



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE
Darauf kommt es an



Ratgeber zur Pflege

Alles, was Sie zur Pflege und zu
den neuen Pflegestärkungsgesetzen
wissen müssen

www.pflegestaerkungsgesetz.de

Ratgeber zur Pflege

Alles, was Sie zur Pflege und zu den neuen
Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen



Liebe Leserinnen und Leser,

jede und jeder kann plötzlich in die Situation geraten, für längere Zeit oder dauerhaft auf Pflege angewiesen zu sein.

Zurzeit sind bei uns rund 2,7 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen. In den kommenden eineinhalb Jahrzehnten wird sich die Zahl, Schätzungen zufolge, um knapp eine Million Menschen vergrößern, sodass im Jahr 2030 rund 3,5 Millionen Menschen auf pflegerische Hilfe angewiesen sein werden.

Die Bundesregierung hat das Thema Pflege zu einem wichtigen Schwerpunkt ihrer Arbeit gemacht. Mit zwei Pflegestärkungsgesetzen sorgen wir für spürbare Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zum 1. Januar 2015 merklich ausgeweitet. Zudem wurde die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird es ab 2017 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit individuellere Einstufungen und Zugänge zu den Leistungen geben. 2016 dient der Vorbereitung darauf. Das Hospiz- und Palliativgesetz fördert den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung – und sorgt somit für eine bessere Versorgung Schwerstkranker und Sterbender.

Der Ihnen vorliegende Ratgeber zur Pflege informiert umfassend über die verschiedenen Seiten der Pflege und kann damit ein wertvoller Begleiter durch den Pflegealltag sein.

Ihr

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

I. Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit	11
1.1 Was ist die Pflegeversicherung?	11
1.2 Wer ist versichert?	13
a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	13
b. Familienversicherte.....	13
c. Freiwillig Versicherte	13
d. Privat Versicherte	14
e. Versicherungspflicht auch für sonstige Personen.....	14
f. Weiterversicherung.....	15
g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung.....	16
1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?	19
a. Beitragssatz.....	19
b. Beitragszuschlag für Kinderlose.....	20
c. Beitragsbemessungsgrenze.....	24
d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung	26
1.4 Wer ist pflegebedürftig?	28
a. Pflegebedürftigkeit	28
b. Antragstellung	28
c. Voraussetzung für Leistungsansprüche	29
d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.....	30
e. Leistungsbescheid	31
f. Pflegestufen.....	32
g. Ausblick: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsinstrument ab 2017	35
1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?	43

II. Leistungen der Pflegeversicherung	47
2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?	48
a. Ambulanter Pflegedienst	49
b. Pflegegeld	52
c. Kombinationsleistung.....	53
d. Einzelpflegekräfte	54
e. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)	55
f. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	57
g. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften	58
h. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)	62
i. Pflegehilfsmittel.....	62
j. Wohnungsanpassung	63
2.2 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?	64
a. Vollstationäre Versorgung.....	64
b. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege).....	66
c. Kurzzeitpflege	67
d. Heime	68
2.3 Welche besonderen Leistungen gibt es für demenziell erkrankte Menschen?	70
a. „Pflegestufe 0“	71
b. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	71
c. Mehrleistungen für demenziell erkrankte Menschen in der ambulanten Pflege	71
d. Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen.....	74

2.4	Welche besonderen Leistungen gibt es für Schwerstkranke und Sterbende?.....	74
2.5	Wie werden ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfegruppen gefördert?.....	77
2.6	Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?	79
2.7	Wie werden Rehabilitation und Prävention gefördert?	81
III.	Pflege von Angehörigen zu Hause	87
3.1	Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?.....	87
a.	Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld).....	87
b.	Soziale Absicherung der Pflegeperson	87
c.	Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege).....	90
d.	Pflegekurse für Angehörige.....	90
3.2	Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert?	91
a.	Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz.....	91
b.	Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz.....	94
c.	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld.....	96
IV.	Beratung im Pflegefall	99
4.1	Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?	99
a.	Pflegeberaterinnen und Pflegeberater	99
b.	Beratung in der eigenen Häuslichkeit.....	102

V. Qualität und Transparenz in der Pflege	105
5.1 Wie wird die Qualität in den Heimen sichergestellt? .	105
a. Expertenstandards.....	105
b. Qualitätsprüfungen.....	106
c. Prüfinstanzen.....	107
d. Veröffentlichung von Prüfergebnissen.....	108
e. Verfahren bei Qualitätsmängeln.....	110
5.2 Pflegeeinrichtungen: mehr Personal – weniger Bürokratie	112
a. Zusätzliche Betreuungskräfte.....	112
b. Bürokratieabbau.....	112
c. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen	114
d. Bezahlung der Pflegekräfte.....	115
VI. Glossar.....	117
VII. Weitere Services.....	137



Neuerungen
in der Pflege

Die Pflegestärkungsgesetze – was ändert sich?

Die Pflege in Deutschland wird leistungsfähiger, individueller und passgenauer: 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wird die Pflege flexibler und spürbar verbessert.

Bereits seit 1. Januar 2015 gelten die Änderungen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes und damit umfangreiche Leistungsverbesserungen.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz werden zum 1.1.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisher gültigen Pflegestufen werden ebenfalls zum 1.1.2017 durch neue Pflegegrade mit neuen Leistungsbeträgen ersetzt.

Dieser Ratgeber Pflege gibt Auskunft zu den aktuell gültigen Leistungen in den Pflegestufen, die bis zum 31. Dezember 2016 gelten. Sie werden ab dem 1. Januar 2017 durch die neuen Vorschriften des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes abgelöst.

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch zum 1. Januar 2017 in das neue System übergeleitet. Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang beziehungsweise müssen nicht mehr als bislang zuzahlen. Die allermeisten Pflegebedürftigen erhalten aber deutlich mehr Leistungen beziehungsweise werden finanziell entlastet.



I. Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit

1.1 Was ist die Pflegeversicherung?

Am 1. Januar 1995 wurde die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen: Seither gibt es die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung. Alle Bürgerinnen und Bürger sind seit dem verpflichtet, sich gegen das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit mit einer Pflegeversicherung finanziell abzusichern. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden zu gleichen Teilen durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert. Im Freistaat Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil höher als im übrigen Bundesgebiet, weil hier am Buß- und Betttag festgehalten wurde, der in allen anderen Ländern als Feiertag entfallen ist. Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen vom Ausmaß der Hilfebedürftigkeit ab, die voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen muss. Braucht jemand nur Hilfe beim täglichen Waschen und Einkaufen? Kann die Person allein essen? Kann sie zu Hause wohnen oder braucht sie rund um die Uhr Betreuung in einem Pflegeheim? Je nach Umfang des Hilfebedarfs gibt es verschiedene Pflegestufen, die ab 2017 durch Pflegegrade abgelöst werden¹. Die Pflegeversicherung gibt dabei den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt 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

1 Im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes werden die bisherigen drei Pflegestufen ab 2017 durch fünf Pflegegrade ersetzt (siehe Kapitel 1.4 g).

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 „Teilleistungsversicherung“ bezeichnet. Im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Warum war die Einführung der 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 30,7 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.

Um Pflegebedürftige und ihre Familien zu entlasten, wurde die Pflegeversicherung eingeführt.

Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?

Rund 2,7 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Dabei erhält der überwiegende Teil, rund 1,9 Millionen, ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 0,8 Millionen Menschen (Stand: Mai 2015).

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 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 dazu unter f.).

b. Familienversicherte

Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegatten und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen nicht höher ist als 415 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. Freiwillig Versicherte 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

Mitglieder 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 auch für sonstige Personen

Grundsätzlich gilt in der Pflegeversicherung der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird 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.



Versicherungspflicht: Alle Bürgerinnen und Bürger müssen sich für den Pflegefall versichern.

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 auch 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 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.

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 Pfl egetage- oder Pflegemonatsgeldversicherung, von der gegen Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pfl egetag 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 Pflegetage- 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 Pflegestufen beziehungsweise künftig für alle Pflegegrade Leistungen vorsehen, für Pflegestufe III beziehungsweise künftig für Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro im Monat.
- Es findet keine Gesundheitsprüfung statt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge sind ebenfalls nicht erlaubt.



Seit dem 1. Januar 2013 wird die private Pflegezusatzversicherung staatlich gefördert.

- 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.

Seit dem 1. Januar 2013 wird die private Pflegezusatzversicherung staatlich gefördert.



Wer Kinder hat, zahlt geringere Beiträge als Kinderlose.

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 2015 bei 2,35 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen bei 2,6 Prozent. Ab 1. Januar 2017 beträgt der Beitragssatz 2,55 Prozent beziehungsweise 2,8 Prozent für Kinderlose. Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zahlt die Hälfte des Beitrages – ohne den Kinderlosenzuschlag – der Arbeitgeber. Eine Ausnahme gilt im Bundesland Sachsen (s. unten).

Wie wird die Finanzierung der Pflege gestärkt?

Um die Leistungsverbesserungen im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zu finanzieren, wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte angehoben. Die Einnahmen aus 0,2 Prozentpunkten, etwa 2,4 Milliarden Euro jährlich, fließen in die zusätzlichen Leistungen. Die verbleibenden Einnahmen aus 0,1 Prozentpunkten, jährlich rund 1,2 Milliarden Euro, werden 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?

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 2,35 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,675 Prozent auf die Arbeitnehmerin und den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern) und 0,675 Prozent auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 1,175 Prozent für Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind.

Beitragsverteilung

	Arbeitnehmer	Kinderloser Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Sachsen	1,675%	1,93%	0,675%
Übrige Bundesländer	1,18%	1,43%	1,18%

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 2015 bei 2,6 Prozent, ab 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 Versor-

gungsbezügen) 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 nach 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.

Wozu dient die Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit?

Für bestimmte zuschlagspflichtige Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Bundesagentur für Arbeit werden die Bei-

tragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Dies dient der Verwaltungseinfachung. 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.



Der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung ist abhängig vom Einkommen.

Müssen kinderlose Menschen mit Behinderung den Beitragszuschlag zahlen?

Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose Menschen mit Behinderung in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Menschen mit Behinderung sind nach geltendem Recht 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 seelischer Behinderung außerstande sind, für ihren Unterhalt selbst aufzukommen. Sie sind bei Kinderlosigkeit somit auch zuschlagsfrei.

Menschen mit Behinderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die sich im Berufsbildungsbereich befinden und Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen 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 2016 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 50.850 Euro im Jahr (4.237,50 Euro monatlich).



Rechengrößen der Sozialversicherung und Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) ab 1. Januar 2016 in Euro

	Jahr	Monat
Renten- und Arbeitslosenversicherung – West	74.460	6.200
Renten- und Arbeitslosenversicherung – Ost	64.800	5.400
Kranken- und Pflegeversicherung	50.850	4.237,50
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – West	34.860	2.905
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – Ost	30.240	2.520
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	34.020	2.835
Geringfügigkeitsgrenze ¹⁾		450
Grenze für Familienversicherung ohne geringfügige Beschäftigung		415
Grenze für Familienversicherung mit geringfügiger Beschäftigung		450
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder ²⁾		22,76
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Selbstständige ³⁾		51,2
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		99,58
SPV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland ⁴⁾		11,38
SPV-Beitrag für Studenten		14,03
Beitrag für Studenten PPV (bis 34 Jahre)		8,43
Höchstbetrag Beamte PPV		39,83
Ehegatten PPV		149,37

¹⁾ Bis zu diesem Einkommen trägt der Arbeitgeber die Beiträge zur Sozialversicherung allein.

²⁾ Bemessungsgrundlage: 90. Teil der mtl. BZG.

³⁾ Bemessungsgrundlage: 40. Teil der mtl. BZG.

⁴⁾ Bemessungsgrundlage: 180. Teil der mtl. BZG.

Beitragssätze:

Rentenversicherung 18,7 Prozent

Arbeitslosenversicherung 3,0 Prozent

Pflegeversicherung 2,35 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 (415 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 Pflegegesetzes sind damit Personen erfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

b. Antragstellung

Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung können auch Familienangehörige, Nachbarn oder gute Bekannte übernehmen, wenn diese dazu bevollmächtigt werden. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige 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 von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder von Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (siehe Kapitel 3.2) beabsichtigt wird. Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wird die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder von Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz beabsichtigt, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Zu beachten ist: 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 Pflegestufe I) 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.



Wer zwei Jahre versichert ist, hat den vollen Anspruch auf Pflegeleistungen.

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 knappschäftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln. Das geschieht in der Regel bei einem – zuvor angemeldeten – Hausbesuch einer Gutachterin beziehungsweise eines Gutachters (Pflegefachkraft oder Ärztin beziehungsweise Arzt). Die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die persönliche Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung. Es gelten bundesweit einheitliche Begutachtungsrichtlinien. Dabei gibt es für jede einzelne Tätigkeit Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung. Die Orientierungswerte sind nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Zeitkorridors. Sie sind für die Gutachterin beziehungsweise den Gutachter lediglich ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf maßgeblich.

Bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

Wie groß ist der Hilfebedarf? Danach wird die Pflegestufe (ab 2017 der Pflegegrad) festgelegt.

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 Kinderkrankenschwester oder als Kinderarzt vorzunehmen. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird das hilfebedürftige Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

e. Leistungsbescheid

Was umfasst der Leistungsbescheid?

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für den Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller hat ein Recht darauf, mit dem Bescheid der Pflegekasse das Gutachten zu erhalten, wenn sie beziehungsweise er sich für eine Zusage entschieden hat. Bei der Begutachtung ist bereits zu erfassen, ob von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll. 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 groß ist der Hilfebedarf? Danach wird die Pflegestufe festgelegt.

Wie wird die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste sichergestellt?

Seit Juli 2013 gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes 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 beziehungsweise Gutachter bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens, die individuelle und umfassende Information der Versicherten über das Begutachtungsverfahren, die Versichertenbefragung sowie das Beschwerdemanagement.

f. Pflegestufen

Welche unterschiedlichen Pflegestufen gibt es bisher (bis zum 31. Dezember 2016)?

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I, II oder III) zugeordnet. Darüber hinaus gibt es die sogenannte „Pflegestufe 0“, beispielsweise für demenziell Erkrankte, deren Bedarf an Grundpflege und

hauswirtschaftlicher Versorgung nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (Erläuterungen dazu siehe weiter unten). Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann in der Pflegestufe III auch ein Härtefall vorliegen. Die beziehungsweise der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung der Pflegekasse über die Einstufung Widerspruch einzulegen.

Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Wann gilt die Härtefallregelung?

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist; oder
- dass die Grundpflege für die beziehungsweise den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen. Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzung eines qualitativen und quantitativen weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

Welche Hilfen gibt es bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz?

Menschen jeder Altersgruppe mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein. Für den damit verbundenen besonderen Betreuungsbedarf können sie besondere Unterstützung erhalten. Die Betroffenen bekommen dafür, je nach dem Ausmaß und der Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörun-

gen, bis zu 104 Euro beziehungsweise bis zu 208 Euro monatlich (zur Höhe der Leistungen s. Kapitel 2.1 f).

Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, jedoch noch keine Pflegestufe haben (zum Beispiel demenziell Erkrankte), können diese zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen erhalten. Man spricht hier von der sogenannten „Pflegestufe 0“. Zu den Leistungen im Einzelnen siehe Kapitel 2.3.

g. Ausblick: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsinstrument ab 2017

Zum 1. Januar 2017 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument wirksam. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Über die Leistungshöhe wird künftig entscheiden, was jemand noch selbst kann und wo sie oder er Unterstützung braucht – unabhängig davon, ob jemand an einer Demenz oder körperlichen Einschränkung leidet. Mit dem neuen Instrument können die Beeinträchtigungen und die vorhandenen Fähigkeiten von Pflegebedürftigen genauer erfasst und die individuelle Pflegesituation kann in neuen fünf Pflegegraden zielgenauer abgebildet werden.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz hat die notwendigen gesetzlichen Regelungen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geschaffen. Das Jahr 2016 dient nun den Vorarbeiten zur Einführung des neuen Begutachtungsinstruments in die Praxis der Begutachtung ab dem 1. Januar 2017 (zum Beispiel durch neue Richtlinien und durch Gutachterschulung) und der Vorbereitung der weiteren notwendigen Umstellungen, insbesondere bei den Leistungen der Pflegeversicherung (Wechsel von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade zum 1. Januar 2017) und bei den Anpassungen bestehender Vereinbarungen zu den Vergütungen im stationären Bereich an die neue Systematik.

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Häusliche Pflege von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen	Pflegegeld von € monatlich ¹⁾
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ¹⁾
Häusliche Pflege von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Pflegegeld von € monatlich ¹⁾
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ¹⁾
Verhinderungspflege³⁾ durch nahe Angehörige⁴⁾	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich
von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen	
von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	
durch sonstige Personen⁵⁾	
Kurzzeitpflege⁶⁾	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁷⁾
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich
für rein körperlich hilfebedürftige Menschen	
für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	

„Pflegestufe 0“ Versicherte ohne Pflegestufe mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerst- pflegebedürftige [in Härtefällen]
-	244	458	728
-	468	1.144	1.612 [1.995]
123 (0 + 123) ²⁾	316 (244 + 72) ²⁾	545 (458 + 87) ²⁾	728
231 (0 + 231) ²⁾	689 (468 + 221) ²⁾	1.298 (1.144 + 154) ²⁾	1.612 [1.995]
-	366 (1,5faches von 244)	687 (1,5faches von 458)	1.092 (1,5faches von 728)
184,50 (1,5faches von 123)	474 (1,5faches von 316)	817,50 (1,5faches von 545)	1.092 (1,5faches von 728)
1.612	1.612	1.612	1.612
1.612	1.612	1.612	1.612
-	468	1.144	1.612
231	689 (468 + 221)	1.298 (1.144 + 154)	1.612

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bei ambulanter Pflege	Leistungsbetrag von bis zu € jährlich
für rein körperlich hilfebedürftige Menschen ⁸⁾	
für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ^{8) 9)}	
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen¹⁰⁾	Je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	€ monatlich (Beitrittsgebiet)
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung
	Pflegeversicherung
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	bis zu 10 Tage

„Pflegestufe 0“ Versicherte ohne Pflegestufe mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerst- pflegebedürftige [in Härtefällen]
1.248	1.248	1.248	1.248
1.248/2.496	1.248/2.496	1.248/2.496	1.248/2.496
205	205	205	205
-	1.064	1.330	1.612 [1.995]
-	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich		

40

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.

4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)

-	144,86 (125,66)	289,72 (251,33)	434,59 (376,99)
-	8,72 (7,56)		
	152,03		
	22,76		
	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		

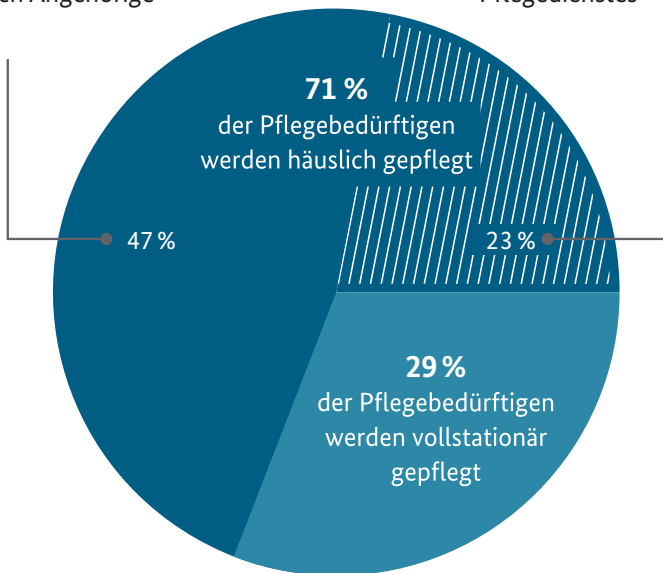
- 1) Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.
- 2) Der Betrag setzt sich zusammen aus dem Grundbetrag des Anspruchs auf Pflegegeld beziehungsweise Pflegesachleistungen sowie einem Erhöhungsbetrag bei Vorliegen einer dauerhaft erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI.
- 3) Während der Verhinderungspflege wird für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 4) Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (s. Fußnote 5) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- 5) 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.
- 6) Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 7) 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.
- 8) Versicherte, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Kosten für in diesem Monat von **niedrigschwelligen** Betreuungs- oder Entlastungsangeboten bezogene Leistungen verwenden.
- 9) Abhängig vom Ausmaß der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen werden entweder bis zu 1.248 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 2.496 Euro (erhöhter Betrag) je Kalenderjahr gewährt.
- 10) Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht. Zeiten für die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger können zur Erreichung der Mindeststundenzahl von 14 Stunden pro Woche zusammengerechnet werden.
- 11) 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.

Häusliche und stationäre Pflege

Pflegebedürftige insgesamt

Häusliche Pflege
ausschließlich
durch Angehörige

Häusliche Pflege mit
Unterstützung eines
Pflegedienstes



Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	x	x
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen, auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mit berücksichtigt (Fallmanagement); frühzeitige Pflegeberatung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung, auf Wunsch auch bei der bzw. dem Pflegebedürftigen zu Hause; pflegende Angehörige können mit Zustimmung 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
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet	x	x
· Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen		
· niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie weitere regionale Angebote für Pflegebedürftige	x	
· Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
· Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers		
Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck		
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	x	x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x

1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?

Eine Checkliste

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Selbstverständlich kann das auch eine Familienangehörige beziehungsweise ein Familienangehöriger, eine Nachbarin oder ein Nachbar oder eine gute Bekannte beziehungsweise ein guter Bekannter für Sie übernehmen, wenn Sie sie beziehungsweise ihn dazu bevollmächtigen.
2. Die Pflegekasse hat Ihnen unverzüglich nach Eingang des Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln. Auch können Sie sich über anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote beraten lassen.

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 durchzuführen ist. Die Pflegekasse benennt Ihnen außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist. 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 Zweiwochen-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. Führen Sie ein Pflegetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen Sie Hilfe benötigen (zum Beispiel beim Waschen, Anziehen, Essen)

und wie viel Zeit diese Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung seitens des MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter.

6. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter anwesend zu sein.
7. 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.
8. 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.
9. 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 0 30 / 3 40 60 66-02. Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter Fax 0 30 / 3 40 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 08 00 1 01 88 00.



II. Leistungen der Pflegeversicherung

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 und reichen von ambulanten Pflegediensten, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Pflege-Wohngemeinschaften und Einzelpflegekräfte sowie Angebote der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Die meisten Leistungen der Pflegeversicherung wurden in den vergangenen Jahren 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. Das sind im Ergebnis 2,4 Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege, davon rund 1,4 Milliarden in der ambulanten Pflege und etwa eine Milliarde in der stationären Pflege. Für Leistungen, die erst mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz neu eingeführt wurden, betrug die Erhöhung 2,67 Prozent. Durch diese Dynamisierung soll gewährleistet werden, dass die Pflegeleistungen an die Preisentwicklung angepasst werden. Insgesamt sorgen die Pflegestärkungsgesetze I und II 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 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 niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu nutzen, um im Alltag Unterstützung zu erhalten (siehe hierzu Kapitel 2.3 c).

Welche Neuerungen gab es im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes?

Mit Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2015 wurden pflegende Angehörige und die ambulante Pflege massiv gestärkt. Dazu wurden die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege ausgebaut und untereinander besser kombinierbar gemacht. Tages- und Nachtpflege können seither ungekürzt neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Erstmals haben auch Menschen in der sogenannten „Pflegestufe 0“, zum Beispiel demenziell Erkrankte, Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, auf Kurzzeitpflege sowie auf Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen. Die zusätzlichen niedrigschwelligeren Betreuungsangebote wurden um Entlastungsangebote wie Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter oder Haushaltshilfen ergänzt. Neben Demenzkranken können nun auch ausschließlich oder vorwiegend körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige diese Betreuungsangebote nutzen. Außerdem werden Umbaumaßnahmen zu Hause, zum Beispiel für Rollstuhlrampen oder begehbare Duschen, sowie alltägliche Pflegehilfsmittel wie Einmalhandschuhe oder Bettunterlagen deutlich stärker bezuschusst.

a. Ambulanter Pflegedienst

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 der häuslichen Pflege, auch ambulante Pflegesachleistungen genannt, erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Dies sind vor allem

- grundpflegerische Tätigkeiten wie etwa Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung;
- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V 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
- hauswirtschaftliche Versorgung, zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung.

Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Ambulante Pflegedienste bieten neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch häusliche Betreuung (siehe dazu auch Kapitel 2.3 c) als **Sachleistung** an.

Darüber hinaus können ambulante Pflegedienste sogenannte **zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen** anbieten (siehe Kapitel 2.1. f.). Hierzu zählen besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegedienste. Erstattet werden hierfür auf Antrag bis zu 104 Euro oder 208 Euro pro Monat – also bis zu 1.248 Euro oder 2.496 Euro jährlich – zusätzlich zu dem jeweiligen Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen.

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

Wie hoch sind die ambulanten Sachleistungen?

Die ambulanten Sachleistungen der Pflegeversicherung für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung) betragen monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro). Bei der Pflege von Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf werden diese Leistungen aufgestockt. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ können ambulante Pflegesachleistungen erhalten (siehe dazu Kapitel 2.3.). Ab dem 1.1.2017 werden die Leistungsbeträge an die neuen Pflegegrade angepasst.

Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag seit dem 1. Januar 2015 auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlassungsangebote zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewidmet werden.

Anspruch auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen können auch von sogenannten **niedrigschwiligen Angeboten** erbracht werden. Bislang hatten nur Menschen mit einer auf Dauer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, also insbesondere an Demenz Erkrankte, einen Anspruch auf Leistungen solcher Angebote. Seit 1. Januar 2015 stehen sie auch für Pflegebedürftige offen, die ausschließlich oder vorwiegend körperlich eingeschränkt sind, beispielsweise nach einem Schlaganfall. Das heißt, sie können sich vor Ort ein niedrigschwelliges Angebot suchen, das nach Landesrecht anerkannt ist, und bekommen die nachgewiesenen Kosten dann bis zur Höhe von 104 Euro oder 208 Euro im Monat – also bis zu 1.248 Euro oder 2.496 Euro pro Jahr – erstattet. Zudem besteht nunmehr die Möglichkeit, einen Teil des ambulanten Pflegesachleistungsbetrags – wenn dieser nicht bereits für den Bezug von ambulanten Sachleistungen verbraucht wird – für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu verwenden; bis zu 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrags können so zugunsten einer Kostenerstattung für solche niedrigschwiligen Angebote umgewidmet werden.

Für die ab 2017 geltenden Pflegegrade umfassen die monatlichen Sachleistungen der Pflegeversicherung im Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, im Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, im Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro sowie im Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro.

Neu eingeführt ab 2017 wird der Pflegegrad 1 für Menschen, die noch keinen erheblichen Unterstützungsbedarf haben. Somit wird der Kreis der Menschen, die erstmals Leistungen der Pflegeversicherung bekommen, deutlich erweitert. In den kommenden Jahren wird mit zusätzlich 500.000 Anspruchsberechtigten gerechnet.

Im neuen Pflegegrad 1 besteht zum Beispiel Anspruch auf Pflegeberatung, auf Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes (zum

Beispiel altersgerechte Dusche) oder auf Leistungen der allgemeinen Betreuung. Im neuen Pflegegrad 1 gilt außerdem ein Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich.

b. Pflegegeld

Was ist Pflegegeld?

Pflegebedürftige sollten selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben deshalb die Möglichkeit, entweder ambulante Pflegesachleistungen, das heißt Hilfe von Pflegediensten (siehe unter a), oder 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. Das Pflegegeld wird der beziehungsweise dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Diese beziehungsweise dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Das Pflegegeld bei Pflegestufe I beträgt 244 Euro monatlich, bei Pflegestufe II 458 Euro monatlich und bei Pflegestufe III 728 Euro im Monat. Für die ab 2017 geltenden Pflegegrade beläuft sich das Pflegegeld monatlich im Pflegegrad 2 auf 316 Euro, im Pflegegrad 3 auf 545 Euro, im Pflegegrad 4 auf 728 Euro sowie im Pflegegrad 5 auf 901 Euro. Für den Pflegegrad 1 wird keine Geldleistung erbracht, jedoch eine zweckgebundene Kostenerstattung von bis zu 125 Euro.

Bei der Pflege von Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf werden diese Leistungen aufgestockt. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ können Pflegegeld erhalten (siehe dazu Kapitel 2.3). Ab dem 1.1.2017 werden die Leistungsbeiträge an die neuen Pflegegrade angepasst.

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. 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.

Pflegegeld steht den Pflegebedürftigen zu, die es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben können.

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 Sachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Rechenbeispiel: Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 234 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 468 Euro. Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 244 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 122 Euro.



Pflegegeld steht den Pflegebedürftigen zu, die es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben können.

d. Einzelpflegekräfte

Was sind Einzelpflegekräfte?

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

Wer kann Einzelpflegekräfte engagieren?

Sie haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräf-

ten 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 Rechnung getragen werden kann. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

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 die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege. 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. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. 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 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 beziehungsweise dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder durch Nachbarinnen und Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden.

Wird die Ersatzpflege durch eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum

Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausfall) 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?

Seit dem 1. Januar 2015 können ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege 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 nun 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.

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.

Beispiel: Anteiliges Pflegegeld bei Verhinderungspflege

Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld in der Pflegestufe I in Höhe von 244 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld bezahlt (2/30 von 244 Euro). An den weiteren 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 52,87 Euro gezahlt (50 v. H. von 244 Euro = 122 Euro x 13/30 = 52,87 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

f. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld in der Pflegestufe I in Höhe von 244 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld bezahlt (2/30 von 244 Euro). An den weiteren 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 52,87 Euro gezahlt (50 v. H. von 244 Euro = 122 Euro x 13/30 = 52,87 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe II bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 800,80 Euro, das sind 70 Prozent von 1.144 Euro. Weitere ambulante Sachleistungen benötigt er nicht. Er möchte jedoch ein nach Landesrecht anerkanntes niedrigschwelliges Angebot vor Ort nutzen, das eine kontinuierliche Pflegebegleitung für pflegende Angehörige anbietet. Hierfür kann er seinen Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 104 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 343,20 Euro pro Monat erhalten. Da er hierdurch den Pflegesachleistungsbetrag insgesamt voll ausnutzt, bekommt er daneben kein anteiliges Pflegegeld mehr.

Beispiel 2

Ein Versicherter, der keine Pflegestufe hat, aber auf Dauer erheblich in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist (sogenannte „Pflegestufe 0“), benötigt keine ambulanten Sachleistungen; er nimmt jedoch gerne das niedrigschwellige Betreuungsangebot einer Gruppe von Helferinnen und Helfern in Anspruch, das eine Anerkennung nach Landesrecht erhalten hat. Zusätzlich zu seinem erhöhten Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 Euro monatlich nutzt er auch 40 Prozent des Betrags seines ambulanten Sachleistungsanspruchs von 231 Euro zugunsten der Betreuung durch diese Helferinnen und Helfer. Dadurch kann er hierfür eine zusätzliche Kostenerstattung in Höhe von 92,40 Euro pro Monat erhalten.

Daneben erhält er in entsprechender Anwendung der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI (siehe hierzu Kapitel 2.1 c) noch ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 73,80 Euro monatlich. (Da er den ambulanten Sachleistungsbetrag in Höhe von 92,40 Euro, also 40 Prozent, monatlich nutzt, verbleiben daneben noch 60 Prozent des Pflegegeldes von 123 Euro, also 73,80 Euro.)

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 verpflichten, hilfebedürft-

tige 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.

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 Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch die Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Pflege-WGs betreuen. Hinsichtlich der Größe Ihrer WG sollten Sie bedenken, dass, auf den Quadratmeter bezogen, große Wohnungen ab drei Zimmern preiswerter sind als Wohnungen mit zwei Zimmern. Mit mehreren Menschen zusammenzuleben, bietet also auch finanzielle Vorteile. Achten Sie bei der Gestaltung des Mietvertrags auf klare Regelungen bezüglich Auszug und Miete, zum Beispiel für den Fall, dass ein WG-Mitglied seinen Mietbeitrag nicht zahlen kann.

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, ambulante Pflegesachleistungen und / oder zusätzliche Betreuungs- oder Entlastungsleistungen beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 205 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Seit dem 1. Januar 2015 erhalten auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz den Wohngruppenzuschlag.

Voraussetzung hierfür 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 oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz bei ihnen festgestellt wurde (sogenannte „Pflegestufe 0“),
- 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 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 monatlichen Zuschlag von 205 Euro 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 dazu Kapitel 2.1 j).

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.



Neue Wohnformen – wie Senioren-WGs – werden durch die Pflegereform gefördert.

Diese Förderung steht seit 1. Januar 2015 auch Versicherten in der sogenannten „Pflegestufe 0“, beispielsweise demenziell Erkrankten, zur Verfügung. 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“?

Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Auch häusliche Betreuung kann gemeinsam in Anspruch genommen werden. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-WGs verbessern und ihre 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 hierdurch insbesondere entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für die Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden.

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 Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblicheingeschränkter Alltagskompetenz können Pflegehilfsmittel erhalten.

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Kosten für Pflegehilfsmittel 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 beziehungsweise der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt. Die 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.

j. Wohnungsanpassung

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

Die Pflegekasse zahlt – unabhängig von der Pflegestufe – 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 beziehungsweise des Pflegebedürftigen wiederherstellen. Ziel solcher Maßnahmen ist es insbesondere, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können einen Zuschuss in gleicher Höhe erhalten.

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.

Beispiel

Wohnen Sie mit acht anspruchsberechtigten Bewohnerinnen und Bewohnern zusammen, würde jede Bewohnerin beziehungsweise jeder Bewohner ein Achtel des Gesamtbetrages von 16.000 Euro bekommen. Das wären 2.000 Euro pro Bewohnerin und Bewohner.

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 Treppenlifte, 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

Wann wird vollstationäre Pflege erforderlich?

Vollstationäre Pflege wird dann erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom Medizinischen

Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern prüfen lassen. Bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III ist die Überprüfung nicht erforderlich, da hier die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vorausgesetzt wird. Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim (Pflegesatz). Er beträgt monatlich in der Pflegestufe I 1.064 Euro, in der Pflegestufe II 1.330 Euro und in der Pflegestufe III 1.612 Euro (in Härtefällen 1.995 Euro). Einen Überblick über zugelassene Pflegeheime geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Ab dem 1.1.2017 werden die Leistungsbeträge an die neuen Pflegegrade angepasst.

Welche Kosten sind bei stationärer Pflege nicht abgedeckt?

Die betreute Person muss die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, die Investitionskosten und die eventuell anfallenden Kosten für besondere Komfortleistungen selbst tragen. Außerdem darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Zum Heimentgelt gehören der Pflegesatz, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten. Bei der vollstationären Pflege muss geklärt werden, wie die Zuständigkeit von Pflegeeinrichtung oder Krankenkasse für die Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel zu regeln ist.

Ab dem 1. Januar 2017 werden sich hier Änderungen ergeben. Im Zuge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes gilt dann in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5. Der Eigenanteil steigt künftig nicht mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Bisher war es bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen so, dass mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe die Pflegeversicherung zwar mehr zahlte, der von den Betroffenen zu tragende

pflegebedingte Eigenanteil aber ebenfalls stieg. Das führte dazu, dass sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil oft gegen eine Neubegutachtung wehrten, obwohl sie mehr Pflege brauchten. Dem schafft die Neuregelung Abhilfe.

b. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Verpflegung 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. Die Höhe der Leistung beträgt monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 231 Euro monatlich in Anspruch nehmen. Zudem werden die Leistungsbeträge für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgestockt. Die Leistungsbeträge liegen für sie in Pflegestufe I bei bis zu 689 Euro und in Pflegestufe II bei bis zu 1.298 Euro im Monat (siehe auch Kapitel 2.3).

Neben der Tages- und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld ohne Kürzung in

vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Ab dem 1.1.2017 werden die Leistungsbeträge an die neuen Pflegegrade angepasst.

c. Kurzzeitpflege

Welche Leistungen beinhaltet 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 stationären Einrichtungen. Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegestufen, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

Seit dem 1. Januar 2015 kann der Leistungsbetrag 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.

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 beziehungsweise der pflegende Angehörige 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?

Pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sollen in Einrichtungen versorgt werden können, die auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Dies ist regelmäßig in Einrichtungen der Altenpflege nicht der Fall. Deshalb konnten schon bisher pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen, 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. Die Altersgrenze von 25 Jahren wurde ab 1. Januar 2015 aufgehoben, sodass der Anspruch im Einzelfall nun auch für Menschen mit Behinderungen über 25 Jahren besteht.

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.

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).

Wie wird die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von 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. Auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen haben eine 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 sollen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit Haus-, Fach- und zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung abschließen. 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 mit Haus-, Fach- und Zahnärzten sowie auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner hinweisen.

Diese Informationen beinhalten zum Beispiel die Häufigkeit der haus-, fach- und zahnärztlichen Visiten sowie die ärztliche Rufbereitschaft und Versorgung insbesondere nach 22 Uhr und an Wochenenden.

Die freie Arzt- und Apothekenwahl der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt dabei unberührt. Ab dem 1. Juli 2016 sollen Pflegeheime auch 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 beziehungsweise 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. Heimärzte verteuern die Pflege im Heim nicht. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.

2.3 Welche besonderen Leistungen gibt es für demenziell erkrankte Menschen?

In Deutschland leben heute rund 1,5 Millionen demenziell erkrankte Menschen. Bis zum Jahr 2030 kann sich diese Zahl auf circa 2,1 Millionen erhöhen. Trotz weltweiter Forschungsbemühungen mit erheblichem finanziellen und personellen Aufwand sind die genauen Entstehungsbedingungen von Demenzerkrankungen noch weitgehend ungeklärt. Es gibt bisher kaum Kenntnisse über Heilungsmöglichkeiten oder darüber, wie die Krankheit verhindert werden kann. Durch gezielte Maßnahmen kann das Fortschreiten der Krankheit jedoch in einem begrenzten Umfang aufgehalten und die Situation der Betroffenen verbessert werden.

a. „Pflegestufe 0“

Was bedeutet die sogenannte „Pflegestufe 0“?

In die sogenannte „Pflegestufe 0“ werden Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeordnet, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen.

b. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

In welchem Umfang können zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen genutzt werden?

Demenziell Erkrankte erhalten zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Höhe von bis zu 104 oder 208 Euro monatlich. Dieser Betrag ist zweckgebunden und dient der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme bestimmter zusätzlicher Betreuungs- oder Entlastungsleistungen im Sinne des § 45b SGB XI. Nähere Erläuterungen hierzu finden Sie in Kapitel 2.1 f. Anspruch hierauf haben auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“.

Zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote können seit dem 1. Januar 2015 außerdem auch bis zu 40 Prozent des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung eingesetzt werden, soweit dieser nicht bereits für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird. Davon profitieren insbesondere demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen. Sie können so flexibler und in größerem Umfang niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen.

c. Mehrleistungen für demenziell erkrankte Menschen in der ambulanten Pflege

Welche Leistungen gibt es?

In der sogenannten „Pflegestufe 0“ können demenziell Erkrankte sowohl Pflegegeld als auch ambulante Pflegesachleistungen beziehen. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz



Demenziell erkrankte Menschen benötigen Orientierungshilfen im Alltag.

haben in der sogenannten „Pflegestufe 0“ Anspruch auf monatlich 231 Euro für Pflegeleistungen oder 123 Euro Pflegegeld. Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung, siehe hierzu Kapitel 2.1 c). In den Pflegestufen I und II werden die ambulanten Pflegeleistungen aufgestockt: Demenziell Erkrankte in der Pflegestufe I erhalten 689 Euro für Pflegesachleistungen beziehungsweise 316 Euro Pflegegeld. In der Pflegestufe II sind es 1.298 Euro für Pflegesachleistungen beziehungsweise 545 Euro Pflegegeld.

Was bedeutet die Leistung „häusliche Betreuung“?

Im Rahmen der Pflegesachleistungen können neben der Grundpflege (zum Beispiel Waschen und Anziehen) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel Aufräumen und Staubsaugen) auch Leistungen mit der Bezeichnung „häusliche Betreuung“ in Anspruch genommen werden. Darunter können verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung fallen, zum Beispiel Spazierengehen oder Vorlesen. Das ist insbesondere für die demenziell erkrankten Menschen und ihre Angehörigen eine große Erleichterung. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Haben demenziell erkrankte Menschen auch Anspruch auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege?

Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 231 Euro pro Monat in Anspruch nehmen (siehe Kapitel 2.2 b). Zudem werden für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Zuschläge auf die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen in gleicher Höhe auch auf die Ansprüche auf die Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege ausgedehnt. Damit haben Pflegebedürftige mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegestufe I Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 689 Euro und in der Pflegestufe II von bis zu 1.298 Euro monatlich.

Welche weiteren Leistungen erhalten demenziell erkrankte Menschen in der „Pflegestufe 0“?

Neben dem zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsbetrag, den ambulanten Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld können die Verhinderungspflege (siehe dazu Kapitel 2.1 e) sowie Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds (siehe dazu Kapitel 2.1 i und j) in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Außerdem erhalten demenziell Erkrankte auch in der sogenannten „Pflegestufe 0“ die Pflegeberatung (siehe Kapitel 4.1), Pflegekurse (siehe Kapitel 3.1 d) sowie Beratungseinsätze (siehe Kapitel 4.1 c).

Seit dem 1. Januar 2015 können sie außerdem die Leistungen der Kurzzeitpflege (siehe Kapitel 2.2 c), Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege (siehe Kapitel 2.2 b) und den Zuschlag für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen erhalten. Zusätzlich wird ihnen ermöglicht, die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen zu bekommen (siehe Kapitel 2.1 g). Damit haben sie Zugang zu allen Leistungen, die die häusliche Pflege ergänzen oder unterstützen und die auch Personen der Pflegestufen I bis III zustehen.

d. Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen **Wie wird eine gute stationäre Betreuung von demenziell erkrankten Menschen gewährleistet?**

Gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung insbesondere für demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und Heimbewohner beziehungsweise Pflegegäste haben das Leistungsangebot in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den letzten Jahren bereichert. Mit Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2015 wurde die regelhafte Betreuungsrelation so verbessert, dass eine zusätzliche Betreuungskraft für 20 Pflegebedürftige zur Verfügung stehen kann. Diese ergänzenden Betreuungsangebote werden zudem auf alle Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen – unabhängig vom Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes – ausgedehnt, sodass die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte von derzeit rund 25.000 auf etwa 45.000 erhöht werden kann. Pflegebedürftigen stehen damit mehr Menschen zur Seite, die mit ihnen spazieren gehen, Gespräche führen oder ihnen vorlesen. Diese Kosten werden vollständig durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet.

2.4 Welche besonderen Leistungen gibt es für Schwerstkranke und Sterbende?

Schwerstkranke Menschen und Sterbende 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 haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die sowohl palliativmedizinische als auch palliativpflegerische 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, wenn entsprechende Plätze zur Verfügung stehen.

Welche Neuerungen gelten für die Versorgung schwerstkranker Menschen?

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 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) fördert den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz und im Krankenhaus.

Eine wesentliche Neuerung ist der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten künftig 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.

Was verbessert sich in der hospizlichen Versorgung?

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-hospize wird gestärkt. Zum einen steigt der Mindestzuschuss der Krankenkassen – derzeit noch unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten einen höheren Tagessatz je betreuter beziehungsweise betreutem Versicherten. Zum anderen tragen die Kassen künftig 95 statt wie bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten nun auch Sachkosten (zum Beispiel Fahrtkosten ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) berücksichtigt. Zudem wird ein angemessenes Verhältnis von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichergestellt.

Was verbessert sich in der ambulanten Versorgung?

Hier wird es zusätzlich vergütete Leistungen geben, die Ärzteschaft und Krankenkassen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, für Zusatzqualifikationen von Ärztinnen und Ärzten oder 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 verbessert sich in der stationären Versorgung?

Die Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung. Pflegeheime sollen mit Haus- und Fachärzten Kooperationsverträge zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner schließen. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Außerdem werden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten künftig transparent machen. Darüber hinaus wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime

ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können.



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

2.5 Wie werden ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfegruppen gefördert?

Das Ehrenamt ist in die Förderung von niedrighschwelligem Angeboten einbezogen. Niedrighschwellige Angebote sind zum Beispiel Betreuungsgruppen, eine Tagesbetreuung oder Helferkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen, Alltags- oder Pflegebegleitern.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten nicht nur von den Pflegekassen Unterstützung. Wertvolle Hilfe und Anregungen ge-

ben 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.

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 bei der Vergütung der Einrichtungen durch die Pflegekassen berücksichtigt. Darüber hinaus können Personen, die sich für eine ehrenamtliche



Auch in Wohngemeinschaften besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege.



Pflegebedürftige, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, sind auf besondere Betreuung angewiesen.

Pflegetätigkeit interessieren, auch kostenlos an den Pflegekursen der Pflegekassen teilnehmen. Wer sich ehrenamtlich in der Pflege engagiert, erhält 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 Behindertenwerkstätten 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.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde kürzlich der Anspruch auf häusliche Krankenpflege erweitert. Seit dem 1. Januar 2016 erhalten Versicherte auch die wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt.

Wird den Betroffenen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geholfen?

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus benötigen Menschen, die pflegebedürftig sind, zur Stützung der häuslichen Versorgungssituation Hilfe und Unterstützung. Patientinnen und Patienten, die nicht dauerhaft pflegebedürftig sind, erhalten nach einer Krankenhausbehandlung seit dem 1. Januar 2016 Übergangspflege (häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Kurzzeitpflege) als Leistung von ihrer Krankenkasse,

Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhauserkrankung?

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

Das Bundesministerium für Gesundheit informiert hierzu in der Studie „Gesund älter werden“, dem „Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie im Internet unter www.bmg.bund.de/praevention. 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 ist es, den Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und die Lebensqualität zu steigern. Um dies zu gewährleisten, besteht für die Pflegekasse gegenüber den Versicherten eine Informationspflicht hinsichtlich empfohlener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Pflegekasse leitet der Antragstellerin beziehungsweise dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, zu. Gleichzeitig informiert sie 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.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz), das am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, werden die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ausgeweitet. Ziel ist es, die Selbstständigkeit der Versicherten möglichst lange zu erhalten. Bei Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, richten sich die Leistungen der Pflegekassen bereits darauf, dass die Pflegebedürftigen möglichst lange ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu Hause führen können. Sie haben insoweit präventiven Charakter. Mit dem Präventionsgesetz sollen Pflegekassen jetzt auch Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Hierzu sollen die Pflegekassen im Jahr 2016 einen Betrag von ca. 21 Millionen € ausgeben. Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist daher nun immer auch zu ermitteln, ob Beratungsbedarf hinsichtlich krankheitsvorbeugender Präventionsleistungen angezeigt ist. Die gesonderten Präventionsempfehlungen werden gleichzeitig mit den gesonderten Rehabilitationsempfehlungen an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller weitergeleitet. Für pflegende Angehörige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, bereitet das Präventionsgesetz 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.

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 eine niedrigere Pflegestufe gestuft werden können, erhält das Pflegeheim von der Pflegekasse einer Bewohnerin beziehungsweise eines Bewohners einen Bonus von 1.579 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. Die Pflegenden können die Vorsorge oder Rehabilitation dabei allein in Anspruch nehmen, zum Beispiel auch, um einmal Abstand zu gewinnen und wieder eine neue Perspektive einzunehmen. Pflegende Angehörige sollen bei einer eigenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme aber ebenfalls die Möglichkeit haben, die beziehungsweise den Pflegebedürftigen mitzunehmen. Denn oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn die beziehungsweise der Pflegebedürftige in der Nähe sein kann. Für die Versorgung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen in dieser Zeit kann dabei der Anspruch auf Kurzzeitpflege eingesetzt werden. 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 zusätzliche Entlastungsleistungen, Verhinderungspflege, Vorsorge- und Rehaangebote) hinzuweisen.



Prävention trägt dazu bei, dass Menschen länger aktiv bleiben können.



III. 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, um die häusliche Pflege durch Angehörige zu fördern.

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 dazu Kapitel 2.1 b).

b. Soziale Absicherung der Pflegeperson

Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen?

Wer eine Angehörige oder einen Angehörigen in ihrer beziehungsweise seiner häuslichen Umgebung für mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt, gilt im Sinne der Pflegeversicherung als Pflegeperson. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Ist die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der Pflegetätigkeit. In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen so

gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt in einer Höhe zwischen 26 und 80 Prozent der Bezugsgröße (ein in der Sozialversicherung häufig benötigter Wert, der sich aus dem Durchschnittsentgelt der Rentenversicherung ableitet) beziehen, je nach Pflegestufe der beziehungsweise des Pflegebedürftigen und zeitlichem Umfang der Pfllegetätigkeit.

Die Pflegekassen zahlen für eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt, je nach Umfang der Pfllegetätigkeit Rentenversicherungsbeiträge zwischen 144,86 und 434,59 Euro monatlich (Werte 2016 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 125,66 und 376,99 Euro monatlich (Werte 2016 – neue Bundesländer). Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 774,67 und 2.324,00 Euro monatlich (Werte 2016 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 672,00 und 2.016,00 Euro monatlich (Werte 2016 – neue Bundesländer) erhalten. Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pfllegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 7,49 und 22,46 Euro (Wert: 1. Januar 2016 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 6,90 und 20,71 Euro (Wert: 1. Januar 2016 – neue Bundesländer).

Ab dem 1. Januar 2017 werden sich hier umfangreiche Änderungen ergeben, die die Ansprüche von pflegenden Angehörigen deutlich ausweiten.

Wie ist die Pflegeperson versichert?

Wer einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist während der Pfllegetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Er oder sie kann zudem freiwillig als Mitglied in der Arbeitslosenversicherung versichert bleiben. Dazu muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Pfllegetätigkeit oder nach Beendigung einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes ein Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass

- in den 24 Monaten vor Aufnahme der Pfl egetätigkeit bereits zwölf Monate lang Beiträge zur Arbeitsförderung gezahlt oder Arbeitslosengeld bezogen wurde,
- unmittelbar vor Aufnahme der Pfl egetätigkeit in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden oder Arbeitslosengeld bezogen wurde und
- die Pflegeperson nicht anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitsförderung oder versicherungsfrei ist (eine geringfügige Beschäftigung ist neben der Pflege möglich).

Der Beitrag zur freiwilligen Weiterversicherung ist allein von der Pflegeperson zu tragen. Zur Inanspruchnahme von Pflegezeit siehe unter Punkt 3.2 a.

Ab dem 1. Januar 2017 werden sich hier Änderungen ergeben, die die Absicherung pflegender Angehöriger in der Arbeitslosenversicherung deutlich verbessern.



Wer einen Angehörigen wöchentlich für mindestens 14 Stunden pflegt, gilt als Pflegeperson.

c. Urlaubsvertretung (Verhinderungspflege)

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

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson wegen Urlaubs oder Krankheit die beziehungsweise den Angehörigen nicht pflegen kann. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die beziehungsweise der Pflegenden seit mindestens sechs Monaten die Pflege übernommen hat. Der Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Dies wird Verhinderungspflege genannt (siehe dazu Kapitel 2.1 e). Weitere Alternativen zur Erholung beziehungsweise Entlastung der Pflegenden sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (siehe dazu Kapitel 2.2 b und 2.2 c). Bei der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen und bei der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Werden während des Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse gezahlt?

Für die Dauer eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson werden die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen.

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 pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung der bezie-



Wer Angehörige zu Hause pflegt, kann professionelle Beratung in Anspruch nehmen.

ungsweise des Pflegebedürftigen statt. Außerdem werden bei Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbeziehern sowie bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Beratungseinsätze durchgeführt (siehe dazu Kapitel 4.1 c).

3.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert?

a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz

Was ist Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit wird der Person gewährt, die einen nahen Angehörigen, bei dem mindestens Pflegestufe I (ab 2017 mindestens Pflegegrad 1) vorliegt, in häuslicher Umgebung pflegt; dies gilt auch für zu pflegende minderjährige Angehörige. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte Freistellung von der Arbeit 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, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie

die Schwiegereltern und Schwiegerkinder, seit 1. Januar 2015 auch Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwäger sowie Partnerinnen und Partner einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft.

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. Der Arbeitgeber hat den Wünschen der Arbeitnehmerin beziehungsweise des Arbeitnehmers zu entsprechen, wenn keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Tage, bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden. Die schriftliche Ankündigung beinhaltet auch die Angabe über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit. 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 teilweisen Freistellung 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 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 (Familienpflegezeit siehe b) 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 Unternehmensgröße 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 während 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 den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. 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 beziehungsweise des Pflegebedürftigen

den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie die Angehörige oder den Angehörigen mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist.

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 seit 1. Januar 2015 einen Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen; dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit (siehe b). 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 die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf entsprechenden Antrag kann auch ein niedrigeres Darlehen – bis zu einer Mindesthöhe von 50 Euro monatlich – genommen werden. 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 dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Was ist Familienpflegezeit?

Seit dem 1. Januar 2015 besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, Beschäftigte können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochen-

stunden teilweise für die häusliche Pflege einer beziehungsweise eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen freistellen lassen. Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten. Wird eine Freistellung auf freiwilliger Basis vereinbart, ist ebenfalls eine Förderung möglich. Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen.

Können auch Beamtinnen und Beamte Pflegezeit und Familienpflegezeit nehmen?

Für die Beamtinnen und Beamten gelten die jeweiligen beamtenrechtlichen Regelungen des Bundes und der Länder. Das Bundesministerium beabsichtigt, für die Bundesbeamten einen gesetzlichen Anspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit herbeizuführen.

Besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz?

Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Familienpflegezeit 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 mindestens 14 Stunden und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Rentenansprüche steigen mit der Höhe der Pflegestufe der zu pflegenden Person, sodass sie im Ergebnis je nach Pflegestufe das Niveau der Vollbeschäftigung erreichen können. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit geringem Gehalt können im Einzelfall sogar rentenrechtlich bessergestellt sein. Weitere Auskünfte erteilt

der zuständige Rentenversicherungsträger. Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen 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. Eine Berechnungshilfe bietet der Familienpflegezeitrechner, der zusammen mit weiteren Informationen und Antragsformularen auf der Internetseite www.wege-zur-pflege.de zu finden ist.

Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit

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 teilen.

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, um für die nahe Angehörige beziehungsweise den nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzu-

stellen. Auf Verlangen 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 beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

Zur Finanzierung einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung im Sinne des Pflegezeitgesetzes ohne Entgeltfortzahlung erhalten Beschäftigte seit 1. Januar 2015 ein auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld. Beim Pflegeunterstützungsgeld handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung, deren Höhe wie beim sogenannten Kinder-Krankengeld berechnet wird. Damit werden als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld 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 Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich – das heißt so bald wie möglich – bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen der beziehungsweise des Angehörigen, die beziehungsweise der die Pflege benötigt, zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit der beziehungsweise des Angehörigen (außer gegebenenfalls beim Arbeitgeber) auch bei der Pflegekasse oder dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen.



IV. Beratung im Pflegefall

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. Seit dem 1. Januar 2016 haben auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, 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 Zweiwochenfrist eingelöst werden kann.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die auf Wunsch die Beratung auch zu Hause und zu einem späteren Zeitpunkt durchfüh-

ren, 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 beziehungsweise den Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen. Grundsätzlich ist es das Ziel, das Zusammenwirken aller Kräfte, insbesondere im ambulanten Bereich, zu verbessern.

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 des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung besteht.

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 vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege infrage. Eine weitere Möglichkeit ist eine Aus-

bildung 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.

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 man sich mit allen Fragen wenden kann. Es ist selbstverständlich, dass keine bestimmte Beratungsperson aufgezungen oder vorgeschrieben werden kann.



Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Beratung.

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 Pflegestufen I und II einmal halbjährlich sowie in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Dies gilt auch, wenn Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen für die Inanspruch-



Pflegeberaterinnen und Pflegeberater geben umfassende Auskunft über das vorhandene Leistungsangebot.

nahme von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten verwendet werden (Umwidmung). Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege.

Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können diese Beratungsbesuche zweimal im oben genannten Zeitraum in Anspruch nehmen.

Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesen Fällen kann die Beratung von einem zugelassenen Pflegedienst, aber auch von einer anerkannten unabhängigen Beratungsstelle mit oder ohne pflegfachliche Kompetenz durchgeführt werden. Letzteres soll ermöglichen, dass zum Beispiel Alzheimer-Patientinnen und Alzheimer-Patienten auch eine Beratung durch die Alzheimer-Gesellschaft in Anspruch nehmen können.

Ab dem 1. Januar 2017 werden sich hier Änderungen ergeben.

Welche Beratung gibt es bei der Palliativversorgung Schwerstkranker?

Im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz), das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, wird der flächendeckende Ausbau der Palliativversorgung gefördert. Eine wesentliche Neuerung ist der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten künftig bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ-Hospizversorgung unterstützen. Dabei sollen sie auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.



V. Qualität und Transparenz in der Pflege

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Pflege – und gute Pflege muss erkennbar sein. Eine Reihe von Maßnahmen dient dazu, Qualität und Transparenz in der Pflege zu verbessern und bestehende Mängel zu beseitigen.

5.1 Wie wird die Qualität in den Heimen sichergestellt?

a. Expertenstandards

Wie werden Qualitätsstandards für Pflegeheime und Pflegedienste festgelegt?

Auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Verfahren (einschließlich Erprobungen) werden zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege Expertenstandards entwickelt. Sie konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem wichtigen Pflege Thema. 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 in der Pflege. Ein neuer Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ ist in Vorbereitung. Verbraucherefreundliche Darstellungen der Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe 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. Das bedeutet: Die Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) bewerten nicht nur die Akteudokumentation, 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 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung 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 Privaten Krankenversicherung beauftragen, unangemeldete Anlassprüfungen durchzuführen.

c. Prüfinstanzen

Was ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozial-medizinische 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?

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) 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.

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?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung 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 demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern
3. Soziale 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 ärztliche, fach- und zahnärztliche sowie die Arzneimittelversorgung geregelt ist, veröffentlicht und kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Die vergebenen Pflegenoten sind auf folgenden Internetseiten abrufbar:

- www.aok-gesundheitsnavi.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?

Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 eingeführten Pflege-Transparenzvereinbarungen und die darin vereinbarten bundesweit vergleichbaren Kriterien waren ein erster Schritt, um Pflegequalität sichtbar zu machen. Die Bewertung der Pflegequalität, die in den Transparenzberichten dargestellt ist, erfolgt anhand von Schulnoten (sogenannte Pflegenoten). Es besteht jedoch Einigkeit, dass die bisherigen Noten nach den Pflege-Trans-

parenzvereinbarungen die Qualität der Pflege nicht ausreichend differenziert abbilden. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 wurden die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege dahingehend weiterentwickelt, dass der Ergebnisqualität eine wichtige Rolle bei Qualitätsprüfungen und der Darstellung der Qualitätsergebnisse zukommt. Die Partner der Selbstverwaltung wurden daher verpflichtet, gemeinsam Anforderungen an ein Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität festzulegen. Externe und interne Instrumente zur Qualitätssicherung sollen dabei sinnvoll miteinander verschränkt werden.

Diese Entwicklung wird durch die Pflegestärkungsgesetze fortgeschrieben. Ein wichtiger Baustein des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist daher 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 wird eine umfassende Änderung der Entscheidungsstrukturen angelegt.

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 MDK beziehungsweise des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung 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 darüber



Die effiziente Dokumentation der Pfl egetätigkeit ist für die Qualitätssicherung wichtig.

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. Voraussetzung 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.

5.2 Pflegeeinrichtungen: mehr Personal – weniger Bürokratie

a. Zusätzliche Betreuungskräfte

Wie wird die Betreuung in der stationären Pflege verbessert?

Für mehr Qualität in der stationären Pflege sorgt eine verbesserte Betreuungsrelation bei den zusätzlichen Betreuungskräften. Im Ersten Pflegestärkungsgesetz ist das Verhältnis von der Betreuungskraft zur Anzahl an Pflegebedürftigen von bisher 1 zu 24 auf 1 zu 20 angehoben worden. Außerdem werden die ergänzenden Betreuungsangebote auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt. Damit kann die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen von im Jahr 2014 rund 25.000 auf etwa 45.000 deutlich erhöht werden; über 500 Millionen Euro werden hierfür von der Pflegeversicherung ausgegeben. Pflegebedürftigen stehen damit in der stationären Pflege mehr Menschen zur Seite, die mit ihnen spazieren gehen, Gespräche führen oder ihnen vorlesen. In enger Zusammenarbeit mit den Pflegekräften wird damit der Pflegealltag wirksam verbessert.

b. Bürokratieabbau

Bürokratieabbau bei der Pflegedokumentation

Die effiziente Dokumentation der Pflegetätigkeit ist für die Qualitätssicherung wichtig.

Pflegedokumentation leistet einen Beitrag zur Qualitätssicherung. Dort, wo jedoch die Dokumentation in keinem angemessenen Verhältnis zu ihrem eigentlichen Zweck mehr steht, wird der mit ihr verbundene bürokratische Aufwand von Pflegekräften, aber auch von Angehörigen von Pflegebedürftigen teilweise als Belastung empfunden. Der Abbau von Bürokratie in der Pflege ist daher ein wichtiges Anliegen und besonderer Schwerpunkt in der Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Es gilt, die bürokratischen Belastungen auf das Maß zu reduzieren, das notwendig ist, um die Qualität in der Pflege sicherzustellen. Der Bürokratieabbau in

der Pflege ist jedoch in erster Linie Aufgabe der Pflegeselbstverwaltung und der Praxis, die Politik kann aber wichtige Signale geben.

Das BMG und der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, haben einen wichtigen Prozess zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation angestoßen und begleiten ihn auch weiterhin.

Im Rahmen eines vom BMG geförderten Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ wurde eine einfachere Dokumentation getestet (sog. „Strukturmodell“). Die Ergebnisse tragen maßgeblich dazu bei, dass ein entscheidender Paradigmenwechsel erreicht wurde, um die Pflegedokumentation nachhaltig zu „verschlanken“. Das Verfahren begrenzt die Pflegedokumentation auf ein fachlich und rechtlich notwendiges Maß. Zeitliche Ressourcen werden für die direkte Pflege und Betreuung gewonnen.

Seit Ende 2014 wird das wichtige Vorhaben zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in enger Abstimmung mit allen Beteiligten federführend durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung vorangetrieben. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung beauftragte das IGES Institut zur Unterstützung der flächendeckenden Einführung einer vereinfachten Pflegedokumentation (Strukturmodell) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. In seinem Auftrag wurde ein „Projektbüro Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (EinSTEP)“ eingerichtet, welches in erster Linie Einrichtungsträger bei der Einführung der neuen Dokumentation unterstützen soll. Nähere Informationen finden sich unter www.ein-step.de sowie unter www.pflegebevollmaechtigter.de.

Das Projektbüro hat unter anderem folgende Maßnahmen bislang umgesetzt:

- Entwicklung von bundesweit einheitlichen Schulungsunterlagen für die Einführung der neuen Pflegedokumentation
- Durchführung von Schulungen der Trägerverbände
- Aufbau einer eigenen Projektwebsite (www.ein-step.de), auf der sich interessierte Einrichtungen für eine Teilnahme an der Umsetzung anmelden können
- Einbindung der Hersteller von IT-gestützten und papiergebundenen Dokumentationssystemen.

Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg ist nun eine konsequente Umsetzung des Strukturmodells in den Einrichtungen. Hierfür sind in erster Linie Einrichtungsträger und Trägerverbände verantwortlich. Um die Umsetzung in den Einrichtungen zu unterstützen, wurde mit einer im Zweiten Pflegestärkungsgesetz enthaltenen und am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Änderung in § 113 SGB XI gesetzlich klargestellt, dass der Aufwand der Pflegeeinrichtungen für die Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung gesetzt werden muss. Aus möglichen Einsparungen durch die vereinfachte Pflegedokumentation sind keine vergütungsrelevanten Auswirkungen auf die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung und eine Absenkung der Pflegevergütung in den Pflegevergütungsverhandlungen abzuleiten. Es ist also sichergestellt, dass die durch Anwendung der verschlankten Dokumentation eingesparte Zeit der Pflege zugutekommt.

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 wird bei den Verhandlungen über die stationäre Versorgung gemeinsam festgelegt, sondern auch die zu erbringende Leistung und ihre Qualitätsmerkmale. Für anerkannte Härtefälle können Zuschläge zu den Pflegesätzen der Pflegeklasse III vereinbart werden.

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.

d. Bezahlung der Pflegekräfte

Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?

Im Bereich der pflegerischen Versorgung kann entweder der auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes geltende besondere Pflegemindestlohn nach der Zweiten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein. 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. Ist der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt, so gilt ausschließlich der allgemeine Mindestlohn. Pflegekräfte sorgen dafür, dass pflegebedürftige Menschen in Würde und Geborgenheit leben können.



VI. Glossar

Aktivierende Pflege

Unter aktivierender Pflege ist eine alltägliche Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert. Diese Form der Hilfe zur Selbsthilfe soll Pflegebedürftigen mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen, wie Betroffene den Alltag noch allein oder unter Beaufsichtigung beziehungsweise Anleitung oder Unterstützung bestreiten können. Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen helfen, vorhandene Fähigkeiten zur Selbstversorgung zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren.

Altenheim / Altenwohnheim

In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche, haben aber auch die Gelegenheit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner zu sich zu nehmen. Altenheime sind darauf ausgerichtet, alten Menschen, die nicht mehr eigenständig in der Lage sind, ihren Haushalt zu führen, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung zu gewährleisten. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Appartements.

Ambulanter Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege und Betreuung zu Hause. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes kommen zu den Betroffenen nach Hause und helfen fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung. Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Pflegenden Angehörige können durch die Organisation der Pflege und

Betreuung unter Zuhilfenahme eines Pflegedienstes zum Beispiel auch Beruf und Pflege besser miteinander vereinbaren.

Ambulante Versorgung

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche: pflegerische Tätigkeiten (zum Beispiel Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und Lagerung), häusliche Krankenpflege (zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen), Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten (zum Beispiel Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten), hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung) sowie häusliche Betreuung (zum Beispiel Spaziergehen oder Vorlesen).

Begutachtungsfristen

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 innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt, der eine Familienpflegezeit mit dem Arbeitnehmer vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

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 Antragstel-

lerin 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 Pflegestufe I, ab dem 1. Januar 2017 mindestens Pflegegrad 1) anerkannt ist.

Beratungsstellen

Die unabhängigen und neutralen Beratungsstellen müssen die gesetzlichen Anforderungen an die Beratung erfüllen. Sie werden dann eingeschaltet, wenn die Pflegekassen die Pflegeberatung nicht selbst durchführen. Hierzu schließt die einzelne Pflegekasse allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen. Auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins können sich die Versicherten auch dort zulasten der Pflegekasse beraten lassen.

Betreute Wohnformen

Ambulant betreute Wohnformen und Senioren-Wohngemeinschaften spielen eine immer größere Rolle. So können beispielsweise mehrere Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder von Einzelpflegekräften für Pflege oder Betreuung gemeinsam in Anspruch nehmen (das sogenannte „Poolen“ von Leistungen). Das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen in neuen Wohnformen erschließt ökonomisch neue Spielräume: Die frei werdende Zeit ist vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am „Pool“ beteiligten Anspruchsberechtigten zu nutzen. Das „Poolen“ von Leistungen ist auch für Pflegebedürftige möglich, die beispielsweise im gleichen Wohnviertel wohnen. Pflegebedürftige sowie Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“, die in ambulant betreuten Wohngruppen – das sind Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – leben, haben zusätzlich zu den anderen Leistungen einen Anspruch auf monatlich 205 Euro zur Finanzierung einer Person, die durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt worden ist, unabhängig von der indi-

viduellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten.

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege

Bürgerschaftliches Engagement ist ein wichtiger Pfeiler in der pflegerischen Versorgung. Ziel ist es daher, engagierte Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen in vernetzte Versorgungsangebote einzubinden und durch Schulungen zu qualifizieren. Das betrifft zum Beispiel sowohl Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene (wie etwa Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen) als auch die Tätigkeit in Pflegestützpunkten. Zudem können zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. Dies dient der Förderung ehrenamtlichen Engagements, um die professionelle Versorgung Pflegebedürftiger zu unterstützen und zu ergänzen

Entlassungsmanagement

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sind pflegebedürftige Menschen häufig zunächst hilflos und auf die Unterstützung anderer angewiesen. Um dies zu vermeiden, ist es Aufgabe der Krankenkasse, gemeinsam mit dem Krankenhaus bereits rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungsträger zu kontaktieren (zum Beispiel Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste) und für ihren zeitgerechten Einsatz zu sorgen. Im Rahmen des sogenannten Entlassungsmanagements sollen Kranken- und Pflegekasse kooperieren, um ein individuell sachgerechtes Versorgungsmanagement sicherzustellen und dürfen Krankenhäuser alle Leistungen, die üblicherweise von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnet werden, für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Hierzu zählen insbesondere Verbands-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche

Krankenpflege und Soziotherapie. Auch die Arbeitsunfähigkeit kann von den Krankenhäusern für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen festgestellt werden. Bei Arzneimitteln können die Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung nach der Packungsgrößenverordnung verordnen.

Ergebnisqualität

Im Vordergrund der Überprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bewerten nicht nur die Aktendokumentation, sondern schwerpunktmäßig den Pflegezustand der Menschen und schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen wirken und ob Hinweise auf Pflegedefizite vorliegen (zum Beispiel Druckgeschwüre oder Mangelernährung). Die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen schlägt sich in einer eigenen Bewertung nieder.

Fallmanagement

Siehe „Pflegerberaterinnen und Pflegerberater“.

Familienpflegezeit

Seit dem 1. Januar 2015 besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, Beschäftigte können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden teilweise für die häusliche Pflege eines nahen Angehörigen freistellen lassen. Der Rechtsanspruch findet keine Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten. Die Ankündigungsfrist beträgt acht Wochen.

Für die Beamtinnen und Beamten des Bundes und der Länder gelten die jeweiligen beamtenrechtlichen Regelungen.

Grundpflege

Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfen bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen (zum Beispiel Versorgung mit Medikamenten) zählen nicht dazu.

Härtefallregelung

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist, oder
- dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen.

Heimarzt

Pflegeheime haben die Möglichkeit, eine Heimgärtin beziehungsweise einen Heimarzt zu beschäftigen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht von den niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umgebung sichergestellt werden kann. Bevor ein Pflegeheim eine Ärztin oder einen Arzt anstellt,

muss deshalb versucht werden, mit geeigneten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Kooperationsverträge abzuschließen.

Kinderlosenzuschlag

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem allgemein geltenden Beitragssatz einen Zuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten bezahlen. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt seit dem 1. Januar 2015 bei 2,6 Prozent, der „normale“ Beitragssatz bei 2,35 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.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei einer akuten Pflegesituation eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen können Beschäftigte der Arbeit bis zu zehn Arbeitstage fernbleiben, um eine gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers haben die Beschäftigten dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der beziehungsweise des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten. Seit 1. Januar 2015 steht ihnen bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung ein auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld als Entgeltersatzleistung für die kurzfristige Organisation der Pflege einer beziehungsweise eines nahen Angehörigen zu.

Kurzzeitpflege

Viele Menschen sind nur für eine kurze Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege. Während der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt. Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegeri-

schen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn die beziehungsweise der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Leistungsentscheidung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen prüft der MDK auch die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

MEDICPROOF

MEDICPROOF ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er prüft die Leistungsvoraussetzungen für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Es wird begutachtet, ob bei einer Antragstellerin beziehungsweise einem Antragsteller eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und – falls ja – welcher Pflegestufe diese zuzuordnen ist. Aufgabe von MEDICPROOF ist es wie auch bei dem MDK, eine bundesweit und versicherungsübergreifend einheitliche Begutachtung sicherzustellen.

Mindestlohn

Im Bereich der pflegerischen Versorgung kann entweder der auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes geltende besondere Pflegemindestlohn nach der Zweiten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein. Ist der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt, so gilt ausschließlich der allgemeine Mindestlohn.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Niedrigschwellige Angebote beruhen oftmals auf Zusammenschlüssen ehrenamtlich engagierter Personen, die sich längerfristig für andere Menschen einsetzen wollen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. Wenn sie nach dem jeweils gültigen Landesrecht anerkannt worden sind, können diese niedrigschwelligen Angebote sogenannte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen. Um anerkannt zu werden, müssen die Ehrenamtlichen unter anderem ein Konzept erarbeiten und nachweisen, dass sie für die Tätigkeiten, die sie als Hilfen anbieten wollen, jeweils qualifiziert sind. In Betracht kommen als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zum Beispiel Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen, Familienentlastende Dienste sowie Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter und Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter. Die Einzelheiten regelt das jeweilige Landesrecht.

Palliativversorgung und Hospizdienste

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

Gesetzliche 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 schwerst-

kranker 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.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind Personen, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen und eine dafür notwendige Zusatzqualifikation erworben haben.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, ihren pflegebedürftigen Versicherten sowie auf deren Wunsch auch pflegenden Angehörigen und nahestehenden Personen eine individuelle Pflegeberatung anzubieten. Die Pflegeberatung darf nur durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

- beraten zu Leistungen und Leistungsansprüchen, auf Wunsch auch zu Hause,
- erstellen auf Wunsch der Betroffenen gemeinsam mit ihnen einen individuellen Versorgungsplan und helfen bei dessen Umsetzung und Fortschreibung,
- erarbeiten entscheidungsreife Anträge auf Leistungen und erledigen sonstige Formalien
- und informieren über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung,

- geben pflegenden Angehörigen Hinweise auf sinnvolle Angebote und Leistungen der Pflegeversicherung zur Unterstützung und Entlastung.

Pflegeheim

Hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner in Einzel- oder Doppelzimmern (die früher üblichen Mehrbettzimmer sind heute seltener). Eine umfassende Versorgung und Betreuung ist gewährleistet. Das betrifft sowohl die pflegerische Versorgung, die medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung als auch die hauswirtschaftliche Versorgung. In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen: Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Pflegerisiko

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass immer mehr Menschen in Zukunft auf Pflegeleistungen angewiesen sind. 2030 werden voraussichtlich über dreieinhalb Millionen Bürgerinnen und Bürger davon betroffen sein.

Pflegestufen

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet, ab 2017 einem von fünf Pflegegraden. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Die beziehungsweise der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung ihrer beziehungsweise seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

„Pflegestufe 0“

Der sogenannten „Pflegestufe 0“ werden Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zugeordnet, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen.

Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor, bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Einrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor, bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich wird mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Pflegestützpunkt

Pflegestützpunkte sind eine Beratungsstelle für Menschen mit pflegerischem Hilfebedarf und für diejenige und denjenigen, die Betreuung und Pflege für Angehörige organisieren wollen. Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen eingerichtet, sofern das zuständige Bundesland dies vorschreibt. Pflegestützpunkte bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Sie vermitteln und koordinieren pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote. In den Pflegestützpunkten sind meist auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen als Fallmanager tätig und betreuen Hilfesuchende auf Wunsch über einen längeren Zeitraum persönlich. Sie erstellen bei Bedarf einen individuellen Versorgungsplan. Bei ihnen können Pflegebedürftige wie auch ihre Angehörigen Anträge stellen, die dann umgehend an die zuständigen Stellen weitergeleitet werden.

Pflegeunterstützungsgeld

Nahe Angehörige, die kurzfristig eine Pflege organisieren müssen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall, haben Anspruch auf eine auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenzte Lohnersatzleistung, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten bei Stellung eines entsprechenden Antrags hierbei während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung im Sinne des Pflegezeitgesetzes für bis zu zehn Tage einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt durch die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen der beziehungsweise des auf Pflege angewiesenen Angehörigen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes entspricht der Höhe des sogenannten Kinderkrankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung, sodass als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt werden.

Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist als „Teilleistungsversicherung“ konzipiert worden. Das bedeutet: Die Leistungen aus der Pflegeversicherung decken einen Teil der Kosten, die für die Pflege eines Menschen nötig sind. Dadurch werden die Belastungen Pflegebedürftiger und deren Angehöriger gemindert. Sie ist der jüngste Versicherungszweig und existiert seit 1995 als eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung im deutschen Sozialversicherungssystem. Die Pflegeversicherung bildet die fünfte Säule dieses Systems neben der Kranken-, Berufsunfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Pflegevorsorgefonds

Seit 1. Januar 2015 gibt es den Pflegevorsorgefonds. Dabei handelt es sich um ein Sondervermögen bei der Bundesbank, in das die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten der Pflegeversicherung abgeführt werden – derzeit jährlich circa 1,2 Milliarden Euro. Ab 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen mit hohen Pflegewahrscheinlichkeiten hineinwachsen, können Teile des Vermögens für die Finanzierung der Pflegeversicherung abgerufen werden. Dies wird zur Stabilisierung der Beitragssätze beitragen.

Pflege-Wohngemeinschaften

Die Pflege-WG bietet die Möglichkeit, auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter ein selbstständiges Leben zu führen und dabei mit anderen Menschen zusammen zu sein. Sind Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft pflegebedürftig oder auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt, können sie zum einen ihre Ansprüche auf grundpflegerische Leistungen, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung bündeln (siehe auch „Pools“ von Leistungen). Zum anderen haben sie Anspruch auf monatlich 205 Euro zur Finanzierung einer Person, die durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsle-

ben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten. Darüber hinaus ist bei der Neugründung einer Pflege-WG eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung möglich.

Pflegezeit

Beschäftigte haben nach dem Pflegezeitgesetz Anspruch auf eine vom Arbeitgeber nicht bezahlte Freistellung von der Arbeit für längstens sechs Monate, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Hierbei können Beschäftigte zwischen der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeit wählen. Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

„Poolen“ von Leistungen

Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Das nennt man „Poolen“ von Leistungen. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die hierdurch insbesondere entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden. Das „Poolen“ ist auch für Pflegebedürftige möglich, die beispielsweise im gleichen Wohnviertel wohnen.

Portabilität der Alterungsrückstellungen

Wer die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) wechselt, kann Alterungsrückstellungen „mitnehmen“. Dies gilt für bestehende Verträge ebenso wie für neue Abschlüsse.

Prävention / Rehabilitation

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, den Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.579 Euro.

Der Antragstellerin beziehungsweise dem Antragsteller wird spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit die gesonderte 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.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz), das am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, werden die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ausgeweitet. Ziel ist es, die Selbstständigkeit der Versicherten möglichst lange zu erhalten. Bei Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, richten sich die Leistungen der Pflegekassen bereits darauf, dass die Pflegebedürftigen möglichst lange ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu Hause führen können. Sie haben insoweit präventiven Charakter. Mit dem Präventionsgesetz sollen Pflegekassen jetzt auch Leistungen zur Prävention in teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Hierzu sollen die Pflegekassen im Jahr 2016 einen Betrag von ca. 21 Millionen € ausgeben. Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist daher nun immer auch zu ermitteln, ob Beratungsbedarf hinsichtlich krankheitsvorbeugender Präventionsleistungen angezeigt ist. Die gesonderten Präventionsempfehlungen werden gleichzeitig mit den

gesonderten Rehabilitationsempfehlungen an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller weitergeleitet. Für pflegende Angehörige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, bereitet das Präventionsgesetz 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.

Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)

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.

Qualitätssicherung / Pflegequalität

Alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste werden jährlich durch den MDK oder den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung geprüft (Regelprüfung). Die Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel wenn es sich um eine Person handelt, die eine amtliche Betreuungsperson hat, muss die Prüfung vorher angemeldet werden. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Bei den Prüfungen liegt der Schwerpunkt auf der Prüfung des Pflegezustands und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Das bisherige System der Pflegenoten wird bis spätestens 2018 durch ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem („Pflege-TÜV“) ersetzt, das den Versicherten aussagekräftigere und besser vergleichbare Qualitätsbewertungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ermöglicht.

Qualitätsstandards

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch darauf, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer

Erkenntnisse gepflegt zu werden. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene hat den Auftrag, die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Denn Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema, zum Beispiel zur Vermeidung des Wundliegens (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Sie sind für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Tages- und Nachtpflege

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. Die Tagespflege findet in Pflegeheimen oder in einer Tagesstätte statt. Pflegebedürftige erhalten dort ihre Mahlzeiten, befinden sich in Gesellschaft und werden körperlich und geistig aktiviert (siehe auch unter „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“). Seit dem 1. Januar 2015 haben auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege.

Transparenz in der Pflege / Transparenzberichte

Auf Grundlage der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden Berichte über die Qualität der Pflegeeinrichtungen im Internet sowie an anderen geeigneten Orten, zum Beispiel in den Pflegestützpunkten, veröffentlicht – sogenannte Transparenzberichte. Die Veröffentlichung muss für die Verbraucherinnen und Verbraucher leicht verständlich, übersichtlich und vergleichbar sein. In den Pflegeeinrichtungen selbst müssen das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse gut sichtbar ausgehängt werden. Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Leistungserbringer für eine

Bewertungssystematik ähnlich den Schulnoten entschieden. Das bisherige System der Pflegenoten wird bis spätestens 2018 durch ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem („Pflege-TÜV“) ersetzt, das den Versicherten aussagekräftigere und besser vergleichbare Qualitätsbewertungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ermöglicht.

Verhinderungspflege

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn pflegende Angehörige wegen Urlaubs oder einer Erkrankung ihre Angehörigen nicht pflegen können. Dieser Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Man nennt dies Verhinderungspflege. Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt.

Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kann zusätzliches Betreuungspersonal für alle Pflegebedürftigen eingesetzt werden, um gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung anzubieten. Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet. Für 20 Pflegebedürftige soll eine zusätzliche Betreuungskraft vorgesehen werden.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Versicherte, die auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, sowie seit dem 1. Januar 2015 auch Pflegebedürftige, die ausschließlich oder vorwiegend körperlich beeinträchtigt sind, erhalten einen Betreuungs- und Entlastungsbeitrag in Höhe von 104 Euro oder 208 Euro monatlich. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von sogenannten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen entstehen. Dabei handelt es sich um qualitätsgesicherte Betreuungs- und

Entlastungsleistungen in Form einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer Kurzzeitpflege, besonderer Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung ambulanter Pflegedienste (nicht aber Leistungen der Grundpflege) oder Leistungen in Form von nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangeboten.



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE

Darauf kommt es an

Wir stärken die Pflege.
Und Sie.





„Seit dem 1. Januar 2015 erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen deutlich verbesserte Leistungen. Wir bieten Ihnen hier zwei weitere Möglichkeiten, sich unkompliziert einen Überblick über die neuen Leistungen zu verschaffen. Ich lade Sie ein, sich individuell online oder per Telefon zu informieren.“

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Der Pflegeleistungs-Helfer



Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums. Er zeigt, welche Pflegeleistungen Sie in Ihrer persönlichen Situation nutzen können, und gibt Hilfestellung, wenn sich die Frage nach der Pflege Ihrer Angehörigen zum ersten Mal stellt.

PFLEGELEISTUNGS-HELFER

Ihr digitaler Ratgeber für Pflegeleistungen

Das Bürgertelefon



Das Bürgertelefon zur Pflegeversicherung bietet ebenfalls eine erste Orientierung. Auch mit Beratungsangeboten für Gehörlose und Hörgeschädigte. Sie erreichen unsere Pflege-Berater von Montag bis Donnerstag von 8 –18 Uhr, am Freitag von 8 –12 Uhr.

Publikationen



Broschüre: „Das Pflegestärkungsgesetz II – Das Wichtigste im Überblick

Diese Broschüre gibt Antworten und bietet Informationen rund um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Auch das neue Begutachtungsverfahren (NBA) sowie die neuen fünf Pflegegrade werden erklärt.

Bestell-Nr.: BMG-P-11017



Broschüre: Das Pflegestärkungsgesetz I – Das Wichtigste im Überblick

Diese Broschüre gibt einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen und zeigt, wie Sie diese in Ihrer persönlichen Situation am besten nutzen können. Ergänzend gibt es einen Ausblick auf die nächste große Entwicklung in der Pflegeversicherung: das Zweite Pflegestärkungsgesetz.

Bestell-Nr.: BMG-P-11004



Agenda: **Gemeinsam für Menschen mit Demenz – Die Handlungsfelder**

Mit der Unterzeichnung der Agenda am 15. September 2014 durch die Gestaltungspartner der „Allianz für Menschen mit Demenz“ haben Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe das Startsignal für die Umsetzung der Ergebnisse aus der zweijährigen Arbeitsphase gegeben. Damit ist der Grundstein für eine nationale Demenzstrategie gelegt.

Nur zum Downloaden



Deutschland verändert sich. Wir werden weniger und im Durchschnitt älter. Bereits in diesem und im nächsten Jahrzehnt wird die Bevölkerung in Deutschland deutlich altern und auch zurückgehen. Für fast alle Bereiche unseres Landes und unser Zusammenleben hat das erhebliche Folgen. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.jedes-alter-zählt.de

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler GmbH; neues handeln GmbH

Gestaltung Anzeige „Wir stärken die Pflege“:

Scholz & Friends

Fotos: Bundesregierung/Steffen Kugler, Monika Höfler,
plainpicture, Julia Baier, Andreas Reeg

Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn

16. aktualisierte Auflage: Stand Januar 2016

Erstauflage: Juli 2008

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-07055

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 / 18 272 2721

Fax: 030 / 18 10 272 2721

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_aktuell

Der Newsletter „GP_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de als PDF-Datei herunterladen.

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter: www.bundesgesundheitsministerium.de
www.in-form.de

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 **030 / 340 60 66 – 01**


Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 **030 / 340 60 66 – 02**

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **030 / 340 60 66 – 03**

Fragen zur Suchtvorbeugung

 **02 21 / 89 20 31***

Beratungsservice für Gehörlose

 **030 / 340 60 66 – 07** Telefax

030 / 340 60 66 – 08 ISDN-Bildtelefon



* BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo.–Do. 10 bis 22 Uhr, Fr.–So. 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.