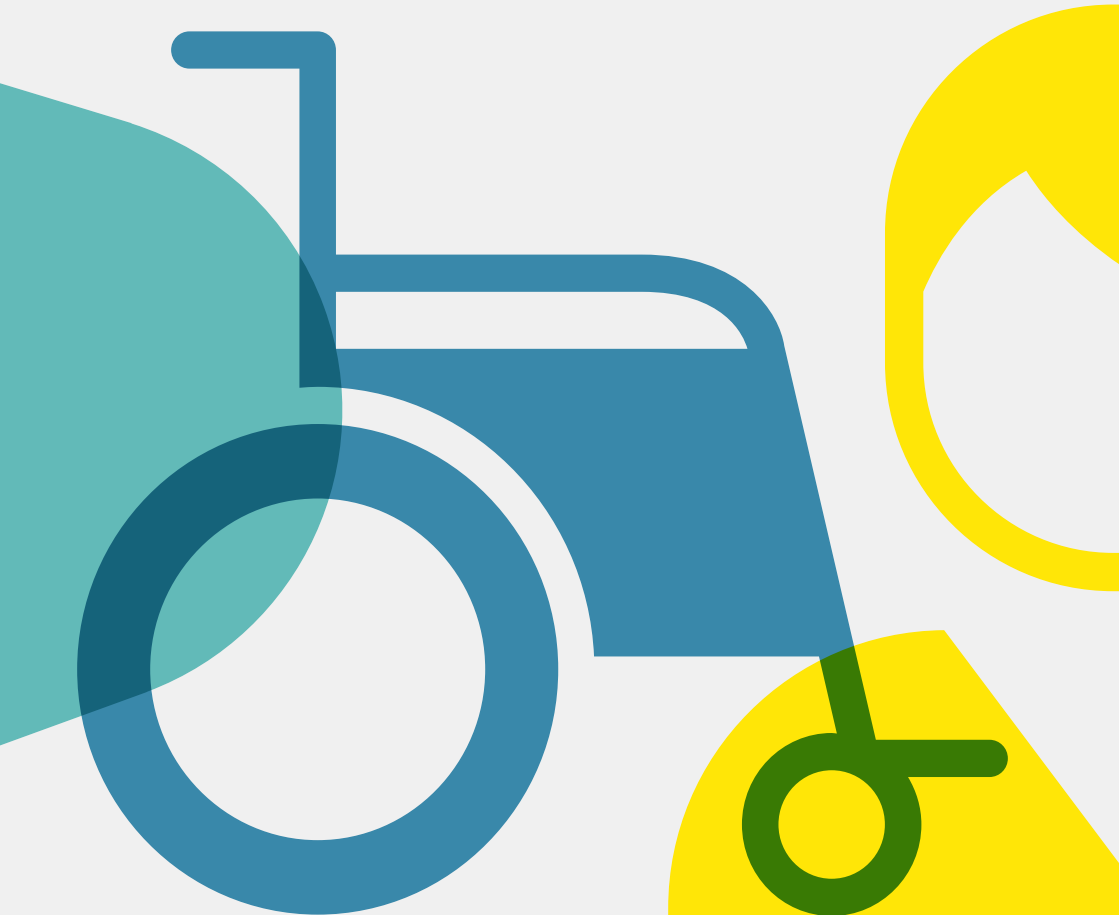




Bundesministerium
für Gesundheit

Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten



RATGEBER



Liebe Leserin, lieber Leser,

wir werden alle immer älter – die durchschnittliche Lebenserwartung steigt jeden Tag um knapp fünf Stunden. Heute geborene Jungen werden im Schnitt knapp 78 Jahre, Mädchen sogar knapp 83 Jahre alt. Und viele von uns sind dabei auch im fortgeschrittenen Alter aktiv. Im Ergebnis führt dies dazu, dass unser Bild vom Älterwerden im positiven Sinne auf den Kopf gestellt wird. In Zeiten, als alte Menschen noch als Greise bezeichnet wurden, galt der letzte Lebensabschnitt als Zeit des Stillstands – davon kann heute keine Rede mehr sein. Die längere Lebensdauer ist inzwischen zu einem großen Lebensabschnitt geworden, der von den Seniorinnen und Senioren gerne positiv gestaltet wird. Das ist auch ein Ergebnis des guten Gesundheitssystems, das wir heute haben.

Unser Gesundheitssystem ist nicht perfekt. Aber im historischen und internationalen Vergleich können wir doch ein wenig mehr stolz darauf sein.

Dennoch schützt uns die insgesamt längere und aktive Lebenszeit nicht vor einer möglichen Pflegebedürftigkeit. Niemand ist vor ihr gefeit – sei es durch eine Krankheit, durch ein sehr hohes Alter oder durch einen Unfall. Deshalb wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt, seitdem können sich Menschen auch im Falle der Pflegebedürftigkeit auf die Unterstützung der Gemeinschaft zählen. Mit Blick auf die 2020er, wenn die Babyboomer in den Ruhestand gehen, haben wir in den letzten Jahren im Pflegebereich eine Vielzahl gesetzlicher Verbesserungen auf den Weg gebracht und damit schon eine Menge erreicht: mehr anerkannte Pflegebedürftige, deutlich höhere Leistungen, mehr Unterstützung auch für pflegende

Angehörige und Stärkung des Personals in der Pflege. Und wir machen weiter: in der häuslichen Pflege, bei der Krankenpflege im Krankenhaus und der Altenpflege in Pflegeeinrichtungen.

Aus vielen Gesprächen weiß ich, dass die Notwendigkeit, die Pflege zu verbessern, sehr groß ist. Gleichzeitig ist aber auch die Bereitschaft vorhanden, mehr zu tun – bei Jung und Alt. Gerade deshalb sollten wir jetzt die Zeit nutzen und im Sinne der Generationengerechtigkeit offen über dieses Thema debattieren. Schließlich kommt es gerade bei der Pflege auf das Miteinander an. Lassen Sie uns weiterhin gemeinsam daran arbeiten.

Ihr



Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	15
1 Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit	16
1.1 Was ist die Pflegeversicherung?	17
> Warum ist die Pflegeversicherung notwendig?	18
> Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?	19
1.2 Wer ist versichert?	20
a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	20
b. Familienversicherte	21
c. Freiwillig Versicherte	21
d. Privat Versicherte	21
e. Versicherungspflicht für sonstige Personen	22
f. Weiterversicherung	22
g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung	22
> Warum ist Eigenvorsorge sinnvoll?	22
> Welche Arten freiwilliger privater Pflege-Zusatzversicherungen gibt es?	23
> Welche Pflege-Zusatzversicherungen werden staatlich gefördert?	24
1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?	25
a. Beitragssatz	25
> Wie hoch ist der Beitragssatz?	25

‣ Wie wird die Finanzierung der Pflege nachhaltig gestärkt?	25
‣ Wie hoch ist mein Beitrag als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer?	25
b. Beitragszuschlag für Kinderlose	26
‣ Wer muss einen Beitragszuschlag bezahlen?	26
‣ Wie wird der Beitragszuschlag zur sozialen Pflegeversicherung gezahlt?	27
‣ Welche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder?	27
‣ Wozu dient die Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit?	28
‣ Müssen kinderlose Menschen mit Behinderungen den Beitragszuschlag zahlen?	29
‣ Wird bei der Erhebung des Beitragszuschlags das Existenzminimum berücksichtigt?	29
c. Beitragsbemessungsgrenze	30
‣ Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung?	30
d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung	32
‣ Wie hoch sind die Prämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?	32
‣ Gibt es einen Basistarif in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?	33
‣ Können Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel der privaten Pflege-Pflichtversicherung mitgenommen werden?	34

1.4 Wer ist pflegebedürftig?	34
a. Pflegebedürftigkeit	34
> Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?	34
b. Antragstellung	34
> Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?	34
> Wie schnell wird über den Antrag entschieden?	35
c. Voraussetzung für Leistungsansprüche	36
d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	36
> Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?	36
> Wie wird die Pflegebedürftigkeit von Kindern festgestellt?	41
e. Pflegegrade	42
> Was zeichnet die Pflegegrade aus und wie sind sie gestaffelt?	42
f. Ergänzende Unterlagen zum Leistungsbescheid	43
> Welche Unterlagen werden zusammen mit dem Leistungsbescheid übersandt?	43
> Wie wird die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste sichergestellt?	43
1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?	44

2 Leistungen der Pflegeversicherung 48

2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?	50
a. Ambulanter Pflegedienst (Ambulante Pflegesachleistungen)	50
> Was macht ein ambulanter Pflegedienst?	50
> Was sind ambulante Pflegesachleistungen und wie hoch sind diese?	52
> Welche Wahlmöglichkeiten haben Pflegebedürftige?	53
> Welche Möglichkeiten bietet der Umwandlungsanspruch?	53
b. Pflegende Angehörige (Pflegegeld)	53
> Wann wird Pflegegeld gezahlt?	54

‣ Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?	54
c. Kombinationsleistung	56
‣ Können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?	56
d. Einzelpflegekräfte	56
‣ Was sind Einzelpflegekräfte?	56
‣ Wie kommen Einzelpflegekräfte zum Einsatz?	56
e. Verhinderungspflege (Urlaubsvertretung)	57
‣ Wer pflegt, wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?	57
‣ Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?	57
‣ Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?	58
‣ Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?	58
f. Entlastungsbetrag	59
‣ Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag?	59
‣ Für welche Angebote kann der Entlastungsbetrag verwendet werden?	59
g. Angebote zur Unterstützung im Alltag; Umwandlungsanspruch	61
‣ Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?	61
‣ Können Teile des ambulanten Sachleistungsbetrags auch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden?	63
h. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften; Wohngruppenzuschlag; Anschubfinanzierung für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen	66
‣ Was wird unter „alternativen Wohnformen“ verstanden?	66
‣ Welche alternativen Wohnformen werden von der Pflegeversicherung unterstützt?	66
‣ Welche finanzielle Förderung gibt es bei Neugründungen?	68
i. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)	68
‣ Was bedeutet „Poolen“?	68
j. Pflegehilfsmittel	69
‣ Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?	69

‣ Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?	69
k. Zuschüsse zur Wohnungsanpassung	70
‣ Leistet die Pflegekasse einen Zuschuss für bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung?	70
‣ Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?	71

2.2 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege – welche Möglichkeiten gibt es?	72
a. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)	72
‣ Wann kommt eine teilstationäre Versorgung in Betracht?	72
‣ Welche Leistungen gibt es?	73
b. Vorübergehende vollstationäre Versorgung (Kurzzeitpflege)	73
‣ Wozu dient die Kurzzeitpflege?	73
‣ Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?	74
‣ Ist Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch in anderen geeigneten Einrichtungen möglich?	75

2.3 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?	76
a. Vollstationäre Versorgung	76
‣ Welche Leistungen erhalten Versicherte?	76
‣ Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt?	77
b. Heimtypen	78
‣ Welche unterschiedlichen Heimtypen gibt es?	78
c. Medizinische Versorgung von Heimbewohnern	80
‣ Wie wird die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sichergestellt?	80
‣ Ist es möglich, eine Ärztin oder einen Arzt im Heim zu beschäftigen?	80
d. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen	81

2.4 Welche Leistungen gibt es für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1?	82
2.5 Welche besonderen Leistungen gibt es für schwerstkranke und sterbende Menschen?	84
› Wo können Schwerstkranke versorgt werden?	84
› Wie wird die Versorgung schwerstkranker Menschen verbessert?	84
› Wie wird eine gute hospizliche Versorgung gewährleistet?	85
› Wie wird die ambulante Versorgung gestärkt?	85
› Was hat sich in der stationären Versorgung verbessert?	85
2.6 Wie werden ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfe in der Pflege gefördert?	86
2.7 Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?	88
› Wann und wo besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege?	89
› Welchen Anspruch haben pflegebedürftige Menschen ohne Pflegeeinstufung oder mit Pflegegrad 1?	89
› Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhausentlassung?	90
› Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung	90
2.8 Wie werden Rehabilitation und Prävention gefördert?	91
› Wie wichtig ist Prävention?	91
› Wie werden Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert?	92
› Wozu dienen Bonuszahlungen für Pflegeheime?	93
› Welchen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsaufenthalte haben pflegende Angehörige?	94

3 Pflege von Angehörigen zu Hause	104
3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?	105
a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)	105
> Was ist Pflegegeld und wer bekommt es?	105
b. Soziale Absicherung der Pflegeperson	105
> Wer gilt als Pflegeperson?	105
> Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen?	106
> Ist die Pflegeperson unfallversichert?	106
> Wann sind Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert?	108
c. Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Verhinderungspflege)	108
> Wie wird die Pflege gewährleistet, wenn die Pflegeperson krank ist oder Erholung benötigt?	108
> Werden während des Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse und zur Arbeitslosenversicherung gezahlt?	109
d. Pflegekurse für Angehörige	109
> Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause?	109
3.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert?	110
a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz	110
> Was ist Pflegezeit?	110
> Was muss beachtet werden, wenn Pflegezeit in Anspruch genommen wird?	111
> Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden?	112
> Kann die Pflegezeit auch mit der Familienpflegezeit kombiniert werden?	112
> Besteht während der Pflegezeit Kündigungsschutz?	112
> Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozialversichert?	112
> Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten?	113

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz	114
‣ Was ist Familienpflegezeit?	114
‣ Können auch Beamtinnen und Beamte Pflegezeit und Familienpflegezeit nehmen?	115
‣ Besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz?	116
‣ Sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit sozialversichert?	116
‣ Wie sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit finanziell abgesichert?	117
c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld	118
‣ Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?	118
‣ Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?	119

4 Beratung im Pflegefall 120

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?	121
a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater	121
‣ Wer hat Anspruch auf Pflegeberatung?	121
‣ Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?	121
‣ Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?	123
‣ Was passiert bei Problemen?	124
‣ Was sind Pflegestützpunkte?	124
b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit	124
‣ Wer muss und wer kann Beratungseinsätze in Anspruch nehmen?	124
‣ Welche Beratung gibt es bei der Palliativversorgung Schwerstkranker?	125

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

c. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen	137
‣ Welche Möglichkeiten haben Pflegeheime bei der Vertragsgestaltung?	137
d. Bezahlung der Pflegekräfte	138
‣ Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?	138

6 Glossar – wichtige Begriffe zum Nachschlagen

140

Weitere Informationen

203

Informations- und Serviceangebote	203
Weitere Publikationen	204
Bürgertelefon	206
Infotelefone der BZgA	207
Impressum	208



Einleitung

Die Pflegestärkungsgesetze haben in der letzten Legislaturperiode die umfangreichsten Verbesserungen in der Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren bewirkt. Durch diese Gesetze wurde die Pflege in Deutschland leistungsfähiger, individueller und passgenauer.

Zum 1. Januar 2017 wurde durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz insbesondere ein grundlegend neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Anstelle der bislang bekannten drei Pflegestufen gelten seither fünf Pflegegrade mit neuen Leistungsbeträgen. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bisher vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden nun auch geistig und psychisch bedingte Beeinträchtigungen gleichermaßen berücksichtigt. Die Einstufung der pflegebedürftigen Versicherten in einen der fünf Pflegegrade erfolgt durch ein grundlegend neues Begutachtungsinstrument.

Weitere wichtige Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung sieht das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vor, das am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist. Mit dem Gesetz sollen insbesondere spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind wichtige Schritte, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Dieser Ratgeber Pflege gibt Auskunft zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

1 Individuelle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit



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

1.1 Was ist die Pflegeversicherung?

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

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

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

Die Pflegeversicherung gibt den Pflegebedürftigen dabei 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 zum Beispiel pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung geben können. Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab. Den Rest tragen die Pflegebedürftigen selbst, ggf. auch direkte Angehörige oder – im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit – die Sozialhilfe. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilkostenversicherung“ bezeichnet. Im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Warum ist die Pflegeversicherung notwendig?

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

Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?

Rund 3,4 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten Leistungsempfängerinnen beziehungsweise Leistungsempfänger, rund 2,6 Millionen, erhalten ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 800.000 Menschen (Stand: Ende 2017).

Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart

3,4 Millionen Pflegebedürftige insgesamt		
davon zu Hause versorgt: 2,6 Millionen (76 %)		davon in Heimen vollstationär versorgt: 818.000 (24 %)
allein durch Angehörige: 1,76 Millionen Pflegebedürftige	zusammen mit/ durch ambulante(n) Pflegedienste(n): 830.000 Pflege- bedürftige	
	durch 14.100 ambulante Pflegedienste mit 390.300 Beschäftigten	in 14.500 Pflegeheimen ¹ mit 764.600 Beschäftigten

¹ Einschließlich teilstationärer Pflegeheime

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

1.2 Wer ist versichert?

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

a. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

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



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

nicht gestellt werden. Dies gilt zum Beispiel für Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte, Studierende und Rentnerinnen und Rentner. Wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, zum Beispiel weil er seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat, kann sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern (☑ siehe Kapitel 1.2 f. ab Seite 22).

b. Familienversicherte

Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen nicht höher ist als 445 beziehungsweise 450 Euro bei geringfügig Beschäftigten, sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Mit eingetragenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern sind hierbei die Lebenspartner einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft gemeint. Die im Rahmen der Familienversicherung Mitversicherten brauchen keine Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen.

c. Freiwillig Versicherte

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

d. Privat Versicherte

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

e. Versicherungspflicht für sonstige Personen

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

f. Weiterversicherung

Unter bestimmten Bedingungen besteht die Möglichkeit, sich auf Antrag als freiwillig Versicherte beziehungsweise Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung abzusichern, um den Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht dennoch aufrechtzuerhalten. Die beziehungsweise der Versicherte muss dafür in den vorherigen fünf Jahren mindestens 24 Monate oder in den vorherigen zwölf Monaten ununterbrochen Mitglied der sozialen Pflegeversicherung gewesen sein. Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich ebenfalls auf Antrag weiterversichern.

g. Eigenvorsorge / Zusatzversicherung

Warum ist Eigenvorsorge sinnvoll?

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

Pflegeversicherung nur die Grundversorgung absichert und die tatsächlichen Pflegekosten nicht selten höher ausfallen, ist eine zusätzliche private Vorsorge sinnvoll.

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.



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

- 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 Pflegetage- oder Pflegemonatsgeldversicherung, von der gegen Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflegetag beziehungsweise jeden Pflegemonat gezahlt wird. Dieser Geldbetrag wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten der Pflege vom Versicherer überwiesen.

Welche Pflege-Zusatzversicherungen werden staatlich gefördert?

Eine 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 Pflegegrade Leistungen vorsehen, für Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro im Monat.
- Es findet keine Gesundheitsprüfung statt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge sind ebenfalls nicht erlaubt.
- Es gilt Kontrahierungszwang. Die Versicherungsunternehmen müssen jede Person aufnehmen, die einen Anspruch auf die staatliche Zulage hat – dies sind volljährige Versicherte der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung, die nicht bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

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

1.3 Wie wird die Pflegeversicherung finanziert?

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

a. Beitragssatz

Wie hoch ist der Beitragssatz?

Der Beitragssatz liegt seit dem 1. Januar 2017 bei 3,05 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen bei 3,3 Prozent.

Wie wird die Finanzierung der Pflege nachhaltig gestärkt?

Seit dem 1. Januar 2015 werden die Einnahmen aus 0,1 Beitragsatzpunkten, derzeit jährlich rund 1,4 Milliarden Euro, in einen neu eingerichteten Pflegevorsorgefonds in Form eines Sondervermögens abgeführt, das die Bundesbank verwaltet. 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.

Wie hoch ist mein Beitrag als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer?

Arbeitnehmerinnen beziehungsweise Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen den Beitrag – ohne den Kinderlosenzuschlag – grundsätzlich zur Hälfte, also jeweils 1,525 Prozent. In Bundesländern, in denen zur Finanzierung der Pflegeversicherung die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fällt, vermindert worden ist (wie in Sachsen), haben grundsätzlich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den Beitrag in Höhe von 1 Prozent alleine zu tragen. Hier entfallen somit von den 3,05 Prozent Pflegeversicherungsbeitrag 2,025 Prozent auf die Arbeitnehmerin beziehungsweise den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern) und 1,025 Prozent auf den Arbeitgeber.

Beitragsverteilung

	Arbeit- nehmer	Kinderloser Arbeit- nehmer	Arbeitgeber
Bundesländer ohne Abschaffung eines Feiertages im o.g. Sinn	2,025 %	2,275 %	1,025 %
Übrige Bundesländer	1,525 %	1,775 %	1,525 %

Der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung ist abhängig vom Einkommen: Der Beitragssatz wird jeweils auf die - im Gesetz näher definierten - beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben (zur Beitragsbemessungsgrenze  siehe unter 1.3.c.)

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 2019 bei 3,3 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 Beitrageinzugsverfahrens. Die beitragsabführende Stelle (also zum Beispiel der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt oder die Versorgungswerke von den Versorgungsbezügen) behält den zusätzlichen Beitragsanteil in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten ein und führt diesen zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle ab.

Welche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder?

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

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



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

Wozu dient die Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit?

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

Müssen kinderlose Menschen mit Behinderungen den Beitragszuschlag zahlen?

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

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

Wird bei der Erhebung des Beitragszuschlags das Existenzminimum berücksichtigt?

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

c. Beitragsbemessungsgrenze

Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung?

Für die soziale Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2019 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 54.450 Euro im Jahr (4.537,50 Euro monatlich).

Rechengrößen der Sozialversicherung und Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) seit dem 1. Januar 2019 in Euro

	Jahr	Monat
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung – West	80.400	6.700
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung – Ost	73.800	6.150
Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	54.450	4.537,50
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – West	37.380	3.115
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – Ost	34.440	2.870
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	37.380	3.115
Geringfügigkeitsgrenze ¹		450

	Jahr	Monat
Grenze für Familienversicherung ohne geringfügige Beschäftigung		445
Grenze für Familienversicherung mit geringfügiger Beschäftigung		450
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder ²		31,67
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		138,40
SPV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland ³		15,83
SPV-Beitrag für Studierende		19,79
PPV-Beitrag für Studierende (bis 34 Jahre)		11,86
PPV-Höchstbetrag für Beamte		55,36
PPV-Beitrag für Ehegatten		207,60

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

2 Bemessungsgrundlage: 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße

3 Bemessungsgrundlage: 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße

Beitragssätze:

Rentenversicherung: 18,6 Prozent

Arbeitslosenversicherung: 2,5 Prozent

Pflegeversicherung: 3,05 Prozent

d. Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Der privaten Pflege-Pflichtversicherung gehören diejenigen an, die für den Krankheitsfall 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 (445 Euro beziehungsweise 450 Euro bei geringfügig Beschäftigten) ist eine Prämienvergünstigung vorgesehen worden, nach der für beide Ehegatten zusammen die Höchstprämie nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung betragen darf. Bei den späteren Neuzugängen gilt für die Dauer von fünf Jahren keine Prämienbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung und somit müssen sie – je nach Alter und Gesundheitszustand – unter Umständen erhöhte Prämien leisten. Außerdem gibt es auch keine Ehegattenermäßigung. Nach Ablauf der fünf Jahre darf die Prämie aber auch bei späteren Neuzugängen den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten.

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

Gibt es einen Basistarif in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

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

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

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

1.4 Wer ist pflegebedürftig?

a. Pflegebedürftigkeit

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

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

b. Antragstellung

Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?

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



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

Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

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

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

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

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

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 vollstationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2) anerkannt ist.

c. Voraussetzung für Leistungsansprüche

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

d. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

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

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



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

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



Was zählt, ist der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag alleine bewältigen kann. Die Begutachtung führt dadurch zu einer individuelleren Einstufung. Davon profitieren etwa an Demenz erkrankte Personen mit ihrem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf.

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

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

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

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

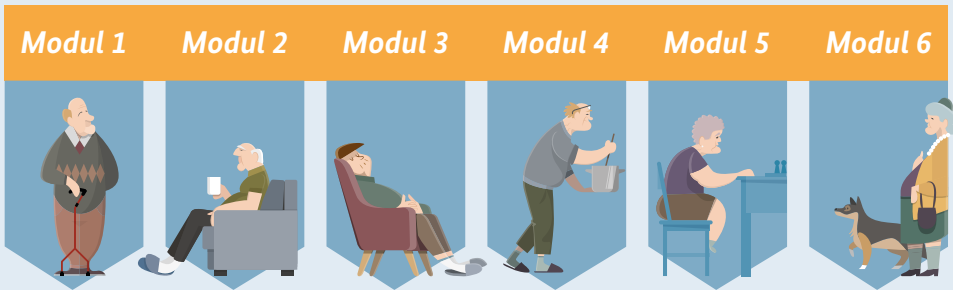
Modul 4 „Selbstversorgung“: Kann die Antragstellerin oder der Antragsteller sich zum Beispiel waschen und anziehen, kann sie oder er selbstständig die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?

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

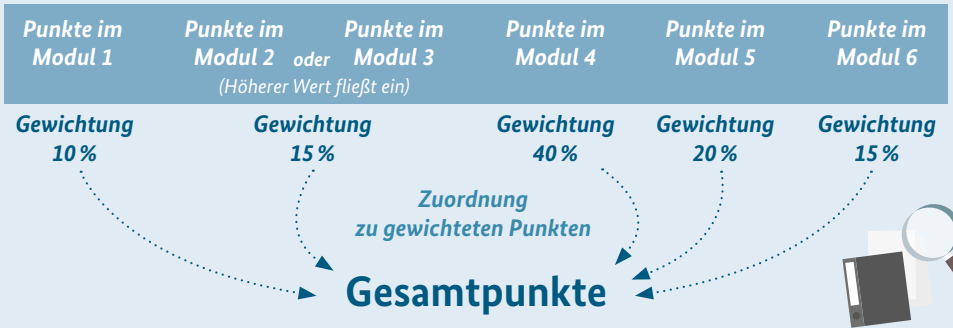
Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“: Kann die betroffene Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen?

So funktioniert die Berechnung der fünf Pflegegrade

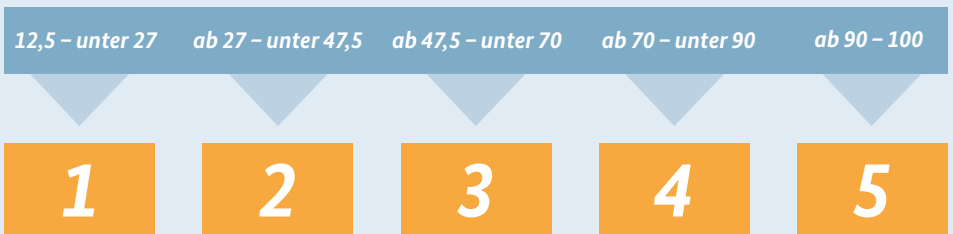
1. ERFASSUNG DER SELBSTSTÄNDIGKEIT UND DER FÄHIGKEITEN DER MENSCHEN IN SECHS LEBENSBEREICHEN



2. BERECHNUNG UND GEWICHTUNG DER PUNKTE



3. EINSTUFUNG IN EINEN DER FÜNF PFLEGEGRADE



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

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

Wie wird die Pflegebedürftigkeit von Kindern festgestellt?

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

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig. Damit auch diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden bei der Begutachtung die altersunabhängigen Bereiche wie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen. Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen.

e. Pflegegrade

Was zeichnet die Pflegegrade aus und wie sind sie gestaffelt?

Fünf Pflegegrade ermöglichen es, Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen unabhängig davon, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt sind, zu erfassen. Die Pflegegrade und damit auch der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen in den Begutachtungs-Richtlinien.

f. Ergänzende Unterlagen zum Leistungsbescheid**Welche Unterlagen werden zusammen mit dem Leistungsbescheid übersandt?**

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

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

Wie wird die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste sichergestellt?

Seit Juli 2013 gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Diese sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und sorgen für mehr Transparenz und Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsgeschehen. Geregelt werden insbesondere die allgemeinen Verhaltensgrundsätze für die Gutachterinnen und Gutachter bei der Durchführung der Begutachtung, die individuelle und umfassende Information der Versicherten über das Begutachtungsinstrument (auch in den Sprachen Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Russisch, Türkisch), eine Versichertenbefragung sowie das Beschwerdemanagement.

1.5 Pflegebedürftigkeit – was nun?

Gut zu wissen



Eine Checkliste

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken- / Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Selbstverständlich können das auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte für Sie übernehmen, wenn Sie sie dazu bevollmächtigen.
2. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten über die Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie über die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie können diese Liste bei der Pflegekasse auch anfordern, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen stellen.
3. Sie haben darüber hinaus einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse. Der Anspruch gilt auch für Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, sofern Sie zustimmen. Die Pflegekasse bietet Ihnen unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Leistungen einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung durchzuführen ist. Die Pflegekasse benennt Ihnen außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist. Möglich ist auch, dass Ihnen die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eingelöst werden kann.

Gut zu wissen

Auf Ihren Wunsch kommt die Pflegeberaterin beziehungsweise der Pflegeberater auch zu Ihnen nach Hause. Wenn es in Ihrer Region einen Pflegestützpunkt gibt, können Sie sich ebenso an diesen wenden. Näheres erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse.

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

4. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung anwesend zu sein.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege zu Hause längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen wollen.
7. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Pflege- und Betreuungsangebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

Gut zu wissen

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

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

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

2 Leistungen der Pflegeversicherung



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

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

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

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

Dynamisierung soll gewährleistet werden, dass die Pflegeleistungen an die Preisentwicklung angepasst werden. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz hat die Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal deutlich ausgeweitet.

2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?

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

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

Zur Unterstützung der häuslichen Pflege können auch teilstationäre Leistungen der Tages- oder Nachtpflege sowie vorübergehende vollstationäre Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden (☞ siehe Kapitel 2.2 a. und b. ab Seite 72).

a. Ambulanter Pflegedienst (Ambulante Pflegesachleistungen)

Was macht ein ambulanter Pflegedienst?

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

Dies sind vor allem:

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

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



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

Was sind ambulante Pflegesachleistungen und wie hoch sind diese?

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

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

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

* Pro Monat bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag

☐ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

Darüber hinaus kann auch der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat für Leistungen ambulanter Pflegedienste eingesetzt werden, um Unterstützung zu erhalten. In den Pflegegraden 2 bis 5 darf der Entlastungsbetrag jedoch nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung genutzt werden, also zum Beispiel für die Unterstützung beim morgendlichen Waschen. Hierfür stehen vielmehr die oben genannten Sachleistungen zur Verfügung. In Pflegegrad 1 hingegen darf der

Entlastungsbetrag auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der Selbstversorgung verwendet werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt „Entlastungsbetrag“  im Kapitel 2.1 f. ab Seite 59.

Welche Wahlmöglichkeiten haben Pflegebedürftige?

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

Welche Möglichkeiten bietet der Umwandlungsanspruch?

Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewandelt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt „Angebote zur Unterstützung im Alltag; Umwandlungsanspruch“  im Kapitel 2.1 g. ab Seite 61.

b. Pflegende Angehörige (Pflegegeld)

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

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

Wann wird Pflegegeld gezahlt?

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden (☑ siehe Kapitel 2.1 c. auf Seite 56).

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

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

Pflegegeld für häusliche Pflege

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

☑ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

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

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



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

c. Kombinationsleistung

Können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?

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

Durchgerechnet



Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

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

d. Einzelpflegekräfte

Was sind Einzelpflegekräfte?

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

Wie kommen Einzelpflegekräfte zum Einsatz?

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kraft besonders wirksam und

wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Zur Finanzierung der Einzelpflegekräfte können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

e. Verhinderungspflege (Urlaubsvertretung)

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

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

Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?

Wird die Verhinderungspflege von Personen sichergestellt, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatz-Pflegeperson (zum

Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.

Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und die in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten.

Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?

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

Durchgerechnet



Anteiliges Pflegegeld bei Verhinderungspflege

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

f. Entlastungsbetrag

Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag?

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr). Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Für welche Angebote kann der Entlastungsbetrag verwendet werden?

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die der oder dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
 - Leistungen der Kurzzeitpflege,
 - Leistungen der zugelassenen Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von
 - Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag
- entstehen.

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, handelt es sich insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auch um Hilfen bei der Haushaltsführung. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem ebenfalls für Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Das sind bestimmte Unterstützungsleistungen aus dem Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, zum Beispiel Hilfen beim Duschen oder Baden.

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag kann es sich je nach Ausrichtung der anerkannten Angebote um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegendе (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln. Nähere Informationen zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag sind auch im folgenden  Abschnitt g. dargestellt.

Um die Kostenerstattung für die entstandenen Aufwendungen zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, jeweils Belege eingereicht werden. Aus den eingereichten Belegen und dem Antrag auf Erstattung der Kosten muss dabei jeweils hervorgehen, im Zusammenhang mit welchen der oben genannten Leistungen (Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen ambulanter Pflegedienste oder / und Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag) den Pflegebedürftigen



Wer Unterstützungsangebote annimmt, kann den Alltag besser organisieren.

Eigenbelastungen entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden sollen. Soweit es sich um Leistungen der Tages- oder Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege handelt, entspricht es der Praxis der Pflegekassen, dass auch im Zusammenhang mit diesen Leistungen angefallene Kostenanteile für Unterkunft und Verpflegung aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden können.

**g. Angebote zur Unterstützung im Alltag; Umwandlungsanspruch
Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?**

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

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

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen,

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

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten zum Beispiel

- die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung,
- eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung,
- Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags,
- die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.

Die nach Landesrecht anerkannten Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. In der Regel sind die Angebote zur Unterstützung im Alltag ehrenamtlich geprägt.

Um eine Kostenerstattung für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu erhalten, kann insbesondere der Entlastungsbetrag (📌 siehe Kapitel 2.1 f. ab Seite 59) genutzt werden.

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

Ja, zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag können auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags, der vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, eingesetzt werden, soweit dieser nicht für den Bezug ambulanter Sachleistungen, die von Pflegediensten erbracht werden, verbraucht wird.

Auf diese Weise kann der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen zu einem gewissen Teil in einen Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag „umgewandelt“ werden. Daher wird dieser Anspruch Umwandlungsanspruch genannt.

Um eine entsprechende Kostenerstattung zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, Belege eingereicht und ein Kostenerstattungsantrag gestellt werden, aus denen hervorgeht, welche Eigenbelastungen den Pflegebedürftigen durch die Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten im Wege des Umwandlungsanspruchs erstattet werden sollen.

Im Rahmen der Kombinationsleistung (☑ siehe hierzu Kapitel 2.1 c. auf Seite 56) wird der umgewandelte Betrag so behandelt, als hätte man in Höhe dieses Betrags (ebenfalls) ambulante Sachleistungen bezogen. Nutzt man einen Teil seines ambulanten Sachleistungsbetrags für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes und einen anderen Teil des ambulanten Sachleistungsbetrags für den Umwandlungsanspruch, dann werden der Betrag der Sachleistung und der Umwandlungsbetrag zusammengerechnet. Ist damit der ambulante Pflegesachleistungsbetrag noch nicht vollständig verbraucht, kommt im Rahmen der Kombinationsleistung daneben auch noch ein anteiliges Pflegegeld in Betracht.

Im Hinblick auf die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit (☑ siehe hierzu Kapitel 4.1 b. ab Seite 122) bleibt es auch bei einer Nutzung des Umwandlungsanspruchs dabei: Pflegebedürftige, die Pflegegeld, aber keine ambulanten Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst beziehen, müssen je nach Pflegegrad halb- oder vierteljährlich einmal einen Beratungsbesuch abrufen.

Der Umwandlungsanspruch besteht neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag. Die beiden Ansprüche können daher auch unabhängig voneinander genutzt werden.

Durchgerechnet



Umwandlungsanspruch

Beispiel 1

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

Durchgerechnet



Umwandlungsanspruch

Beispiel 2

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 benötigt keine ambulanten Pflegesachleistungen durch einen Pflegedienst. Sie nimmt jedoch gerne das Betreuungsangebot einer Gruppe von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern in Anspruch, das als Angebot zur Unterstützung im Alltag eine Anerkennung nach dem geltenden Landesrecht erhalten hat. Daher wandelt sie 40 Prozent des in Pflegegrad 2 vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags von monatlich 689 Euro – also einen Betrag in Höhe von 275,60 Euro – im Rahmen des Umwandlungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch um, den sie für diese anerkannte Tagesbetreuung nutzt.

Der umgewandelte Betrag wird im Rahmen der Kombinationsleistung genauso behandelt, als hätte die Pflegebedürftige für diesen Betrag ambulante Pflegesachleistungen bezogen. Den ambulanten Sachleistungsbetrag in Pflegegrad 2 in Höhe von 689 Euro monatlich hat sie hier in Höhe von 275,60 Euro genutzt, also zu 40 Prozent. Damit verbleiben daneben noch 60 Prozent des Pflegegeldbetrags in Höhe von 316 Euro in Pflegegrad 2. Das sind 189,60 Euro anteiliges Pflegegeld.

Den halbjährlichen Beratungsbesuch, den sie als Pflegegeldempfängerin abrufen muss, muss die Pflegebedürftige auch bei der Nutzung des Umwandlungsanspruchs weiterhin abrufen, denn sie nutzt zwar den Leistungsbetrag, der für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, tatsächlich kommt zu ihr aber kein ambulanter Pflegedienst, um ambulante Sachleistungen bei ihr zu Hause zu erbringen.

h. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften; Wohngruppenzuschlag; Anschubfinanzierung für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen

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

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

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, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können

Gut zu wissen



Gründung einer Pflege-WG

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

in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 214 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Den Wohngruppenzuschlag können auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Diese müssen weder Pflegegeld noch ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag ist,

- dass die oder der Pflegebedürftige mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung lebt und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

- dass keine Versorgungsform, einschließlich teilstationärer Pflege, vorliegt, in der die Anbieterin beziehungsweise der Anbieter der Wohngruppe oder eine Dritte beziehungsweise ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Der Wohngruppenzuschlag wird den pflegebedürftigen Wohngruppenmitgliedern gewährt, um damit die oben beschriebene, durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft zu finanzieren.

Welche finanzielle Förderung gibt es bei Neugründungen?

Diejenigen, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben, können bei der Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung erhalten. Dieser Zuschlag wird zusätzlich zu den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt (👉 siehe Kapitel 2.1 k. ab Seite 70).

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

i. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)

Was bedeutet „Poolen“?

Pflegebedürftige können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ ge-

nannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-WGs verbessern und deren Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer WG ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die insbesondere hierdurch entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen.

j. Pflegehilfsmittel

Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?

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

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

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Pflegebedürftige aller Pflegegrade können Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder ihnen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen gibt eine Orientierung, welche Pflegehilfsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden.

Zu den Kosten für technische Pflegehilfsmittel muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt. Von den Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

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

k. Zuschüsse zur Wohnungsanpassung

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

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

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



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

Durchgerechnet



Wohnungsanpassung in einer Pflege-WG

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

Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?

Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss zu verschiedenen Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem wird der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, finanziell unterstützt sowie der feste Einbau bestimmter technischer Hilfen. 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 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege – welche Möglichkeiten gibt es?

Neben den in Kapitel 2.1 beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung, die der Pflege zu Hause unmittelbar zugutekommen, gibt es weitere Leistungen, die die häusliche Pflege begleitend unterstützen können.

a. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)

Wann kommt eine teilstationäre Versorgung in Betracht?

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

Teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege

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

* Pro Monat bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag

☐ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96

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

Welche Leistungen gibt es?

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

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

Außerdem übernimmt die Pflegeversicherung in teilstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten von sogenannten zusätzlichen Betreuungskräften für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen dort (☑ siehe hierzu Kapitel 2.3 d. auf Seite 81).

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

Weitere Informationen zur Finanzierung von Tages- und Nachtpflege finden Sie außerdem auch im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ (siehe ☑ Kapitel 2.1 f. ab Seite 59).

b. Vorübergehende vollstationäre Versorgung (Kurzzeitpflege)

Wozu dient die Kurzzeitpflege?

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von

Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen. Als Leistung der Pflegeversicherung kann die Kurzzeitpflege ab dem Pflegegrad 2 insbesondere dann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn die Pflegeperson in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen.

Liegt keine Pflegebedürftigkeit vor oder ist keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgestellt, gibt es unter bestimmten Voraussetzungen Kurzzeitpflege zudem als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39c SGB V).

Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?

Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat, also bis zu 1.500 Euro pro Jahr, einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

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

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

Weitere Informationen zur Finanzierung von Kurzzeitpflege finden Sie auch im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ (siehe  Kapitel 2.1 f. ab Seite 59).

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

Ja. In begründeten Einzelfällen kann Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten. Voraussetzung ist, dass die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

2.3 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?

a. Vollstationäre Versorgung

Welche Leistungen erhalten Versicherte?

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

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

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

☐ Alle Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick ab Seite 96



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

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

Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt?

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

Seit dem 1. Januar 2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** für die Pflegegrade

2 bis 5. Das heißt, Betroffene im Pflegegrad 5 zahlen für die Pflege genauso viel zu wie Betroffene im Pflegegrad 2. Der pflegebedingte Eigenanteil unterscheidet sich nur noch von Einrichtung zu Einrichtung.

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

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

b. Heimtypen

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.



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

- 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 2.5 ab Seite 84).

c. Medizinische Versorgung von Heimbewohnern

Wie wird die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sichergestellt?

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

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

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

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

Pflegeheime können eine Ärztin oder einen Arzt anstellen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht von den



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

niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umgebung sicher gestellt werden kann und das Pflegeheim bei der Kassenärztlichen Vereinigung zuvor erfolglos einen Antrag auf Vermittlung eines Kooperationsvertrages mit niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten gestellt hat. Heimärztinnen beziehungsweise -ärzte verteuern die Pflege im Heim nicht. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.

d. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Jede pflegebedürftige Person hat seit dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Einrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehen. Menschen in der stationären Pflege wird durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie ein besseres Teilnehmen am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Die Kosten für diese Leistungen werden im vollen Umfang von der Pflegeversicherung getragen, indem sogenannte zusätzliche Betreuungskräfte finanziert werden. Die Zahl der sogenannten zusätzlichen

Betreuungskräfte, die die zusätzliche Betreuung und Aktivierung leisten, ist seit 2013 aufgrund gesetzlicher Verbesserungen deutlich gestiegen.

2.4 Welche Leistungen gibt es für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1?

Seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 werden in den neuen Pflegegrad 1 Menschen eingestuft, die geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten haben. Dies betrifft zumeist Menschen mit geringen körperlichen Beeinträchtigungen, zum Beispiel aufgrund von Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen. Dadurch, dass für diese Menschen bereits bei geringeren Beeinträchtigungen bestimmte Leistungen zur Unterstützung, Beratung und Schulung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen zur Verfügung gestellt werden, werden früher als bisher Möglichkeiten geschaffen, die Selbstständigkeit zu erhalten oder wieder zu verbessern. Durch die Einführung des Pflegegrades 1 wurde der Kreis der Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, deutlich erweitert.

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

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben daher Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung, mit der bereits frühzeitig auf die konkrete Situation der Betroffenen eingegangen werden kann. Hierfür können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die

Beratungsangebote ihrer Pflegekasse oder ihres privaten Versicherungsunternehmens nutzen oder das Beratungsangebot in einem nahe gelegenen Pflegestützpunkt. Darüber hinaus können sie einmal je Halbjahr einen Beratungseinsatz durch eine hierfür zugelassene Pflegefachkraft – beispielsweise von einem ambulanten Pflegedienst – in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Insbesondere für die pflegenden Angehörigen besteht ferner die Möglichkeit, kostenfrei an einem Pflegekurs teilzunehmen.

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

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

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim, erhalten sie von der Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. In teil- und vollstationären Einrichtungen haben sie wie alle Versicherten außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Auch die Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung stehen bei Pflegegrad 1 zur Verfügung.

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

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

Wo können Schwerstkranke versorgt werden?

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

Wie wird die Versorgung schwerstkranker Menschen verbessert?

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

Zu den wesentlichen Neuerungen zählt der neu geschaffene Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten nun bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützen. Dabei sollen sie auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebens-

phase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Wie wird eine gute hospizliche Versorgung gewährleistet?

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

Wie wird die ambulante Versorgung gestärkt?

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

Was hat sich in der stationären Versorgung verbessert?

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

Weiter wurde durch das Gesetz die Grundlage dafür geschaffen, dass in stationären Pflegeeinrichtungen künftig eine **Beratung zur Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase** angeboten werden

kann. Es geht darum, Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern die Möglichkeit zu geben, sich durch Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, mit qualifizierten nicht ärztlichen Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern und mit ihren nächsten Angehörigen umfassend über bestehende Angebote zu informieren, bevor sie zum Beispiel eine Patientenverfügung verfassen und detailliert über ihre künftige persönliche medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung entscheiden. Ziel ist es, die Strukturen so zu verändern, dass gründlich überlegte und aussagekräftige Vorausplanungen in Klinik und Praxis auch zuverlässig wahrgenommen werden und Beachtung finden.

2.6 Wie werden ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfe in der Pflege gefördert?

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen stellt die Pflegeversicherung Fördermittel bereit für

- den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag,
- den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag kann es sich hier um ehrenamtlich geprägte Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen gezielt in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln.



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

Gefördert werden können außerdem sogenannte Initiativen des Ehrenamts, also Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben, und entsprechende ehrenamtliche Strukturen.

Fördermittel der Pflegeversicherung gibt es ebenfalls für die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen, in denen sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung verschiedene Akteure zusammenfinden, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind. An einer solchen geförderten strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken können sich in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet auch organisierte Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen beteiligen.

Wertvolle Hilfe und Anregungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben zudem insbesondere auch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Unter Selbsthilfegruppen werden dabei freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorien-

tierte Zusammenschlüsse von Personen verstanden, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung – auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlich tätiger und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen – die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit Mitteln in Höhe von fünfzehn Cent pro Versichertem und Jahr zu fördern, insgesamt also mit circa zwölf Millionen Euro pro Jahr. Seit dem 1. Januar 2019 gibt es außerdem Erleichterungen bei der Förderung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Ferner besteht grundsätzlich nun auch die Möglichkeit, bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern.

Des Weiteren haben zugelassene Pflegeeinrichtungen das Recht, ehrenamtlich Engagierten, die sie bei der allgemeinen Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen unterstützen, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen und Schulungen anzubieten. Hierfür anfallende zusätzliche Aufwendungen werden in den Vergütungen der Einrichtungen durch die Pflegekassen berücksichtigt.

Darüber hinaus können Personen, die sich für eine ehrenamtliche Pflegetätigkeit interessieren, auch kostenlos an den Pflegekursen der Pflegekassen teilnehmen. Wer sich ehrenamtlich in der Pflege engagiert, erhält also Unterstützung von den Pflegekassen.

2.7 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 Krankheits-

fall 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). 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. Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können.

Wann und wo besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege?

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten. Der Haushaltsbegriff ist jedoch breiter: Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und bei erhöhtem Pflegebedarf ebenso in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erbracht werden. Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht. Ausnahmsweise kann medizinische Behandlungspflege Versicherten in Pflegeheimen verordnet werden, die auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dies trifft dann zu, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist, weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich sind.

Welchen Anspruch haben pflegebedürftige Menschen ohne Pflegeeinstufung oder mit Pflegegrad 1?

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke hat das Krankenhausstruk-

turgesetzt mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt geschlossen. Es wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der Krankenkassen eingeführt.

Seit dem 1. Januar 2016 haben Versicherte für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden. Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht ein Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612 Euro. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgestellt ist.

Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhausentlassung?

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

Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, wenn sie dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, und für alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 sowie für Menschen mit Behinderungen mit dem Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) in ihrem Schwerbehindertenausweis werden Taxifahrten zu einer ambulanten Behandlung einfacher. Sie gelten mit der ärztlichen Verordnung als genehmigt.

2.8 Wie werden Rehabilitation und Prävention gefördert?

Wie wichtig ist Prävention?

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Es geht darum, dass die Menschen zukünftig nicht nur immer älter, sondern auch gesünder alt werden. Vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen häufig vorkommen, wie etwa Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels und Demenz, können 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. Diesbezüglich stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informationen auf den Internetseiten www.gesund-aktiv-aelter-werden.de und www.aelter-werden-in-balance.de zur Verfügung. Des Weiteren sind ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol und Medikamenten sowie das Nichtrauchen wichtige Bestandteile einer gesunden Lebensführung auch in älteren Jahren.

Beim Umgang mit Medikamenten ist ein besonderes Augenmerk auf starke Schmerzmittel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel zu richten, die bei unsachgemäßem Gebrauch zu Abhängigkeiten führen können. Besonders gefährlich ist die Kombination von Alkohol und Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder Antidepressiva.

Informationen zur Gesundheit älterer Menschen finden sich auf der Internetseite der BZgA: www.bzga.de/infomaterialien/gesundheit-aelterer-menschen/

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

Informationen und Handlungsempfehlungen zu Sucht im Alter finden sich auf der Internetseite des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg unter: www.alter-sucht-pflege.de/

Wie werden Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert?

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

Im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gewinnen die Gutachterinnen und Gutachter einen Eindruck der Lebenssituation sowie der Lebensführung der älteren Personen und können daher auch Empfehlungen zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen geben. Mit dem Begutachtungsinstrument, durch das seit dem 1. Januar 2017 die Einstufung in einen der Pflegegrade erfolgt, kann dies auf noch besserer Grundlage geschehen. Im Mittelpunkt steht die individu-



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

elle Situation der pflegebedürftigen Person. Wie kommt sie in ihrem Alltag zurecht? Gibt es Hilfsmittel, die ihr das Leben erleichtern können? Kann das Wohnumfeld verbessert werden? Um eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern, können direkt im Gutachten Rehabilitationsmaßnahmen und präventive Maßnahmen empfohlen werden, die mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person zum Beispiel direkt als Antrag für Hilfsmittel gewertet und an die Pflegekasse weitergeleitet werden. Das ist eine spürbare Vereinfachung für die Pflegebedürftigen.

Mit dem Präventionsgesetz wurden die Pflegekassen 2016 zudem erstmals dazu verpflichtet, spezifische Leistungen zur Prävention in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Der „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes nennt dazu etwa die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Hierzu sollen die Pflegekassen im Jahr 2019 einen Betrag von circa 23 Millionen Euro ausgeben. Für pflegende Angehörige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten der Krankenkassen zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, wurde die Möglichkeit geschaffen, diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrzunehmen. Hierfür hat sich der tägliche Zuschuss von der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung auf bis zu 16 Euro täglich erhöht.

Wozu dienen Bonuszahlungen für Pflegeheime?

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

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

Welchen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsaufenthalte haben pflegende Angehörige?

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

Außerdem sollen pflegende Angehörige bei einer eigenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme aber auch die Möglichkeit haben, die pflegebedürftige Person mitzunehmen. Denn oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn die



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

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

Pflegende Angehörige erhalten leichter Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen. Wenn die pflegebedürftige Person gleichzeitig in der Rehaeinrichtung betreut werden kann, übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Andernfalls müssen Kranken- und Pflegekasse die Betreuung organisieren.

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

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich ¹	–	
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ¹	–	
Verhinderungspflege²			
durch nahe Angehörige ³	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	–	
durch sonstige Personen ⁴		–	
Kurzzeitpflege⁵			
	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁶	–	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege			
	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	–	
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege⁷			
	Leistungsbetrag von bis zu € monatlich	125	
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen			
	€ monatlich	214	

Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
316	545	728	901
689	1.298	1.612	1.995
474 (1,5-Faches von 316)	817,50 (1,5-Faches von 545)	1.092 (1,5-Faches von 728)	1.351,50 (1,5-Faches von 901)
1.612	1.612	1.612	1.612
1.612	1.612	1.612	1.612
689	1.298	1.612	1.995
125	125	125	125
214	214	214	214

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	125	
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40	
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁸	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)	–	
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen⁹	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	–	

Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
770	1.262	1.775	2.005
10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich			
40	40	40	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)			
156,44 (144,13)	249,14 (229,54)	405,57 (373,67)	579,39 (533,82)
38,94 (35,88)	38,94 (35,88)	38,94 (35,88)	38,94 (35,88)

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung ¹⁰	160,94	
	Pflegeversicherung	31,67	
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung		bis zu 10 Arbeitstage	

- 1 Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.
- 2 Während der Verhinderungspflege wird für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 3 Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten und so weiter) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe Fußnote 4) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- 4 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.
- 5 Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 6 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
160,94	160,94	160,94	160,94
31,67	31,67	31,67	31,67
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			

- 7 Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch).
- 8 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat.
- 9 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltsatzleistung hatte.
- 10 Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 0,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen,	x	x
• auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mit berücksichtigt (Fallmanagement);	x	
• frühzeitige Pflegeberatung (nach Eingang von Anträgen auf Leistungen bietet die Pflegekasse von sich aus eine Pflegeberatung an, die zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen soll), auf Wunsch auch bei der bzw. dem Pflegebedürftigen zu Hause;	x	x
• pflegende Angehörige können mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten;	x	
• Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann	x	x
Pflegeberatung kann auf Wunsch auch durch wohnortnahe Pflegestützpunkte erfolgen, soweit diese in der Region eingerichtet sind	x	x
Übersendung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit und einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an den Versicherten	x	x

Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet:		
• Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	x	x
• Angebote zur Unterstützung im Alltag	x	
• Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
• Informationen über Integrierte Versorgungsverträge / Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck.		
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	x	x
Vergütungszuschläge durch die Krankenversicherung an Pflegeeinrichtungen (PE) für (zusätzliche) Fachkraftstellen im Zusammenhang mit dem Aufwand für medizinische Behandlungspflege (Sofortprogramm Pflege); PE mit bis zu 40 Bewohnern für eine halbe Pflegestelle, mit 41 bis 80 Bewohnern für eine Pflegestelle, mit 81 bis 120 Bewohnern für eineinhalb und mit mehr als 120 Bewohnern für zwei Pflegestellen zusätzlich		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für eine deutliche Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x

3 Pflege von Angehörigen zu Hause



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

3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert?

a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)

Was ist Pflegegeld und wer bekommt es?

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Diese wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn sie durch Angehörige erfolgt. Das Pflegegeld wird nicht direkt an die Pflegeperson gezahlt, sondern an die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen. Sie oder er kann das Geld als finanzielle Anerkennung an pflegende Angehörige weitergeben (☞ siehe Kapitel 2.1 b. ab Seite 53).

b. Soziale Absicherung der Pflegeperson

Wer gilt als Pflegeperson?

Eine Pflegeperson im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung ist eine Person, die eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung pflegt. Seit dem 1. Januar 2017 gilt: Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der

Woche, pflegt, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Hierbei handelt es sich um Leistungen in Bezug auf die Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung, die im Folgenden näher erläutert werden.

Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen?

Die Pflegeversicherung zahlt für Pflegepersonen Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson¹ regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden. Die Höhe der Beiträge richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart (nur Pflegegeldbezug, Bezug der Kombinationsleistung oder voller Bezug der ambulanten Pflegesachleistungen).

Die Pflegekasse zahlt Rentenversicherungsbeiträge zwischen 109,51 und 579,39 Euro monatlich (Werte 2019 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 100,89 und 533,82 Euro monatlich (Werte 2019 – neue Bundesländer). Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 588,74 und 3.115,00 Euro monatlich (Werte 2019 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 542,43 und 2.870,00 Euro monatlich (Werte 2019 – neue Bundesländer) erhalten. Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 5,82 und 30,78 Euro (Wert: 1. Januar 2019 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 5,57 und 29,45 Euro (Wert: 1. Januar 2019 – neue Bundesländer).

Ist die Pflegeperson unfallversichert?

Ja, wer als Pflegeperson¹ einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Erfasst sind dabei die Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung selbst als pflegerische Maßnahmen berücksichtigt werden, sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung. Ebenso besteht Unfallversicherungsschutz auf dem direkten Hin- und Rückweg zum Ort der Pflegetätigkeit, wenn die oder der Pflegebedürftige in einer anderen Wohnung als die Pflegeperson wohnt.

¹ Gemeint sind Pflegepersonen, die Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung haben im Sinne der Definition unter „Wer gilt als Pflegeperson?“  siehe Seite 105.

**Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen
für Pflegepersonen seit dem 1. Januar 2019:**

Pflegegrad des Pflege- bedürftigen	Art der bezogenen Leistung	Beitragshöhe in Euro pro Monat	
		West	Ost
2	Geldleistung	156,44	144,13
	Kombinations- leistung	132,97	122,51
	Volle ambulante Sachleistung	109,51	100,89
3	Geldleistung	249,14	229,54
	Kombinations- leistung	211,77	195,11
	Volle ambulante Sachleistung	174,40	160,68
4	Geldleistung	405,57	373,67
	Kombinations- leistung	344,74	317,62
	Volle ambulante Sachleistung	283,90	261,57
5	Geldleistung	579,39	533,82
	Kombinations- leistung	492,48	453,75
	Volle ambulante Sachleistung	405,57	373,67

Wann sind Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert?

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

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

c. Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Verhinderungspflege)

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

Wenn die Pflegeperson zum Beispiel wegen Urlaub oder Krankheit die beziehungsweise den Angehörigen vorübergehend nicht pflegen kann, zahlt die Pflegekasse eine notwendige Ersatzpflege für pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 im Rahmen der Verhinderungspflege (☑ siehe Kapitel 2.1 e. ab Seite 57). Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Pflegeperson bereits seit mindestens sechs Monaten die Pflege übernommen hat. Der Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Weitere Alternativen zur Erholung beziehungsweise Entlastung der Pflegenden sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (☑ siehe Kapitel 2.2 a. und 2.2 b. ab Seite 72). Bei der Inanspruchnahme der

² Gemeint sind Pflegepersonen, die Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung haben im Sinne der Definition unter „Wer gilt als Pflegeperson?“ (☑ siehe Seite 105)



Auch Pflegende brauchen Urlaub. Sie sollten ihre Belastungsgrenze nicht ignorieren.

Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen und bei der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt.

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

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

d. Pflegekurse für Angehörige

Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause?

Die Pflegekassen haben für Personen, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und -einrichtungen, 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 beziehungsweise des Pflegebedürftigen statt.

Darüber hinaus werden bei Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieherinnen häusliche Beratungseinsätze durchgeführt. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen diese regelmäßig in Anspruch nehmen (☞ siehe Kapitel 4.1 b. ab Seite 124). Pflegebedürftige, die Pflegeleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, können halbjährlich einmal ebenfalls einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Außerdem dürfen auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 halbjährlich einmal einen solchen Beratungsbesuch abrufen.

3.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert?

a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz

Was ist Pflegezeit?

Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase. Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekin-

der, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

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

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



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

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

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

Kann die Pflegezeit auch mit der Familienpflegezeit kombiniert werden?

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

Besteht während der Pflegezeit Kündigungsschutz?

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

Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozialversichert?

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

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

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

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

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

Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten?

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

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

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

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

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Was ist Familienpflegezeit?

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

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



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

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

Können auch Beamtinnen und Beamte Pflegezeit und Familienpflegezeit nehmen?

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

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

Besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz?

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

Sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit sozialversichert?

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

Wie sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit finanziell abgesichert?

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

Gut zu wissen



Kombination von Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz

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



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

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

Wird die beziehungsweise der nahe Angehörige einer oder eines Beschäftigten akut pflegebedürftig, besteht das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für die betroffene Person eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

Als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt bei einer „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ im Sinne des vorstehenden Abschnitts c, können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten derselben beziehungsweise desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen der oder des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit der beziehungsweise des Angehörigen (außer gegebenenfalls bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber) auch bei der Pflegekasse oder beim privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen. Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

4 Beratung im Pflegefall



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

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?

a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Wer hat Anspruch auf Pflegeberatung?

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

Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

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

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

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

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

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater müssen gegebenenfalls auch über Angebote und Leistungen der Pflegeversicherung informieren, die die Pflegepersonen, also insbesondere pflegende Angehörige, 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 vor.

Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?

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

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



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

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

Was passiert bei Problemen?

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

Was sind Pflegestützpunkte?

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

b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Wer muss und wer kann Beratungseinsätze in Anspruch nehmen?

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegegraden 2 und 3 zudem einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungsbetrag, der für ambulante Pflegesachleistungen durch Pflegedienste vorgesehen ist, allein für die Inanspruchnahme von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag verwendet wird (im Rahmen des Umwandlungsanspruchs). Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

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

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

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

Welche Beratung gibt es bei der Palliativversorgung Schwerstkranker?

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

5 Qualität und Transparenz in der Pflege



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

5.1 Wie wird die Qualität in der Pflege sichergestellt?

a. Expertenstandards

Wie werden Qualitätsstandards für Pflegeheime und Pflegedienste festgelegt?

Um die Qualität in der Pflege für Pflegebedürftige und Angehörige zu verbessern, werden auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Verfahren (einschließlich Erprobungen) sogenannte Expertenstandards entwickelt. Sie konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem jeweils wichtigen 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 zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Ein Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ ist in Vorbereitung. Verbraucherfreundliche Darstellungen der Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (Maßnahmen zur Vorbeugung eines Druckgeschwürs) und zur Sturzprophylaxe sind unter folgendem Link zu finden: www.biva.de/publikationen

b. Qualitätsprüfungen

Was wird bei den Qualitätsprüfungen kontrolliert?

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

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

Werden die Prüfungstermine vorher angekündigt?

Alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste werden regelmäßig einmal im Jahr (Regelprüfung) vom MDK, vom Prüfdienst der PKV oder von einer beziehungsweise einem beauftragten Sachverständigen geprüft.

Abweichend davon kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist.

Grundsätzlich werden alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Oktober 2019 unangemeldet durchgeführt. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Letzteres gilt ab 1. November 2019 auch für stationäre Pflegeeinrichtungen, sofern diese ihren neuen gesetzlichen Verpflichtungen zur regelmäßigen und systematischen Erfassung und Übermittlung von Qualitätsdaten nachkommen.



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

Gibt es zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden?

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

Zudem können die Landesverbände der Pflegekassen bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Abrechnungsverhalten, selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige Abrechnungsprüfungen durchführen.

c. Prüfinstanzen

Was ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)?

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

Was ist der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)?

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

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

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

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

Welche Rolle spielt die Heimaufsicht?

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

d. Veröffentlichung von Prüfergebnissen**Was leisten Transparenzberichte?**

Bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung können die Ergebnisse der Qualitätsprüfung der jeweiligen Pflegeeinrichtung eingesehen werden. Sie werden, so ist es gesetzlich vorgeschrieben, in sogenannten Transparenzberichten verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffent-

licht, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt. Die Transparenzberichte sollen auch in den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, mit dem Datum der letzten MDK-Prüfung oder des Prüfdienstes der PKV, mit einer Zusammenfassung der aktuellen Prüfergebnisse sowie mit einer Einordnung des Prüfergebnisses ausgehängt werden.

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

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

In Pflegeheimen werden vier Teilbereiche untersucht:

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

Bei ambulanten Pflegediensten werden Teilnoten in drei Bereichen vergeben:

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

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

Die vergebenen Pfl egenoten sind auf folgenden Internetseiten abrufbar:

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

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter:

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

Wie geht es mit den Qualitätsprüfungen und Transparenzvereinbarungen weiter?

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



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

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

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

Die neuen Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität sollen ab dem Jahr 2019 wirksam werden. Mit dem zum 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde daher bestimmt, dass das neue System der Qualitätsprüfung und -darstellung in der vollstationären Pflege ab dem 1. Oktober 2019 verpflichtend eingeführt wird.

e. Verfahren bei Qualitätsmängeln

Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Qualitätsmängeln?

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

Kann Pflegeheimen gekündigt werden?

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

f. Abrechnungsprüfungen

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

Eine zentrale Rolle bei der Aufdeckung von Abrechnungsbetrug nehmen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein, die infolge des GKV-Modernisierungs-

gesetzes von 2003 bei Krankenkassen, Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet wurden.

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

5.2 Pflegeeinrichtungen: mehr Personal – weniger Bürokratie

a. Zusätzliche Betreuungskräfte

Wie wurde die Betreuung in der stationären Pflege verbessert?

Für mehr Qualität in der stationären Pflege sorgt eine verbesserte Betreuungsrelation bei den sogenannten zusätzlichen Betreuungskräften, die mit den Pflegebedürftigen spazieren gehen, Gespräche führen oder ihnen vorlesen – und damit dazu beitragen, dass Versicherte, die voll- oder teilstationär gepflegt werden, mehr Zuwendung erhalten und besser am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz ist das Verhältnis von Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte und Anzahl an Pflegebedürftigen von 1 zu 24 auf 1 zu 20 angehoben worden. Damit konnte die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mittlerweile deutlich erhöht werden; ein Pflegeheim mit 100 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und



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

Bewohnern kann daher fünf zusätzliche Kräfte für diese Aufgabe vorhalten. Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch diese zusätzlichen Betreuungskräfte haben Versicherte aller Pflegegrade. Die Kosten für dieses zusätzliche Betreuungspersonal werden vollumfänglich durch die Pflegekassen getragen.

b. Bürokratieabbau

Wie wird die Pflegedokumentation vereinfacht?

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

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

Nachdem sich das Strukturmodell in einem umfassenden Praxistest bewährt hatte, erfolgte seit Anfang 2015 die bundesweite Einführung. Das Projekt wurde vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Einrichtungen- und Kostenträger sowie der Kommunen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Prüfdienst der PKV), den Pflegeberufsverbänden sowie den Bundesländern durchgeführt. Bis zum November 2017 hatte sich knapp die Hälfte (47,3 Prozent) der Pflegeeinrichtungen an dem Entbürokratisierungsprojekt beteiligt. Die Arbeit an der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wird seit November 2017 unter Federführung der Leistungbringerverbände fortgeführt.

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

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

über die stationäre Versorgung zwischen den Vertragspartnern gemeinsam festgelegt, sondern auch die zu erbringende Leistung und ihre Qualitätsmerkmale.

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

d. Bezahlung der Pflegekräfte

Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?

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

- **Pflegemindestlohn:** In der Altenpflege gilt bereits seit dem 1. August 2010 ein Mindestlohn, der derzeit 11,05 Euro in den alten beziehungsweise 10,55 Euro in den neuen Bundesländern beträgt und damit über dem allgemeinen Mindestlohn liegt. Er gilt für die Beschäftigten in den Pflegeberufen sowie für die zusätzlichen Betreuungskräfte, soweit sie mindestens 25 Prozent der vereinbarten Arbeitszeit gemeinsam mit den Bezieherinnen und Beziehern von Pflegeleistungen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig werden. Der Pflegemindestlohn sorgt für eine untere Grenze in der Bezahlung für Menschen, die im Pflegebereich arbeiten, und verhindert damit Lohndumping. Ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt oder eine ambulante Wohngemeinschaft, so gilt der allgemeine Mindest-

lohn. Es ist aber wichtig, darauf hinzuweisen, dass Altenpflegefachkräfte regelmäßig deutlich höhere Löhne als den Mindestlohn erhalten.

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



Der Pflegemindestlohn liegt mit 11,05 Euro in den alten beziehungsweise 10,55 Euro in den neuen Bundesländern über dem allgemeinen Mindestlohn.

6 Glossar – wichtige Begriffe zum Nachschlagen



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

Ambulante Pflegesachleistung

Pflegebedürftige, die weiterhin zu Hause leben, können einen zugelassenen professionellen Pflegedienst engagieren und erhalten dann die sogenannten ambulanten Pflegesachleistungen. Diese werden auch häusliche Pflegehilfe genannt. Dazu zählen:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie zum Beispiel Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, wie zum Beispiel Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld (beispielsweise bei der Orientierung, der Tagesstrukturierung, der Kommunikation oder bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag),
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Reinigen der Wohnung oder Einkaufen für den täglichen Bedarf.

Die ambulanten Pflegesachleistungen können jeweils entsprechend der individuellen Pflegesituation bedarfsgerecht zusammengestellt werden.

Die Leistungsbeträge der  **Pflegeversicherung** für die Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen eines Pflegedienstes betragen seit dem 1. Januar 2017 monatlich im Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, im Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, im Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro und im Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können ihren Anspruch auf den  **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen von  **ambulanten Pflegediensten** im Sinne der oben genannten ambulanten Sachleistungen einschließlich Leistungen der sogenannten Selbstversorgung einsetzen. Unter Leistungen im Bereich der Selbstversorgung versteht man dabei bestimmte körperbezogene Pflegemaßnahmen, vor allem in Bezug auf Ernährung und Körperpflege, zum Beispiel Hilfen beim Duschen oder Sich-Waschen.

Ambulanter Pflegedienst

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

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

Häusliche Pflegehilfe als Sachleistung, dazu gehören:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie zum Beispiel Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, wie zum Beispiel Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld (beispielsweise bei der Orientierung, der Tagesstrukturierung, der Kommunikation oder bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag),
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Reinigen der Wohnung oder Einkaufen für den täglichen Bedarf,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen.

Ambulante Pflegedienste bieten auch Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten.

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

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

Angebote zur Unterstützung im Alltag

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

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

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag benötigen eine Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht durch die hierfür zuständige Landesbehörde.

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

Zur Finanzierung der Unterstützungsleistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag können im Rahmen der Pflegeversicherung der  **Entlastungsbeitrag** und gegebenenfalls der  **Umwandlungsanspruch** genutzt werden.

Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen

Bei der Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe kann eine Anschubfinanzierung für die Wohngruppe infrage kommen als Leistung der Pflegeversicherung – neben dem  **Wohngruppenzuschlag** in Höhe von 214 Euro im Monat, den Pflegebedürftige aus der  **Pflegeversicherung** erhalten, wenn sie gemeinsam eine Person in einer ambulant betreuten Wohngruppe für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten oder zur Unterstützung der Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung beauftragen. Die Anschubfinanzierung beträgt bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftige Person, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe, und ist für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung bei Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe gedacht. Nähere Auskünfte hierzu erhält man auf Anfrage bei den Pflegekassen.

Begutachtung (Pflegeversicherung)

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

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

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

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

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

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

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

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

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags

oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an die Antragstellerin oder den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu verantworten hat oder wenn sich die antragstellende Person in vollstationärer Pflege befindet und bereits erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 2) vorlagen.

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

Beitragssatz

Seit dem 1. Januar 2019 beträgt der Beitragssatz in der sozialen  **Pflegeversicherung** 3,05 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen 3,3 Prozent.

Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit

Pflegebedürftige, die  **Pflegegeld** beziehen, müssen bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich sowie bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige, die  **ambulante Pflege-sachleistungen** von einem Pflegedienst in Anspruch nehmen, und Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch, diese Beratungsbesuche einmal halbjährlich abzurufen. Diese Beratungsbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Die Beratungseinsätze sind in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchzuführen. Dies kann je nach der Pflegesituation der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde.

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

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

Betreuungsdienste

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

Mit der Umsetzung des Modellprojektes wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) beauftragt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das IGES Institut Berlin.

Das Modellvorhaben wurde erfolgreich abgeschlossen. Die Ergebnisse des Modellvorhabens zeigen unter anderem auf, dass die ambulanten Betreuungsdienste einen wichtigen und wertvollen Beitrag zur Professionalisierung von Betreuung und Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich leisten.

Um die ambulanten Angebote von Betreuung und Hauswirtschaft weiter und verstärkter auf- und auszubauen, sieht der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) die Einführung von Betreuungsdiensten als zugelassene Leistungserbringer im System der sozialen Pflegeversicherung vor.

Zum Redaktionsschluss waren die parlamentarischen Beratungen zu diesem Gesetzentwurf noch nicht abgeschlossen; das Ergebnis dieser Beratungen bleibt daher abzuwarten.

Demenz

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

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

Demenzerkrankungen können eine Vielzahl von Ursachen haben. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen primären und sekundären Formen der Demenz. Letztgenannte sind Folgeerscheinungen von anderen, meist außerhalb des Gehirns angesiedelten Grunderkrankungen wie zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzuständen und chronischen Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente. Diese Grunderkrankungen sind behandel- oder zum Teil sogar heilbar. Somit ist häufig eine Rückbildung der demenziellen Beschwerden möglich.

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

liche Rolle spielen. An diesen leiden etwa 15 Prozent der Patientinnen und Patienten.

Ehrenamtliches Engagement

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

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

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

Darüber hinaus wird gemäß § 45d SGB XI der Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in der Pflege finanziell gefördert. Hierfür stellt die Pflegeversicherung zusätzliche Mittel in Höhe von fünfzehn Cent pro Versichertem und Jahr zur Verfügung, das sind insgesamt circa zwölf Millionen Euro im Jahr. Seit dem 1. Januar 2019 wird zudem die Förderung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vereinfacht und erstmals grundsätzlich auch die Förderung von bundesweiten Selbsthilfeaktivitäten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ermöglicht.

Einzelpflegekräfte

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

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

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Pflegekräfte und Pflegebedürftige haben zunehmend den Eindruck, dass die Bürokratie im Pflegealltag zunimmt und damit Zeit für die direkte Pflege verloren geht. Mit den Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der Pflege wird die Pflegedokumentation nun ambulant und stationär effizienter gestaltet. Dazu wurde ein praxisnahes Strukturmodell entwickelt, das von 2015 bis 2017 im Rahmen eines Projektes eingeführt wurde.

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

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

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

Anfang 2015 hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung dieses Projekt zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells initiiert, um gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Kosten- und Einrichtungsträger sowie Vertretern der Betroffenenverbände und der Länder das neue Modell umzusetzen. Bis zum November 2017 hatte sich knapp die Hälfte (47,3 Prozent) der Pflegeeinrichtungen am Entbürokratisierungsprojekt beteiligt. Seit dem Projektende im November 2017 wird die Arbeit an der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation mit dem sogenannten „Strukturmodell“ unter Federführung der Leistungserbringerverbände fortgeführt.

Interessierte  **Pflegeeinrichtungen** können sich auf der Website www.Ein-STEP.de informieren.

Entlastungsbetrag

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

1. Leistungen der  **Tages- oder Nachtpflege**,
2. Leistungen der  **Kurzzeitpflege**,
3. Leistungen der  **ambulanten Pflegedienste** im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung),
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten  **Angebote zur Unterstützung im Alltag** im Sinne des § 45a SGB XI.

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI handelt es sich insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie um Hilfen bei der Haushaltsführung. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem auch für Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen (das sind bestimmte Unterstützungsleistungen aus dem Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, zum Beispiel Hilfen beim Duschen oder Baden).

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI kann es sich je nach Ausrichtung um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel

in Form von praktischen Hilfen, auch im Haushalt, oder organisatorischen Hilfestellungen) handeln.

Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden. Bis dahin noch nicht ausgeschöpfte Leistungsbeträge verfallen.

Fallmanagement

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

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

Familienpflegezeit

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

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

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

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

Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ist mit den Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz deutlich verbessert worden. Beschäftigte haben seit dem 1. Januar

2015 mehr zeitliche Flexibilität und Sicherheit, um nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen.

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

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

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können. Die Krankenkasse kann zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen dürfen allerdings nach Eintritt von  **Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2** im Sinne der  **Pflegeversicherung** nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören.

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

Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbrin-

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

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

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

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

Hilfsmittel

Die gesetzlichen Krankenkassen kommen für Hilfsmittel auf, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen, beispielsweise wenn die Versorgung mit einem Hilfsmittel notwendig ist, um ☞ **Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden.

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

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

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

Kombinationsleistung

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

Kommunale Beteiligung an der Pflege

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

Pflegekassen können sich an selbst organisierten Netzen für eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung beteiligen. Sie können sich einzeln oder gemeinsam an den Kosten der Vernetzung

mit bis zu 20.000 Euro je Kalenderjahr auf Ebene der Kreise / kreisfreien Städte beteiligen.

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

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

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

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei einer akut aufgetretenen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, kurzzeitig (bis zu zehn Arbeitstage) der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um eine bedarfsgerechte Pflege für eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Nahe Angehörige können diese zehn Tage auch unterein-

ander aufteilen. Für diese Auszeit kann ihnen seit dem 1. Januar 2015 ein auf bis zu zehn Arbeitstage begrenztes  **Pflegeunterstützungsgeld** gewährt werden. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung der Pflegekasse. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten desselben pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten für die Überwindung einer plötzlich auftretenden akuten „Pflegesituation“, in der die Pflege naher Angehöriger zu organisieren beziehungsweise sicherzustellen ist, nach Maßgabe des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen. Eine akute Pflegesituation gemäß Pflegezeitgesetz liegt dann vor, wenn sie plötzlich, also unvermittelt und unerwartet, auftritt. Eine bereits bestehende  **Pflegebedürftigkeit**, die unverändert ist, genügt insoweit nicht. Eine akute Pflegesituation wird in der Regel nur einmal je pflegebedürftigen Angehörigen der Fall sein, sodass dieses Recht regelmäßig auch nur einmal pro Pflegefall ausgeübt werden kann. Wenn bei einer beziehungsweise einem pflegebedürftigen nahen Angehörigen jedoch die Voraussetzungen ausnahmsweise mehrmals vorliegen sollten, ist die wiederholte Inanspruchnahme des Rechts auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung nicht ausgeschlossen.

Wichtig ist, dass

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

Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers müssen Beschäftigte eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche

Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung vorlegen. Sofern kein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht, kann ein Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse beziehungsweise beim Pflegeversicherungsunternehmen der oder des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gestellt werden. Dazu muss eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden.

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

Wichtig ist, dass von der oder dem Beschäftigten der Antrag auf das Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse oder dem Pflegeversicherungsunternehmen des zu pflegenden nahen Angehörigen möglichst unverzüglich eingereicht wird. Etwaige Unterlagen wie ein Attest der behandelnden Ärztin oder des Arztes der pflegebedürftigen Person oder die Gehaltsbescheinigung des Unternehmens können nachgereicht werden.

Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige sind für eine begrenzte Zeit auf  **vollstationäre Pflege** angewiesen, zum Beispiel, weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Pflegeeinrichtungen. Als Leistung der Pflegeversicherung kann die Kurzzeitpflege ab dem Pflegegrad 2 insbesondere dann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem

SGB XI haben, wenn der  **pflegende Angehörige** in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen.

Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro im Jahr, für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Personen mit dem  **Pflegegrad 1** können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat, also bis zu 1.500 Euro pro Jahr, einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

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

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

Seit dem 1. Januar 2016 besteht zudem ein Anspruch auf eine Kurzzeitpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wenn keine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung vorliegt. Reicht ambulante Unterstützung in Form von  **häuslicher Krankenpflege** und/oder Haushaltshilfe nicht aus, können entsprechende Versicherte eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der GKV in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Der Leistungsumfang entspricht dem der sozialen  **Pflegeversicherung**, das heißt, es

werden Aufwendungen bis zum Höchstbeitrag von derzeit 1.612 Euro im Kalenderjahr übernommen.

Leistungen der Pflegeversicherung

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

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

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

Mindestlohn

Im Bereich der pflegerischen Versorgung kann als unterste Grenze für die Entlohnung entweder ein auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes geltender besonderer Pflegemindestlohn (nach der Dritten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – 3. PflegeArbbV, aktuell gültig bis 30. April 2020) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein. Der Pflegemindestlohn gilt auch für die **zusätzlichen Betreuungskräfte** in den Pflegeeinrichtungen. Ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt oder eine ambulante Wohngemeinschaft, so gilt der allgemeine Mindestlohn.

Palliativversorgung und Hospizdienste

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

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

Die medizinische und pflegerische Versorgung Sterbender ist Teil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben zudem in der gesetzlichen Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Diese Leistung zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Diese Leistung steht Palliativpatientinnen und Palliativpatienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung zu, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Ambulante Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal versorgen die Versicherten. Sie arbeiten dabei eng mit Hospizdiensten zusammen. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch eine Vertragsärztin beziehungsweise einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin beziehungsweise einen Krankenhausarzt.

Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Als Erstausbildungen kommen, neben einer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte beziehungsweise -angestellter oder einem Studium der Sozialarbeit, vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflege- oder nach dem Krankenpflegegesetz in Betracht. Daneben sind auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen für diese Aufgabe geeignet.

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

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

Pflegeeinrichtungen

Zur Unterstützung bei der Pflege zu Hause können zum einen zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen – das sind ambulante Pflegedienste – in Anspruch genommen werden.

Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, gibt es zum anderen eine Vielzahl an weiteren Möglichkeiten, die Pflege einer oder eines Angehörigen sicherzustellen. Wesentlicher Baustein ist die Pflege und Betreuung in einer teilstationären Pflegeeinrichtung, die die Tages- oder Nachtpflege übernimmt. Die teilstationäre Tagespflege wird in der Regel dann in Anspruch genommen, wenn  **pflegende Angehörige** tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen können dann morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht werden.

Reichen auch diese Angebote nicht mehr aus, kann auf die umfassende Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, also einem  **Pflegeheim** zurückgegriffen werden.

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

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

Pflegefall

Grundsätzlich kann ein Pflegefall in jeder Phase des Lebens auftreten, mit immensen Auswirkungen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für Angehörige. Durch das Recht der Pflegeversicherung – das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – erfasst sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der

Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die festgestellte ☐ **Pflegebedürftigkeit** muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

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

Insbesondere wenn erstmalig ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wird, hat die Pflegekasse unmittelbar nach Antragseingang einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Alternativ hierzu kann die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann. Auf Wunsch kann die Pflegeberatung auch zu Hause erfolgen. Die ☐ **private Pflege-Pflichtversicherung** bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder -berater zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

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

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

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

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

Pflegegeld

Da manche oder mancher selbst darüber entscheiden will, wie und von wem sie oder er gepflegt werden möchte, gibt es die Möglichkeit, Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt wird, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Eine vorgeschriebene regelmäßige pflegfachliche Beratung soll beim Pflegegeldbezug helfen, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und den Pflegenden Hilfestellung zu geben.

Das Pflegegeld wird den Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Sie können über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und geben das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege

zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von  **ambulanten Pflegesachleistungen** (Hilfe von Pflegediensten) zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig (prozentual) um den Wert der in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

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

Pflegegrade und Pflegebedürftigkeitsbegriff

Fünf Pflegegrade ersetzen seit dem 1. Januar 2017 die früheren drei Pflegestufen. Sie ermöglichen es, Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen unabhängig davon, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt sind, zu erfassen.

Die Pflegegrade und damit auch der Umfang der Leistungen der  **Pflegeversicherung** orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ( **Pflegegrad 1**) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird.

Pflegegrad 1

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

- Die  **Pflegeberatung**,
- halbjährlich einmal eine pflegfachliche  **Beratung in der eigenen Häuslichkeit**,
- der  **Wohngruppenzuschlag**,
- die  **Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen**,
- die Versorgung mit  **Pflegehilfsmitteln**,
- die  **Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes**,
- die Leistungen bei  **Pflegezeit** und  **kurzzeitiger Arbeitsverhinderung**,
- die  **zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen**,
- die  **Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen und**
- der  **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich oder
- ein Zuschuss zur  **vollstationären Pflege** in Höhe von 125 Euro monatlich sowie die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der stationären Pflegeeinrichtung.

Pflegeheim

In vollstationären Pflegeheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern, in die häufig eigene Möbel mitgenommen werden können. Eine umfas-

sende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ist gewährleistet. Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen erhalten von der Pflegeversicherung Leistungen für die  **vollstationäre Pflege**. Darüber hinaus haben die pflegebedürftigen Versicherten in den vollstationären Pflegeheimen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch  **zusätzliche Betreuungskräfte**. Die Kosten für dieses zusätzliche Betreuungspersonal werden vollumfänglich durch die Pflegeversicherung getragen.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder den Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im Rahmen der Pflegeversicherung, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegeversicherung unterscheidet zwischen:

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

Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis gibt eine Orientierung, welche Pflegehilfsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden können.

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

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

Siehe auch den Glossar-Eintrag  **Hilfsmittel** zur Unterscheidung.

Pflegekurse

Wer eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegt oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern möchte, kann kostenfrei an einem Pflegekurs der Pflegekasse teilnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, solche Kurse anzubieten.

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

Pflegende Angehörige und ihre soziale Absicherung

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

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

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

Erfüllt sie die oben beschriebenen Voraussetzungen, um Leistungen zur sozialen Sicherung zu erhalten, ist die Pflegeperson bei den Pflegetätigkeiten sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung für den Pflegebedürftigen ferner beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Dabei ist auch der Hin- und Rückweg zum Ort der Pflegetätigkeit versichert, wenn die Pflegeperson in einer anderen Wohnung als die oder der Pflegebedürftige lebt.

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

Pflegen zu Hause

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

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

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

Statt ambulanten Pflegesachleistungen können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Pflegegeld beziehen. Sie können über die

Verwendung des Pflegegeldes zur Sicherstellung ihrer Pflege grundsätzlich frei entscheiden und das Pflegegeld zum Beispiel regelmäßig an die sie versorgenden Personen als Anerkennung weitergeben. Pflegende Angehörige können dadurch finanziell unterstützt werden.

Zusätzlich zu diesen Leistungen können alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege den  **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich, etwa für Leistungen zur Unterstützung im Alltag, beanspruchen.

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

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

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

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

Pflegequalität

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

Wesentliche Elemente sind dabei insbesondere:

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

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

Die Vertragsparteien der Selbstverwaltung sind verpflichtet, ein neues wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisqualität – zu entwickeln beziehungsweise einzuführen. Das von der Selbstverwaltung entwickelte neue System der Qualitätsprüfung und -darstellung wird ab dem 1. Oktober 2019 in der vollstationären Altenpflege verpflichtend eingeführt.

Pflegestärkungsgesetz I

Rund 3,4 Millionen Menschen (soziale und private  **Pflegeversicherung**, Stand Ende 2017) in Deutschland sind pflegebedürftig. Sie und ihre Angehörigen haben bereits zum 1. Januar 2015 durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) deutlich mehr Unterstützung erhalten. So wurden fast alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung angehoben. Die Leistungen der  **Kurzzeit-** und  **Verhinderungspflege** wurden ausgebaut und können seitdem besser miteinander kombiniert werden. Der Anspruch auf niedrigschwellige Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege wurde ausgedehnt. Zudem wurden die Zuschüsse für  **Umbaumaßnahmen** – beispielsweise den Einbau barrierefreier Duschen – auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme erhöht, damit Pflegebedürftige künftig länger in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.

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

Die Verbesserungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurden bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf neuen Pflegegrade in Verbindung mit den neu fest-

gesetzten Leistungsbeträgen zum 1. Januar 2017 übernommen und erneut ausgeweitet.

Pflegestärkungsgesetz II

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

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

Das neue Leistungsrecht setzt die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um: Bereitgestellt werden passgenaue Hilfen, die dazu dienen sollen, die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten Pflegebedürftiger zu erhalten und zu stärken. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wurde der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte angehoben.

Die Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes, insbesondere die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument, wurde durch einen gesetzlich begründeten Beirat begleitet, in dem Pflegekassen, Verbände der Leistungserbringerinnen und -erbringer, Selbsthilfeorganisationen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Vertreterinnen

und Vertreter der Pflegeberufe, Länder und Kommunen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft mitwirkten.

Weitere Regelungsschwerpunkte im Zweiten Pflegestärkungsgesetz waren:

- Verbesserungen bei der Beratung
- Personalbemessung in stationären Einrichtungen: Die Selbstverwaltung hat bis 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in  **Pflegeeinrichtungen** zu entwickeln und zu erproben.
- Weiterentwicklung der Regelungen zur Qualitätssicherung: Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung werden auf wissenschaftlicher Grundlage weiterentwickelt; die Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung in diesem Bereich wird beschleunigt.

Pflegestärkungsgesetz III

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

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

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz enthält zudem ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung von Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug. Das Gesetz beinhaltet sowohl Regelungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) als auch der Pflegeversicherung (SGB XI). Die aufeinander abgestimmten Regelungen im Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch zielen darauf ab, bestehende Lücken bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu schließen. Zu den wichtigsten Regelungen gehört die

Einführung eines systematischen Prüfrechts im SGB V: Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, unterliegen regelmäßigen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Zudem wurden bestehende Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung weiterentwickelt: So wurden beispielsweise die Prüfungen des MDK bei Pflegediensten ausgeweitet, indem neue Personengruppen einbezogen werden (in die Stichprobe werden ebenfalls Personen einbezogen, die ausschließlich Behandlungspflege erhalten), und Abrechnungsprüfungen werden nunmehr unabhängig von den Qualitätsprüfungen des MDK durchgeführt.

Das Verhältnis zwischen Pflege und Eingliederungshilfe wurde präzisiert. Es bleibt bei der „Gleichrangigkeit“ der Leistungen. Sozialämter und Pflegekassen sollen jedoch bei einem Zusammentreffen von Leistungen unterschiedlicher Träger bei einem Pflegebedürftigen regelhaft vereinbaren, dass die Leistungserbringung im Verhältnis zu der oder dem Anspruchsberechtigten, wenn diese oder dieser dem zustimmt, „aus einer Hand“ erfolgen soll und wie die Kostenerstattung der Träger untereinander erfolgt.

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

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

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

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

Pflegestützpunkte

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

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

Im Pflegestützpunkt soll auf Wunsch der oder des Einzelnen das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert wer-

den. Pflegestützpunkte können pflegenden Angehörigen deshalb auch bei der Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege Unterstützung bieten. Sie ermöglichen eine effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige vor Ort sowie in der Region und sollen darüber hinaus helfen, Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden.

Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung

Beschäftigte, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation einer oder eines nahen Angehörigen benötigen, können bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit fernbleiben (sogenannte  **kurzzeitige Arbeitsverhinderung**). Die Regelung dient der besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Angehörige haben nach § 44a SGB XI in diesen Fällen für insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftigen nahen Angehörigen Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung. Dieses wird auf Antrag von der Pflegekasse beziehungsweise dem Versicherungsunternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung der oder des Pflegebedürftigen gewährt. Wenn mehrere Beschäftigte diesen Anspruch zugunsten derselben beziehungsweise desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

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

Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung in

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

Die Pflegeversicherung gibt pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. So können Pflegebedürftige entscheiden, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen möchten oder ob sie lieber  **Pflegegeld** beziehen, das sie an ihre pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung weitergeben können. Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmerinnen beziehungsweise -nehmer und Arbeitgeberinnen beziehungsweise -geber grundsätzlich je zur Hälfte entrichten. Versicherte ohne Kinder zahlen zudem den sogenannten Kinderlosenzuschlag.

Dabei deckt die soziale Pflegeversicherung nicht alle Kosten der Pflege ab, Pflegebedürftige oder ihre Familie müssen einen Teil der Kosten selbst tragen. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilkostenversicherung“ oder Kernsicherungssystem bezeichnet. Eine vollständige Finanzierung aller Pflegeleistungen würde einen deutlich höheren Beitragssatz erfordern.

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

Pflegevorsorgefonds

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

In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,4 Milliarden Euro pro Jahr. Über einen Zeitraum von 20 Jahren soll so Geld angespart werden, um danach zu erwartende Beitragssteigerungen abzumildern.

Der Ansparzeitraum von 20 Jahren ergibt sich daraus, dass die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 (sogenannte Babyboomer) mit 1,24 Millionen bis 1,36 Millionen Menschen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge. Im Jahr 2034 erreicht der erste Jahrgang das 75. Lebensjahr, nach dem die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, deutlich ansteigt. Etwa 20 Jahre später rücken die erheblich schwächer besetzten Jahrgänge nach 1967 in das Pflegealter vor.

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

Pflege-Vorsorgeförderung

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

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

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

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

- Für die Versicherer gilt Kontrahierungszwang. Sie müssen daher allen erwachsenen Antragstellenden, die in der gesetzlichen (das heißt in der sozialen oder privaten) Pflegeversicherung versichert sind und noch keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen haben (hierzu zählt auch das Ruhen dieser Leistungen aufgrund des Bezuges von Leistungen einer anderen Sozialversicherung), einen Versicherungsvertrag anbieten.
- Gesundheitsprüfungen, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht zulässig. Die Höhe der Versicherungsprämie hängt daher ausschließlich vom Eintrittsalter der Versicherungsnehmenden bei Vertragsabschluss und vom vertraglich vereinbarten Leistungsumfang ab.
- Die Versicherungsleistungen sind Geldleistungen (Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld), die in jedem Pflegegrad ausgezahlt werden. Es müssen für jeden Pflegegrad Leistungen vorgesehen

sein, bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Die vertraglich vereinbarten Leistungen dürfen nicht höher sein als die Leistungen, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.

- Bei der Feststellung des Leistungsfalls müssen sich die Versicherungsunternehmen an die Feststellungen der zuständigen Pflegekasse halten. Kommt es zum Leistungsfall, kann die oder der Versicherte frei über das Geld verfügen.
- Die Wartezeit bis zum Beginn einer Leistungspflicht des Versicherers darf höchstens fünf Jahre betragen.
- Der monatliche Mindestbetrag, der von der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer selbst zu zahlen ist, um die staatliche Zulage in Höhe von fünf Euro zu erhalten, beträgt zehn Euro.
- Finanziell Hilfebedürftigen muss die Möglichkeit eingeräumt werden, den Vertrag rückwirkend zum Eintritt der Hilfebedürftigkeit zu kündigen oder ruhend zu stellen.
- Abschluss- und Verwaltungskosten dürfen die gesetzlich vorgegebenen Grenzen nicht überschreiten. Mit zwei Monatsbeiträgen beziehungsweise mit zehn Prozent der Bruttoprämie liegen diese Grenzen deutlich unter den marktdurchschnittlichen Abschluss- und Verwaltungskosten für private Versicherungsverträge.

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

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

Pflege-Wohngemeinschaft

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

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

Die  **Pflegeversicherung** gewährt Pflegebedürftigen in sogenannten ambulant betreuten Wohngruppen unter gewissen Voraussetzungen zusätzliche Leistungen wie den  **Wohngruppenzuschlag** oder – bei Neugründungen – die  **Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen** zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung.

Pflegezeit / Freistellung nach Pflegezeitgesetz

Laut Pflegezeitgesetz (PflegeZG) haben Beschäftigte gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten, wenn sie eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen, die Möglichkeit, Pflegezeit in Anspruch zu nehmen. Die Pflegezeit

beträgt maximal sechs Monate. In dieser Zeit können Beschäftigte vollständig oder teilweise von der Arbeit freigestellt werden. Die Beschäftigten müssen dazu die  **Pflegebedürftigkeit** der oder des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des  **Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)** nachweisen. In der  **privaten Pflege-Pflichtversicherung** versicherte Pflegebedürftige haben ebenfalls einen entsprechenden Nachweis zu erbringen.

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

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

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

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

Prävention / Rehabilitation

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

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

Der Antragstellerin beziehungsweise dem Antragsteller wird spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, durch die Pflegekasse zugeleitet. Gleichzeitig informiert die Pflegekasse darüber, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller damit einverstanden ist.

Pflegekassen sollen auch Leistungen zur Prävention in teil- oder vollstationären  **Pflegeeinrichtungen** erbringen. Hierzu sollen die Pflegekassen im Jahr 2019 einen Betrag von circa 23 Millionen

Euro ausgeben. Für  **pflegende Angehörige**, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, gibt es die Möglichkeit, diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrzunehmen. Hierfür hat sich der tägliche Zuschuss von der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung auf bis zu 16 Euro täglich erhöht.

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

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

Pflegende Angehörige: Bei Vorsorge und Rehabilitationsentscheidungen der Krankenkassen sind die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Pflegende Angehörige erbringen enorme Leistungen, sie sind nicht selten sieben Tage in der Woche 24 Stunden lang „im Dienst“ und versuchen den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Partners, eines Kindes oder anderer Angehöriger gerecht zu werden. Sie sind oft hohen, über Jahre andauernden Belastungen psychischer und physischer Art ausgesetzt. Sie sollen deshalb Angebote zur Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch nehmen können.

Wenn sie dies allein tun, um einmal Abstand zu gewinnen und wieder eine neue Perspektive einzunehmen, kann in dieser Zeit die oder der Pflegebedürftige in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden. Pflegebedürftige haben aber auch die

Möglichkeit, ☐ **Kurzzeitpflege** in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI in Anspruch zu nehmen, wenn die Pflegeperson dort gleichzeitig an einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme teilnimmt (§ 42 SGB XI). Es gibt einzelne Einrichtungen, die sich auf solche Angebote spezialisieren.

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

Private Pflege-Pflichtversicherung

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

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

Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Dies bedeutet, dass Alterungsrückstellungen gebildet werden müssen, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. Deshalb richtet sich die Höhe der Versicherungsprämie nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem aktuellen Einkommen beziehungsweise der aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten, sondern unter anderem auch nach dem Lebensalter und dem Gesundheitszustand, also dem individuellen Versicherungsrisiko bei Versicherungsbeginn. Daneben müssen private Versicherungsunternehmen bei der Gestaltung ihrer Prämien eine Reihe gesetzlicher Vorgaben beachten. So dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und

bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Für Versicherte, die bereits seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung ohne Unterbrechung privat pflegeversichert sind, ist die Prämie zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden. Für Ehepartner ohne oder nur mit geringfügigem Einkommen (445 Euro beziehungsweise bei geringfügig Beschäftigten 450 Euro) wurde die Mitgliedschaft in der privaten Pflege-Pflichtversicherung vergünstigt: Beide Ehegatten zusammen zahlen nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung.

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

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

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

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

Der Prüfdienst der PKV übernimmt hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen die gleichen Aufgaben wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen,

ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung)

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

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

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

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

Darüber hinaus haben die pflegebedürftigen Versicherten in den teilstationären Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch  **zusätzliche Betreuungskräfte**. Die Kosten für dieses zusätzliche Betreuungspersonal werden vollumfänglich durch die Pflegeversicherung getragen.

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

Umwandlungsanspruch

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten  **Angebote zur Unterstützung im Alltag** unter Anrechnung auf den monatlichen Leistungsbetrag ihres Anspruchs auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag in dem jeweiligen Kalendermonat keine  **ambulantem Pflegesachleistungen** von einem Pflegedienst bezogen worden sind. Auf diese Weise kann der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen zum Teil in einen Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag „umgewandelt“ werden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat höchstens 40 Prozent des Leistungsbetrags für ambulante Pflegesachleistungen betragen, der in dem jeweiligen Pflegegrad vorgesehen ist.

Der Umwandlungsanspruch und der  **Entlastungsbetrag** können unabhängig voneinander genutzt werden.

Verhinderungspflege / Urlaubsvertretung

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

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

Wenn die Ersatzpflege im Rahmen der Verhinderungspflege durch Personen sichergestellt wird, die mit der oder dem Pflegebedürfti-

gen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und die mit ihr oder ihm nicht in häuslicher Gemeinschaft leben, beläuft sich der Leistungsbetrag auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die Ersatzpflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person, einem ambulanten Pflegedienst oder einer anderen Pflegeeinrichtung übernommen wird, aber auch bei einer Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die mit der oder dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder bei einer Ersatzpflege durch Nachbarinnen und Nachbarn.

Bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige, die mit der oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder durch Personen, die mit der oder dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, richtet sich die Leistung hingegen nach der Höhe des  **Pflegegeldes** in dem jeweiligen Pflegegrad: Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen in diesen Fällen grundsätzlich den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Ersatzpflegeperson entweder die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausübt oder soweit von der Ersatzpflegeperson über den entsprechenden Pflegegeldbetrag hinausgehende notwendige Aufwendungen (zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden können. In diesen Fällen kann sich der Leistungsbetrag ebenfalls je nachdem auf bis zu insgesamt maximal 1.612 Euro belaufen.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können zudem bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Damit stehen statt bis zu 1.612 Euro dann bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und die in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der  **Kurzzeitpflege** angerechnet, der sich insoweit entsprechend vermindert.

Vollstationäre Pflege

Bei einer vollstationären Versorgung in einem Pflegeheim übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in dem Pflegeheim im Rahmen pauschaler Sachleistungsbeträge. Die Höhe der Leistung hängt von dem jeweiligen Pflegegrad ab und beträgt monatlich:

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

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

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

Um einen besseren Überblick über die zugelassenen Pflegeheime und die dort jeweils geltenden Pflegesätze und übrigen berechenbaren Kosten zu erhalten, können die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen, genutzt werden.

Wohngruppenzuschlag

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen zur häuslichen Pflege auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 214 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Den Wohngruppenzuschlag können auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Diese müssen weder Pflegegeld noch ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag ist,

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

Der Wohngruppenzuschlag wird den pflegebedürftigen Wohngruppenmitgliedern gewährt, um damit die oben beschriebene durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft zu finanzieren.

Zuschüsse zur Wohnungsanpassung im Pflegefall / Umbaumaßnahmen

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

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

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

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

Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss auch zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds genutzt werden. Als Obergrenze gilt dann ein Betrag von bis zu 16.000 Euro. Das bedeutet, dass bei vier Pflegebedürftigen jeder den vollen Förderbetrag von bis zu 4.000 Euro für die Anpassung der gemeinsamen Wohnung erhalten kann. Leben mehr als vier anspruchsberechtigte Personen zusammen, wird der Gesamtbetrag hingegen gegebenenfalls entsprechend anteilig auf die Versicherungsträger umgelegt.

Diese Zuschüsse zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds können auch Bewohnerinnen und Bewohner in ambulant betreuten Wohngruppen von Pflegebedürftigen erhalten – zusätz-

lich zu dem pauschalen Zuschlag für die Wohngruppenmitglieder in Höhe von 214 Euro monatlich und gegebenenfalls der **☒ Anschubfinanzierung** für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung in Höhe eines einmaligen Betrages von bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftiger Person, begrenzt auf maximal 10.000 Euro je Wohngruppe.

Zusätzliche Betreuungskräfte / Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

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

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

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



Weitere Informationen

Informations- und Serviceangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das neue Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem wir Sie seit Januar 2019 über alle wichtigen Themen und Ereignisse rund um die Gesundheit und Pflege informieren. Neben ausführlichen redaktionellen Beiträgen bietet es auch hilfreiche Services und eröffnet durch die Einbindung der digitalen Medien die Möglichkeit zur interaktiven Kommunikation.

Internetangebote

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

www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Pflegeleistungs-Helfer

Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit. Er zeigt, welche Pflegeleistungen Sie in Ihrer persönlichen Situation nutzen können. Sie finden ihn unter: www.pflegeleistungs-helfer.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

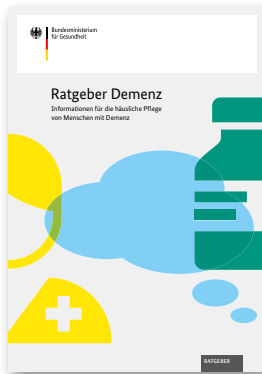
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 / 18 272 2721

Fax: 030 / 18 10 272 2721

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

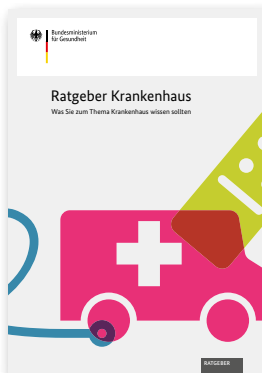
Website: Online-Bestellungen und aktuelles Publikationsver-
zeichnis unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de/
publikationen](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen)



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

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

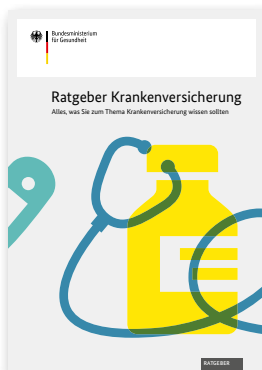
Bestell-Nr.: BMG-P-11021



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

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

Bestell-Nr.: BMG-G-11074



Broschüre
„Ratgeber Krankenversicherung“

Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.

Bestell-Nr.: BMG-P-07031

Bürgertelefon

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



Bürgertelefon zur Krankenversicherung

030 / 340 60 66 - 01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

030 / 340 60 66 - 02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention

030 / 340 60 66 - 03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

030 / 340 60 66 - 07 Telefax

030 / 340 60 66 - 08 ISDN-Bildtelefon

info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons in Rostock. Das Bürgertelefon wird von der Telemark Rostock betrieben, die personenbezogene Daten nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung und vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt.

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

Infotelefone der BZgA



BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹

02 21 / 89 20 31



Sucht & Drogen Hotline²

01805 / 31 30 31



BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung¹

0800 / 8 31 31 31

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

² Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

Gestaltung

Atelier Hauer + Dörfler GmbH, Berlin

Fotos

Titel, Seite 14, 16, 48, 118, 137: Monika Höfler; Seite 35, 81, 134:
BMG/Monika Höfler; Seite 2: BMG; Seite 20, 23, 28, 37, 38, 51, 55, 60,
71, 77, 79, 87, 91, 93, 102, 107, 109, 113, 116, 121, 124, 127, 130, 138,
200: BMG/Thomas Köhler (photothek)

Druck

Bonifatius GmbH, Paderborn

Stand

20. aktualisierte Auflage: Stand März 2019
Erstaufgabe: Juli 2008

**Den Ratgeber Pflege können Sie kostenlos
herunterladen oder bestellen:**

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



Bestell-Nr.: BMG-P-07055