinderungen den Beitragszuschlag zahlen? 35

› Wird bei der Erhebung des Beitragszuschlags das Existenzminimum berücksichtigt? 35

c. Beitragsbemessungsgrenze 36

› Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung? 36

d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung 38

› Wie hoch sind die Prämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung? 38

› Gibt es einen Basistarif in der privaten Pflege-Pflichtversicherung? 39

› Können Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel der privaten Pflege-Pflichtversicherung mitgenommen werden?	40
1.4 Wer ist pflegebedürftig?	40
a. Pflegebedürftigkeit	40
› Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?	40
b. Antragstellung	40
› Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?	40
› Wie schnell wird über den Antrag entschieden?	41
c. Voraussetzung für Leistungsansprüche	42
d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	42
› Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?	42
› Wie wird die Pflegebedürftigkeit von Kindern festgestellt?	48
e. Pflegegrade	49
› Was zeichnet die neuen Pflegegrade aus?	49
› Wie sind die Pflegegrade gestaffelt?	49
f. Leistungsbescheid	50
› Was umfasst der Leistungsbescheid?	50
› Wie wird die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste sichergestellt?	50
1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?	51
2 Leistungen der Pflegeversicherung	54
2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?	56
a. Ambulanter Pflegedienst (Pflegesachleistungen)	56
› Was macht ein ambulanter Pflegedienst?	56
› Was sind ambulante Pflegesachleistungen und wie hoch sind diese?	58
› Welche Wahlmöglichkeiten haben Pflegebedürftige?	59
› Welche Möglichkeiten bietet der Umwandlungsanspruch?	59

b. Pflegende Angehörige (Pflegegeld)	59
› Wann wird Pflegegeld gezahlt?	60
› Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?	60
c. Kombinationsleistung	62
› Können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?	62
d. Einzelpflegekräfte	62
› Was sind Einzelpflegekräfte?	62
› Wie kommen Einzelpflegekräfte zum Einsatz?	62
e. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)	63
› Wer pflegt, wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?	63
› Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?	63
› Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?	64
› Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?	64
f. Angebote zur Unterstützung im Alltag; Entlastungsbetrag	65
› Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag?	65
› Für welche Angebote kann der Entlastungsbetrag verwendet werden?	65
› Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?	65
› Können Teile des ambulanten Sachleistungsbetrags auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden?	67
g. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften	68
› Was wird unter „alternativen Wohnformen“ verstanden?	68
› Welche alternativen Wohnformen werden von der Pflegeversicherung unterstützt?	69
› Welche finanzielle Förderung gibt es?	70
h. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)	71
› Was bedeutet „Poolen“?	71

3 Pflege von Angehörigen zu Hause 104

3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert? 105

a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld) 105

› Was ist Pflegegeld und wer bekommt es? 105

b. Soziale Absicherung der Pflegeperson 105

› Wer gilt als Pflegeperson? 105

› Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen? 106

› Ist die Pflegeperson unfallversichert? 106

› Wann sind Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert? 108

c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege) 108

› Wie wird die Pflege gewährleistet, wenn die Pflegeperson krank ist oder Erholung benötigt? 108

› Werden während des Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse und zur Arbeitslosenversicherung gezahlt? 109

d. Pflegekurse für Angehörige 109

› Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause? 109

3.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert? 110

a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz 110

› Was ist Pflegezeit? 110

› Was muss beachtet werden, wenn Pflegezeit in Anspruch genommen wird? 111

› Besteht die Möglichkeit, sich für die Pflegezeit nur teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen? 111

› Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden? 112

› Kann die Pflegezeit auch mit der Familienpflegezeit kombiniert werden? 112

› Besteht während der Pflegezeit Kündigungsschutz? 112

› Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozialversichert? 112

› Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten? 113

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz 114

› Was ist Familienpflegezeit? 114

› Können auch Beamtinnen und Beamte Pflegezeit und Familienpflegezeit nehmen? 115

› Besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz? 116

› Sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit sozialversichert? 116

› Wie sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit finanziell abgesichert? 117

c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld 118

› Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“? 118

› Was ist das Pflegeunterstützungsgeld? 119

4 Beratung im Pflegefall 120

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es? 121

a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater 121

› Wer hat Anspruch auf Pflegeberatung? 121

› Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater? 121

› Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater? 123

› Was passiert bei Problemen? 124

› Was sind Pflegestützpunkte? 124

b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit 124

› Wer muss und wer kann Beratungseinsätze in Anspruch nehmen? 124

› Welche Beratung gibt es bei der Palliativversorgung Schwerstkranker? 125

5 Qualität und Transparenz in der Pflege	126
5.1 Wie wird die Qualität in der Pflege sichergestellt?	127
a. Expertenstandards	127
› Wie werden Qualitätsstandards für Pflegeheime und Pflegedienste festgelegt?	127
b. Qualitätsprüfungen	128
› Was wird bei den Qualitätsprüfungen kontrolliert?	128
› Werden die Prüfungstermine vorher angekündigt?	128
› Gibt es zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden?	128
c. Prüfinstanzen	129
› Was ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)?	129
› Was ist der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)?	129
› Welche Rolle spielen der MDK und der Prüfdienst der PKV bei der Qualitätsprüfung?	130
› Welche Rolle spielt die Heimaufsicht?	130
d. Veröffentlichung von Prüfergebnissen	130
› Was leisten Transparenzberichte?	130
› Was sind die Pflegenoten und was wird bei der Prüfung bewertet („Pflege-TÜV“)?	131
› Wie geht es mit den Qualitätsprüfungen und Transparenzvereinbarungen weiter?	132
e. Verfahren bei Qualitätsmängeln	133
› Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Qualitätsmängeln?	133
› Kann Pflegeheimen gekündigt werden?	134
f. Abrechnungsprüfungen	134
5.2 Pflegeeinrichtungen: mehr Personal – weniger Bürokratie	135
a. Zusätzliche Betreuungskräfte	135
› Wie wurde die Betreuung in der stationären Pflege verbessert?	135
b. Bürokratieabbau	136
› Wie wird die Pflegedokumentation vereinfacht?	136

c. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen	138
› Welche Möglichkeiten haben Pflegeheime bei der Vertragsgestaltung?	138
d. Bezahlung der Pflegekräfte	138
› Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?	138

6 Glossar – wichtige Begriffe zum Nachschlagen

Weitere Informationen	198
Informations- und Serviceangebote	199
Weitere Publikationen	200
Bürgertelefon	202
Infotelefone der BZgA	202
Impressum	203



Was ist neu in der Pflege?

Die Pflegestärkungsgesetze bewirken die umfangreichsten Verbesserungen in der Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren. Durch diese Gesetze wird die Pflege in Deutschland leistungsfähiger, individueller und passgenauer.

Zum 1. Januar 2017 ist durch das zweite Pflegestärkungsgesetz ein grundlegend neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden. Anstelle der bislang bekannten drei Pflegestufen gelten nun fünf neue Pflegegrade mit neuen Leistungsbeträgen. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bisher vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden nun auch geistig und psychisch bedingte Beeinträchtigungen gleichermaßen berücksichtigt. Die Einstufung der pflegebedürftigen Versicherten in einen der fünf neuen Pflegegrade erfolgt durch ein grundlegend neues Begutachtungsinstrument. Dieser Ratgeber Pflege gibt Auskunft zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die seit dem 1. Januar 2017 gelten.

Wer am 31. Dezember 2016 bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hat, wurde per Gesetz automatisch zum 1. Januar 2017 in das neue System übergeleitet. Dabei gilt, dass Betroffene alle von der Pflegeversicherung bezogenen Leistungen weiterhin mindestens insgesamt im gleichen Umfang erhalten beziehungsweise im stationären Bereich nicht mehr als vorher zu den pflegebedingten Aufwendungen zuzahlen müssen. Die allermeisten Pflegebedürftigen erhalten sogar deutlich mehr Leistungen oder werden finanziell entlastet. Bereits zum 1. Januar 2015 wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige durch das erste Pflegestärkungsgesetz deutlich angehoben. Diese Verbesserungen sind für die fünf neuen Pflegegrade ab dem 1. Januar 2017 übernommen und in Teilen erneut ausgeweitet worden.

So stärken wir die Pflege

Mit den Pflegestärkungsgesetzen gelingt die umfangreichste Erneuerung der Pflegeversicherung seit über 20 Jahren. Die folgenden 20 Punkte geben Ihnen einen Überblick über die Änderungen und Leistungsausweitungen.



1

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT NEU DEFINIERT

Die Pflegestärkungsgesetze leiten ein Umdenken in der Pflege ein. So werden seit Jahresanfang neben körperlichen auch geistige und seelische Beeinträchtigungen bei der Begutachtung gleichberechtigt berücksichtigt.

2

FÜNF NEUE PFLEGEGRADE

Aus drei Pflegestufen sind zum 1. Januar 2017 fünf neue Pflegegrade geworden. Der Vorteil: Die Begutachtung führt zukünftig zu einer genaueren Einstufung und berücksichtigt viel umfassender als bisher die Beeinträchtigungen der Menschen in allen pflegerelevanten Lebensbereichen.

Häusliche Pflege

3

HÖHERES PFLEGE GELD

Für alle zu Hause betreuten Pflegebedürftigen wurde das Pflegegeld zum 1. Januar 2015 erhöht.

4

MEHR GELD FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

Bis zu 40 Euro stehen pro Monat für Verbrauchserzeugnisse wie Bettunterlagen oder Einmalhandschuhe zur Verfügung.

5

HÖHERE ZUSCHÜSSE FÜR UMBAUTEN

Bis zu 4.000 Euro können beantragt werden – etwa für Arbeiten zur Türverbreiterung.

6

WENIGER ANTRÄGE

Für Hilfsmittel wie Gehhilfen oder Duschstühle sind seit dem 1. Januar 2017 keine Anträge mehr nötig – vorausgesetzt, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) empfiehlt diese in seinen Gutachten.



Häusliche Pflege mit Unterstützung

7

HÖHERE PFLEGESACHLEISTUNGEN

Für alle Pflegebedürftigen sind am 1. Januar 2015 die Ansprüche auf Pflegesachleistungen für die häusliche Pflege gestiegen.

8

AUSBAU DER TAGES- UND NACHTPFLEGE

Für die Tages- und Nachtpflege steht deutlich mehr Geld zur Verfügung. Sie werden nicht mehr mit Geld- und Sachleistungen verrechnet.

9

AUSWEITUNG DER KURZZEITPFLEGE

Bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege sind im Jahr möglich.

10

ANGEBOTE ZUR UNTERSTÜTZUNG IM ALLTAG

Seit dem 1. Januar 2017 können alle Pflegebedürftigen den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat in Anspruch nehmen. Damit können Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag erstattet werden.



11

FÖRDERUNG BETREUTER WOHNGRUPPEN

Auch für Wohngruppen gibt es Vorteile. Für die Gründung einer WG sowie für Maßnahmen für den Wohnungsumbau gibt es eine Anschubfinanzierung. Pflegebedürftige erhalten seit dem 1. Januar 2017 monatlich einen Wohngruppenzuschlag von 214 Euro.

Pflege in einer Einrichtung

12

HÖHERE LEISTUNGSBETRÄGE

Für alle Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege wurden am 1. Januar 2015 die Leistungsbeträge angehoben.

13

NEUERUNGEN BEI DEN EIGENANTEILEN

Seit dem 1. Januar 2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein einrichtungseinheitlicher pflegebedingter Eigenanteil. Das heißt: Es gibt innerhalb ein und derselben Einrichtung keinen Unterschied mehr bei den pflegebedingten Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner mit den Pflegegraden 2 bis 5.

14

MEHR BETREUUNGSANGEBOTE

Mehr Zeit für Spaziergänge oder Vorlesen – seit dem 1. Januar 2017 kommen zusätzliche Betreuungsangebote allen Menschen in der stationären Pflege zugute.



Pflegende Angehörige

15

VERBESSERTE PFLEGE ZU HAUSE

Angehörigen steht über die Pflegekasse ein kostenloser Pflegekurs zu. Außerdem haben sie oder weitere Personen Anspruch auf Pflegeberatung – mit oder ohne Beteiligung der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung dafür ist das Einverständnis der pflegebedürftigen Person.

16

MEHR AUSZEITEN

Pflegende Angehörige können jetzt bis zu sechs Wochen im Jahr eine Auszeit von der Pflege nehmen (Verhinderungspflege).

17

FREISTELLUNG VOM BERUF

Wer pflegt und berufstätig ist, kann bis zu zehn Tage unter bestimmten Voraussetzungen einmalig Lohnersatzleistungen in Anspruch nehmen (Pflegeunterstützungsgeld) und bis zu zwei Jahre seine Arbeitszeit reduzieren (Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz).

18

BESSERE SOZIALE ABSICHERUNG

Seit dem 1. Januar 2017 haben mehr pflegende Angehörige einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge. Auch der Schutz in der Arbeitslosenversicherung verbessert sich.

Pflegekräfte

19

EINFACHERE PFLEGEDOKUMENTATION

Die Pflegedokumentation in Pflegeeinrichtungen wird vereinfacht. Pflegekräften bleibt mehr Zeit für die Pflege.

20

ZUSÄTZLICHE BETREUUNGSKRÄFTE

Zusätzliche Betreuungskräfte erleichtern den Alltag in der Pflege – sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Fachkräfte. Die Pflegestärkungsgesetze haben es ermöglicht, dass sich in der stationären Pflege mittlerweile 49.000 Frauen und Männer darum kümmern.



1 Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit



Jeder Mensch wünscht sich ein möglichst langes Leben in Gesundheit. Doch Pflegebedürftigkeit kann jede und jeden treffen. Damit Sie in diesem Fall abgesichert sind, gibt es die Pflegeversicherung. Dieses Kapitel zeigt Ihnen, wie sie sich finanziert, wer Anspruch auf Leistungen hat und was Sie wissen müssen, wenn Sie oder eine Ihnen nahestehende Person pflegebedürftig werden.

1.1 Was ist die Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung wurde am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Es gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer¹ und Arbeitgeber größtenteils paritätisch entrichten. Wann und welche Leistungen Pflegebedürftige aus der Versicherung bekommen, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab. Braucht jemand nur Hilfe beim täglichen Waschen und Einkaufen? Kann die Person sich gut orientieren? Kann sie zu Hause wohnen oder braucht sie rund um die Uhr Betreuung in einem Pflegeheim? Je nach Umfang des Hilfebedarfs gibt es verschiedene Pflegegrade.

Die Pflegeversicherung gibt dabei den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die weibliche Form verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

werden wollen. Sie haben die Wahl, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen oder aber Geld beziehen wollen, welches sie den pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung geben können. Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab. Den Rest tragen die Pflegebedürftigen oder ihre Familien selbst. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilkostenversicherung“ bezeichnet. Im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Warum ist die Pflegeversicherung notwendig?

Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: Ihre Gesellschaften werden immer älter. Nach den Vorausschätzungen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl älterer Personen (67 Jahre und älter) bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf mindestens 21,5 Millionen steigen. Sie wird damit um 6,3 Millionen oder um 42 Prozent höher sein als die Anzahl der über 67-Jährigen im Jahr 2013. Ein heute sieben Jahre altes Mädchen hat gute Chancen, das 22. Jahrhundert zu erleben. Diese positive Entwicklung hat jedoch auch eine Kehrseite. Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an – auf rund 32 Prozent. Das heißt: je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit bedeutet für Betroffene und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen. Zumal sich Familienstrukturen verändert haben: In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war.

Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?

Rund 2,9 Millionen Menschen nehmen derzeit jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten Leistungsempfängerinnen beziehungsweise Leistungsempfänger, rund 2,1 Millionen, erhalten ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 0,8 Millionen Menschen (Stand: Ende 2015).

Pflegebedürftige 2015 nach Versorgungsart

2,9 Millionen Pflegebedürftige insgesamt		
davon zu Hause versorgt: 2,08 Millionen (73 %)		davon in Heimen vollstationär versorgt: 783.000 (27 %)
durch Angehörige: 1,38 Millionen Pflegebedürftige	zusammen mit / durch ambulante(n) Pflegedienste(n): 692.000 Pflegebedürftige	
	durch 13.300 ambulante Pflegedienste mit 355.600 Beschäftigten	in 13.600 Pflegeheimen ¹ mit 730.000 Beschäftigten

¹ Einschließlich teilstationärer Pflegeheime

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015, Deutschlandergebnisse

1.2 Wer ist versichert?

Es besteht grundsätzlich eine Absicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung. Dies wird durch die nachfolgend dargestellten Regelungen gewährleistet. Generell ist jede und jeder dort pflegeversichert, wo sie beziehungsweise er krankenversichert ist. Die Systematik im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung behält die Unterscheidung zwischen „Pflichtversicherten“ und „freiwillig Versicherten“ immer noch bei, obgleich inzwischen alle einer Versicherungspflicht unterliegen.

a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört automatisch der sozialen Pflegeversicherung an. Ein gesonderter Antrag zur Aufnahme in die soziale Pflegeversicherung muss also



Wer Kinder hat, zahlt geringere Beiträge als Kinderlose. Der Unterschied beträgt 0,25 Beitragssatzpunkte.

nicht gestellt werden. Dies gilt zum Beispiel für Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte, Studierende und Rentnerinnen und Rentner. Wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, zum Beispiel weil er seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat, kann sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern (☑ siehe Kapitel 1.2.f. ab Seite 28).

b. Familienversicherte

Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen nicht höher ist als 425 beziehungsweise 450 Euro bei geringfügig Beschäftigten, sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Dies gilt auch für Lebenspartnerinnen und Lebenspartner eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften. Diese brauchen keine Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen.

c. Freiwillig Versicherte

Auch für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Sie können sich von dieser Pflicht jedoch befreien lassen. Die Voraussetzung dafür: Innerhalb der ersten drei Monate während der freiwilligen Versicherung muss die Entscheidung getroffen werden, ob die gesetzliche oder private Pflegeversicherung gewünscht wird. Die beziehungsweise der Versicherte muss nachweisen, dass sie beziehungsweise er eine entsprechende Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

d. Privat Versicherte

Versicherte einer privaten Krankenversicherung müssen auch eine private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) abschließen. Die Leistungen sind denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung – wie bei der privaten Krankenversicherung.

e. Versicherungspflicht für sonstige Personen

Grundsätzlich gilt in der Pflegeversicherung der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird automatisch in die soziale Pflegeversicherung einbezogen. Wer privat krankenversichert ist, unterliegt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung. Zudem sind von der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung 1995 neben allen gesetzlich und privat krankenversicherten Personen auch sonstige Personen erfasst, die nicht gesetzlich oder privat krankenversichert, sondern über einen anderen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall abgesichert sind. Hierzu zählen zum Beispiel Personen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben.

Ebenso unterliegen Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, der (nachrangigen) Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert oder bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis, der der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist. Wer dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, unterliegt einer Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Im Ergebnis sind somit alle Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall abgesichert.

Die erweiterte Krankenversicherungspflicht hat dabei auch zu einer Einbeziehung von nahezu allen Bürgerinnen und Bürgern in die Pflegeversicherung geführt.

f. Weiterversicherung

Unter bestimmten Bedingungen besteht die Möglichkeit, sich auf Antrag als freiwillig Versicherte beziehungsweise Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung abzusichern, um den Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht dennoch aufrechtzuerhalten. Die beziehungsweise der Versicherte muss dafür in den vorherigen fünf Jahren mindestens 24 Monate oder in den vorherigen zwölf Monaten ununterbrochen Mitglied der sozialen

Pflegeversicherung gewesen sein. Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich ebenfalls auf Antrag weiterversichern.

g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung Warum ist Eigenvorsorge sinnvoll?

Pflegebedürftigkeit kann jede und jeden treffen. Oft kommt der Pflegefall überraschend und bedeutet eine große Umstellung für die gesamte Familie. Die meisten Menschen, die plötzlich auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, wollen diese so lange wie möglich zu Hause und in ihrem familiären Umfeld erhalten. Bei allen Entscheidungen, die dann zu treffen sind, sollten die Wünsche der Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen und nicht die Sorge darum, welche Art der Pflege und Betreuung finanziell tragbar ist. Da die gesetzliche Pflegeversicherung nur die Grundversorgung absichert und die tatsächlichen Pflegekosten in der Regel höher ausfallen, ist eine zusätzliche private Vorsorge wichtig.



Pflegebedürftigkeit kann junge und alte Menschen treffen. Die Pflegeversicherung sichert die Grundversorgung – darüber hinaus hilft die zusätzliche Eigenvorsorge.

Welche Arten freiwilliger privater Pflege-Zusatzversicherungen gibt es?

Von vielen Versicherungsgesellschaften werden private Pflege-Zusatzversicherungen angeboten, die das Risiko von privaten Zuzahlungen abfangen oder mildern sollen. Solche Zusatzversicherungen können auf drei Arten abgeschlossen werden:

- Als Pflege-Rentenversicherung, die als Lebensversicherung angeboten wird. Wenn die beziehungsweise der Versicherte pflegebedürftig wird, zahlt die Versicherung je nach Hilfebedarf eine monatliche Rente aus. Bei dieser Versicherungsart gibt es unterschiedliche Vertragsvarianten.
- Als Pflegekostenversicherung, die nach Vorleistung der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung die verbleibenden Kosten erstattet. Dabei ist zwischen Tarifen zu unterscheiden, die Restkosten ganz oder teilweise übernehmen. In jedem Fall ist ein Nachweis der Ausgaben erforderlich.
- Als Pflege tage- oder Pflegemonatsgeldversicherung, von der gegen Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflegetag beziehungsweise jeden Pflegemonat gezahlt wird. Dieser Geldbetrag wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten der Pflege vom Versicherer überwiesen.

Welche Pflege-Zusatzversicherungen werden staatlich gefördert?

Eine Pflege tage- oder Pflegemonatsgeldversicherung wird dann mit einer staatlichen Zulage gefördert, wenn sie unter anderem folgende Bedingungen erfüllt:

- Der Eigenanteil der beziehungsweise des Versicherten muss mindestens zehn Euro monatlich betragen.
- Die entsprechende Pflege-Zusatzversicherung muss für alle Pflegegrade Leistungen vorsehen, für Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro im Monat.
- Es findet keine Gesundheitsprüfung statt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge sind ebenfalls nicht erlaubt.

- Es gilt Kontrahierungszwang. Die Versicherungsunternehmen müssen jede Person aufnehmen, die einen Anspruch auf die staatliche Zulage hat – dies sind volljährige Versicherte der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung, die nicht bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

Die Zulage beträgt in diesem Fall monatlich fünf beziehungsweise jährlich 60 Euro. Sie wird dem Versichertenvertrag automatisch gutgeschrieben, ohne dass sich die beziehungsweise der Versicherte darum kümmern muss.

1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?

Die soziale Pflegeversicherung wird grundsätzlich paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern finanziert.

a. Beitragssatz

Wie hoch ist der Beitragssatz?

Der Beitragssatz liegt seit dem 1. Januar 2017 bei 2,55 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen bei 2,8 Prozent. Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zahlt die Hälfte des Beitrages – ohne den Kinderlosenzuschlag – der Arbeitgeber. Eine Ausnahme gilt im Bundesland Sachsen (☑ siehe Seite 32).

Wie wird die Finanzierung der Pflege nachhaltig gestärkt?

Seit dem 1. Januar 2015 werden die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten, jährlich rund 1,2 Milliarden Euro, in einen neu eingerichteten Pflegevorsorgefonds in Form eines Sondervermögens, das die Bundesbank verwaltet, abgeführt. Der Fonds soll zu einer verlässlichen Finanzierung der Pflegeversicherung in der Zukunft beitragen und ab dem Jahr 2035 dabei helfen, den Beitragssatz zu stabilisieren. Damit bleibt die Pflege auch dann finanzierbar, wenn die geburtenstarken Jahrgänge, die „Babyboomer“, in ein Alter kommen, in dem sie möglicherweise pflegebedürftig werden. Wer Kinder hat, zahlt geringere Beiträge als Kinderlose.

Welche besondere Regelung gilt bei der Beitragsverteilung in Sachsen?

Nur in Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil bei der Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass dort zur Finanzierung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Von den 2,55 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,775 Prozent auf die Arbeitnehmerin und den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern) und 0,775 Prozent auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 1,275 Prozent für Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind.

Beitragsverteilung

	Arbeitnehmer	Kinderloser Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Sachsen	1,775 %	2,025 %	0,775 %
Übrige Bundesländer	1,275 %	1,525 %	1,275 %

b. Beitragszuschlag für Kinderlose

Wer muss einen Beitragszuschlag bezahlen?

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem „normalen“ Beitragssatz einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten entrichten. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt seit dem 1. Januar 2017 bei 2,8 Prozent. Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II). Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle.

Wie wird der Beitragszuschlag zur sozialen Pflegeversicherung gezahlt?

Die Zahlung des Beitragszuschlags erfolgt im Rahmen des für den Pflegeversicherungsbeitrag üblichen Beitragseinzugsverfahrens. Die beitragsabführende Stelle (also zum Beispiel der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt oder die Versorgungswerke von den Versorgungsbezügen) behält den zusätzlichen Beitragsanteil in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten ein und führt diesen zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle ab.

Der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung ist abhängig vom Einkommen.

Welche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder?

Alle kinderlosen Altersrentnerinnen und Altersrentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen keinen Beitragszuschlag zahlen. Bezieherinnen und Bezieher von Versorgungsbezügen (zum Beispiel Betriebsrenten), die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen aus den Versorgungsbezügen ebenfalls keinen erhöhten Beitrag zahlen.

Bei kinderlosen Rentnerinnen und Rentnern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, wird der Beitragszuschlag ebenso wie die bisherigen Pflegeversicherungsbeiträge von der Rente durch den Rentenversicherungsträger einbehalten und an die Pflegeversicherung abgeführt. Bei kinderlosen Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, gilt das bisher für die Pflegeversicherungsbeiträge von Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern übliche Beitragsverfahren. Für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die zugleich eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, behalten die Zahlstellen die Beiträge aus den Versorgungsbezügen ein und zahlen sie an die zuständige Kasse. Kinderlose Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die ab 1940 geboren sind und keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, müssen den erhöhten Beitrag selbst an die Kasse zahlen.



Kinderlose Altersrentnerinnen und Altersrentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, müssen keinen Beitragszuschlag zahlen.

Wozu dient die Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit?

Für bestimmte zuschlagspflichtige Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Bundesagentur für Arbeit werden die Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Dies dient der Verwaltungsvereinfachung. Das einzelne Mitglied muss keinen Beitragszuschlag zahlen. Diese Regelung gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld I, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und – soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist – für Bezieherinnen und Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe.

Müssen kinderlose Menschen mit Behinderungen den Beitragszuschlag zahlen?

Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose Menschen mit Behinderungen in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Nach geltendem Recht sind sie sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn sie wegen körperlicher, geistiger und psychischer Behinderung außerstande sind, für ihren Unterhalt selbst aufzukommen. Sie sind bei Kinderlosigkeit somit auch zuschlagsfrei.

Sofern sie in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeiten und sich im Berufsbildungsbereich befinden sowie Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen sie bei Kinderlosigkeit keinen Beitragszuschlag zu zahlen. Die Bezieherinnen und Bezieher dieser Leistungen sind einbezogen in die Pauschalzahlung der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Wird bei der Erhebung des Beitragszuschlags das Existenzminimum berücksichtigt?

Trotz des Beitragszuschlags bleibt das Existenzminimum der Einzelnen und des Einzelnen gesichert, da der Kinderlosenzuschlag bei der Festlegung der Sozialhilfe berücksichtigt wird. Alle Menschen, deren Einkommen für den Lebensunterhalt nicht ausreicht und die ergänzend auf Sozialhilfe oder Grundsicherung zurückgreifen müssen, erhalten dann höhere Sozialhilfeleistungen, weil auf den Sozialhilfeanspruch nur das Einkommen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge, also einschließlich des Kinderlosenzuschlags, angerechnet wird. Damit ist sichergestellt, dass durch den Kinderlosenzuschlag das sozialhilferechtliche Existenzminimum nicht angetastet wird.

c. Beitragsbemessungsgrenze

Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung?

Für die soziale Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2017 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 52.200 Euro im Jahr (4.350 Euro monatlich).

Rechengrößen der Sozialversicherung und Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) seit dem 1. Januar 2017 in Euro

	Jahr	Monat
Renten- und Arbeitslosenversicherung – West	76.200	6.350
Renten- und Arbeitslosenversicherung – Ost	68.400	5.700
Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	52.200	4.350
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – West	35.700	2.975
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – Ost	31.920	2.660
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	35.700	2.975
Geringfügigkeitsgrenze ¹		450
Grenze für Familienversicherung ohne geringfügige Beschäftigung		425

	Jahr	Monat
Grenze für Familienversicherung mit geringfügiger Beschäftigung		450
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder ²		25,29
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Selbstständige ³		56,90
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		110,92
SPV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland ⁴		12,64
SPV-Beitrag für Studierende		16,55
PPV-Beitrag für Studierende (bis 34 Jahre)		10,68
PPV-Höchstbetrag für Beamte		44,37
PPV-Beitrag für Ehegatten		166,38

¹ Bis zu diesem Einkommen gelten Besonderheiten bei der Tragung der Beiträge zur Sozialversicherung.

² Bemessungsgrundlage: 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße

³ Bemessungsgrundlage: 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße

⁴ Bemessungsgrundlage: 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße

Beitragssätze:

Rentenversicherung: 18,7 Prozent

Arbeitslosenversicherung: 3,0 Prozent

Pflegeversicherung: 2,55 Prozent

d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Der privaten Pflege-Pflichtversicherung gehören diejenigen an, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Über die Pflege-Pflichtversicherung wird ein privater Versicherungsvertrag abgeschlossen. Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Dies bedeutet, es müssen Alterungsrückstellungen gebildet werden, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. In der privaten Pflegeversicherung bemisst sich die Prämienhöhe nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem Einkommen beziehungsweise der Leistungsfähigkeit der Versicherten. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in der Höhe ihres hälftigen Versicherungsbeitrages – maximal bis zum möglichen Höchstbetrag des Arbeitgeberanteils in der sozialen Pflegeversicherung.

Wie hoch sind die Prämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Die Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung richtet sich nach dem individuellen Gesundheitsrisiko beim Eintritt in die Pflegeversicherung. Dieses Risiko ist bei einem fortgeschrittenen Eintrittsalter in der Regel höher; entsprechend fällt dann auch die Prämie höher aus. Der Gesetzgeber hat jedoch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten der Versicherten allen privaten Versicherungsunternehmen in erheblichem Umfang Rahmenbedingungen für eine sozialverträgliche Prämiengestaltung vorgegeben. So dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Bei der Prämienhöhe wird grundsätzlich zwischen Versicherten (nach § 110 Abs. 1 SGB XI) unterschieden, die bereits von Anfang an – also seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung zum 1. Januar 1995 – ohne Unterbrechung privat pflegeversichert waren, und Versicherten (nach § 110 Abs. 3 SGB XI), die erst später privat pflegeversichert wurden. Bei den von Anfang an Versicherten

ist die Prämie zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden. Für die Ehepartnerin beziehungsweise den Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder mit nur geringfügigem Einkommen (425 Euro beziehungsweise 450 Euro bei geringfügig Beschäftigten) ist eine Prämienvergünstigung vorgesehen worden, nach der für beide Ehegatten zusammen die Höchstprämie nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung betragen darf. Bei den späteren Neuzugängen gilt für die Dauer von fünf Jahren keine Prämienbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung und somit müssen sie – je nach Alter und Gesundheitszustand – unter Umständen erhöhte Prämien leisten. Außerdem gibt es auch keine Ehegattenermäßigung. Nach Ablauf der fünf Jahre darf die Prämie aber auch bei späteren Neuzugängen den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten.

Personen, die im Bereich der privaten Krankenversicherung im Basistarif einen besonderen sozialen Schutz erhalten, werden im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 SGB XI einbezogen. Die günstigeren Bedingungen gelten unabhängig davon, ob die private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

Gibt es einen Basistarif in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Nein, da die private Pflege-Pflichtversicherung bereits gleichwertige Versicherungsleistungen wie die soziale Pflegeversicherung zu erbringen hat. Aber: Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung wurden ergänzend zu den Vorgaben der sozialverträglichen Durchführung der Pflegeversicherung weitere soziale Regelungen zur Begrenzung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen.

Können Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel der privaten Pflege-Pflichtversicherung mitgenommen werden?

Seit dem 1. Januar 2009 ist innerhalb der privaten Krankenversicherung die Portabilität (Mitnahmemöglichkeit) von Alterungsrückstellungen bei neu abgeschlossenen Verträgen möglich. Das umfasst auch die Alterungsrückstellungen für die private Pflege-Pflichtversicherung. Dies gilt dort nicht nur für Versicherte, die ab diesem Zeitpunkt eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen (Neufälle), sondern auch für Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt bereits pflegeversichert waren (Altfälle).

1.4 Wer ist pflegebedürftig?

a. Pflegebedürftigkeit

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Gesetzes sind damit Personen erfasst, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Das sind Personen, die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

b. Antragstellung

Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden; dies kann auch telefonisch erfolgen. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung können auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte übernehmen, wenn sie dazu bevollmächtigt werden. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige



Als pflegebedürftig gilt, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf.

Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter des Medizinischen Dienstes „MEDICPROOF“.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist

oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz (☑ siehe Kapitel 3.2 ab Seite 110) mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde. Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang durchzuführen.

Zu beachten ist, dass nach Ablauf des Jahres 2017 folgende Regelung gilt: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2) anerkannt ist.

c. Voraussetzung für Leistungsansprüche

Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, muss die beziehungsweise der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst, von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand

im Einzelnen zu ermitteln; bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst von „MEDICPROOF“. Zur Begutachtung kommt die jeweilige Gutachterin oder der jeweilige Gutachter (Pflegefachkraft oder Ärztin beziehungsweise Arzt) ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung in die Wohnung oder die Pflegeeinrichtung – es gibt keine unangekündigten Besuche. Zum Termin sollten idealerweise auch die Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuer des erkrankten Menschen, die ihn unterstützen, anwesend sein. Das Gespräch mit ihnen ergänzt das Bild der Gutachterin oder des Gutachters davon, wie selbstständig die Antragstellerin oder der Antragsteller noch ist beziehungsweise welche Beeinträchtigungen vorliegen.



Ein Antrag auf Pflegeleistungen wird binnen 25 Tagen entschieden. Dazu erfolgt eine Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter.

Zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad kommt seit dem 1. Januar 2017 ein **neues Begutachtungsinstrument** zum Einsatz. Es geht von der individuellen Pflegesituation aus und orientiert sich an Fragen wie: Was kann der oder die Pflegebedürftige im Alltag alleine leisten? Welche Fähigkeiten sind noch vorhanden? Wie selbstständig ist der oder die Erkrankte? Wobei benötigt er oder sie Hilfe? Grundlage der Begutachtung ist dabei ein **neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**, der die individuellen Beeinträchtigungen ins Zentrum rückt – unabhängig ob körperlich, geistig oder psychisch.



Was zählt, ist der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag allein bewältigen kann: Die Pflegestärkungsgesetze ermöglichen es, die Pflege genauer daran anzupassen.

Kurz erklärt

☰ Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – neue Pflegegrade

Wann ist ein Mensch pflegebedürftig? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, denn Pflegebedürftigkeit hat ganz unterschiedliche Gesichter. Der neue, deutlich weiter gefasste **Pflegebedürftigkeitsbegriff**, der durch das zweite Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführt wurde, wird dieser Tatsache gerecht. Mit ihm verschwindet die unterschiedliche Behandlung von körperlich bedingten Beeinträchtigungen auf der einen Seite und geistig beziehungsweise psychisch bedingten Beeinträchtigungen auf der anderen. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Es kommt also nicht mehr wie bisher auf den zeitlichen Hilfebedarf bei vorrangig körperlichen Verrichtungen an, sondern was zählt, sind der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag alleine bewältigen kann. Statt drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung einer „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“, zum Beispiel aufgrund einer Demenz, gibt es seit dem 1. Januar 2017 **fünf Pflegegrade**. Die Begutachtung führt also zu einer individuelleren Einstufung, denn sie berücksichtigt genauer und umfassender als bisher die Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Menschen. Davon profitieren etwa an Demenz erkrankte Personen mit ihrem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf.

Um festzustellen, wie selbstständig eine pflegebedürftige Person ist, wirft die Gutachterin oder der Gutachter einen genauen Blick auf folgende sechs Lebensbereiche:

Modul 1 „Mobilität“: Die Gutachterin oder der Gutachter schaut sich die körperliche Beweglichkeit an. Zum Beispiel: Kann die betroffene Person alleine aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen, ist Treppensteigen möglich?

Modul 2 „Geistige und kommunikative Fähigkeiten“: Dieser Bereich umfasst das Verstehen und Reden. Zum Beispiel: Kann sich die betroffene Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?

Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“: Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für ihre Angehörigen belastend sind. Auch wenn Abwehrreaktionen bei pflegerischen Maßnahmen bestehen, wird dies hier berücksichtigt.

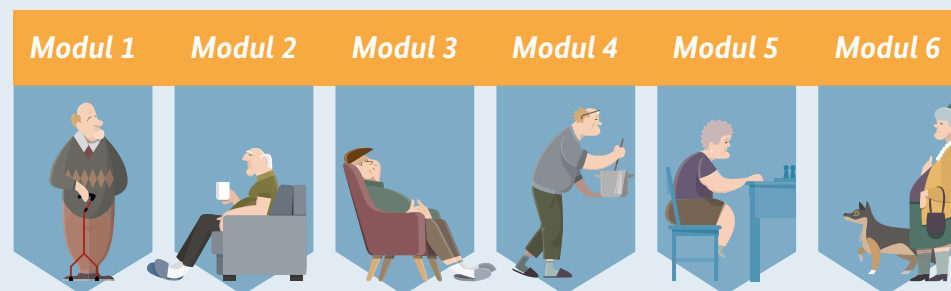
Modul 4 „Selbstversorgung“: Kann die Antragstellerin oder der Antragsteller sich zum Beispiel waschen und anziehen, kann sie oder er selbstständig die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?

Modul 5 „Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung“: Die Gutachterin oder der Gutachter schaut, ob die betroffene Person zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen, den Blutzucker eigenständig messen, mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder Rollator umgehen und eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt aufsuchen kann.

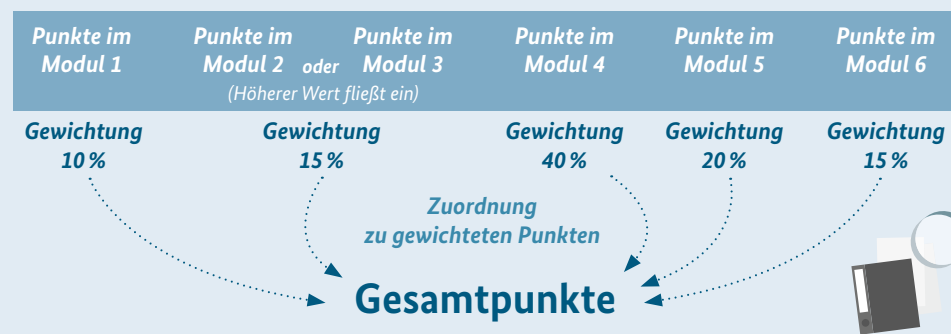
Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“: Kann die betroffene Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen?

So funktioniert die Berechnung der fünf Pflegegrade

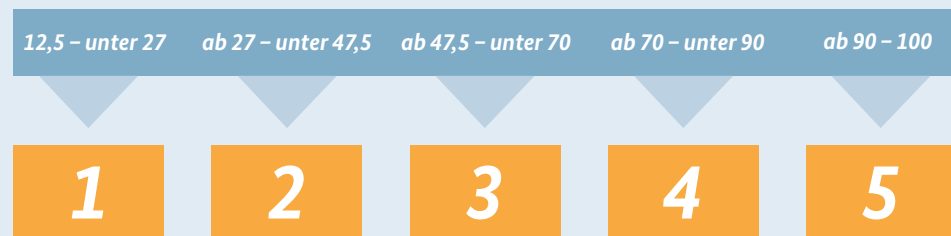
1. ERFASSUNG DER SELBSTSTÄNDIGKEIT UND DER FÄHIGKEITEN DER MENSCHEN IN SECHS LEBENSBEREICHEN



2. BERECHNUNG UND GEWICHTUNG DER PUNKTE



3. EINSTUFUNG IN EINEN DER FÜNF PFLEGEGRADE



Für jedes Kriterium in den genannten Lebensbereichen ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person durchführen, jedoch gegebenenfalls allein mit Hilfsmitteln) und – in der Regel – 3 (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen). So wird in jedem Bereich der Grad der Beeinträchtigung sichtbar. Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

Zusätzlich bewerten die Gutachterinnen und Gutachter die **außerhäuslichen Aktivitäten** und die **Haushaltsführung**. Die Antworten in diesen Bereichen werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen, weil die hierfür relevanten Beeinträchtigungen schon bei den Fragen zu den sechs Lebensbereichen mitberücksichtigt sind. Allerdings helfen diese Informationen den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekasse, wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde: Sie können die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen mit Blick auf weitere Angebote und Sozialleistungen beraten und einen auf sie oder ihn zugeschnittenen Versorgungsplan erstellen. Auch für eine Pflegeplanung der Pflegekräfte sind die Informationen als Ergänzung sehr hilfreich.

Wie wird die Pflegebedürftigkeit von Kindern festgestellt?

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder -pfleger beziehungsweise als Kinderärztin oder -arzt vorzunehmen. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder ermittelt.

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig. Damit auch

diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden bei der Begutachtung die altersunabhängigen Bereiche wie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen. Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen.

e. Pflegegrade

Was zeichnet die neuen Pflegegrade aus?

Fünf Pflegegrade ersetzen seit dem 1. Januar 2017 die bisherigen drei Pflegestufen. Sie ermöglichen es, Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen auf die jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse abzustimmen.

Zugleich wurde der Anspruch auf Leistungen ausgeweitet. Die Unterstützung durch die Pflegeversicherung setzt nun deutlich früher an. Mittelfristig kann etwa eine halbe Million Menschen mit dem neuen Pflegegrad 1 erstmalig überhaupt die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. In den Pflegegrad 1 werden künftig Menschen eingestuft, die noch keine erheblichen Beeinträchtigungen haben, aber schon in gewissem Maß – zumeist körperlich – eingeschränkt sind. Ihnen stehen zum Beispiel eine Pflegeberatung, eine Anpassung des Wohnumfeldes (zum Beispiel altersgerechte Dusche) sowie der sogenannte Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu.

Wie sind die Pflegegrade gestaffelt?

Die Pflegegrade orientieren sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen

Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen in den Begutachtungs-Richtlinien.

f. Leistungsbescheid

Was umfasst der Leistungsbescheid?

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für die Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Das Gutachten wird der Antragstellerin oder dem Antragsteller deshalb durch die Pflegekasse automatisch übersandt, sofern sie oder er der Übersendung nicht widerspricht. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Darüber hinaus erhält die beziehungsweise der Versicherte die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern dies auf Zustimmung der Antragstellerin beziehungsweise des Antragstellers trifft.

Wie wird die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste sichergestellt?

Seit Juli 2013 gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Diese sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und sorgen für mehr Transparenz und Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsgeschehen. Geregelt werden insbesondere die allgemeinen Verhaltensgrundsätze für die Gutachterinnen und Gutachter bei der Durchführung der Begutachtung, die individuelle und umfassende

Information der Versicherten über das Begutachtungsinstrument (auch in den Sprachen Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Russisch, Türkisch), eine Versichertenbefragung sowie das Beschwerdemanagement.

1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?

Gut zu wissen



Eine Checkliste

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken- / Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Selbstverständlich können das auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte für Sie übernehmen, wenn Sie sie dazu bevollmächtigen.
2. Die Landesverbände der Krankenkassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie über die Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie können diese Liste bei der Pflegekasse auch anfordern, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen stellen.
3. Sie haben darüber hinaus einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse. Der Anspruch gilt auch für Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegekräfte, sofern Sie zustimmen. Die Pflegekasse bietet Ihnen unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Leistungen einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung durchzuführen ist. Die Pflegekasse benennt Ihnen außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist.

Gut zu wissen

Alternativ hierzu kann Ihnen die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eingelöst werden kann. Auf Ihren Wunsch kommt die Pflegeberaterin beziehungsweise der Pflegeberater auch zu Ihnen nach Hause.

Wenn es in Ihrer Region einen Pflegestützpunkt gibt, können Sie sich ebenso an diesen wenden. Näheres erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse.

Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater bei Ihnen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

4. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung anwesend zu sein.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen wollen.

Gut zu wissen

7. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

8. Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort zur Verfügung. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 030 / 340 60 66-02. Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter Fax 030 / 340 60 66-07 oder E-Mail info.gehoerlos@bmg.bund.de.

Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, www.pkv.de.

Die „COMPASS Private Pflegeberatung“ erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer 0800 / 101 88 00.

2 Leistungen der Pflegeversicherung



Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen davon ab, wo und von wem Sie oder eine Ihnen nahestehende Person gepflegt werden und wie groß der Unterstützungsbedarf ist. In diesem Kapitel können Sie nachlesen, welche Leistungen das genau sind, wann diese Ihnen zustehen und wie sie sich gegebenenfalls kombinieren lassen.

Grundsätzlich stehen den Bürgerinnen und Bürgern unterschiedliche Betreuungsformen und -einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und ihre Angehörigen entscheiden, hängt zum einen von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der Personen ab, die die Pflege übernehmen möchten.

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste werden nach der Art der Leistung unterschieden. Sie reichen von ambulanten Pflegediensten und Einzelpflegekräften, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Pflege-Wohngemeinschaften oder Angebote von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in den vergangenen Jahren – zum Teil mehrfach – erhöht. Darüber hinaus prüft die Bundesregierung regelmäßig alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die meisten Leistungen zum 1. Januar 2015 um vier Prozent dynamisiert. Für Leistungen, die erst mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012/2013 neu eingeführt wurden, betrug die Erhöhung 2,67 Prozent. Das zweite Pflegestärkungsgesetz hat die jährlichen Leistungsausgaben noch

einmal deutlich erhöht. Durch die Dynamisierung soll gewährleistet werden, dass die Pflegeleistungen an die Preisentwicklung angepasst werden. Insgesamt sorgen die Pflegestärkungsgesetze nicht nur für höhere Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, sondern auch für eine stabile Finanzierung der Pflegeversicherung in der Zukunft.

2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?

Tritt der Pflegefall ein, haben Pflegebedürftige die Wahl: Sie können sich für Pflegesachleistungen, das sind zum Beispiel Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste, die von der Pflegekasse bis zu bestimmten Höchstgrenzen bezahlt werden, entscheiden oder Geldleistungen wie das Pflegegeld in Anspruch nehmen, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, im Wege der Kostenerstattung bestimmte nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag zu nutzen.

Zur Unterstützung der häuslichen Pflege können auch teilstationäre Leistungen der Tages- oder Nachtpflege sowie vorübergehende vollstationäre Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden (☞ siehe Kapitel 2.2 b. und c. ab Seite 77).

a. Ambulanter Pflegedienst (Pflegesachleistungen)

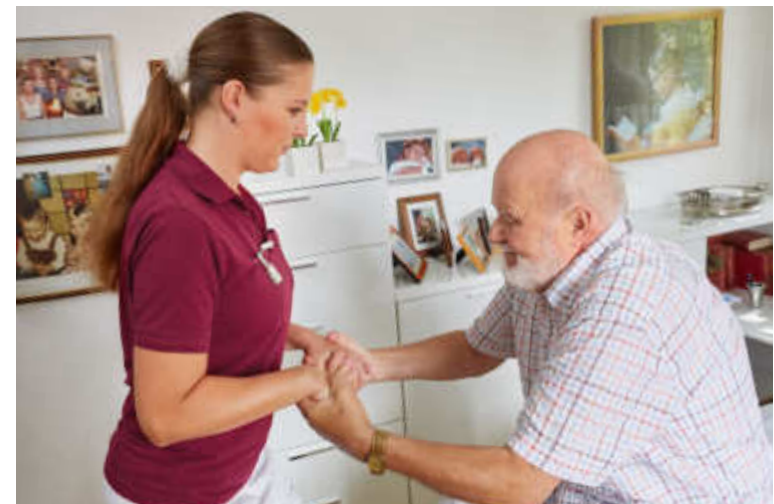
Was macht ein ambulanter Pflegedienst?

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können. Das Leistungsangebot des ambulanten Pflegedienstes erstreckt sich über verschiedene Bereiche.

Dies sind vor allem:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie etwa Körperpflege, Ernährung, Förderung der Bewegungsfähigkeit,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, zum Beispiel Hilfe bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte,
- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGBV als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Kochen oder Reinigen der Wohnung.

Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, in der vertrauten Umgebung zu bleiben.



Die ambulante Pflege unterstützt Pflegebedürftige und Angehörige im Alltag. Damit erleichtert sie es den Pflegenden, Berufsleben und Pflege zu koordinieren.

Was sind ambulante Pflegesachleistungen und wie hoch sind diese?

Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 als ambulante Pflegesachleistungen die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung bis zu einem gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag. Dieser richtet sich nach dem Pflegegrad:

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen seit 2017 maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

* Pro Monat bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag

☑ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

Darüber hinaus kann auch der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat für Leistungen ambulanter Pflegedienste eingesetzt werden, um Unterstützung zu erhalten. In den Pflegegraden 2 bis 5 darf der Entlastungsbetrag jedoch nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung genutzt werden, also zum Beispiel für die Unterstützung beim morgendlichen Waschen. Hierfür stehen vielmehr die oben genannten

Sachleistungen zur Verfügung. In Pflegegrad 1 hingegen darf der Entlastungsbetrag auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der Selbstversorgung verwendet werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ ☑ im Kapitel 2.1 f. ab Seite 65.

Welche Wahlmöglichkeiten haben Pflegebedürftige?

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots in der häuslichen Pflege. Sie sind vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer konkret beabsichtigten Leistungsanspruchnahme zu informieren. Dadurch bleibt die Gestaltungsmöglichkeit mit der damit verbundenen Kostenfolge für die Pflegebedürftigen im Rahmen ihres jeweiligen Pflegearrangements transparent und nachvollziehbar. Zu beachten ist, dass die Pflegedienste von den Pflegekassen zugelassen sein müssen, um Leistungen über sie abrechnen zu können. Einen guten Überblick unter anderem über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung stellen, die aber auch im Internet abrufbar sind.

Welche Möglichkeiten bietet der Umwandlungsanspruch?

Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewandelt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ ☑ im Kapitel 2.1 f. ab Seite 65.

b. Pflegenden Angehörige (Pflegegeld)

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Die Pflegeversicherung unterstützt deshalb auch, wenn sich Betroffene dafür entscheiden,

statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden. Hierfür zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegegeld.

Wann wird Pflegegeld gezahlt?

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden (☑ siehe Kapitel 2.1 c. auf Seite 62).

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen seit 2017 pro Monat
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

☑ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

Während einer Verhinderungspflege wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld für bis zu sechs Wochen und bei einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe weitergezahlt.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld, anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.



Über das Pflegegeld können die Empfänger frei verfügen. In der Regel geben sie es an die pflegende Person als Anerkennung weiter.

c. Kombinationsleistung

Können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Durchgerechnet



Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 344,50 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 689 Euro. Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 158 Euro.

d. Einzelpflegekräfte

Was sind Einzelpflegekräfte?

Hierbei handelt es sich um selbstständige Pflegekräfte, wie zum Beispiel Altenpflegerinnen beziehungsweise Altenpfleger oder Altenpflegehelferinnen beziehungsweise Altenpflegehelfer.

Wie kommen Einzelpflegekräfte zum Einsatz?

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kraft besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rech-

nung getragen werden kann. Zur Finanzierung der Einzelpflegekräfte können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können für Einzelpflegekräfte den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich einsetzen.

e. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

Wer pflegt, wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, der sogenannten Verhinderungspflege. Sie kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen. Die Leistungen für die Verhinderungspflege können auch in Anspruch genommen werden, wenn die Ersatzpflege in einer Einrichtung stattfindet. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson die Pflegebedürftige beziehungsweise den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in ihrer beziehungsweise seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?

Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person, einem ambulanten Pflegedienst, von entfernten Verwandten, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder von Nachbarinnen beziehungsweise Nachbarn übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden,

kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.

Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die es keine Betreuung in einer geeigneten vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung gibt, weshalb sie den Anspruch bisher nicht nutzen konnten.

Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?

Ja. Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Durchgerechnet



Anteiliges Pflegegeld bei Verhinderungspflege

Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld für Pflegegrad 4 in Höhe von 728 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld bezahlt ($\frac{2}{30}$ von 728 Euro). An den übrigen 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 157,73 Euro gezahlt (50 Prozent von 728 Euro = 364 Euro $\times \frac{13}{30} = 157,73$ Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

f. Angebote zur Unterstützung im Alltag; Entlastungsbetrag **Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag?**

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Sofern der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Für welche Angebote kann der Entlastungsbetrag verwendet werden?

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstehen. Je nach Ausrichtung der anerkannten Angebote kann es sich dabei um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung von Pflegenden (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln.

Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote);
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden);
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung



Wer Unterstützungsangebote annimmt, kann den Alltag besser organisieren.

im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert wird.

Können Teile des ambulanten Sachleistungsbetrags auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden?

Ja, zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag können auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung eingesetzt werden, sofern dieser nicht für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wurde. Dieser sogenannte Umwandlungsanspruch besteht neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag und kann daher auch unabhängig von diesem genutzt werden.

Durchgerechnet



Umwandlungsanspruch

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 908,60 Euro, das sind 70 Prozent von 1.298 Euro. Weitere ambulante Sachleistungen benötigt er nicht. Er möchte jedoch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag nutzen, das eine kontinuierliche Pflegebegleitung für pflegende Angehörige anbietet. Hierfür kann er seinen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich einsetzen. Um seiner Frau, die ihn jeden Tag pflegt und betreut, mehr Entlastung durch die ehrenamtlichen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter zu geben, will er zusätzlich aber auch den nicht genutzten Teil des Sachleistungsbetrags entsprechend umwidmen. So kann er für die Pflegebegleitung eine zusätzliche Kostenerstattung in Höhe von 389,40 Euro pro Monat erhalten. Da er hierdurch den Pflegesachleistungsbetrag insgesamt voll ausnutzt, bekommt er daneben kein anteiliges Pflegegeld mehr.

g. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften Was wird unter „alternativen Wohnformen“ verstanden?

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Neue Wohnformen sind beispielsweise das betreute oder Service-Wohnen, bei dem außer dem Mietvertrag auch ein Servicevertrag mit der Vermieterin beziehungsweise dem Vermieter abgeschlossen wird. Dieser beinhaltet die Vereinbarung bestimmter zusätzlicher Dienst- und Hilfeleistungen. Darüber hinaus zählen das Wohnen in Mehrgenerationenhäusern, in denen Jung und Alt sich gegenseitig helfen, oder auch das „Wohnen für Hilfe“, bei dem einzelne Wohnungen oder Zimmer beispielsweise an Studierende vermietet werden, zu den alternativen Wohnformen. Die Studierenden zahlen in diesem Fall weniger Miete, müssen sich

dafür jedoch dazu verpflichtet, hilfebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses zu unterstützen, beispielsweise im Haushalt, beim Einkaufen oder bei Behördengängen.

Zu den neuen Wohnformen zählen auch die sogenannten Pflege-Wohngemeinschaften (Pflege-WGs). Diese bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen zu leben und gemeinsam Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen.

Gut zu wissen



Gründung einer Pflege-WG

Wenn Sie eine Pflege-WG gründen möchten, brauchen Sie zunächst natürlich interessierte Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner. Diese können Sie beispielsweise über einen Aushang im nächstgelegenen Seniorentreff suchen. Sie können auch im nahe gelegenen Pflegestützpunkt nachfragen, ob sich dort Interessentinnen oder Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch die Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Pflege-WGs betreuen.

Welche alternativen Wohnformen werden von der Pflegeversicherung unterstützt?

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, möglichst lange selbstständig und in häuslicher Umgebung zu wohnen, ohne dabei jedoch auf sich allein gestellt zu sein, werden sogenannte ambulant betreute Wohngruppen – Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – von der Pflegeversicherung besonders gefördert.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld, Pflegesachleistungen und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 214 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Den Wohngruppenzuschlag können auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten. Diese müssen kein Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag ist,

- dass sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
- dass keine Versorgungsform, einschließlich teilstationärer Pflege, vorliegt, in der die Anbieterin beziehungsweise der Anbieter der WG oder eine Dritte beziehungsweise ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Welche finanzielle Förderung gibt es?

Diejenigen, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben, können bei der Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung erhalten. Dieser Zuschlag wird zusätzlich zu den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt (☑ siehe Kapitel 2.1.j. ab Seite 73).

Alle Pflegebedürftigen, die sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligen, können bei ihrer Pflegekasse im

Rahmen dieser Anschubfinanzierung einmalig eine Förderung von bis zu 2.500 Euro beantragen. Je Wohngemeinschaft ist diese Förderung allerdings auf 10.000 Euro begrenzt, bei mehr als vier anspruchsberechtigten Antragstellerinnen und Antragstellern wird der Gesamtbetrag anteilig auf sie aufgeteilt. Diese Förderung steht Pflegebedürftigen aller Pflegegrade zu. Den Antrag auf Bewilligung dieser Mittel müssen die WG-Mitglieder innerhalb eines Jahres ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen stellen. Die Bestimmungen zu den Einzelheiten und zur Verfahrensweise sind bei den Pflegekassen zu erfahren.

h. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)

Was bedeutet „Poolen“?

Pflegebedürftige können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-WGs verbessern und deren Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer WG ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die insbesondere hierdurch entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen.

i. Pflegehilfsmittel

Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?

Darunter fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, diese erleichtern und dazu beitragen, der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen:

- technischen Pflegehilfsmitteln, wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem, sowie
- Verbrauchsprodukten, wie zum Beispiel Einmalhandschuhen oder Betteinlagen.

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Pflegebedürftige aller Pflegegrade können Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder ihnen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden. Zu den Kosten für technische Pflegehilfen muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt. Von den Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

Seit dem 1. Januar 2017 haben der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Diese Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf diese Leistungen, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber der Gutachterin beziehungsweise dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Gutachtenformular schriftlich dokumentiert. Mit der jeweiligen Empfehlung der Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter wird zugleich bestätigt, dass die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln notwendig beziehungsweise die Versorgung mit bestimmten, pflegerelevanten Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich ist – eine entsprechende Prüfung durch die zuständige Pflege- oder Krankenkasse entfällt daher. Diese Regelungen dienen der Vereinfachung des Antragsverfahrens, damit die Versicherten diese für die Selbstständigkeit wichtigen Leistungen schneller und einfacher erhalten.

j. Wohnungsanpassung

Leistet die Pflegekasse einen Zuschuss für bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung?

Die Pflegekasse zahlt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen sollen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Ziel solcher Maßnahmen ist es auch, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern.

Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der Gesamtbetrag anteilig auf die Bewohnerinnen und Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.



Manchmal reichen schon kleine Umbauten, um das Leben beträchtlich zu erleichtern. Die Pflegekasse steuert Zuschüsse hinzu – unabhängig vom Pflegegrad.

Durchgerechnet

**Wohnungsanpassung in einer Pflege-WG**

Wohnen Sie mit acht pflegebedürftigen Personen zusammen, würde jede Person ein Achtel des Gesamtbetrages von 16.000 Euro bekommen. Das wären 2.000 Euro pro pflegebedürftiger Person.

Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?

Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss zu verschiedenen Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem wird der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, finanziell unterstützt. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

2.2 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?

a. Vollstationäre Versorgung**Welche Leistungen erhalten Versicherte?**

Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich:

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen seit 2017 pro Monat
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

Einen guten Überblick über zugelassene Pflegeheime geben zum Beispiel die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung stellen; sie sind auch im Internet abrufbar.

Welche Kosten sind bei stationärer Pflege nicht abgedeckt?

In vielen Fällen reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken. Dann ist von der pflegebedürftigen Person ein Eigenanteil zu zahlen. Dieser ist vor dem 1. Januar 2017 mit zunehmender Pflegebedürftigkeit überproportional gestiegen. Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe mussten also mehr zuzahlen als Pflegebedürftige mit niedrigerer Pflegestufe. Das führte dazu, dass sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil oft gegen eine Neubegutachtung wehrten, obwohl sie mehr Pflege brauchten. Dem schafft eine Neuregelung Abhilfe.



Seit dem 1. Januar 2017 steigt der Eigenanteil in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nicht mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, sondern ist einheitlich. Bei Neubegutachtungen erhöhen sich daher die Kosten nicht.

Seit dem 1. Januar 2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung nun ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** für die Pflegegrade 2 bis 5. Das heißt, Betroffene im Pflegegrad 5 zahlen für die Pflege genauso viel zu wie Betroffene im Pflegegrad 2. Der Eigenanteil unterscheidet sich nur noch von Einrichtung zu Einrichtung.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege für die Pflegebedürftigen stets weitere Kosten an: Hierzu zählen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Auch müssen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung gegebenenfalls gesondert berechenbare Investitionskosten übernehmen. Hierbei handelt es sich um Ausgaben des Betreibers für Anschaffungen, Gebäudemiete und Ähnliches, die auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden können. Wenn die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner zudem besondere Komfort- oder Zusatzleistungen in Anspruch nimmt, muss sie beziehungsweise er diese ebenfalls privat bezahlen. Grundsätzlich gilt: Da die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Komfortleistungen je nach Einrichtung sehr unterschiedlich ausfallen können, ist es dringend angeraten, sich bei der Auswahl eines Heims ausführlich darüber zu informieren.

Im Zuge der Umstellung auf die neuen Pflegegrade wurden die Leistungsbeträge zum 1. Januar 2017 neu gestaffelt. Um Einbußen, die sich daraus ergeben haben, zu vermeiden, haben betroffene Pflegebedürftige Besitzstandsschutz: Sie erhalten einen Zuschlag auf den Leistungsbetrag, wenn ihr selbst zu tragender Eigenanteil am Pflegesatz ab dem 1. Januar 2017 höher ist als im Dezember 2016. Der Zuschlag gleicht die Differenz aus.

b. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)

Wann kommt eine teilstationäre Versorgung in Betracht?

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Im Rahmen der Leistungshöchstbeträge übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für

Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen privat getragen werden. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist – beispielsweise weil häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann. Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags nach Hause zurückgebracht.

Welche Leistungen gibt es?

Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad ab. Der Anspruch gilt für Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag einsetzen.

Teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen seit 2017 maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

* Pro Monat bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag

☑ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Neben der Tages- und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen und/ oder Pflegegeld ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

c. Kurzzeitpflege

Wozu dient die Kurzzeitpflege?

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden zugelassenen vollstationären Einrichtungen. Auch ohne Pflegebedürftigkeit gibt es unter bestimmten Voraussetzungen Kurzzeitpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39c SGBV).

Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?

Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht, also maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn die Pflegeperson in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen.

Ist Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch in anderen geeigneten Einrichtungen möglich?

Ja. Kurzzeitpflege kann im Einzelfall auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten.

d. Heime

Welche unterschiedlichen Heimtypen gibt es?

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim.

- In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen.
- Altenheime gewährleisten älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Apartments.
- In Pflegeheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern, in die häufig eigene Möbel mitgenommen werden können. Eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ist gewährleistet.



Die Wohn- und Pflegemöglichkeiten sind in Altenwohnheimen, Alten- und Pflegeheimen unterschiedlich. Aber in allen Heimtypen besteht die Möglichkeit, in Gesellschaft zu essen.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Für Schwerstkranke und Sterbende gibt es zur Sterbebegleitung zudem spezialisierte Pflegeeinrichtungen, die Hospize. Diese sind besonders auf die palliative Versorgung ausgerichtet (☑ siehe Kapitel 2.4 ab Seite 86).

Wie wird die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sichergestellt?

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen unterscheidet sich nicht von der für andere Versicherte, die zum Beispiel zu Hause wohnen. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung haben die medizinische Versorgung auch in Pflegeheimen sicherzustellen. Für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen gilt die freie Arztwahl.

Die Frage der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Pflegeheim. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind gehalten, Kooperationsverträge mit Haus-, Fach- und Zahnärzten abzuschließen. Sie sind verpflichtet, den Pflegekassen mitzuteilen, wie sie die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert haben. Dabei sollen sie insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Pflegeeinrichtung in Ärztenetze sowie auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner hinweisen. Dazu gehören zum Beispiel Informationen zur Häufigkeit der haus-, fach- und zahnärztlichen Visiten sowie zur ärztlichen Rufbereitschaft und zur Versorgung, insbesondere nach 22 Uhr und an Wochenenden. Seit dem 1. Juli 2016 sollen Pflegeheime zudem auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativdienst hinweisen.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Informationen sowohl in dem Pflegeheim, im Internet als auch in anderer geeigneter Form verständlich, übersichtlich, vergleichbar und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Ist es möglich, eine Ärztin oder einen Arzt im Heim zu beschäftigen?

Pflegeheime können eine Ärztin oder einen Arzt anstellen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht von den niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umgebung sichergestellt werden kann und das Pflegeheim bei der Kassenärztlichen Vereinigung zuvor erfolglos einen Antrag auf Vermittlung eines Kooperationsvertrages mit niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten gestellt hat. Heimärztinnen beziehungsweise -ärzte verteuern die Pflege im Heim nicht. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.

e. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Jede pflegebedürftige Person hat seit dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Einrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehen. Menschen in der stationären Pflege wird durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Dieser Leistungsanspruch wird in vollem Umfang von der Pflegeversicherung getragen. Die Zahl der sogenannten zusätzlichen Betreuungskräfte, die die zusätzliche Betreuung und Aktivierung leisten, ist seit 2013 deutlich gestiegen; mittlerweile sind bundesweit bereits mehr als 49.000 Menschen als zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigt.



Zusätzliche Betreuungskräfte gehen mit Pflegebedürftigen spazieren und wenden sich ihnen zu – damit tragen sie dazu bei, dass Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können.

2.3 Welche Leistungen gibt es für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1?

Für diesen Personenkreis werden aufgrund der vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen, die in Pflegegrad 1 vorliegen, noch keine ambulanten Sachleistungen durch Pflegedienste oder Pflegegeld vorgesehen, wie sie für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geleistet werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 konzentrieren sich vielmehr darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben daher Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung, mit der bereits frühzeitig auf die konkrete Situation der Betroffenen eingegangen werden kann. Hierfür können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Beratungsangebote ihrer Pflegekasse oder ihres privaten Versicherungsunternehmens nutzen oder das Beratungsangebot in einem nahe gelegenen Pflegestützpunkt. Darüber hinaus können sie einmal je Halbjahr einen Beratungseinsatz durch eine hierfür zugelassene Pflegefachkraft – beispielsweise von einem ambulanten Pflegedienst – in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Insbesondere für die pflegenden Angehörigen besteht ferner die Möglichkeit, kostenfrei an einem Pflegekurs teilzunehmen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben bei Bedarf zudem Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und auf Zuschüsse zur Anpassung ihres Wohnumfelds (zum Beispiel zum Einbau einer barrierefreien Dusche). Wohnen sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung, haben sie außerdem Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag und gegebenenfalls die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen.

Darüber hinaus steht auch ihnen bei häuslicher Pflege der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu. Dieser kann in Pflegegrad 1 grundsätzlich genauso eingesetzt werden wie in den Pflegegraden 2 bis 5, allerdings mit einer Besonderheit: Anders als in den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung eingesetzt werden. Das bedeutet, dass in Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag beispielsweise auch für die Unterstützung durch einen Pflegedienst beim Duschen oder Baden genutzt werden kann.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim, erhalten sie von der Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. In stationären Einrichtungen haben sie wie alle Versicherten außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Auch die Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung stehen bei Pflegegrad 1 zur Verfügung.

2.4 Welche besonderen Leistungen gibt es für schwerstkranke und sterbende Menschen?

Schwerstkranke und sterbende Menschen haben Anspruch auf eine palliative Versorgung. Die Palliativmedizin hat das Ziel, die Folgen einer Erkrankung zu lindern (Palliation), wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht.

Wo können Schwerstkranke versorgt werden?

Palliativversorgung kann überall dort geleistet werden, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen – zu Hause, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern oder in stationären Hospizen. Viele schwerstkranke Menschen haben den Wunsch, in ihrer letzten Lebensphase in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Der stetige Ausbau der ambulanten Palliativversorgung wird dem gerecht. Schwerstkranke sterbende Menschen haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die sowohl palliativmedizinische als auch palliativ-pflegerische Leistungen umfasst. Wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der beziehungsweise des Versicherten nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Palliativstationen versorgt werden. Möglich ist auch eine Versorgung in stationären Hospizen.

Wie wird die Versorgung schwerstkranker Menschen verbessert?

Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Das Ende 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz fördert deshalb den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz und im Krankenhaus.

Zu den wesentlichen Neuerungen zählt der neu geschaffene Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten nun bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und

Palliativversorgung unterstützen. Dabei sollen sie auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Wie wird eine gute hospizliche Versorgung gewährleistet?

Um die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen hospize zu stärken, stieg der Mindestzuschuss der Krankenkassen – bislang unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten seither einen höheren Tagessatz pro betreuter Versicherter beziehungsweise betreutem Versicherten. Zudem tragen die Kassen heute 95 statt wie bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten nun auch Sachkosten (zum Beispiel Fahrkosten ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) berücksichtigt. Zudem wird ein angemessenes Verhältnis von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichergestellt.

Wie wird die ambulante Versorgung gestärkt?

Hier wurden zusätzlich vergütete Leistungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen vereinbart – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, für Zusatzqualifikationen von Ärztinnen und Ärzten sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit mit anderen beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen. Darüber hinaus kann eine häusliche Krankenpflege für die Palliativversorgung nunmehr länger als für die bisher möglichen vier Wochen verordnet werden. In ländlichen und strukturschwachen Regionen wird der Ausbau der sogenannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gefördert.

Was hat sich in der stationären Versorgung verbessert?

Die Sterbebegleitung ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung geworden. Pflegeheime sind zudem aufgefordert, mit Haus- und Fachärzten beziehungsweise -ärztinnen Kooperationsverträge zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu schließen.

Weiter wurde durch das Gesetz die Grundlage dafür geschaffen, dass in stationären Pflegeeinrichtungen künftig eine **Beratung zur Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase** angeboten werden kann. Es geht darum, Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern die Möglichkeit zu geben, sich durch Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, mit qualifizierten nicht ärztlichen Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern und mit ihren nächsten Angehörigen umfassend über bestehende Angebote zu informieren, bevor sie zum Beispiel eine Patientenverfügung verfassen und detailliert über ihre künftige persönliche medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung entscheiden. Ziel ist es, die Strukturen so zu verändern, dass gründlich überlegte und aussagekräftige Vorausplanungen in Klinik und Praxis auch zuverlässig wahrgenommen werden und Beachtung finden.

2.5 Wie werden ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfegruppen gefördert?

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert die Pflegeversicherung den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen. Hierbei kann es sich um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung von Pflegenden (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten nicht nur von den Pflegekassen Unterstützung. Wertvolle Hilfe und Anregungen geben insbesondere auch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit Mitteln in Höhe von zehn Cent pro Versicherter und Versichertem und Jahr zu fördern, insgesamt also mit acht Millionen Euro pro Jahr.



Wer sich ehrenamtlich in der Pflege engagiert, erhält Unterstützung von den Pflegekassen.

Außerdem haben zugelassene Pflegeeinrichtungen das Recht, ehrenamtlich Engagierten, die sie bei der allgemeinen Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen oder erheblich in der Alltagskompetenz eingeschränkten Personen unterstützen, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen und Schulungen anzubieten. Hierfür anfallende zusätzliche Aufwendungen werden in den Vergütungen der Einrichtungen durch die Pflegekassen berücksichtigt. Darüber hinaus können Personen, die sich für eine ehrenamtliche Pflegetätigkeit interessieren, auch kostenlos an den Pflegekursen der Pflegekassen teilnehmen. Wer sich ehrenamtlich in der Pflege engagiert, erhält also Unterstützung von den Pflegekassen.

2.6 Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen – in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Die häusliche Krankenpflege umfasst in der Regel die Grund- und Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandswechsel) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang. Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Krankenkasse kann zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Leistungen dürfen allerdings nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören. Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können.

Wann und wo besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege?

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten. Der Haushaltsbegriff ist jedoch breiter: Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und bei erhöhtem Pflegebedarf ebenso in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erbracht werden. Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht. Ausnahmsweise kann medizinische Behandlungspflege Versicherten in Pflegeheimen verordnet werden, die auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – einen besonders hohen Bedarf an

medizinischer Behandlungspflege haben. Dies trifft dann zu, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich sind.

Welchen Anspruch haben pflegebedürftige Menschen ohne Pflegeeinstufung?

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke hat das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt geschlossen. Es wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der Krankenkassen eingeführt.

Seit dem 1. Januar 2016 haben Versicherte für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden. Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht ein Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612 Euro.

Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhausentlassung?

Die Pflegeeinrichtungen müssen einbezogen werden, wenn Pflegebedürftige aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dabei soll es eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern geben.

2.7 Wie werden Rehabilitation und Prävention gefördert?

Wie wichtig ist Prävention?

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Es geht darum, dass die Menschen zukünftig nicht nur immer älter, sondern auch gesünder alt werden. Vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen häufig vorkommen, wie etwa Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels und Demenz, kann durch rechtzeitige Prävention entgegengewirkt werden. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei. Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol und Medikamenten sowie das



Bewegung, gesunde Ernährung, geistige Aktivität und Gesellschaft helfen dabei, gesünder alt zu werden und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Nichtrauchen sind wichtige Bestandteile einer gesunden Lebensführung auch in älteren Jahren.

Informationen zu substanzbezogenen Störungen im Alter finden sich auf der Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. unter: www.unabhaengig-im-alter.de

Wie werden Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert?

In vielen Fällen gibt es Hoffnung auf Besserung durch Rehabilitation und mancher Verschlechterung lässt sich durch Prävention begegnen. Ziel des Prinzips „Reha vor Pflege“ ist es, den Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und die Lebensqualität zu steigern.

Im Rahmen der Begutachtung geben die Gutachterinnen und Gutachter daher auch Empfehlungen zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument, durch das seit dem 1. Januar 2017 die Einstufung in einen der neuen Pflegegrade erfolgt, kann dies auf noch besserer Grundlage geschehen. Im Mittelpunkt steht die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person. Wie kommt sie in ihrem Alltag zurecht? Gibt es Hilfsmittel, die ihr das Leben erleichtern können? Kann das Wohnumfeld verbessert werden? Um eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern, können direkt im Gutachten Rehabilitationsmaßnahmen und präventive Maßnahmen empfohlen werden, die mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person direkt als Antrag für Hilfsmittel gewertet und an die Pflegekasse weitergeleitet werden. Das ist eine spürbare Vereinfachung für die Pflegebedürftigen.

Mit dem Präventionsgesetz, das am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, wurden die Pflegekassen zudem erstmals dazu verpflichtet, auch Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Der „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes nennt dazu etwa die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver

Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Hierzu sollten die Pflegekassen im Jahr 2016 einen Betrag von circa 21 Millionen Euro ausgeben. Für pflegende Angehörige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, hat das Gesetz die Möglichkeit geschaffen, diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrzunehmen. Hierfür hat sich der tägliche Zuschuss von der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung erhöht.

Wozu dienen Bonuszahlungen für Pflegeheime?

Um finanzielle Anreize für die Einrichtungen zu schaffen, gibt es Bonuszahlungen für Pflegeheime. Das Verfahren: Wenn Pflegebedürftige nach aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen in einen niedrigeren Pflegegrad gestuft werden können, erhält das Pflegeheim von der Pflegekasse einer Bewohnerin beziehungsweise eines Bewohners einen Bonus von 2.952 Euro. Müssen diese Bewohnerinnen und Bewohner allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder hochgestuft werden, ist das Heim zur Rückzahlung des Betrags verpflichtet.

Flankierend ist geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 3.072 Euro zahlen muss, wenn eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme für pflegebedürftige Versicherte nicht rechtzeitig erbracht wird.

Welchen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsaufenthalte haben pflegende Angehörige?

Bei Vorsorge- und Rehabilitationsentscheidungen der Krankenkassen sind die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Angehörige, die zu Hause pflegen, sollen deshalb Angebote zur Vorsorge oder Rehabilitation allein in Anspruch nehmen können, zum Beispiel um einmal Abstand zu gewinnen und wieder eine neue Perspektive einzunehmen. In dieser Zeit kann die oder der Pflegebedürftige in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden.

Außerdem sollen pflegende Angehörige bei einer eigenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme aber auch die Möglichkeit haben,

die pflegebedürftige Person mitzunehmen. Denn oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn die pflegebedürftige Person in der Nähe sein kann. Für die Versorgung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen in dieser Zeit kann dabei der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben. Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen können in die Versorgung pflegender Angehöriger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden.

Pflegekassen und Pflegestützpunkte haben auch Angehörige entsprechend zu beraten und dabei unter anderem auf Möglichkeiten zur Entlastung (zum Beispiel Angebote zur Entlastung von Pflegenden, Verhinderungspflege, Vorsorge- und Reha-Angebote) hinzuweisen.



Gemeinsam alt werden: Das heißt häufig auch, einander zu pflegen. Pflegende Angehörige haben die Möglichkeit, bei eigenen Vorsorgemaßnahmen die pflegebedürftige Person mitzunehmen.

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich ¹	–	316	545	728	901
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ¹	–	689	1.298	1.612	1.995
Verhinderungspflege²	durch nahe Angehörige ³	–	474 (1,5-Faches von 316)	817,50 (1,5-Faches von 545)	1.092 (1,5-Faches von 728)	1.351,50 (1,5-Faches von 901)
	durch sonstige Personen ⁴	–	1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege⁵	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁶	–	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	–	689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege⁷	Leistungsbetrag von bis zu € monatlich	125	125	125	125	125
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214	214	214	214	214

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	125	770	1.262	1.775	2.005
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich			
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40	40	40	40	40
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von	wie Pflegegrade 2 – 5	100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel, zu leisten. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei, zur Verfügung gestellt.			
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu	wie Pflegegrade 2 – 5	4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)			
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁸	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)	–	150,21 (134,30)	239,22 (213,89)	389,43 (348,19)	556,33 (497,42)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen⁹	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	–	44,63 (39,90)	44,63 (39,90)	44,63 (39,90)	44,63 (39,90)

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung ¹⁰	155,69	155,69	155,69	155,69	155,69
	Pflegeversicherung	25,29	25,29	25,29	25,29	25,29
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	bis zu 10 Tage	wie Pflegegrade 2 – 5	90 % (bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit, unabhängig von deren Höhe, 100 %) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts			

1 Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.

2 Während der Verhinderungspflege wird für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

3 Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten und so weiter) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe Fußnote 4) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

4 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

5 Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

6 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

7 Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch).

8 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege eines oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

9 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege eines oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte.

10 Der Berechnung wurde der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	x	x
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen, <ul style="list-style-type: none"> • auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mitberücksichtigt (Fallmanagement); • frühzeitige Pflegeberatung (nach Eingang von Anträgen auf Leistungen bietet die Pflegekasse von sich aus eine Pflegeberatung an, die 2 Wochen nach Antragstellung erfolgen soll), auf Wunsch auch bei der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen zu Hause; • pflegende Angehörige können mit Zustimmung der oder des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten; • Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann 	x	x

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet: <ul style="list-style-type: none"> • Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen • Angebote zur Unterstützung im Alltag • Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen • Informationen über Integrierte Versorgungsverträge / Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich der Antragstellerin oder des Antragstellers Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck.	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	x	x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für eine deutliche Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x

3 Pflege von Angehörigen zu Hause



Wer sich dazu entschieden hat, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, dem bietet die Pflegeversicherung verschiedene Hilfen und Leistungen. Im folgenden Kapitel erfahren Sie, welche finanzielle Unterstützung Sie in diesem Fall erhalten, welche Beratungsangebote Sie nutzen können und wie Sie die Pflege einer oder eines Angehörigen mit Ihrem Beruf in Einklang bringen können.

3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?

a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)

Was ist Pflegegeld und wer bekommt es?

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Diese wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn sie durch Angehörige erfolgt. Das Pflegegeld wird nicht direkt an die Pflegeperson gezahlt, sondern an die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen. Sie oder er kann das Geld als finanzielle Anerkennung an pflegende Angehörige weitergeben (☑ siehe Kapitel 2.1 b. ab Seite 59).

b. Soziale Absicherung der Pflegeperson

Wer gilt als Pflegeperson?

Pflegepersonen haben Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Seit dem 1. Januar 2017 gilt: Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, ist im Sinne der Pflegeversicherung eine Pflegeperson.

Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen?

Ist die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart (nur Pflegegeldbezug, nur Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen oder Bezug der Kombinationsleistung).

Die Pflegekasse zahlt Rentenversicherungsbeiträge zwischen 105,15 und 556,33 Euro monatlich (Werte 2017 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 94,01 und 497,42 Euro monatlich (Werte 2017 – neue Bundesländer). Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 562,28 und 2.975,00 Euro monatlich (Werte 2017 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 502,74 und 2.660,00 Euro monatlich (Werte 2017 – neue Bundesländer) erhalten. Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 5,54 und 29,30 Euro (Wert: 1. Januar 2017 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 5,22 und 27,60 Euro (Wert: 1. Januar 2017 – neue Bundesländer).

Ist die Pflegeperson unfallversichert?

Ja, wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Erfasst sind dabei die Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung selbst als pflegerische Maßnahmen berücksichtigt werden, sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung. Ebenso besteht Unfallversicherungsschutz auf dem direkten Hin- und Rückweg zum Ort der Pflegetätigkeit, wenn die oder der Pflegebedürftige in einer anderen Wohnung als die Pflegeperson wohnt.

Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen seit dem 1. Januar 2017:

Pflegegrad des Pflegebedürftigen	Art der bezogenen Leistung	Beitragshöhe in Euro pro Monat	
		West	Ost
2	Geldleistung	150,21	134,30
	Kombinationsleistung	127,68	114,16
	Sachleistung	105,15	94,01
3	Geldleistung	239,22	213,89
	Kombinationsleistung	203,34	181,81
	Sachleistung	167,45	149,72
4	Geldleistung	389,43	348,19
	Kombinationsleistung	331,01	295,96
	Sachleistung	272,60	243,74
5	Geldleistung	556,33	497,42
	Kombinationsleistung	472,88	422,81
	Sachleistung	389,43	348,19

Wann sind Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert?

Für Pflegepersonen², die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfl egetätigkeit. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfl egetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Die Beiträge werden von der Pflegeversicherung getragen. Für Pflegepersonen, die aufgrund ihrer Pfl egetätigkeit nach dem bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Recht freiwillig in der Arbeitslosenversicherung versichert waren, wird die freiwillige Versicherung seit dem 1. Januar 2017 als Pflichtversicherung (das heißt Beitragstragung allein durch die Pflegeversicherung) fortgesetzt, solange die Pfl egetätigkeit geleistet wird.

c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

Wie wird die Pflege gewährleistet, wenn die Pflegeperson krank ist oder Erholung benötigt?

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub oder Krankheit die beziehungsweise den Angehörigen nicht pflegen kann. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die beziehungsweise der Pfl egende seit mindestens sechs Monaten die Pflege übernommen hat. Der Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Dies wird Verhinderungspflege genannt (☑ siehe Kapitel 2.1 e. ab Seite 63). Weitere Alternativen zur Erholung beziehungsweise Entlastung der Pfl egenden sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (☑ siehe Kapitel 2.2 b. und 2.2 c. ab Seite 77). Bei der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen und bei der Kurzzeitpflege bis zu

² Pflegeperson im Sinne der Definition „Wer gilt als Pflegeperson?“ ☑ siehe Seite 105



Auch Pfl egende brauchen Urlaub. Sie sollten ihre Belastungsgrenze nicht ignorieren.

acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Werden während des Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse und zur Arbeitslosenversicherung gezahlt?

Ja, für die Dauer eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen und der Arbeitslosenversicherungsschutz erhalten.

d. Pflegekurse für Angehörige

Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause?

Die Pflegekassen haben für Personen, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu den unterschiedlichsten Themen. Außerdem bieten diese Kurse pfl egenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen

auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen statt.

Außerdem werden bei Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbeziehern häusliche Beratungseinsätze durchgeführt. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen diese regelmäßig in Anspruch nehmen (☞ siehe Kapitel 4.1 b. ab Seite 124).

3.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert?

a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz

Was ist Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung von



Der Anspruch auf Pflegezeit gilt für alle Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine sozialversicherte Freistellung von der Arbeitsleistung für bis zu sechs Monate.

nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase. Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Partnerinnen und Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Partnerinnen und Partner einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder (auch des Ehegatten oder Lebenspartners), Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Was muss beachtet werden, wenn Pflegezeit in Anspruch genommen wird?

Wenn Pflegezeit in Teilzeit in Anspruch genommen werden soll, müssen die Arbeitsvertragsparteien eine Vereinbarung treffen. Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Arbeitstage, bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden. Die schriftliche Ankündigung beinhaltet auch die Angabe über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit. Bei einer teilweisen Freistellung ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Der Arbeitgeber hat den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, wenn dem keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Die Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

Besteht die Möglichkeit, sich für die Pflegezeit nur teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen?

Ja. Im Fall der teilweisen Freistellung wird gemeinsam mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit getroffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen. Eine Ablehnung der Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit ist nur aus dringenden betrieblichen Gründen möglich.

Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden?

Grundsätzlich gilt: Die Pflegezeit kann nur mit Zustimmung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden. Ausnahmen: Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege der beziehungsweise des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.

Kann die Pflegezeit auch mit der Familienpflegezeit kombiniert werden?

Alle Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz (☞ siehe Kapitel 3.2 b. ab Seite 114) können miteinander kombiniert werden. Sie müssen aber nahtlos aneinander anschließen. Ihre Gesamtdauer beträgt höchstens 24 Monate. Die jeweiligen Ankündigungsfristen sowie die unterschiedlichen Ansprüche je nach Größe des Arbeitgebers sind zu beachten.

Besteht während der Pflegezeit Kündigungsschutz?

Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz. Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige oberste Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.

Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozialversichert?

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die

Pflegeversicherung für alle Pflegegrade den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person in allen Pflegegraden den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages wie bei den Sozialversicherten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Wird die Arbeitszeit während der Pflegezeit lediglich reduziert, zahlt die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber zudem die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.

Auch in der Arbeitslosenversicherung ist die Pflegeperson während der Pflegezeit versicherungspflichtig, wenn sie einen pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in einem zeitlichen Umfang von mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson in der Arbeitslosenversicherung bereits unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte.

Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten?

Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden,

haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen; dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit (☑ siehe unten). Das Darlehen zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (www.bafza.de). Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab.

Auf entsprechenden Antrag kann auch eine niedrigere monatliche Darlehensrate in Anspruch genommen werden (Mindesthöhe 50 Euro). In Fällen, in denen eine vollständige Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird, ist die Darlehensrate im Übrigen auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.

Sofern in kleineren Unternehmen kein Anspruch auf Freistellung besteht, kann eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Was ist Familienpflegezeit?

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, sie können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres teilweise für die Pflege in häuslicher Umgebung einer beziehungsweise eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Pflegegrade 1 bis 5) freistellen lassen. Ein Anspruch auf teilweise Freistellung besteht auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen.

Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten. Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen. Gleichzeitig ist zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die



Für die Pflege von Familienmitgliedern haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen Anspruch auf Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten.

Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Arbeitgeber und Beschäftigte haben über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe dem entgegenstehen.

Können auch Beamtinnen und Beamte Pflegezeit und Familienpflegezeit nehmen?

Für die Beamtinnen und Beamten gelten die jeweiligen beamtenrechtlichen Regelungen des Bundes und der Länder. Mit dem „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Beamtinnen und Beamte des Bundes sowie Soldatinnen und Soldaten sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften“, das am 28. Oktober 2016 in Kraft getreten ist, wurden die genannten Regelungen, die für die Privatwirtschaft und für Tarifbeschäftigte gelten, im Wesentlichen wirkungsgleich im Beamten- und

Soldatenbereich nachvollzogen. Es wurde ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit eingeführt und es kann zugleich ein Vorschuss in Anspruch genommen werden, um während der (teilweisen) Freistellung den Lebensunterhalt besser bewältigen zu können.

Besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz?

Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch ab zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz einen besonderen Kündigungsschutz. Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.

Sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit sozialversichert?

Während der Familienpflegezeit zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter. Zusätzlich überweist die Pflegekasse der Rentenversicherung während der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand für eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Rentenansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades der zu pflegenden Person, sodass sie im Ergebnis je nach Pflegegrad ein Niveau erreichen können, das einer Vollbeschäftigung entspricht. Auskünfte, wie sich die Familienpflegezeit auf die Höhe des Rentenanspruchs im Einzelfall auswirkt, erteilt der zuständige Rentenversicherungsträger. Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Wie sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit finanziell abgesichert?

Beschäftigte haben während der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de). Das Darlehen wird in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen den pauschalierten Nettoentgelten vor und während der Freistellung gewährt. Beschäftigte können sich auch für einen geringeren Darlehensbetrag entscheiden, wobei die monatliche Darlehensrate aus verwaltungspraktischen Erwägungen mindestens 50 Euro betragen muss. Wird eine Freistellung auf freiwilliger Basis vereinbart, ist ebenfalls eine Förderung möglich. Eine Berechnungshilfe bietet der Familienpflegezeitrechner, der zusammen mit weiteren Informationen und Antragsformularen auf der Internetseite www.wege-zur-pflege.de zu finden ist.

Gut zu wissen



Kombination von Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz

Pflegende Angehörige können Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz auch kombiniert in Anspruch nehmen. Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt zusammen höchstens 24 Monate. Nahe Angehörige können die Freistellungen auch parallel oder nacheinander in Anspruch nehmen und sich so die Pflege partnerschaftlich teilen.



Die Familienpflegezeit lässt sich auch splitten: Mehrere nahe Angehörige können den Gesamtanspruch von 24 Monaten unter sich aufteilen und parallel oder nacheinander nutzen.

c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?

Wird die beziehungsweise der nahe Angehörige einer oder eines Beschäftigten akut pflegebedürftig, besteht das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für die betroffene Person eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

Als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten derselben beziehungsweise desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen der oder des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit der beziehungsweise des Angehörigen (außer gegebenenfalls bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber) auch bei der Pflegekasse oder beim privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen.

4 Beratung im Pflegefall



Ob stationär oder zu Hause: Für die Betreuung, Begleitung und Unterstützung einer pflegebedürftigen Person gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen der Pflegeversicherung. Über Ihre Ansprüche sollten Sie sich daher gut beraten lassen. Wo Sie die richtige Beratung finden und welche Ansprüche auf Beratung Sie haben, erklärt Ihnen dieses Kapitel.

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?

a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Wer hat Anspruch auf Pflegeberatung?

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das für sie die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen.

Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekasse verfügen über umfassendes Wissen, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht, und haben eine besondere Qualifikation für die Pflegeberatung erworben. Sobald Sie bei der Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen gestellt haben,

- bietet Ihnen die Pflegekasse entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin an, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- stellt Ihnen einen Beratungsgutschein aus, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eingelöst werden kann.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die auf Wunsch die Beratung auch zu Hause und zu einem späteren Zeitpunkt durchführen, nehmen sich der Sorgen und Fragen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen an, ermitteln den individuellen Hilfebedarf, beraten umfassend über das vorhandene Leistungsangebot und begleiten in der jeweiligen Pflegesituation. Falls erforderlich sowie auf Wunsch erstellen sie auch einen individuellen Versorgungsplan mit den für die pflegebedürftige Person erforderlichen Hilfen. Je besser die ambulante Versorgung, desto größer die Chance, dass die vollstationäre Versorgung vermieden werden kann.

Zudem ist es Aufgabe der Pflegekassen, darüber zu informieren, dass ein Anspruch auf die Übermittlung des Gutachtens sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung besteht, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder eine andere Gutachterin beziehungsweise ein anderer Gutachter im Auftrag der Pflegekasse erstellt haben.

Lassen sich pflegende Angehörige beraten, müssen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater auch über Angebote und Leistungen der Pflegeversicherung informieren, die diese entlasten und unterstützen.

Informationen zum Thema Pflege erteilen auch die Pflegestützpunkte sowie die Service- und Beratungsstellen der Bundesländer. Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. In den Pflegestützpunkten finden Beratungssuchende auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

Die komplexe Tätigkeit der Pflegeberatung setzt entsprechend qualifiziertes Personal mit Berufserfahrung in dem erlernten Beruf voraus. Als Erstausbildungen kommen neben einer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte beziehungsweise -angestellter vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege infrage. Eine weitere Möglichkeit ist eine Ausbildung als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter. Daneben kommen aber auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen in Betracht.

Zusätzlich zu den in ihrer Berufsausbildung oder ihrem Studium erworbenen Grundqualifikationen müssen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum nachweisen.



Die Pflegeberatung weist auf alle Unterstützungsmöglichkeiten hin, die die Pflegeversicherung bereithält. Sie ermittelt den Pflegebedarf und kann einen individuellen Versorgungsplan erarbeiten.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unabhängigen und neutralen Beratungsstellen gelten die gleichen Anforderungen.

Was passiert bei Problemen?

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Die Pflegekasse benennt Ratsuchenden eine für sie persönlich zuständige Pflegeberaterin beziehungsweise einen persönlich zuständigen Pflegeberater, an die beziehungsweise den man sich mit allen Fragen wenden kann. Es ist selbstverständlich, dass keine bestimmte Beratungsperson aufgezwungen oder vorgeschrieben werden kann.

Was sind Pflegestützpunkte?

In einem Pflegestützpunkt werden die Beratung und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und den Rat und Hilfe suchenden Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern. Anspruchsberechtigte auf Pflegeberatung können die Pflegeberatung auch in einem Pflegestützpunkt in Anspruch nehmen.

b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Wer muss und wer kann Beratungseinsätze in Anspruch nehmen?

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Dies gilt auch, wenn Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen für die Inanspruchnahme von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag verwendet werden (Umwandlungsanspruch). Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abrufen. Pflegebedürftige, die ambulante Pflegesachleistungen beziehen, können ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

- zugelassenen Pflegediensten,
- neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind,
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen,
- Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen.

Welche Beratung gibt es bei der Palliativversorgung

Schwerstkranker?

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ-Hospizversorgung unterstützen. Seit dem 1. Januar 2016 gilt deshalb ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. So schreibt es das Hospiz- und Palliativgesetz vor. Dabei sollen die Krankenkassen auch allgemein über Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

5 Qualität und Transparenz in der Pflege



Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Pflege – und gute Pflege muss erkennbar sein. In diesem Kapitel wird erläutert, welche Maßnahmen dazu beitragen, die Qualität und Transparenz in der Pflege zu verbessern und bestehende Mängel zu beseitigen.

5.1 Wie wird die Qualität in der Pflege sichergestellt?

a. Expertenstandards

Wie werden Qualitätsstandards für Pflegeheime und Pflegedienste festgelegt?

Um die Qualität in der Pflege für Pflegebedürftige und Angehörige zu verbessern, werden auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Verfahren (einschließlich Erprobungen) sogenannte Expertenstandards entwickelt. Sie konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem jeweils wichtigen Pflegethema. Derzeit liegen folgende Expertenstandards vor: Dekubitusprophylaxe in der Pflege; Entlassungsmanagement in der Pflege; Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen; Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen; Sturzprophylaxe in der Pflege; Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Pflege von Menschen mit chronischen Wunden; Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Ein neuer Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ ist in Vorbereitung. Verbraucherfreundliche Darstellungen der Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (Maßnahmen zur Vorbeugung eines Druckgeschwürs) und zur Sturzprophylaxe sind unter folgendem Link zu finden: www.biva.de/publikationen

b. Qualitätsprüfungen

Was wird bei den Qualitätsprüfungen kontrolliert?

Im Vordergrund der Überprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität, geprüft wird aber auch die Abrechnung der Leistungen. Das bedeutet: Die Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (Prüfdienst der PKV) bewerten nicht nur die Aktendokumentation, sondern konzentrieren sich bei der Prüfung auch und besonders auf den Pflegezustand der Menschen.

Sie schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten Pflegemaßnahmen wirken und ob es Hinweise auf Pflegedefizite gibt – wie etwa Druckgeschwüre oder Mangelernährung. Außerdem berücksichtigen sie bei der Bewertung des Heims auch die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen.

Werden die Prüfungstermine vorher angekündigt?

Alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste werden regelmäßig einmal im Jahr (Regelprüfung) vom MDK, vom Prüfdienst der PKV oder von einer beziehungsweise einem beauftragten Sachverständigen geprüft. Grundsätzlich werden alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unangemeldet durchgeführt. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen.

Gibt es zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden?

Bei konkreten Anhaltspunkten für eine mangelnde Qualität in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen, die sich zum Beispiel infolge von Beschwerden und Hinweisen von Pflegebedürftigen und Angehörigen an die Pflegekasse ergeben haben, kann die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst der PKV beauftragen, unangemeldete Anlassprüfungen durchzuführen.

Zudem können die Landesverbände der Pflegekassen künftig bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Abrech-



Unangemeldete jährliche Prüfungen stellen sicher, dass die Pflegestandards gehalten werden. Dabei werden die Akten geprüft und es wird der Pflegezustand der Menschen beurteilt.

nungsverhalten, selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige Abrechnungsprüfungen durchführen.

c. Prüfinstanzen

Was ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen prüft der MDK auch die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Was ist der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)?

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. vertritt die allgemeinen Interessen der privaten Krankenversicherung, der privaten Pflegeversicherung sowie seiner Mitgliedsunternehmen. Der Prüfdienst der PKV übernimmt die gleichen Aufgaben wie der MDK und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

Welche Rolle spielen der MDK und der Prüfdienst der PKV bei der Qualitätsprüfung?

Der MDK und der Prüfdienst der PKV überprüfen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen die Qualität von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Die Landesverbände der Pflegekassen vergeben jährlich zehn Prozent der Prüfaufträge – das entspricht circa 2.400 Pflegeeinrichtungen – an den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (Prüfdienst der PKV).

MDK und der Prüfdienst der PKV bewerten jedoch nicht nur die Ergebnisqualität. Sie haben auch die Aufgabe, Einrichtungen in Qualitätsfragen zu beraten und Empfehlungen abzugeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Welche Rolle spielt die Heimaufsicht?

Die stationären Pflegeeinrichtungen werden nicht nur durch den MDK oder den Prüfdienst der PKV geprüft und beraten. Auch die Heimaufsichtsbehörden in den Bundesländern überwachen und beraten diese durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen. Die Inhalte und die Durchführung dieser Prüfungen sind in den jeweiligen Bundesländern gesetzlich geregelt.

d. Veröffentlichung von Prüfergebnissen

Was leisten Transparenzberichte?

Bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung können die Ergebnisse der Qualitätsprüfung der jeweiligen Pflegeeinrichtung eingesehen werden. Sie werden, so ist es gesetzlich vorgeschrieben, in sogenannten Transparenzberichten verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt. Die Transparenzberichte sollen auch in den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, mit dem Datum der letzten MDK-Prüfung oder des Prüfdienstes der PKV, mit einer Zusammenfassung der aktuellen Prüfergebnisse sowie mit einer Einordnung des Prüfergebnisses ausgehängt werden.

Was sind die Pflegenoten und was wird bei der Prüfung bewertet („Pflege-TÜV“)?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (Prüfdienst der PKV) werden inhaltlich in verschiedene Bereiche eingeteilt. Als Ergebnis werden die sogenannten Pflegenoten vergeben, bestehend aus mehreren Teilnoten sowie einer Gesamtbewertung.

In Pflegeheimen werden vier Teilbereiche untersucht:

1. Pflege und medizinische Versorgung der beziehungsweise des Versicherten,
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern,
3. Betreuung und Alltagsgestaltung,
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Bei ambulanten Pflegediensten werden Teilnoten in drei Bereichen vergeben:

1. pflegerische Leistungen,
2. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen,
3. Dienstleistung und Organisation.

Ergänzt werden diese Prüfergebnisse jeweils durch eine Heimbewohner- beziehungsweise Kundenbefragung. Die Noten hierfür werden separat ausgewiesen. Darüber hinaus werden auch die Informationen darüber, wie in einer stationären Pflegeeinrichtung die haus-, fach- und zahnärztliche sowie die Arzneimittelversorgung geregelt sind, veröffentlicht und kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Die vergebenen Pflagenoten sind auf folgenden Internetseiten abrufbar:

- www.aok-pflegeheimnavigator.de (AOK)
- www.bkk-pflegefinder.de (BKK)
- www.der-pflegekompass.de (Knappschaft, LSV, IKK)
- www.pflegelotse.de (vdek – Verband der Ersatzkassen)

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter:

- www.weisse-liste.de/de/pflege/pflegeheimsuche
- www.heimverzeichnis.de

Wie geht es mit den Qualitätsprüfungen und Transparenzvereinbarungen weiter?

Zentraler Maßstab für eine gute Pflegeeinrichtung muss eine hochwertige Pflege sein, die nach den neuesten pflegefachlichen Erkenntnissen geleistet wird. Das genau bilden die bisherigen



Die Prüfergebnisse werden in Transparenzberichten verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt.

Pflagenoten nicht gut genug ab. Das zweite Pflegestärkungsgesetz sieht deshalb vor, dass der „Pflege-TÜV“ mit Unterstützung der Wissenschaft grundsätzlich überarbeitet wird.

Ein wichtiger Baustein ist hierbei einerseits die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner, ein neues wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisqualität – zu entwickeln beziehungsweise einzuführen. Andererseits wurde eine umfassende Änderung der Entscheidungsstrukturen angelegt. Hierzu wurde ein Pflege-Qualitätsausschuss eingerichtet, der von einer wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird.

Im Ergebnis ist vorgesehen, dass die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen für den stationären Bereich im Jahr 2018 und für den ambulanten Bereich im Jahr 2019 durch einen grundlegend neuen Ansatz abgelöst werden.

e. Verfahren bei Qualitätsmängeln

Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Qualitätsmängeln?

Zeigt der Qualitätsbericht Mängel auf, bestehen gegenüber den Einrichtungen Sanktionsmöglichkeiten. Es gibt ein abgestuftes Instrumentarium: Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf Grundlage des Prüfberichts des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beziehungsweise des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Prüfdienst der PKV) und nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um die festgestellten Mängel zu beseitigen. Die Pflegekassen erteilen dem Träger der Einrichtung dazu einen Mängelbescheid und setzen ihm zugleich eine zeitliche Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Wenn die Leistungen einer Pflegeeinrichtung nicht der erforderlichen Qualität entsprechen, verletzt sie ihre gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten. Ist dies der Fall, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen.

Kann Pflegeheimen gekündigt werden?

Werden die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages von der Einrichtung nicht mehr erfüllt, können die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe den Versorgungsvertrag ganz oder teilweise kündigen. Näheres zu den Vertragsvoraussetzungen wie auch zu deren Erfüllung wird künftig als Bestandteil der jeweiligen Landesrahmenverträge geregelt sein. Voraussetzung der Kündigung ist, dass die Landesverbände der Pflegekassen und der zuständige Träger der Sozialhilfe überzeugt sind, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen auf Dauer nicht erfüllen kann und wird. In besonders schwerwiegenden Fällen kann der Versorgungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist – also mit sofortiger Wirkung – gekündigt werden. Voraussetzung ist, dass die Pflichtverletzung der Pflegeeinrichtung derart gravierend ist, dass den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe ein Festhalten am Versorgungsvertrag nicht zumutbar ist.

f. Abrechnungsprüfungen

Um Abrechnungsbetrug wirksamer zu verhindern, wurden schon mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz die Kontrollmöglichkeiten der Pflegekassen ausgeweitet: So wurde klargestellt, dass der MDK und der Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (Prüfdienst der PKV) Anlasskontrollen auch in der ambulanten Pflege unangemeldet durchführen können. Zudem wurde eine Pflichtprüfung der Abrechnungen durch den MDK und den Prüfdienst der PKV eingeführt. Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz erhielt die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht für Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. In die Stichproben bei den Qualitätsprüfungen von Pflegediensten werden zudem auch Personen einbezogen, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten.

Eine zentrale Rolle bei der Aufdeckung von Abrechnungsbetrug nehmen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesund-

heitswesen ein, die infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes von 2003 bei Krankenkassen, Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet wurden.

Diese haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Pflegekasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Jede Person kann sich – auch anonym – an diese Stellen mit Hinweisen wenden. Diese Stellen haben den Hinweisen nachzugehen, wenn sie aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen. Gegebenenfalls haben sie die zuständige Staatsanwaltschaft zu informieren. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am 4. Juni 2016 wurden diese Stellen darüber hinaus dazu verpflichtet, einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch untereinander unter geeigneter Beteiligung der berufsständischen Kammern sowie der Staatsanwaltschaften durchzuführen.

5.2 Pflegeeinrichtungen: mehr Personal – weniger Bürokratie

a. Zusätzliche Betreuungskräfte

Wie wurde die Betreuung in der stationären Pflege verbessert?

Für mehr Qualität in der stationären Pflege sorgt eine verbesserte Betreuungsrelation bei den sogenannten zusätzlichen Betreuungskräften, die mit den Pflegebedürftigen spazieren gehen, Gespräche führen oder ihnen vorlesen – und damit dazu beitragen, dass Versicherte, die voll- oder teilstationär gepflegt werden, mehr Zuwendung erhalten und weiterhin am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz ist das Verhältnis von Betreuungskraft und Anzahl an Pflegebedürftigen von 1 zu 24 auf 1 zu 20 angehoben worden. Damit konnte die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären



Seit dem 1. Januar 2017 hat jede pflegebedürftige Person in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten vollständig.

Pflegeeinrichtungen von rund 28.000 Ende 2013 bis Ende 2015 auf über 49.000 deutlich erhöht werden. Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote haben Versicherte aller Pflegegrade. Die Kosten für dieses zusätzliche Betreuungspersonal werden vollumfänglich durch die Pflegekassen getragen.

b. Bürokratieabbau

Wie wird die Pflegedokumentation vereinfacht?

Die Pflegedokumentation leistet einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. Doch schon lange wird von Pflegekräften und Angehörigen der hohe bürokratische Aufwand im Pflegealltag beklagt. Mit der Einführung eines neuen Konzepts zur Pflegedokumentation wird dem Abhilfe geschaffen. Künftig können die Pflegeeinrichtungen überflüssigen Dokumentationsaufwand vermeiden und somit die Pflegekräfte entlasten. Dadurch lässt sich wieder mehr Zeit für die eigentliche Pflege gewinnen.

Für die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten und Praktikerinnen und Praktikern das sogenannte Strukturmodell entwickelt. Mit ihm wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen. In einer neuen Strukturierten Informationssammlung (SIS) werden die Wünsche der pflegebedürftigen Person, die Beurteilung der Pflege- und Betreuungsbedarfe durch die Pflegefachkraft sowie die individuellen pflegerelevanten Risiken dokumentiert. Anstelle von schematischen Dokumentationsroutinen setzt das Konzept stärker auf die fachliche Kompetenz der Pflegenden sowie auf geringeren „Schreibaufwand“, zum Beispiel indem vor allem Abweichungen und nicht Standards dokumentiert werden.

Nachdem sich das Strukturmodell in einem umfassenden Praxistest bewährt hat, erfolgt seit Anfang 2015 die bundesweite Einführung. Das Projekt wird vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Einrichtungs- und Kostenträger sowie der Kommunen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Prüfdienst der PKV), den Pflegeberufsverbänden sowie den Bundesländern durchgeführt. Das Projektbüro „Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Ein-STEP) ist seit dem 1. Januar 2015 für die zentrale Koordination und Steuerung der bundesweit angelegten Aktivitäten zur Einführung des Strukturmodells verantwortlich. Es hat die Aufgabe, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation zu unterstützen, und erstellt die erforderlichen Schulungsmaterialien. Seit Beginn der Implementierung machten bundesweit zum Stichtag 18. November 2016 bereits 42,4 Prozent aller Dienste und Einrichtungen mit.

c. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen Welche Möglichkeiten haben Pflegeheime bei der Vertragsgestaltung?

Im Rahmen der Verhandlungen über die Pflegesätze zwischen einer Pflegeeinrichtung und den Kostenträgern ist neben Art, Inhalt und Umfang der Leistungen insbesondere auch die individuell von der Einrichtung benötigte Personalausstattung zu vereinbaren. Nicht nur die Höhe des Pflegesatzes (einschließlich des sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteils) wird bei den Verhandlungen über die stationäre Versorgung zwischen den Vertragspartnern gemeinsam festgelegt, sondern auch die zu erbringende Leistung und ihre Qualitätsmerkmale.

Die Träger der Pflegeeinrichtungen können darüber hinaus für ihre vor Ort organisatorisch miteinander verbundenen Einrichtungen – zum Beispiel einen Pflegedienst, eine Tagespflegeeinrichtung und ein Pflegeheim – einen Gesamtversorgungsvertrag abschließen, der es ihnen beispielsweise ermöglicht, in der Aufbauphase einer neuen Einrichtung oder bei Belastungsspitzen Personal flexibler einzusetzen oder eine quartiersnahe Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen sicherzustellen.

d. Bezahlung der Pflegekräfte

Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?

Die Attraktivität eines Berufs hängt auch mit dem Gehalt zusammen, das sich dort verdienen lässt. Das trifft auch für die Arbeit in der Altenpflege zu. Für die Altenpflege gilt aber auch, wie für andere Berufe, dass die Vereinbarung von Löhnen in die Zuständigkeit der Tarifvertragsparteien fällt. Die Bundesregierung hat jedoch für angemessene gesetzliche Rahmenbedingungen gesorgt, die die Vereinbarung von Tariflöhnen fördern und Lohndumping verhindern:

- **Pflegemindestlohn:** In der Altenpflege gilt bereits seit dem 1. August 2010 ein Mindestlohn, der derzeit 10,20 Euro in den alten beziehungsweise 9,50 Euro in den neuen Bundesländern beträgt und damit über dem allgemeinen Mindestlohn liegt. Er gilt für die Beschäftigten in den Pflegeberufen sowie für die

zusätzlichen Betreuungskräfte. Der Pflegemindestlohn sorgt für eine untere Grenze in der Bezahlung für Menschen, die im Pflegebereich arbeiten, und verhindert damit Lohndumping. Ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt oder eine ambulante Wohngemeinschaft, so gilt der allgemeine Mindestlohn. Es ist aber wichtig, darauf hinzuweisen, dass Altenpflegefachkräfte regelmäßig deutlich höhere Löhne als den Mindestlohn erhalten.

- Es ist gesetzlich geregelt, dass es einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung möglich sein muss, ihre Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Seit dem 1. Januar 2017 können auch nicht tarifgebundene Einrichtungen in den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern einfacher Löhne bis zur Höhe des Tarifniveaus durchsetzen. Pflegekassen und Sozialhilfeträger müssen auch diese künftig grundsätzlich als wirtschaftlich anerkennen und entsprechend finanzieren. Die Kostenträger erhalten auf der anderen Seite ein Nachweisrecht darüber, dass die verhandelte Entlohnung auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.



Der Pflegemindestlohn liegt mit 10,20 Euro in den alten beziehungsweise 9,50 Euro in den neuen Bundesländern über dem allgemeinen Mindestlohn.

6 Glossar – wichtige Begriffe zum Nachschlagen



Von A wie ambulante Pflegesachleistung bis Z wie zusätzliche Betreuungskraft: Auf den kommenden Seiten finden Sie wichtige Begriffe zum Thema Pflege im Überblick.

Ambulante Pflegesachleistung

Pflegebedürftige, die weiterhin zu Hause leben, können einen zugelassenen professionellen Pflegedienst engagieren und erhalten dann die sogenannte Pflegesachleistung. Dazu zählen:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, wie zum Beispiel Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld,
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Reinigen der Wohnung.

Die ambulanten Sachleistungen der **Pflegeversicherung** für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für häusliche Pflegehilfe betragen seit dem 1. Januar 2017 monatlich im Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, im Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, im Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro und im Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können ihren Anspruch auf einen **Entlastungsbetrag** in Höhe von 125 Euro pro Monat auch zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der **ambulanten Pflegedienste** für häusliche Pflegehilfe einsetzen. Die Pflegeleistungen können entsprechend der individuellen Pflegesituation bedarfsgerecht zusammengestellt werden.

Ambulanter Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der ☑ **Pflege zu Hause**. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit ☑ **pflegende Angehörige** zum Beispiel Beruf und Betreuung besser organisieren können. Das Personal des Pflegedienstes kommt zu den Pflegebedürftigen nach Hause und hilft fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege. Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz ☑ **Pflegebedürftigkeit** in der vertrauten Umgebung zu bleiben.

Das Leistungsspektrum der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Es umfasst vor allem folgende Angebote:

Häusliche Pflegehilfe als Sachleistung, dazu gehören:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, wie zum Beispiel Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld,
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Reinigen der Wohnung,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten.

Sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, erbringt ein ambulanter Pflegedienst auch ☑ **häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGBV als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur häuslichen Krankenpflege gehören Tätigkeiten wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel und Injektionen.

Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von ☑ **pflegenden Angehörigen** und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde.

Anschubfinanzierung für Wohngruppen

Neben dem Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 Euro im Monat, den Pflegebedürftige aus der ☑ **Pflegeversicherung** erhalten, wenn sie gemeinsam eine Person in einer ambulant betreuten Wohngruppe für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten beauftragen, kann eine Anschubfinanzierung für Wohngruppen infrage kommen. Sie beträgt bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftige Person, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe, und ist für die Gründung von ambulant betreuten Pflege-Wohngruppen gedacht.

Begutachtung (Pflegeversicherung)

Grundsätzlich kann ☑ **Pflegebedürftigkeit** im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Damit Leistungen von der ☑ **Pflegeversicherung** in Anspruch genommen werden können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Sobald der Antrag gestellt wurde, beauftragt die Pflegekasse den ☑ **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Im Auftrag der Pflegekassen überprüfen der MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Bei knappschaftlich Versicherten erstellt das Gutachten der Sozialmedizinische Dienst (SMD). Bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch „MEDICPROOF“. Die angemeldete Begutachtung erfolgt in der Regel im Wohnbereich der Antragstellerin oder des Antragstellers durch eine Gutachterin beziehungsweise einen Gutachter (Pflegefachkraft oder Ärztin beziehungsweise Arzt).

Im Rahmen der Begutachtung hat der MDK durch eine Untersuchung der oder des Versicherten die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Bereichen (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig. Damit auch

diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden bei der Begutachtung die altersunabhängigen Bereiche wie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen. Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen. Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder -pfleger beziehungsweise als Kinderärztin oder -arzt vorzunehmen.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeitgesetz gegenüber der Arbeitgeberin beziehungsweise dem Arbeitgeber angekündigt wurde.

Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder nach dem Familienpflegezeitgesetz gegenüber der Arbeitgeberin beziehungsweise dem Arbeitgeber angekündigt, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Die Pflegekasse ist zudem verpflichtet, der Antragstellerin oder dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Zu beachten ist, dass nach Ablauf des Jahres 2017 folgende Regelung gilt: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an die Antragstellerin oder den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu verantworten hat oder wenn sich die antragstellende Person in stationärer Pflege befindet und bereits erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 2) vorlagen.

Das Gutachten wird der Antragstellerin oder dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern sie oder er der Übersendung nicht widerspricht. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Beitragssatz und Beitragshöhe

Seit dem 1. Januar 2017 beträgt der Beitragssatz in der sozialen **Pflegeversicherung** 2,55 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen 2,8 Prozent. Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zahlt die Hälfte des Beitrags – ohne den Kinderlosenzuschlag – der Arbeitgeber.

Besondere Regelung für die Beitragstragung in Sachsen: In Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil bei der Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass dort zur Finanzierung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Von den 2,55 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,775 Prozent auf den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlern) und 0,775 auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 1,275 Prozent für Arbeitgeber und -nehmer sind.

Beratungseinsätze

Pflegebedürftige, die **Pflegegeld** beziehen, müssen bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich sowie bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige, die **Pflegesachleistungen**

in Anspruch nehmen, und Pflegebedürftige mit **Pflegegrad 1** haben Anspruch, diese Beratungsbesuche einmal halbjährlich abzurufen. Diese Beratungsbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege.

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

- zugelassenen Pflegediensten,
- neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind,
- Pflegefachkräften, die von der Pflegekasse beauftragt wurden, aber nicht bei dieser beschäftigt sind,
- **Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern** der Pflegekassen,
- Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen.


Betreuungsdienste



Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der Gesetzgeber ein Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch neuartige Betreuungsdienste vorgesehen, die sich ausschließlich auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für Pflegebedürftige mit Demenz, und auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung konzentrieren. Ziel ist es, mithilfe einer wissenschaftlichen Begleitung wichtige Erkenntnisse zu erhalten, inwieweit die häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung auf eine breitere fachliche und personelle Basis gestellt werden können.

Mit der Umsetzung des Modellprojektes wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) beauftragt. Im Rahmen eines Interessensbekundungsverfahrens konnten sich interessierte Betreuungsdienste beim GKV-Spitzenverband um eine Teilnahme am Modellprogramm bewerben. Für eine mögliche Teilnahme galten vor allem Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation von Leitung und Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes sowie Anforderungen an die Gesamtkonzeption des Anbieters.

Nach sorgfältiger Prüfung aller eingegangenen Unterlagen durch den GKV-Spitzenverband wurden geeignete Betreuungsdienste durch die Landesverbände der Pflegekassen für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen. Die Umsetzung des Modellvorhabens wird vom IGES Institut Berlin wissenschaftlich begleitet. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es, die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend zu untersuchen, um so festzustellen, ob künftig gegebenenfalls solche ambulanten Dienste in der Regelversorgung zugelassen werden können.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Neben der  **Pflegeversicherung** erfüllen Kommunen wichtige Aufgaben im Bereich der pflegerischen Versorgung vor Ort. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat sich mit der Frage beschäftigt, wie die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt werden kann. Die Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesministerien für Arbeit und Soziales sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, zehn Länderministerien und den drei kommunalen Spitzenverbänden zusammen. Sie nahm am 29. September 2014 ihre Arbeit auf und veröffentlichte am 12. Mai 2015 ihre Empfehlungen.

Ziel aller empfohlenen Maßnahmen ist es, Sozialräume so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Hierfür wurden Maßnahmen in vier Themenfeldern empfohlen, die mit dem  **dritten Pflegestärkungsgesetz** gesetzlich umgesetzt worden sind. Erstens sollen zur Sicherstellung der Versorgung unter anderem neue Beratungsstrukturen wie das Konzept der „Modellkommune Pflege“ erprobt werden. Dadurch sollen Information, Beratung und Zusammenarbeit vor Ort effizienter gestaltet werden. Eingeführt wurde auch ein Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von  **Pflegestützpunkten**. Darüber hinaus wurden die Pflegekassen

verpflichtet, in Pflegeausschüssen auf Landes- und regionaler Ebene mitzuwirken. Das stärkt regionale Pflegestrukturen. Zweitens wird die Beteiligung der Kommunen am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote weiterentwickelt und vereinfacht. Drittens werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen getroffen, die die Zusammenarbeit und Transparenz zwischen den Akteuren verbessern sollen, wenn es um die Beratung von pflegebedürftigen Menschen geht. Viertens soll altersgerechtes Wohnen vorangebracht werden.

Die Empfehlungen der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ finden sich unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/BL-AG-Pflege-Empfehlungen

Demenz

„Weg vom Geist“ beziehungsweise „ohne Geist“ – so lautet die wörtliche Übersetzung des Begriffs „Demenz“ aus dem Lateinischen. Damit ist das wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen vorweggenommen, nämlich der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit.

Am Anfang der Krankheit stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, in ihrem weiteren Verlauf verschwinden auch bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses, sodass die Betroffenen zunehmend die während ihres Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten verlieren. Aber eine Demenz ist mehr als eine „einfache“ Gedächtnisstörung. Sie zieht das ganze Sein des Menschen in Mitleidenschaft: seine Wahrnehmung, sein Verhalten und sein Erleben.

Demenzerkrankungen können eine Vielzahl von Ursachen haben. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen primären und sekundären Formen der Demenz. Letztgenannte sind Folgeerscheinungen von anderen, meist außerhalb des Gehirns angesiedelten Grunderkrankungen wie zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzuständen und chronischen Vergiftungserscheinungen

durch Alkohol oder Medikamente. Diese Grunderkrankungen sind behandel- oder zum Teil sogar heilbar. Somit ist häufig eine Rückbildung der demenziellen Beschwerden möglich.

Allerdings machen sekundäre Demenzen nur circa zehn Prozent aller Krankheitsfälle aus, 90 Prozent entfallen auf die primären und in der Regel irreversibel („unumkehrbar“) verlaufenden Demenzen. Hier wiederum dominiert der Typ Alzheimer. Dieser ist für rund zwei Drittel aller Demenzerkrankungen verantwortlich. Es folgen mit circa 20 Prozent die sogenannten vaskulären, das heißt gefäßbedingten Demenzen, wobei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler davon ausgehen, dass auch Mischformen eine nicht unerhebliche Rolle spielen. An diesen leiden etwa 15 Prozent der Patientinnen und Patienten.

Ehrenamtliches Engagement

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege weiter gestärkt. Denn mit der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen steigt sowohl der Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften als auch der Bedarf an Menschen, die ehrenamtlich in der Pflege tätig sind. Die **Pflegeversicherung** fördert deshalb gemäß § 45c SGB XI unter anderem den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen.

Ehrenamtlich aktive Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen werden in die Versorgungsnetze vor Ort eingebunden. Das betrifft zum Beispiel Angebote zur Unterstützung im Alltag auf kommunaler Ebene wie Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, die Entlastung von Pflegepersonen durch die stundenweise Übernahme der Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Person zu Hause oder auch die Zusammenarbeit engagierter Bürgerinnen und Bürger oder Angehöriger von Selbsthilfegruppen mit den **Pflegestützpunkten** zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

An einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessierte Bürgerinnen und Bürger, die zugelassene **Pflegeeinrichtungen** bei der allgemeinen Pflege und insbesondere Betreuung von Pflegebedürftigen oder zum Beispiel an **Demenz** erkrankten Menschen, die sich alleine im Alltag nicht mehr gut zurechtfinden, unterstützen möchten, können sich hierfür durch Schulungen, die die Pflegeeinrichtungen organisieren, qualifizieren lassen. Zudem können sie kostenlos an den **Pflegekursen** der Pflegekassen teilnehmen.

Zugelassene Pflegeeinrichtungen können ferner für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen eine Aufwandsentschädigung zahlen.

Der Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen wird finanziell gefördert. Seit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz sind die Pflegekassen verpflichtet, hierfür zusätzliche Mittel in Höhe von zehn Cent pro Versicherter und Versichertem und Jahr zur Verfügung zu stellen. Die bereits zuvor möglichen Fördermittel zur Stärkung des Ehrenamtes stehen weiterhin zur Verfügung.

Einzelpflegekräfte

Bei Einzelpflegekräften handelt es sich in der Regel um Pflegekräfte, wie beispielsweise eine Altenpflegerin oder einen Altenpfleger, die sich selbstständig gemacht haben. Pflegebedürftige haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte zur häuslichen Pflege durch Einzelpersonen in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen müssen vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.

Ziel ist es, den Pflegebedürftigen dadurch ein weitestgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen oder den besonderen Wünschen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung zu tragen. Erfolgt die Pflege durch Einzelpflegekräfte, müssen diese mit der oder dem Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag abschließen, in dem Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der vereinbarten Vergütungen darzustellen sind. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Pflegekräfte und Pflegebedürftige haben zunehmend den Eindruck, dass die Bürokratie im Pflegealltag zunimmt und damit Zeit für die direkte Pflege verloren geht. Mit den Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der Pflege wird die Pflegedokumentation nun ambulant und stationär effizienter gestaltet. Dazu wurde ein praxisnahes Strukturmodell entwickelt, das sich seit Anfang des Jahres 2015 in der Implementierungsphase befindet.


Die schriftliche Darstellung des Pflegeprozesses wird durch die neue Grundstruktur der Pflegedokumentation auf vier Schritte reduziert. Kern des Modells ist die Strukturierte Informationssammlung (SIS), die zu Beginn des Pflegeprozesses anhand von definierten Themenfeldern erfolgt und gemeinsam von der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft zur Einschätzung der individuellen Situation durchgeführt wird.

Durch die zusätzliche übersichtliche Erfassung der pflegerischen Risiken und Phänomene zu Beginn des Pflegeprozesses in der SIS und eine darauf aufbauende Maßnahmenplanung sowie die Festlegung von Evaluationsdaten ist die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert.

Zentral für das Strukturmodell ist einerseits die systematische Berücksichtigung der persönlichen Perspektive der pflegebedürftigen Person. Andererseits erfolgt eine Rückbesinnung auf die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte: Auf schematische Dokumentationsroutinen und Einzelleistungsnachweise für wiederkehrende Abläufe in der Grundpflege und Betreuung im Berichteblatt wird verzichtet, stattdessen wird stärker der professionellen Einschätzung der Pflegefachkraft vertraut. Gesetzlich wurde sichergestellt, dass die erreichte Zeiteinsparung nicht zu einer niedrigeren Pflegevergütung führen darf, sondern für die Pflege zur Verfügung steht. Das entlastet die Pflegekräfte, stärkt die Motivation und setzt Ressourcen für die eigentlichen Pflegeaufgaben frei.


Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, hat Anfang 2015 dieses Projekt zur bundesweiten

Einführung des Strukturmodells initiiert, um gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Kosten- und Einrichtungsträger sowie Vertretern der Betroffenenverbände und der Länder das neue Modell umzusetzen.

Interessierte  **Pflegeeinrichtungen** können sich auf der Projektwebsite www.Ein-STEP.de für die Teilnahme am Projekt anmelden. Sie erhalten dann Unterstützung durch die Multiplikatoren ihrer Trägerverbände und das vom Projektbüro entwickelte Schulungs- und Informationsmaterial. Schon über 10.000 Pflegeeinrichtungen haben sich auf diesem Weg zur Einführung des neuen Modells entschlossen (Stand November 2016: 42 Prozent aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland). Das neue Modell wurde inhaltlich fortentwickelt, um es ab 2017 auch in Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen einzuführen.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pfleger sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der  **Kurzzeitpflege**,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung),
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung

pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Fallmanagement

Das Leistungsspektrum rund um das Thema Pflege wird zunehmend komplexer. Deshalb sind die Pflegekassen verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten zeitnah Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements anzubieten. Die Pflegeberatung wird in aller Regel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegekassen durchgeführt, die über umfassendes Wissen, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht, verfügen. Ihre Aufgabe ist es, den persönlichen Bedarf und die Situation der einzelnen Pflegebedürftigen zu beurteilen, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Organisation der Pflege zu unterstützen und sie in der jeweiligen Pflegesituation zu begleiten. Dies beinhaltet insbesondere:

- Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über Leistungen;
- Erarbeitung entscheidungsreifer Anträge und Erledigung sonstiger Formalien;
- Aufklärung über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder anderer von der Pflegekasse beauftragter Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung;
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person und allen an der Pflege Beteiligten;
- Veranlassung aller für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen und Begleitung bei der Durchführung sowie Vorschläge für eine Anpassung an veränderte Bedarfslagen.

Familienpflegezeit

Beschäftigte haben seit dem 1. Januar 2015 einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt auf eine teilweise Freistellung für die häusliche Pflege von nahen Angehörigen von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden. Wurde eine Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit für einen kürzeren Zeitraum beantragt, kann der Zeitraum der Freistellung mit Zustimmung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers bis zur Höchstdauer von 24 Monaten verlängert werden. Sofern ein vorgesehener Wechsel in der Person der oder des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann, haben Beschäftigte gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber einen Anspruch auf Verlängerung der Familienpflegezeit.

Um minderjährige pflegebedürftige nahe Angehörige sowohl im eigenen Zuhause als auch in außerhäuslicher Umgebung betreuen zu können, besteht für Beschäftigte ebenfalls die Möglichkeit der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz (teilweise Freistellung bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden) oder nach dem Pflegezeitgesetz (vollständige oder teilweise Freistellung bis zu sechs Monaten).

Die Ansprüche auf teilweise Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz gelten nicht gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

Zur besseren Abfederung des Lebensunterhalts können Beschäftigte, die eine Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch nehmen, ein zinsloses staatliches Darlehen erhalten. Das zinslose Darlehen kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden.

Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ist mit den Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz

deutlich verbessert worden. Beschäftigte haben seit dem 1. Januar 2015 mehr zeitliche Flexibilität und Sicherheit, um nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen.

Beschäftigte, die in einer akut aufgetretenen Pflegesituation Zeit für die Organisation oder Sicherstellung der Pflege einer oder eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen benötigen, können der Arbeit bis zu zehn Tage fernbleiben. Seit dem 1. Januar 2015 können sie in diesen Fällen **☑ Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung** erhalten. Dieses wird auf Antrag von der Pflegekasse beziehungsweise der **☑ privaten Pflege-Pflichtversicherung** der oder des Pflegebedürftigen gewährt.

Beschäftigte, die eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen, können sich außerdem unter bestimmten Voraussetzungen bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen (**☑ Pflegezeit**). Bei minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen besteht ein Anspruch auf Freistellung auch im Fall, wenn eine Betreuung außerhalb der häuslichen Umgebung erfolgt. Darüber hinaus können Beschäftigte eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu drei Monaten für die Begleitung einer beziehungsweise eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase beanspruchen. Auch in diesem Fall müssen Beschäftigte die entsprechende Erkrankung der beziehungsweise des nahen Angehörigen durch eine ärztliche Bescheinigung gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber nachweisen. Auf diese Freistellungen haben Beschäftigte einen Anspruch gegenüber Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten.

Zudem haben Beschäftigte in Betrieben mit in der Regel 25 oder mehr Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten seit dem 1. Januar 2015 einen Anspruch auf **☑ Familienpflegezeit**, das heißt auf eine teilweise Freistellung für die Pflege einer oder eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden.

Zur besseren Abfederung des Lebensunterhalts können Beschäftigte, die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz oder nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch nehmen, ein zinsloses staatliches Darlehen erhalten.

Häusliche Krankenpflege

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen – in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Die häusliche Krankenpflege umfasst in der Regel die Grund- und Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandswechsel) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang.

Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Krankenkasse kann zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen dürfen allerdings nach Eintritt von **☑ Pflegebedürftigkeit** im Sinne der **☑ Pflegeversicherung** nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören. Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde der Haushaltsbegriff erweitert: Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und bei erhöhtem Pflegebedarf auch in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erbracht werden.

Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht.

Ausnahmsweise kann medizinische Behandlungspflege Versicherten in Pflegeheimen verordnet werden, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Der besonders hohe Bedarf gilt insbesondere als gegeben, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus gilt: Eine häusliche Krankenpflege kann durch Vertragsärztinnen oder -ärzte, aber auch durch die Krankenhausärztin beziehungsweise den Krankenhausarzt verordnet werden – die als zuletzt Behandelnde meistens am besten über die Situation der Patientin oder des Patienten informiert sind. Für sie besteht die Möglichkeit, aus dem Krankenhaus entlassenen Patientinnen oder Patienten für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Die verantwortliche Krankenhausärztin beziehungsweise der verantwortliche Krankenhausarzt hat die zuständige Vertragsärztin beziehungsweise den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren. Für die **☑ ambulanten Pflegedienste** bedeutet diese Neuregelung eine wichtige Verwaltungsentlastung.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus stehen Menschen, die pflegebedürftig sind, oft hilflos vor einer neuen Situation. Darum soll sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Klinik noch während des Krankenhausaufenthalts um den pflegebedürftigen Menschen kümmern. Durch das sogenannte Entlassungsmanagement sollen insbesondere die Krankenhäuser den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege gewährleisten.

Hilfsmittel

Die gesetzlichen Krankenkassen kommen für Hilfsmittel auf, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehand-

lung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen, beispielsweise wenn die Versorgung mit einem Hilfsmittel notwendig ist, um **☑ Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden.

Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten: von Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfen über Schuheinlagen, Prothesen und Orthesen bis hin zu Rollstühlen und Hörgeräten.

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel muss von der Krankenkasse grundsätzlich vorher genehmigt werden, sofern diese nicht (zum Beispiel für bestimmte Hilfsmittel oder bis zu einer bestimmten Wertgrenze) darauf verzichtet hat. Dies gilt auch dann, wenn das Hilfsmittel von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet wurde.

Siehe auch den Glossar-Eintrag **☑ Pflegehilfsmittel** zur Unterscheidung.

Kombinationsleistung

Der Bezug von Pflegegeld und von **☑ ambulanten Pflegesachleistungen** kann im Rahmen der häuslichen Pflege auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das **☑ Pflegegeld** vermindert sich dann anteilig (prozentual) in dem Umfang, in dem im jeweiligen Monat ambulante Pflegesachleistungen in Anspruch genommen worden sind.

Kommunale Beteiligung an der Pflege

Das zweite und dritte Pflegestärkungsgesetz stärken die regionale Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vor Ort, insbesondere durch folgende Maßnahmen:

Pflegekassen können sich an selbst organisierten Netzen für eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung beteiligen. Sie können sich einzeln oder gemeinsam an den Kosten der Vernetzung mit bis zu 20.000 Euro je Kalenderjahr auf Ebene der Kreise / kreisfreien Städte beteiligen.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Beratungsangebote vor Ort für Pflegebedürftige wird verbessert. Die Landesverbände der Pflegekassen schließen hierzu mit den zuständigen Stellen der Länder Landesrahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung.

Die Leistungs- und Preisvergleichslisten zu den zugelassenen ambulanten und stationären ☒ **Pflegeeinrichtungen** enthalten nunmehr auch die von den Ländern anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Auch weitere Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige können in die Leistungs- und Preisvergleichslisten aufgenommen werden. So entsteht Transparenz über die vor Ort vorhandenen Angebote.

Mit dem ☒ **dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** wird die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt. Die Kommunen erhalten für fünf Jahre ein Initiativrecht zur Einrichtung von ☒ **Pflegestützpunkten**. Darüber hinaus dürfen sie künftig Beratungsgutscheine einlösen und Pflichtberatungen beim Bezug von ☒ **Pflegegeld** erbringen. In Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung können bis zu 60 Kreise oder kreisfreie Städte für fünf Jahre die gesamte Beratung einschließlich der Pflegeberatung aus einer Hand erbringen. Die Beteiligung der Länder und Kommunen an der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamtes wird vereinfacht.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei einer akut aufgetretenen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, kurzzeitig (bis zu zehn Arbeitstage) der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um eine bedarfsgerechte Pflege für eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Nahe Angehörige können diese zehn Tage auch untereinander aufteilen. Für diese Auszeit kann ihnen seit dem 1. Januar 2015 ein auf bis zu zehn Arbeitstage begrenztes ☒ **Pflegeunterstützungsgeld** gewährt werden. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung der Pflegekasse. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten desselben

pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten für die Überwindung einer plötzlich auftretenden akuten „Pflegesituation“, in der die Pflege naher Angehöriger zu organisieren beziehungsweise sicherzustellen ist, nach Maßgabe des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen. Eine akute Pflegesituation gemäß Pflegezeitgesetz liegt dann vor, wenn sie plötzlich, also unvermittelt und unerwartet, auftritt. Eine bereits bestehende ☒ **Pflegebedürftigkeit**, die unverändert ist, genügt insoweit nicht. Eine akute Pflegesituation wird in der Regel nur einmal je pflegebedürftigen Angehörigen der Fall sein, sodass dieses Recht regelmäßig auch nur einmal pro Pflegefall ausgeübt werden kann. Wenn bei einer beziehungsweise einem pflegebedürftigen nahen Angehörigen jedoch die Voraussetzungen ausnahmsweise mehrmals vorliegen sollten, ist die wiederholte Inanspruchnahme des Rechts auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung nicht ausgeschlossen. Wichtig ist, dass

1. es sich bei den pflegebedürftigen Angehörigen um nahe Angehörige handelt (wie zum Beispiel Eltern, Großeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder);
2. davon auszugehen ist, dass die pflegebedürftigen Angehörigen voraussichtlich die Pflegegrade 1 bis 5 zuerkannt bekommen;
3. die Beschäftigten verpflichtet sind, der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber die Verhinderung an der Arbeitsleistung und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers müssen Beschäftigte eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung vorlegen. Sofern kein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht, kann ein Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse beziehungsweise beim Pflegever-

sicherungsunternehmen der oder des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gestellt werden. Dazu muss eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden.

Sofern die kurzzeitige Arbeitsverhinderung aufgrund der Versorgung eines pflegebedürftigen Kindes benötigt wird, schließt ein (gleichzeitiger) Bezug von Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall des Kindes an denselben Kalendertagen die Gewährung eines Pflegeunterstützungsgeldes aus.

Wichtig ist, dass dieser Antrag eigenhändig möglichst unverzüglich eingereicht wird. Etwaige Unterlagen wie ein Attest der behandelnden Ärztin oder des Arztes der pflegebedürftigen Person oder die Gehaltsbescheinigung des Unternehmens können nachgereicht werden.

Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige sind für eine begrenzte Zeit auf **vollstationäre Pflege** angewiesen, zum Beispiel weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen. Die **Leistung der Pflegeversicherung** für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro im Jahr, für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Personen mit dem **Pflegegrad 1** können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der **Verhinderungspflege** können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr



erhöht, also maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen **Pflegegeldes** weitergezahlt. Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der **pflegende Angehörige** in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen. Seit dem 1. Januar 2016 besteht ein Anspruch auf eine Kurzzeitpflege als Leistung der GKV. Reicht ambulante Unterstützung in Form von **häuslicher Krankenpflege** und / oder Haushaltshilfe nicht aus, können Versicherte eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der GKV in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Der Leistungsumfang entspricht der sozialen **Pflegeversicherung**, das heißt es werden Aufwendungen bis zum Höchstbeitrag von derzeit 1.612 Euro übernommen.


Leistungen der Pflegeversicherung

Grundsätzlich stehen den Bürgerinnen und Bürgern unterschiedliche Betreuungsformen und -einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und deren Angehörige entscheiden, hängt zum einen von der Schwere der **Pflegebedürftigkeit**, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der Personen ab, die die Pflege übernehmen möchten. Die zugelassenen **Pflegeeinrichtungen** und -dienste werden nach der Art der Leistung unterschieden und reichen von ambulanten Pflegediensten und **Einzelpflegekräften**, die Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der **Pflege zu Hause** unterstützen, über neue Wohnformen wie **Pflege-Wohngemeinschaften** bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in Pflegeheimen.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und  **Pflegeversicherung**. Der MDK übernimmt wichtige Aufgaben bei der Begutachtung zur Feststellung von  **Pflegebedürftigkeit** und in der Qualitätssicherung.

Mindestlohn

Im Bereich der pflegerischen Versorgung kann als unterste Grenze für die Entlohnung entweder ein auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes geltender besonderer Pflegemindestlohn (nach der Zweiten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – 2. PflegeArbbV, aktuell gültig bis 31. Oktober 2017) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein. Der Pflegemindestlohn gilt seit dem 1. Oktober 2015 auch für die  **zusätzlichen Betreuungskräfte** in den Pflegeeinrichtungen. Ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt oder eine ambulante Wohngemeinschaft, so gilt der allgemeine Mindestlohn. Die dritte Pflegekommission hat ihre Arbeiten an einer Folgeverordnung bereits aufgenommen.

Palliativversorgung und Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, die auf ehrenamtlichem Engagement beruhen, leisten einen wesentlichen Beitrag zur würdevollen Begleitung und Unterstützung Sterbender und ihrer Angehörigen.

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten Zuschüsse für ambulante, teilstationäre und stationäre Hospizdienste.

Die medizinische und pflegerische Versorgung Sterbender ist Teil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben zudem in der gesetzlichen Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Diese Leistung zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, möglichst in der eigenen häuslichen


Umgebung in Würde zu sterben. Diese Leistung steht Palliativpatientinnen und Palliativpatienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung zu, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Ambulante Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal versorgen die Versicherten. Sie arbeiten dabei eng mit Hospizdiensten zusammen. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch eine Vertragsärztin beziehungsweise einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin beziehungsweise einen Krankenhausarzt.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mindestens in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater – „Pflegeberatung nach § 7a SGB XI“

Die Pflegeversicherung unterstützt die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen durch eine individuelle und kostenlose Pflegeberatung.

Wer einen Antrag auf Leistungen der  **Pflegeversicherung** stellt, dem bietet die Pflegekasse von sich aus einen Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung stattfinden soll. Die Pflegekassen benennen eine feste Ansprechpartnerin oder einen festen Ansprechpartner für die Pflegeberatung vor Ort. Diese Person ist bei den Pflegekassen Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für alle Anliegen zur Pflegeversicherung. Auch die Angehörigen können ohne Teilnahme der pflegebedürftigen Personen eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt.

Die Beratung erfolgt durch speziell geschulte Pflegeberaterinnen und -berater mit besonderer Fachkenntnis, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht. Die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind bei Pflegekassen beschäftigt. Aber auch die Kommunen stellen Beratungskräfte zur Verfügung. Die Beraterinnen und Berater der Pflegekassen sowie der Kommunen werden teilweise auch in den **Pflegestützpunkten** gemeinsam vor Ort eingesetzt, die es allerdings nicht in allen Regionen gibt. Auch in den Pflegestützpunkten kann die Pflegeberatung in Anspruch genommen werden. Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. Auch die Service- und Beratungsstellen der Kommunen und die Wohlfahrtsverbände informieren zum Thema Pflege. Einige wenige Pflegekassen führen die Pflegeberatung nicht selbst durch, sondern stellen Beratungsgutscheine für die Pflegeberatung durch unabhängige Beratungsstellen aus.

Die **private Pflege-Pflichtversicherung** bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Kontaktaufnahme ist möglich unter der kostenfreien Rufnummer 0800/101 88 00.

Übersichten über Leistungen, Kosten und Qualität von **Pflegeeinrichtungen** der Landesverbände der Pflegekassen sind im Internet veröffentlicht. Dort können Sie nach Pflegeleistungen in Ihrer Region suchen. Wenn Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, erhalten Sie auf Wunsch von Ihrer Pflegekasse auch einen Ausdruck dieser Leistungs- und Preisvergleichsliste für Ihre Region.

Die Pflegeberatung der Pflegeversicherung soll mit den Beratungsstellen der Kreise und Städte, insbesondere mit den Beratungsstellen der Sozialämter sowie mit weiteren nicht gewerblichen Beratungsstellen zusammenarbeiten, damit die Angebote der Beratungsstellen verschiedener Träger vor Ort aufeinander abgestimmt werden. Die Einzelheiten dafür sollen in Rahmenverträgen auf Landesebene vereinbart werden.

Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Als Erstausbildungen kommen, neben einer Ausbildung als Sozialversiche-

rungsfachangestellte beziehungsweise -angestellter oder einem Studium der Sozialarbeit, vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflege- oder nach dem Krankenpflegegesetz in Betracht. Daneben sind auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen für diese Aufgabe geeignet.

Zusätzlich zu den in der Berufsausbildung oder im Studium erworbenen Grundqualifikationen müssen die Pflegeberaterinnen und -berater die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum nachweisen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat hierzu entsprechende Empfehlungen zur Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater abgegeben.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unabhängigen und neutralen Beratungsstellen gelten dieselben Anforderungen.

Pflegeeinrichtungen (stationär)

Wenn die häusliche Pflege nicht mehr in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann, gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten, die Pflege einer oder eines Angehörigen zu sichern. Wesentlicher Baustein ist die teilstationäre Betreuung in einer Pflegeeinrichtung, die die Tages- und Nachtpflege übernimmt. Diese Angebote werden in der Regel dann in Anspruch genommen, wenn **pflegende Angehörige** tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht.

Reichen diese Angebote nicht mehr aus, kann auf die vollstationäre Versorgung in einem Pflegeheim zurückgegriffen werden.

Immer mehr Menschen haben jedoch den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Neue Wohnformen, wie zum Beispiel eine Senioren-WG, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen beziehungsweise Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer WG leben in eigenen Wohnungen oder Zimmern, haben aber die Möglichkeit,

in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen, wie beispielsweise Kochen.

Häufig bieten auch Altenwohnheime und Altenheime die Möglichkeit, in kleineren Apartments oder Wohnungen noch lange ein eigenständiges Leben zu führen, ohne auf die notwendige pflegerische Betreuung zu verzichten.

Pflegefall

Grundsätzlich kann ein Pflegefall in jeder Phase des Lebens auftreten, mit immensen Auswirkungen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für Angehörige. Durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch erfasst sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die festgestellte **Pflegebedürftigkeit** muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

Hilfe, Beratung sowie eine Vergleichsliste über Leistungen und Vergütungen der zugelassenen **Pflegeeinrichtungen** erhalten Betroffene und Angehörige bei den zuständigen Pflegekassen, Versicherungsunternehmen oder einem **Pflegestützpunkt** in der Nähe des Wohnorts. Dort können auch die notwendigen Anträge auf Leistungen der **Pflegeversicherung** gestellt werden. Darüber hinaus haben Betroffene einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die **Pflegeberaterinnen und -berater** der zuständigen Pflegekasse.

Insbesondere wenn erstmalig ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wird, hat die Pflegekasse unmittelbar nach Antragseingang einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Alternativ hierzu kann die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb von zwei

Wochen eingelöst werden kann. Auf Wunsch kann die Pflegeberatung auch zu Hause erfolgen. Die **private Pflege-Pflichtversicherung** bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder -berater zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

Sobald die **Leistungen der Pflegeversicherung** beantragt wurden, beauftragt die Pflegekasse den MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Zu diesem Termin sollte auch die eigene Pflegeperson gebeten werden, um bei der Begutachtung anwesend zu sein. Nach Möglichkeit sollte eingeschätzt werden, ob die Pflege längerfristig durch Angehörige oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden kann und ob ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines **ambulanten Pflegedienstes** zurückgegriffen werden möchte. Ist die **Pflege zu Hause** – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so kann man sich über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

Bei allen Fragen stehen die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort zur Verfügung. Informationen erhalten Betroffene auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 030 / 340 60 66-02.

Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln.

Pflegegeld

Da manche oder mancher selbst darüber entscheiden will, wie und von wem sie oder er gepflegt werden möchte, gibt es die Möglichkeit, Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für den Bezug

von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Eine vorgeschriebene regelmäßige pflegfachliche Beratung soll helfen, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und den Pflegenden Hilfestellung zu geben.

Das Pflegegeld wird den Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Sie können über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und geben das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von **☒ ambulanten Pflegesachleistungen** (Hilfe von Pflegediensten) zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

- 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Pflegegrade und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Fünf Pflegegrade ersetzen seit dem 1. Januar 2017 die bisherigen drei Pflegestufen. Sie ermöglichen es, Art und Umfang der Leistungen der **☒ Pflegeversicherung** unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen auf die jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse abzustimmen.

Die Pflegegrade orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (**☒ Pflegegrad 1**) bis zu schwersten

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird.

Pflegegrad 1

Grundsätzlich werden die Leistungen der **☒ Pflegeversicherung** für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 gewährt. Zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit und der Vermeidung schwererer **☒ Pflegebedürftigkeit** werden aber auch bei Personen mit geringeren Beeinträchtigungen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung gewährt. Es stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den **☒ Leistungen der Pflegeversicherung** angezeigt ist. Es stehen zusammengefasst folgende Leistungen zur Verfügung:

- Pflegeberatung,
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
- Wohngruppenzuschlag,
- Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen,
- Versorgung mit **☒ Pflegehilfsmitteln**,
- Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,
- zusätzliche Leistungen bei **☒ Pflegezeit** und kurzfristiger Arbeitsverhinderung,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären **☒ Pflegeeinrichtungen**,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,
- **☒ Entlastungsbetrag** in Höhe von 125 Euro monatlich sowie
- Zuschuss zur stationären Pflege in Höhe von 125 Euro monatlich.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege notwendig sind, die Beschwerden der Pflegebedürftigen lindern oder dazu beitragen, den Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen:

- technischen Pflegehilfsmitteln, wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem,
- zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, wie zum Beispiel Einmalhandschuhen oder Betteinlagen.

Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden können.

Zu den Kosten für technische Pflegehilfen müssen Pflegebedürftige ab dem 18. Lebensjahr einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt.

Die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet.

Pflegekurse

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern wollen, können Sie an einem kostenlosen Pflegekurs Ihrer Pflegekasse teilnehmen. Die Pflegekasse ist verpflichtet, solche Kurse anzubieten.

Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Den **☞ pflegenden Angehörigen** bieten diese Kurse zudem die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Schulung

findet auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung der oder des Pflegebedürftigen statt.

Pflegende Angehörige und ihre soziale Absicherung

Viele pflegebedürftige Menschen haben den Wunsch, in den eigenen vier Wänden gepflegt zu werden und viele Angehörige möchten sich auch um ihre pflegebedürftigen Verwandten kümmern, ohne dabei auf Leistungen der sozialen Absicherung verzichten zu müssen.

Pflegepersonen haben daher Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Seit dem 1. Januar 2017 gilt: Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, ist im Sinne der Pflegeversicherung eine Pflegeperson und kann Leistungen zur sozialen Sicherung von der **☞ Pflegeversicherung** erhalten.

Ist die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart (nur **☞ Pflegegeld**, nur Bezug von **☞ ambulanten Pflegesachleistungen** oder Bezug der **☞ Kombinationsleistung**).

Pflegepersonen sind bei den Pfllegetätigkeiten sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung für den Pflegebedürftigen beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Dabei ist auch der Hin- und Rückweg zum Ort der Pfllegetätigkeit versichert, wenn die Pflegeperson in einer anderen Wohnung als die oder der Pflegebedürftige lebt.

Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfllegetätigkeit. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfllegetätigkeit nicht gelingt.

Pflegen zu Hause

Die Pflege zu Hause bietet Pflegebedürftigen ein Leben in ihrer gewohnten Umgebung. Die **Pflegeversicherung** berücksichtigt mit zahlreichen Hilfen – von der Zahlung ambulanter Pflegekräfte bis hin zu Hilfen für **pflegende Angehörige** – den Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen, zu Hause gepflegt zu werden. **Leistungen der Pflegeversicherung** unterstützen sie bei der Verwirklichung dieses Wunsches. Wichtige Leistungen sind nachfolgend aufgeführt:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben die Möglichkeit, **ambulante Pflegesachleistungen** (Hilfe von Pflegediensten) oder **Pflegegeld** oder eine Kombination aus beidem (sogenannte **Kombinationsleistung**) in Anspruch zu nehmen.

Hilfe für die Pflege zu Hause als ambulante Pflegesachleistung bieten zugelassene **ambulante Pflegedienste** oder **Einzelpflegekräfte**.

Statt ambulanter Pflegesachleistung können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Pflegegeld beziehen. Sie können über die Verwendung des Pflegegeldes zur Sicherstellung ihrer Pflege grundsätzlich frei entscheiden und das Pflegegeld zum Beispiel regelmäßig an die sie versorgenden Personen als Anerkennung weitergeben. Pflegende Angehörige können dadurch finanziell unterstützt werden.

Die Höhe der Leistungen unterscheidet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad. Zusätzlich können alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege den **Entlastungsbetrag** in Höhe von 125 Euro etwa für Leistungen zur Unterstützung im Alltag beanspruchen.

Die Pflegeversicherung erleichtert pflegenden Angehörigen durch verschiedene Leistungen, Hilfestellungen und Absicherungen die Pflege zu Hause. Berufstätige pflegende Angehörige können außerdem durch die **Pflegezeit** und **Familienpflegezeit** gefördert werden.

Sind pflegende Angehörige durch einen Urlaub oder Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind, im Rahmen der sogenannten **Verhinderungspflege** die Kosten einer Ersatzpflege in Höhe von in der Regel bis zu 1.612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr.

Außerdem können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zur Überbrückung von Krisensituationen oder in einer Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr vollstationäre **Kurzzeitpflege** in Anspruch nehmen. Die Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege ist möglich.

Wird eine Pflegebedürftige oder ein Pflegebedürftiger zu Hause gepflegt, kann es zudem hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange der oder des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen. Der Gesetzgeber unterstützt die Versicherten dabei durch Zuschüsse zu **Umbaumaßnahmen / Wohnungsanpassung**. Auch die Kosten für **Pflegehilfsmittel** können durch die Pflegeversicherung übernommen werden.

Pflegequalität

Im SGB XI sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass die Qualität der von den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Pflegeleistungen erhalten und verbessert, das Qualitätswissen und das interne Qualitätsmanagement gestärkt und für alle Beteiligten eine größere Transparenz der Ergebnisse hergestellt wird.

Wesentliche Elemente sind dabei insbesondere:

- Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene über Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist (§ 113 SGB XI);
- Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI);
- regelmäßige Überprüfung (mindestens einmal im Jahr) aller zugelassenen **Pflegeeinrichtungen** im Rahmen unangemeldeter (ambulant: Ankündigung am Tag zuvor) Qualitätsprüfungen durch den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** beziehungsweise den **Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.** (§§ 114ff. SGB XI);
- Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Prüfdienst der PKV) hinsichtlich der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere der Ergebnis- und Lebensqualität, in einer für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlichen, übersichtlichen und vergleichbaren Form (§ 115 Abs. 1a SGB XI).

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind dazu verpflichtet, die Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken (§ 112 SGB XI).

Die Vertragsparteien der Selbstverwaltung sind verpflichtet, ein neues wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisqualität – zu entwickeln beziehungsweise einzuführen.

Im Ergebnis ist vorgesehen, dass die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen für den stationären Bereich im Jahr 2018 und für den ambulanten Bereich im Jahr 2019 durch einen grundlegend neuen Ansatz abgelöst werden.

Pflegestärkungsgesetz I

Rund 2,9 Millionen Menschen (soziale und private **Pflegeversicherung**) in Deutschland sind derzeit pflegebedürftig. Sie und ihre Angehörigen haben bereits zum 1. Januar 2015 durch das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) deutlich mehr Unterstützung erhalten. So wurden fast alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung angehoben. Die Leistungen der **Kurzzeit-** und **Verhinderungspflege** wurden ausgebaut und können seitdem besser miteinander kombiniert werden. Der Anspruch auf niedrigschwellige Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege wurde ausgeweitet. Zudem wurden die Mittel für **Umbaumaßnahmen** – beispielsweise den Einbau barrierefreier Duschen – auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme erhöht, damit Pflegebedürftige künftig länger in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.

Bessere Leistungen erhielten auch Menschen, die an **Demenz** erkrankt sind. Menschen mit Demenz in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden sogenannten Pflegestufe 0 haben durch das erste Pflegestärkungsgesetz seit dem 1. Januar 2015 erstmals die Möglichkeit, auch Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Zudem haben sie seitdem auch die zusätzlichen Leistungen für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen und Zuschüsse für neu gegründete Wohngruppen erhalten. Diese pflegebedürftigen Menschen mit der sogenannten Pflegestufe 0 sind zum 1. Januar 2017 automatisch in den neuen Pflegegrad 2 übergeleitet worden.

Die Verbesserungen durch das erste Pflegestärkungsgesetz wurden bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf neuen Pflegegrade in Verbindung mit den neu festgesetzten Leistungsbeträgen zum 1. Januar 2017 übernommen und teilweise erneut ausgeweitet.

Pflegestärkungsgesetz II

Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) gelten seit 2017 grundlegende Veränderungen und Verbesserungen im Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige sowie Pflegekräfte. Eckpfeiler des Gesetzes ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich stärker an den Bedürfnissen jedes einzelnen Menschen, an seiner individuellen Lebenssituation und an seinen individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten orientiert.

Auf dieser Grundlage erhalten seit 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der ☒ **Pflegeversicherung**, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument kann die individuelle Pflege- und Lebenssituation von Menschen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, besser erfasst werden. So wird es möglich, Pflegebedürftige individueller zu versorgen und ihre Selbstständigkeit im Alltag nachhaltig zu stärken. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der besseren Einstufung von Menschen mit ☒ **Demenz**.

Das neue Leistungsrecht setzt die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um: Bereitgestellt werden passgenaue Hilfen, die dazu dienen sollen, die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten Pflegebedürftiger zu erhalten und zu stärken. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wurde der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte angehoben, wodurch insgesamt etwa fünf Milliarden Euro jährlich mehr für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

Die Umsetzung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes, insbesondere die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument, wird seit Januar 2016 durch einen gesetzlich begründeten Beirat begleitet, in dem Pflegekassen, Verbände der Leistungserbringerinnen und -erbringer, Selbsthilfeorganisationen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe, Länder und Kommunen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft mitwirken.

Weitere Regelungsschwerpunkte im zweiten Pflegestärkungsgesetz waren:

Verbesserung der Beratung

Personalbemessung in stationären Einrichtungen: Die Selbstverwaltung hat bis 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in ☒ **Pflegeeinrichtungen** zu entwickeln und zu erproben.

Weiterentwicklung der Regelungen zur Qualitätssicherung: Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung werden auf wissenschaftlicher Grundlage weiterentwickelt; die Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung in diesem Bereich wird beschleunigt.

Pflegestärkungsgesetz III

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) werden zum einen die in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zwischen Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden vereinbarten Empfehlungen umgesetzt. Diese beziehen sich auf folgende Themenbereiche:

- Sicherstellung der Versorgung,
- Beratung,
- niedrigschwellige Angebote (jetzt: Angebote zur Unterstützung im Alltag),
- altersgerechtes Wohnen.

Zum anderen enthält das dritte Pflegestärkungsgesetz ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung von Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug. Der Entwurf sieht hierfür Regelungen sowohl für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGBV) als auch der Pflegeversicherung (SGB XI) vor. Die aufeinander abgestimmten Regelungen im SGBV und SGB XI zielen darauf ab, bestehende Lücken bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu schließen.

Das Verhältnis zwischen Pflege und Eingliederungshilfe wird präzisiert. Es bleibt bei der „Gleichrangigkeit“. Sozialämter und Pflegekassen sollen jedoch bei einem Zusammentreffen von gleichen Leistungen unterschiedlicher Träger künftig regelhaft vereinbaren, wie die Leistungserbringung im Verhältnis zur oder zum Anspruchsberechtigten jeweils erfolgen soll und wie die Kostenerstattung der Träger untereinander erfolgt.

Zudem wird mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Sozialhilfe eingeführt. Da die Versicherungsleistungen nach dem SGB XI auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt sind (Teilleistungssystem), kann auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und nach der deutlichen Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflege bestehen. Dieser wird bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz – BVG) gedeckt. Gegenüber dem SGB XI ist auch nach geltendem Recht der Begriff insoweit weiter gefasst, als das Vorliegen von **Pflegebedürftigkeit** nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss. Wesentliche Inhalte der Änderungen im Recht der Hilfe zur Pflege sind:

- Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade,
- Leistungen in den Pflegegraden,
- zusätzliche pflegerische Betreuungsleistungen in der Hilfe zur Pflege.

Das dritte Pflegestärkungsgesetz verfolgt darüber hinaus die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit von Entlohnungen bis zu Tarifniveau in den Pflegevergütungsverhandlungen der **Pflegeeinrichtungen**.

Schließlich erhalten Versicherte in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI Leistungen der Behandlungspflege als **häusliche Krankenpflege** nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGBV. Voraussetzung dafür ist, dass der Bedarf an

Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Wenn Hilfesuchende selbst pflegebedürftig sind oder pflegebedürftige Angehörige haben, erhalten sie im Pflegestützpunkt alle wichtigen Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen. In den Pflegestützpunkten finden sie auch die **Pflegeberaterinnen und Pflegeberater** der Pflegekassen.

Wenn Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen etwa eine Wohnung altengerecht umbauen möchten, informieren sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn ein geeignetes Pflegeheim gefunden werden soll, hat das Beratungspersonal den Überblick und kann helfen. Eine Übersicht ehrenamtlicher Angebote in der Kommune kann ebenfalls von den Pflegestützpunkten bereitgestellt werden.

Im Pflegestützpunkt soll auf Wunsch der oder des Einzelnen das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert werden. Pflegestützpunkte können pflegenden Angehörigen deshalb auch bei der Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege Unterstützung bieten. Sie ermöglichen eine effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige vor Ort sowie in der Region und sollen darüber hinaus helfen, Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden.

Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung

Beschäftigte, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation einer oder eines nahen Angehörigen benötigen, können bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben. Die Regelung dient der besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Angehörige haben nach § 44a SGB XI in diesen Fällen Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung. Dieses wird auf Antrag

von der Pflegekasse beziehungsweise der **☒ privaten Pflege-Pflichtversicherung** der oder des Pflegebedürftigen gewährt. Wenn mehrere Beschäftigte diesen Anspruch für eine oder einen pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenzt.

Damit das Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden kann, muss ein Antrag bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen Angehörigen gestellt werden. Dieser Antrag muss unverzüglich nach Eintreten der akuten Pflegesituation unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung erfolgen. Von der Pflegekasse beziehungsweise dem Versicherungsunternehmen erhält die Leistungsbezieherin oder der Leistungsbezieher eine Bescheinigung über den Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes, die wiederum unverzüglich der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber vorgelegt werden muss.

Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung in Deutschland die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen. Seither gibt es die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung neben der Krankenversicherung, der Arbeitslosenversicherung, der Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung. Da prinzipiell jede oder jeder einmal auf Pflege angewiesen sein kann, wurde schon bei der Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten festgelegt. Das bedeutet: Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert, und alle privat Krankenversicherten müssen eine **☒ private Pflege-Pflichtversicherung** abschließen.

Die Pflegeversicherung gibt pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. So können Pflegebedürftige entscheiden, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen möchten oder ob sie lieber **☒ Pflegegeld** beziehen, das sie an ihre pflegenden

Angehörigen als finanzielle Anerkennung weitergeben können. Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmerinnen beziehungsweise -nehmer und Arbeitgeberinnen beziehungsweise -geber je zur Hälfte entrichten. Dabei deckt die soziale Pflegeversicherung nicht alle Kosten der Pflege ab, Pflegebedürftige oder ihre Familie müssen einen Teil der Kosten selbst tragen. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilkostenversicherung“ oder Kernsicherungssystem bezeichnet. Eine vollständige Finanzierung aller Pflegeleistungen würde einen deutlich höheren Beitragssatz erfordern.

Im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Pflegevorsorgefonds

Die steigende Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger sowie die Abnahme der Geburtenrate der letzten Jahrzehnte stellen die **☒ Pflegeversicherung** vor eine Herausforderung. Mehr Menschen werden in den kommenden Jahren pflegebedürftig, gleichzeitig werden weniger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in die Pflegeversicherung einzahlen. Mit dem **☒ ersten Pflegestärkungsgesetz** ist deshalb ein Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank angelegt worden.


In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Über einen Zeitraum von 20 Jahren soll so Geld angespart werden, um danach zu erwartende Beitragssteigerungen abzumildern.

Der Ansparzeitraum von 20 Jahren ergibt sich daraus, dass die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 (sogenannte Babyboomer) mit 1,24 Millionen bis 1,36 Millionen Menschen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge. Im Jahr 2034 erreicht der erste Jahrgang das 75. Lebensjahr, nach dem die

Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, deutlich ansteigt. Etwa 20 Jahre später rücken die erheblich schwächer besetzten Jahrgänge nach 1967 in das Pflegealter vor.

Dementsprechend ist in dem Zeitraum nach 2034 eine besonders hohe Zahl von Pflegebedürftigen zu versorgen. Mit dem Pflegevorsorgefonds sollen mögliche Beitragssteigerungen gerade in dieser Zeit abgedeckt werden.

Pflege-Vorsorgeförderung

Da die gesetzliche  **Pflegeversicherung** die Kosten der Grundversorgung trägt, sollten die Bürgerinnen und Bürger zusätzlich eigenverantwortlich für den Pflegefall vorsorgen. Das zentrale Anliegen der staatlichen Förderung der Pflegevorsorge ist also die Stärkung der Eigenverantwortung.

Um allen Menschen, also auch gerade denjenigen mit geringem Einkommen, den Abschluss einer Pflege-Zusatzversicherung zu ermöglichen, unterstützt der Staat die private Pflegevorsorge mit einer Zulage von 60 Euro im Jahr. Möglich – und oft auch sinnvoll – ist es dabei, einen Vertrag mit dynamisierten Leistungen abzuschließen, um den sonst drohenden Kaufkraftverlust auszugleichen. Kommt es zum Leistungsfall, kann die versicherte Person frei über das Geld verfügen.

Mit Einführung der fünf Pflegegrade zum 1. Januar 2017 wurde in § 127 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI gesetzlich geregelt, dass für geförderte Pflegezusatztarife Leistungen in sämtlichen fünf Pflegegraden vorzusehen sind. Für Pflegegrad 5 muss mindestens ein Pflegemonatsgeld von 600 Euro geleistet werden. Für Versicherte mit einer staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung bedeutet dies, dass die Versicherungsbedingungen des bereits bestehenden Vertrages zum 1. Januar 2017 entsprechend angepasst worden sind.

Die wichtigsten gesetzlichen Fördervoraussetzungen, die für eine private Pflege-Zusatzversicherung erfüllt sein müssen, um als förderfähig zu gelten und die staatliche Zulage in Höhe von fünf Euro monatlich zu erhalten:

- Für die Versicherer gilt Kontrahierungszwang. Sie müssen daher allen erwachsenen Antragstellenden, die in der gesetzlichen (das heißt in der sozialen oder privaten) Pflegeversicherung versichert sind und noch keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen haben, einen Versicherungsvertrag anbieten.
- Gesundheitsprüfungen, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht zulässig. Die Höhe der Versicherungsprämie hängt daher ausschließlich vom Eintrittsalter der Versicherungsnehmenden bei Vertragsabschluss und vom vertraglich vereinbarten Leistungsumfang ab.
- Die Versicherungsleistungen sind Geldleistungen (Pflegemonatsgeld oder Pfl egetagegeld), die in jedem Pflegegrad ausgezahlt werden. Es müssen für jeden Pflegegrad Leistungen vorgesehen sein, bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Die vertraglich vereinbarten Leistungen dürfen nicht höher sein als die Leistungen, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.
- Bei der Feststellung des Leistungsfalls müssen sich die Versicherungsunternehmen an die Feststellungen der zuständigen Pflegekasse halten. Kommt es zum Leistungsfall, kann die oder der Versicherte frei über das Geld verfügen.
- Die Wartezeit bis zum Beginn einer Leistungspflicht des Versicherers darf höchstens fünf Jahre betragen.
- Der monatliche Mindestbetrag, der von der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer selbst zu zahlen ist, um die staatliche Zulage in Höhe von fünf Euro zu erhalten, beträgt zehn Euro.
- Finanziell Hilfebedürftigen muss die Möglichkeit eingeräumt werden, den Vertrag rückwirkend zum Eintritt der Hilfebedürftigkeit zu kündigen oder ruhend zu stellen.
- Abschluss- und Verwaltungskosten dürfen die gesetzlich vorgegebenen Grenzen nicht überschreiten. Mit zwei Monatsbeiträgen beziehungsweise mit zehn Prozent der Bruttoprämie liegen diese Grenzen deutlich unter den marktdurchschnittlichen Abschluss- und Verwaltungskosten für private Versicherungsverträge.

Weitere verbindliche Vorgaben unter anderem zum Mindestleistungsumfang sind in den brancheneinheitlichen Musterbedingungen durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. festgelegt. Diese sehen seit dem 1. Januar 2017 vor, dass in Pflegegrad 1 mindestens zehn Prozent, in Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, in Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und in Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent der in Pflegegrad 5 vorgesehenen Geldleistung abgesichert sein müssen. Die staatliche Zulage beträgt monatlich fünf Euro beziehungsweise 60 Euro im Jahr und ist für alle förderfähigen Verträge gleich hoch. Pro Person kann nur ein Vertrag gefördert werden. Dabei erhalten die Versicherungsnehmenden die Zulage automatisch. Sie müssen hierfür keinen gesonderten Antrag stellen.

Diese Aufgabe und die damit verbundenen Formalitäten übernimmt das Versicherungsunternehmen. Ausschließlich auf entsprechenden Antrag des Versicherungsunternehmens wird die staatliche Zulage für das zurückliegende Beitragsjahr durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ausbezahlt und dem förderfähigen Vertrag gutgeschrieben. So kann das Zulageverfahren bürokratiearm durchgeführt werden.

Pflege-Wohngemeinschaft

Die meisten Menschen haben den Wunsch, im Alter möglichst lange selbstbestimmt zu leben und in einer häuslichen Umgebung zu bleiben. Neue Wohnformen, unter anderem Senioren-Wohngemeinschaften sowie Pflege-Wohngemeinschaften, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten.

Die Bewohnerinnen und Bewohner einer WG leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können, haben zugleich aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen, wie beispielsweise zusammen kochen und essen, Schach spielen oder Gymnastikübungen machen. Damit wird auch der Gefahr der Vereinsamung vorgebeugt, die mit der **Pflegebedürftigkeit** leider oft einhergeht.

Die **Pflegeversicherung** gewährt unter gewissen Voraussetzungen zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.

Pflegezeit / Freistellung nach Pflegezeitgesetz

Laut Pflegezeitgesetz (PflegeZG) haben Beschäftigte gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten, wenn sie eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen, die Möglichkeit, Pflegezeit in Anspruch zu nehmen. Die Pflegezeit beträgt maximal sechs Monate. In dieser Zeit können Beschäftigte vollständig oder teilweise von der Arbeit freigestellt werden. Die Beschäftigten müssen dazu die **Pflegebedürftigkeit** der oder des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des **Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)** nachweisen. In der **privaten Pflege-Pflichtversicherung** versicherte Pflegebedürftige haben ebenfalls einen entsprechenden Nachweis zu erbringen.

Bei minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen besteht ein Anspruch auf Freistellung auch dann, wenn eine Betreuung außerhalb der häuslichen Umgebung erfolgt.

Wurde eine Freistellung für einen kürzeren Zeitraum beantragt, kann die Freistellung mit Zustimmung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers bis zur Höchstdauer von sechs Monaten verlängert werden. Sofern ein vorgesehener Wechsel in der Person der oder des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann, haben Beschäftigte gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber einen Anspruch auf Verlängerung der Pflegezeit bis zur Höchstdauer.

Darüber hinaus können Beschäftigte eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu drei Monaten für die Begleitung einer beziehungsweise eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase beanspruchen. Auch in diesem Fall müssen Beschäftigte die entsprechende Erkrankung der beziehungsweise des nahen Angehörigen durch eine ärztliche Bescheinigung gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber nachweisen.

Zur besseren Abfederung des Lebensunterhalts können Beschäftigte auch bei Inanspruchnahme der Pflegezeit oder der Freistellung zur Begleitung einer oder eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase ein zinsloses staatliches Darlehen erhalten, das beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden kann.

Prävention / Rehabilitation

Die Vermeidung von ☑ **Pflegebedürftigkeit** ist eine zentrale gesellschaftliche Herausforderung. Prävention und medizinische Rehabilitation haben daher Vorrang vor Pflege. Die Pflegekassen sollen bei den zuständigen Leistungsträgern zum Beispiel den Krankenkassen darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine konsequente Umsetzung des gesetzlich verankerten Grundsatzes „Prävention vor Reha vor Pflege“ trägt dazu bei, Hunderttausenden Menschen ein weitgehend von fremder Hilfe unabhängiges Leben zu ermöglichen.

Dies beginnt schon bei der Begutachtung. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument, durch das seit dem 1. Januar 2017 die Einstufung in einen der neuen Pflegegrade erfolgt, kann die Klärung, ob und welche Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation angezeigt sind, auf noch besserer Grundlage geschehen. Zu jeder Begutachtung gehören Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die über die bisherige Versorgung hinausreichen. Das umfasst Empfehlungen zum Beispiel zu therapeutischen Maßnahmen, zu Hilfsmitteln und ☑ **Pflegehilfsmitteln**, zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, aber vor allem auch zu Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation.

Der Antragstellerin beziehungsweise dem Antragsteller wird spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, durch die Pflegekasse zugeleitet. Gleichzeitig informiert die Pflegekasse darüber, dass

mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller damit einverstanden ist.

Pflegekassen sollen auch Leistungen zur Prävention in teil- oder vollstationären ☑ **Pflegeeinrichtungen** erbringen. Hierzu wurde von den Pflegekassen für das Jahr 2016 ein Betrag von circa 21 Millionen Euro bereitgestellt. Für ☑ **pflegende Angehörige**, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, gibt es die Möglichkeit, diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrzunehmen. Hierfür hat sich der tägliche Zuschuss von der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung erhöht.

Die Krankenkassen sollen in Verträgen mit Rehabilitationskliniken auch dafür sorgen, dass pflegende Angehörige eine Rehabilitation erhalten, die ihren besonderen Bedürfnissen entspricht. Pflegende Angehörige haben die Möglichkeit, in bestimmte Rehabilitationskliniken pflegebedürftige Familienmitglieder mitzunehmen. In diesen Fällen besteht Anspruch auf die Leistungen der ☑ **Pflegeversicherung** für ☑ **Kurzzeitpflege** in diesen Einrichtungen.

Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation gefördert werden. Die Einrichtungen, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen gelingt, die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen in einen niedrigeren Pflegegrad einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 2.952 Euro.

Pflegende Angehörige: Bei Vorsorge und Rehabilitationsentscheidungen der Krankenkassen sind die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Pflegende Angehörige erbringen enorme Leistungen, sie sind nicht selten sieben Tage in der Woche 24 Stunden lang „im Dienst“ und versuchen den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Partners, eines Kindes oder anderer Angehöriger

gerecht zu werden. Sie sind oft hohen, über Jahre andauernden Belastungen psychischer und physischer Art ausgesetzt. Sie sollen deshalb Angebote zur Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch nehmen können.

Wenn sie dies allein tun, um einmal Abstand zu gewinnen und wieder eine neue Perspektive einzunehmen, kann in dieser Zeit die oder der Pflegebedürftige in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden. Pflegebedürftige haben aber auch die Möglichkeit, ☑ **Kurzzeitpflege** in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI in Anspruch zu nehmen, wenn die Pflegeperson dort gleichzeitig an einer Reha-Maßnahme teilnimmt (§ 42 SGB XI).

Es gibt einzelne Einrichtungen, die sich auf solche Angebote spezialisieren. Pflegekassen und ☑ **Pflegestützpunkte** haben auch Angehörige entsprechend zu beraten und dabei unter anderem auf Möglichkeiten zur Entlastung (zum Beispiel Angebote zur Entlastung von Pflegenden, ☑ **Verhinderungspflege**, Vorsorge- und Reha-Angebote) hinzuweisen.

Private Pflege-Pflichtversicherung

In der ☑ **Pflegeversicherung** gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Das heißt: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird in die soziale Pflegeversicherung einbezogen. Wer privat krankenversichert ist, unterliegt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung.

Versicherte, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, müssen deshalb entweder mit diesem oder mit einem anderen privaten Versicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag über die Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Dies bedeutet, dass Alterungs-

rückstellungen gebildet werden müssen, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. Deshalb richtet sich die Höhe der Versicherungsprämie – nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem aktuellen Einkommen beziehungsweise der aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten, sondern unter anderem auch nach dem Lebensalter und dem Gesundheitszustand, also dem individuellen Versicherungsrisiko bei Versicherungsbeginn. Daneben müssen private Versicherungsunternehmen bei der Gestaltung ihrer Prämien eine Reihe gesetzlicher Vorgaben beachten. So dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Für Versicherte, die bereits seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung ohne Unterbrechung privat pflegeversichert sind, ist die Prämie zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden. Für Ehepartner ohne oder nur mit geringfügigem Einkommen (425 Euro beziehungsweise bei geringfügig Beschäftigten 450 Euro) wurde die Mitgliedschaft in der privaten Pflege-Pflichtversicherung vergünstigt: Beide Ehegatten zusammen zahlen nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung.

Bei den späteren Neuzugängen gilt für die Dauer von fünf Jahren keine Prämienbegrenzung. Somit müssen sie – je nach Alter und Gesundheitszustand – unter Umständen höhere Prämien leisten. Außerdem gibt es auch keine Ehegattenermäßigung. Nach Ablauf der fünf Jahre darf die Prämie aber auch für sie den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen.

Für Versicherte, die über eine private Krankenversicherung im Basistarif verfügen, gelten die oben genannten günstigeren Bedingungen unabhängig davon, ob die private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in einer privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihrer Arbeitgeberin oder ihres Arbeitgebers. Der Zuschuss orientiert sich am Arbeitgeberanteil in der sozialen Pflegeversicherung und beträgt höchstens die Hälfte des gesamten Beitrages.

Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (Prüfdienst der PKV)

Der Prüfdienst der PKV übernimmt hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen die gleichen Aufgaben wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen **Pflegeeinrichtungen** die Qualitätsanforderungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung)

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer entsprechenden Einrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Pflegekosten, die Aufwendungen der Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Darin enthalten sind auch die Kosten der morgendlichen und abendlichen Hol- und Bringdienste der Einrichtungen. Die übrigen Kosten (zum Beispiel für Verpflegung, Investitionskosten) müssen dagegen privat getragen werden.

Gewährt wird teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Darüber hinaus bietet sie für **pflegende Angehörige** von Menschen mit einer Demenzerkrankung oft eine bedeutende Entlastungsmöglichkeit. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht.

Die Höhe der **Leistung der Pflegeversicherung** für die teilstationäre Tages- und Nachtpflege Pflegebedürftiger beträgt monatlich:

- in Pflegegrad 2: 689 Euro,
- in Pflegegrad 3: 1.298 Euro,
- in Pflegegrad 4: 1.612 Euro,
- in Pflegegrad 5: 1.995 Euro.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können mit **ambulantem Pflegesachleistungen** und/oder dem **Pflegegeld** ohne eine Anrechnung kombiniert werden.

Umbaumaßnahmen / Wohnungsanpassung im Pflegefall

Wenn Pflegebedürftige zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange der Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen. Beispielsweise kann das Bad behindertengerecht umgebaut, die Kücheneinrichtung oder anderes Mobiliar angepasst oder es können Schwellen und sonstige Hindernisse abgebaut werden.

Zu solchen sogenannten Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds kann die Pflegekasse auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss zahlen, wenn sie dazu dienen, die häusliche Pflege zu ermöglichen oder – gerade auch für die Pflegepersonen – erheblich zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der Pflege- oder Betreuungsbedürftigen wiederherzustellen.

Es ist ratsam, den Antrag zu stellen und den Bescheid der Pflegekasse abzuwarten, noch bevor man mit der Durchführung der Anpassung des Wohnumfelds beginnt. Ausgezahlt wird ein bewilligter Zuschuss in der Regel, wenn die Maßnahme abgeschlossen ist und die entstandenen Kosten belegt werden können.

Wenn die Pflegesituation sich so gravierend verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden, können erneut Zuschüsse bewilligt werden.

Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss auch zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds genutzt werden. Als Obergrenze gilt dann ein Betrag von bis zu 16.000 Euro. Das bedeutet, dass bei vier Pflegebedürftigen jeder den vollen

Förderbetrag von bis zu 4.000 Euro für die Anpassung der gemeinsamen Wohnung erhalten kann. Leben mehr als vier anspruchsberechtigte Personen zusammen, wird der Gesamtbetrag hingegen gegebenenfalls entsprechend anteilig auf die Versicherungsträger umgelegt.

Diese Zuschüsse zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds können Bewohnerinnen und Bewohner in ambulant betreuten Wohngruppen von Pflegebedürftigen erhalten – zusätzlich zu dem pauschalen Zuschlag für die Wohngruppenmitglieder in Höhe von 214 Euro monatlich und gegebenenfalls der **☑ Anschubfinanzierung** für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen (je pflegebedürftige Person einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 Euro, je Wohngruppe begrenzt auf maximal 10.000 Euro).

Umwandlungsanspruch

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf **☑ ambulante Pflegesachleistungen** erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags der Pflegesachleistung nicht überschreiten.

Verhinderungspflege / Urlaubsvertretung

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die **☑ Pflegeversicherung** die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in häuslicher Umgebung gepflegt hat.

Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit der oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, oder durch Nachbarinnen und Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden. Bei Ersatzpflege durch nahe Angehörige bis zum zweiten Grad oder durch mit der oder dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen richtet sich die Leistung nach der Höhe des **☑ Pflegegeldes**. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden können, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Der Höchstbetrag darf allerdings 1.612 Euro nicht überschreiten.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine **☑ Kurzzeitpflege** angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die es keine Betreuung in einer geeigneten vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung gibt und somit der Anspruch bisher nicht genutzt werden konnte.

Vollstationäre Pflege

Die Pflegekasse übernimmt für die vollstationäre Versorgung in einem Pflegeheim für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen pauschalen Sachleistungsbetrag, dessen Höhe vom jeweiligen Pflegegrad abhängt. Er beträgt monatlich:

- in Pflegegrad 2: 770 Euro,
- in Pflegegrad 3: 1.262 Euro,
- in Pflegegrad 4: 1.775 Euro,
- in Pflegegrad 5: 2.005 Euro.

Die Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die Betreuung im Heim bestimmt.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

In der vollstationären Pflege kommt es für die Betroffenen nicht auf die Höhe der Leistungsbeträge an, sondern auf die Höhe des Eigenanteils, der aus eigener Tasche bezahlt werden muss. Der pflegebedingte Eigenanteil stieg bisher mit zunehmender **Pflegebedürftigkeit**. Dies ist seit dem 1. Januar 2017 nicht mehr der Fall, weshalb viele Pflegebedürftige entlastet werden. Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 bezahlen in einem Pflegeheim den gleichen pflegebedingten Eigenanteil. Dieser unterscheidet sich zwischen den Pflegeheimen. Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen. Auch diese unterscheiden sich von Pflegeheim zu Pflegeheim.

Einen Überblick über zugelassene Pflegeheime und die dort jeweils geltenden Pflegesätze und übrigen berechenbaren Kosten geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Zusätzliche Betreuungskraft

Pflegebedürftige in stationären **Pflegeeinrichtungen** haben einen individuellen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der **Pflegebedürftigkeit** notwendige Versorgung hinausgeht.

Hierfür erhalten die Einrichtungen einen Vergütungszuschlag, der von der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Versicherungsunternehmen zu tragen ist. Weder die anspruchsberechtigten Personen noch die Träger der Sozialhilfe sind damit zu belasten.

Die Vorschrift gilt für alle stationären Einrichtungen, also neben den vollstationären Einrichtungen auch für die teilstationären Einrichtungen. Er gilt ebenso für alle Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen, also auch für Pflegebedürftige des **Pflegegrades 1**.

Im Ergebnis zielt der Anspruch darauf ab, zusätzliches Personal für dieses Betreuungsangebot in den Einrichtungen bereitzustellen. Die regelhaft zu erbringenden Leistungen der Betreuung nach den §§ 41 bis 43 SGB XI (bisher soziale Betreuung) bleiben davon unberührt und werden nicht auf die zusätzlichen Betreuungskräfte verlagert.

Die Grundsätze der Arbeit und Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sind in den Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) nach § 53c SGB XI geregelt. Diese werden vom GKV-Spitzenverband beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt.

Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen konnte gemäß Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes zwischen 2013 und 2015 deutlich ausgeweitet werden. Zum 31. Dezember 2015 waren bereits mehr als 49.000 zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigt.



Weitere Informationen

Informations- und Serviceangebote

Magazin „Gesundheit und Pflege aktuell“

„Gesundheit und Pflege aktuell“ berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt.

Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Newsletter „GP_aktuell“

Der Newsletter „GP_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt.

Anmeldung unter: www.bmg-gp.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Pflege finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Pflegeleistungs-Helfer

Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit. Er zeigt, welche Pflegeleistungen Sie in Ihrer persönlichen Situation nutzen können.

Sie finden ihn unter: www.pflegeleistungs-helfer.de

Mehr Leistungen für Pflegebedürftige, mehr Entlastung und Sicherheit für pflegende Angehörige und mehr Zeit für Pflegekräfte – die Neuerungen der Pflegestärkungsgesetze kommen im Alltag an.

Weitere Informationen zur Pflege, Berichte aus dem Pflegealltag und Serviceangebote unter: www.wir-stärken-die-pflege.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
 Telefon: 030 / 18 272 2721
 Fax: 030 / 18 10 272 2721
 Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung,
 Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
 Website: Online-Bestellungen und aktuelles Publikationsverzeichnis unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Broschüre „Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick“

Was hat sich durch die Pflegestärkungsgesetze geändert für Pflegebedürftige, was für deren Angehörige und die Pflegekräfte? Diese Broschüre bietet Informationen rund um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

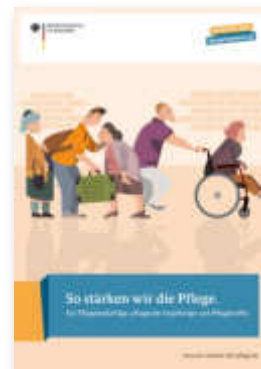
Bestell-Nr.: BMG-P-11019



Broschüre „Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen“

Die Broschüre gibt einen detaillierten Überblick über die Leistungen und Unterstützungsangebote der Pflegeversicherung.

Bestell-Nr.: BMG-P-11005



Info-Poster „So stärken wir die Pflege. Für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte“

Das Poster gibt einen verständlichen Überblick darüber, warum, für wen und wie die Pflegeversicherung ausgebaut und modernisiert wurde.

Bestell-Nr.: BMG-P-11020



Broschüre „Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz“

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Bestell-Nr.: BMG-P-11021



Broschüre „Ratgeber Krankenhaus. Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten“

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

Bestell-Nr.: BMG-G-11074




Bürgertelefon

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:

-  Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 / 340 60 66 - 01
-  Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 / 340 60 66 - 02
-  Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 / 340 60 66 - 03
-  Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
030 / 340 60 66 - 07 Telefax
030 / 340 60 66 - 08 ISDN-Bildtelefon
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon

Infotelefone der BZgA

-  BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹
02 21 / 89 20 31
-  Sucht & Drogen Hotline²
01805 / 31 30 31
-  BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung¹
0800 / 8 31 31 31

¹ Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

² Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

Gestaltung

Schleuse01 Werbeagentur GmbH, www.schleuse01.de

Fotos

Titel, Seite 14, 22, 54, 126, 139: Monika Höfler, Seite 41, 83, 136: BMG / Monika Höfler, Seite 2: BMG / Jochen Zick (action press), Seite 26, 29, 34, 43, 44, 57, 61, 66, 73, 76, 81, 89, 92, 95, 104, 109, 110, 115, 118, 120, 123, 129, 132, 140, 198: BMG / Thomas Köhler (photothek)

Druck

Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG

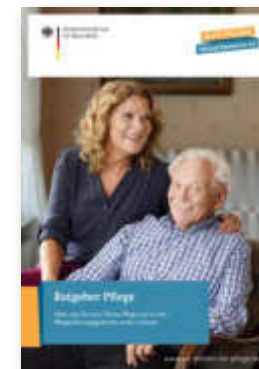
Stand

17. aktualisierte Auflage: Stand April 2017
Erstauflage: Juli 2008

Kostenlose Bestellung dieses Ratgebers unter:

E-Mail: publikationen@
bundesregierung.de
Telefon: 030 / 18 272 2721
Fax: 030 / 18 10 272 2721
Schriftlich: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Bestell-Nr.: BMG-P-07055



Notizen

Lined writing area with 21 horizontal lines for notes.

Lined writing area with 21 horizontal lines for notes.



www.wir-stärken-die-pflege.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.