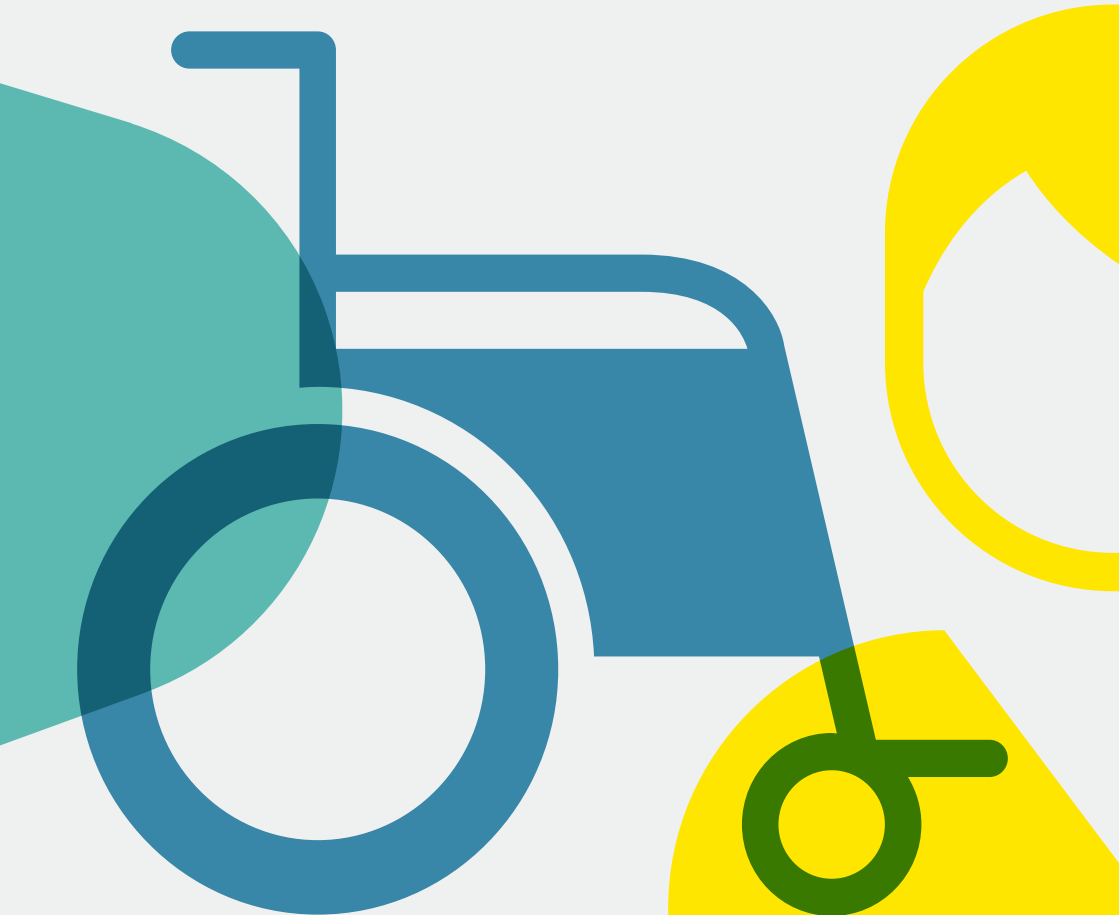




Bundesministerium
für Gesundheit

Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten



Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten



Liebe Leserin,
lieber Leser,

es ist eine unserer großen gesellschaftspolitischen Aufgaben, allen Menschen in unserem Land auch in Zukunft eine gute pflegerische Versorgung zu sichern. Die Erfahrungen in der Corona-Pandemie zeigen einmal mehr, wie notwendig es ist, die Situation für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und auch für Pflegekräfte stetig weiterzuentwickeln.

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren zahlreiche gesetzliche Verbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige auf den Weg gebracht. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass mit rund 4,1 Millionen Bürgerinnen und Bürgern mehr Menschen denn je Zugang zu den monatlichen Leistungen der Pflegeversicherung haben.

Zudem wurden diese Leistungen deutlich erhöht.

Es geht zugleich darum, den Pflegeberuf noch attraktiver zu machen. Die Bundesregierung hat deshalb im Jahr 2018 die Konzertierte Aktion Pflege ins Leben gerufen. Zusammen mit den Ländern, Verbänden und weiteren Partnern haben wir Ziele und Maßnahmen vereinbart, um den beruflichen Alltag für die Beschäftigten in der Pflege langfristig weiter zu verbessern: durch eine attraktivere Ausbildung, die Finanzierung von zusätzlichen Pflegestellen und eine bessere Bezahlung.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) haben wir ein weiteres Maßnahmenpaket für die Pflege geschnürt. Wir sorgen damit für eine verbindliche Bezahlung nach Tarif in der ambulanten

und stationären Pflege, für eine bessere Versorgung durch mehr Personal in der vollstationären Pflege und für mehr Verantwortung für Pflegefachkräfte zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Zudem stellen wir durch die Einführung einer zielgenauen Begrenzung der Eigenanteile im Pflegeheim sowie eine Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge und der Leistungsbeträge für die Kurzzeitpflege sicher, dass Pflegebedürftige durch steigende Pflegekosten nicht überfordert werden. Diese Regelungen werden ab dem Jahr 2022 schrittweise ihre Wirkung entfalten.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) sind umfassende gesetzliche Regelungen zur Stärkung der Digitalisierung wie die Einbindung der Pflege in die Telemedizininfrastruktur auf den Weg gebracht worden. Zudem

haben wir mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) den Zugang von digitalen Technologien in die häusliche Versorgung erleichtert und mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) erstmals die Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen durch die Pflegeversicherung ermöglicht.

Unsere Maßnahmen in der Pflege sollen den Alltag der Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräfte spürbar verbessern, sodass für alle deutlich wird: „Das hilft mir!“ Lassen Sie uns daran weiter gemeinsam arbeiten. Auf das Miteinander kommt es an – gerade bei der Pflege.

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 in 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	36
> Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?	36
> Wie wird die Pflegebedürftigkeit von Kindern festgestellt?	42
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. Ambulanter Betreuungsdienst (ambulante Pflegesachleistungen)	53

c. Pflegende Angehörige (Pflegegeld)	55
> Wann wird Pflegegeld gezahlt?	55
> Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?	55
d. Kombinationsleistung	57
> Können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?	57
e. Einzelpflegekräfte	57
> Was sind Einzelpflegekräfte?	57
> Wie kommen Einzelpflegekräfte zum Einsatz?	57
f. Verhinderungspflege (Urlaubsvertretung)	58
> Wer pflegt, wenn die Pflegeperson im Urlaub oder krank ist?	58
> Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?	58
> Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?	59
> Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?	59
g. Entlastungsbetrag	60
> Wer hat Anspruch auf den Entlastungsbetrag?	60
> Für welche Angebote kann der Entlastungsbetrag verwendet werden?	60
h. Angebote zur Unterstützung im Alltag; Umwandlungsanspruch	62
> Was sind Angebote zur Unterstützung im Alltag?	62
> Können Teile des Leistungsbetrags für ambulante Sachleistungen auch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden?	63
i. Alternative Wohnformen – Pflege-Wohngemeinschaften; Wohngruppenzuschlag; Anschubfinanzierung für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen	70
> Was wird unter „alternativen Wohnformen“ verstanden?	70
> Welche alternativen Wohnformen werden von der Pflegeversicherung unterstützt?	70
> Welche finanzielle Förderung gibt es bei Neugründungen?	72
j. Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)	72
> Was bedeutet „Poolen“?	72

k. Pflegehilfsmittel	73
> Was wird unter Pflegehilfsmitteln verstanden?	73
> Wie müssen Pflegehilfsmittel beantragt werden?	73
> Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?	74
l. Zuschüsse zur Wohnungsanpassung	74
> Leistet die Pflegekasse einen Zuschuss für bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung?	74
> Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?	75
> Wie schnell wird über den Antrag entschieden?	76
m. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen	76
> Was sind digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen?	76
> Wie und ab wann sind digitale Pflegeanwendungen erhältlich?	77
2.2 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege – welche Möglichkeiten gibt es?	79
a. Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)	79
> Wann kommt eine teilstationäre Versorgung in Betracht?	79
> Welche Leistungen gibt es?	80
b. Vorübergehende vollstationäre Versorgung (Kurzzeitpflege)	80
> Wozu dient die Kurzzeitpflege?	80
> Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?	81
> Ist Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch in anderen geeigneten Einrichtungen möglich?	82
2.3 Pflege im Heim – welche Möglichkeiten gibt es?	83
a. Vollstationäre Versorgung	83
> Welche Leistungen erhalten Versicherte?	83
> Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt?	84
b. Heimtypen	85
> Welche unterschiedlichen Heimtypen gibt es?	85

c. Medizinische Versorgung von Heimbewohnern	87
‣ Wie wird die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sichergestellt?	87
‣ Ist es möglich, eine Ärztin oder einen Arzt im Heim zu beschäftigen?	87
d. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen	88
2.4 Welche Leistungen gibt es für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1?	89
2.5 Welche besonderen Leistungen gibt es für schwerstkranke und sterbende Menschen?	91
‣ Wo können Schwerstkranke versorgt werden?	91
‣ Wie wird die Versorgung schwerstkranker Menschen verbessert?	91
‣ Wie wird eine gute hospizliche Versorgung gewährleistet?	92
‣ Wie wird die ambulante Versorgung gestärkt?	92
‣ Was hat sich in der stationären Versorgung verbessert?	92
2.6 Wie werden ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfe in der Pflege gefördert?	93
2.7 Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?	95
‣ Wann und wo besteht Anspruch auf häusliche Krankenpflege?	96
‣ Welchen Anspruch haben pflegebedürftige Menschen ohne Pflegeeinstufung oder mit Pflegegrad 1?	96
‣ Welche Rolle spielen Pflegeeinrichtungen bei der Krankenhausentlassung?	97
‣ Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung	97
2.8 Wie werden Rehabilitation und Prävention gefördert?	98
‣ Wie wichtig ist Prävention?	98
‣ Wie werden Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert?	99

- › Welchen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen haben pflegende Angehörige? 101
- › Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick 102
- › Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick 108

3 Pflege von Angehörigen zu Hause 110

3.1 Wie wird die Pflege in der Familie gefördert? 111

a. Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld) 111

- › Was ist Pflegegeld und wer bekommt es? 111

b. Soziale Absicherung der Pflegepersonen 111

- › Welche Pflegepersonen haben Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung? 111
- › Welche Rentenansprüche haben Pflegepersonen? 112
- › Ist die Pflegeperson unfallversichert? 112
- › Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen seit dem 1. Januar 2021 113

- › Wann sind Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert? 114

c. Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Verhinderungspflege) 115

- › Wie wird die Pflege gewährleistet, wenn die Pflegeperson krank ist oder Erholung benötigt? 115
- › Werden während des Urlaubs Beiträge in die Rentenkasse und zur Arbeitslosenversicherung gezahlt? 116

d. Pflegekurse für Angehörige 116

- › Gibt es professionelle Anleitung für die Pflege zu Hause? 116

3.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert? 117

a. Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz 117

- › Was ist Pflegezeit? 117
- › Was muss beachtet werden, wenn Pflegezeit in Anspruch genommen wird? 117

› Kann die Pflegezeit auch vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums beendet werden?	118
› Kann die Pflegezeit auch mit der Familienpflegezeit kombiniert werden?	118
› Besteht während der Pflegezeit Kündigungsschutz?	119
› Sind Pflegepersonen während der Pflegezeit sozialversichert?	119
› Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten?	120
b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz	121
› Was ist Familienpflegezeit?	121
› Können auch Beamtinnen und Beamte Pflegezeit und Familienpflegezeit nehmen?	122
› Besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz?	122
› Sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit sozialversichert?	123
› Wie sind Pflegepersonen während der Familienpflegezeit finanziell abgesichert?	124
c. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld	124
› Was bedeutet „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“?	124
› Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?	125

4 Beratung im Pflegefall 128

4.1 Welche Beratungsmöglichkeiten gibt es?	129
a. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater	129
› Wer hat Anspruch auf Pflegeberatung?	129
› Was leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?	129
› Welche Qualifikationen haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater?	131
› Was passiert bei Problemen?	132
› Was sind Pflegestützpunkte?	132

b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit	132
> Wer muss und wer kann pflegefachliche Beratungseinsätze in Anspruch nehmen?	132
> Welche Beratung gibt es bei der Palliativversorgung Schwerstkranker?	133

5 Qualität und Transparenz in der Pflege 134

5.1 Wie wird die Qualität in der Pflege sichergestellt?	135
a. Expertenstandards	135
> Wie werden Qualitätsstandards für Pflegeheime und Pflegedienste festgelegt?	135
b. Qualitätsprüfungen	136
> Was wird bei den Qualitätsprüfungen kontrolliert?	136
> Werden die Prüfungstermine vorher angekündigt?	136
> Gibt es zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden?	137
c. Prüfinstanzen	137
> Was ist der Medizinische Dienst (MD)?	137
> Was ist der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)?	138
> Welche Rolle spielen der MD und der Prüfdienst der PKV bei der Qualitätsprüfung?	138
> Welche Rolle spielt die Heimaufsicht?	138
d. Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse	138
e. Neue Qualitätssysteme in der Pflege	139
> Was ändert sich bei der Qualitätssicherung in der stationären Pflege?	139
> Wann startet das neue Qualitätssystem für die ambulante Pflege?	141
f. Verfahren bei Qualitätsmängeln	142
> Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Qualitätsmängeln?	142
> Kann Pflegeheimen gekündigt werden?	142
g. Abrechnungsprüfungen	143

5.2 Pflegeeinrichtungen: mehr Personal – weniger Bürokratie	144
a. Zusätzliche Betreuungskräfte	144
> Wie wurde die Betreuung in der stationären Pflege verbessert?	144
b. Bürokratieabbau	145
> Wie wird die Pflegedokumentation vereinfacht?	145
c. Vertragsgestaltung zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen	146
> Welche Möglichkeiten haben Pflegeheime bei der Vertragsgestaltung?	146
d. Bezahlung der Pflegekräfte	146
> Wie wird eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte gewährleistet?	146

6 Glossar – wichtige Begriffe zum Nachschlagen	148
---	-----

Weitere Informationen	207
Informationsangebote	207
Weitere Publikationen	208
Bürgertelefon	210
Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	211
Impressum	212



Einleitung

Mit dem 2017 eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, dem damit verbundenen Begutachtungsinstrument und der Umstellung auf fünf Pflegegrade mit neuen Leistungsbeträgen wurde die Pflege leistungsfähiger, individueller und passgenauer.

Das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), das am 1. Januar 2019 in Kraft trat, hat weitere Verbesserungen gebracht. Durch die Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Fachkraftstellen in der stationären Altenpflege wurde die Basis für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen gelegt. Dies wirkte sich spürbar im Alltag der Pflegekräfte aus und verbesserte die Betreuung der Pflegebedürftigen. Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG), das Anfang 2021 in Kraft getreten ist, werden darüber hinaus 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der vollstationären Altenpflege vollständig durch die Pflegeversicherung finanziert. Damit wird zugleich ein wichtiger Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gemacht.

Ein wichtiges Bündnis zur Sicherung der Pflege ist die gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Leben gerufene Konzertierte Aktion Pflege (KAP). Zusammen mit den relevanten Akteuren wurden in der KAP zahlreiche verbindliche Ziele und konkrete Maßnahmen vereinbart, um die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege zu verbessern.

Die Beispiele zeigen, dass die Pflegeversicherung in den letzten Jahren umfangreich und nachhaltig verbessert wurde. Dieser Ratgeber gibt Auskunft zu den Leistungen der Pflegeversicherung sowie zu weiteren Maßnahmen zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen und pflegenden Angehörigen.

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 Pflegebedürftige Leistungen aus der Versicherung bekommen und welche Leistungen das sind, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und von 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 Selbstständigkeit 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. Sie haben die Wahl, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen oder aber Geld beziehen wollen, das 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, gegebenenfalls 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 Prognosen 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 4,1 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, rund 3,3 Millionen, erhalten ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 818.000 Menschen (Stand: Ende 2020. Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2019, 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 in 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 auf Seite 22).

b. Familienversicherte

Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen nicht höher ist als 470 Euro, 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 in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte 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

In einer privaten Krankenversicherung Versicherte 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. Seit Juni 2021 unterliegen auch Mitglieder von Solidargemeinschaften der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung.

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 Pflegebedürf-

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

Welche Pflege-Zusatzversicherungen werden staatlich gefördert?

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

- Der Eigenanteil der beziehungsweise des Versicherten muss mindestens zehn Euro monatlich betragen.
- Die entsprechende Pflege-Zusatzversicherung muss für alle Pflegegrade Leistungen vorsehen, für Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro im Monat.
- Es findet keine Gesundheitsprüfung statt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge sind ebenfalls nicht erlaubt.
- Es gilt Kontrahierungszwang. Die Versicherungsunternehmen müssen jede Person aufnehmen, die einen Anspruch auf die staatliche Zulage hat – dies sind volljährige Versicherte in 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 2019 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 1,6 Milliarden Euro, in den 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 Arbeitgeberinnen beziehungsweise 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 allein 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 Kapitel 1.3 c ab Seite 30).

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 Beitragseinzugsverfahrens. Die beitragsabführende Stelle (also zum Beispiel der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt oder die Versorgungswerke von den Versorgungsbezügen) behält den zusätzlichen Beitragsanteil in Höhe von 0,25 Beitragsatzpunkten ein und führt ihn 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, 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 2021 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 58.050,00 Euro im Jahr (4.837,50 Euro monatlich).

Rechengrößen der Sozialversicherung und Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) seit dem 1. Januar 2021 in Euro

	Jahr	Monat
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung – West	85.200,00	7.100,00
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung – Ost	80.400,00	6.700,00
Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	58.050,00	4.837,50
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – West	39.480,00	3.290,00
Bezugsgröße in der Rentenversicherung – Ost	37.380,00	3.115,00
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	39.480,00	3.290,00
Geringfügigkeitsgrenze ¹		450,00

	Jahr	Monat
Grenze für Familienversicherung		470,00
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder ²		33,45
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		147,54
SPV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland ³		16,72
SPV-Beitrag für Studierende		22,94
PPV-Beitrag für Studierende (bis 39 Jahre)		16,46
PPV-Höchstbetrag für Beamte		73,77
PPV-Beitrag für Ehegatten		221,31

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.

Beitragsätze:

Rentenversicherung: 18,6 Prozent

Arbeitslosenversicherung: 2,4 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, dass Alterungsrückstellungen gebildet werden müssen, 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. 2 S. 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 Versicher-

ten 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 einem regelmäßigen monatlichen Gesamteinkommen von nicht mehr als 470 Euro 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 diese Versicherten – 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 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 (MD) oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gut-



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

achter 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 ist die Begutachtung durch den MD 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 117) mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde. Die einwöchige Begutachtungsfrist gilt auch für den Fall, dass sich die antragstellende Person in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. 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 Antragseingang 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 oder der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt wurden (mindestens Pflegegrad 2).

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

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst (MD), von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern oder bei knappschafflich 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 MD 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 allein 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 davon, ob körperlich, geistig oder psychisch bedingt.



Was zählt, sind der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag allein 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 allein 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.

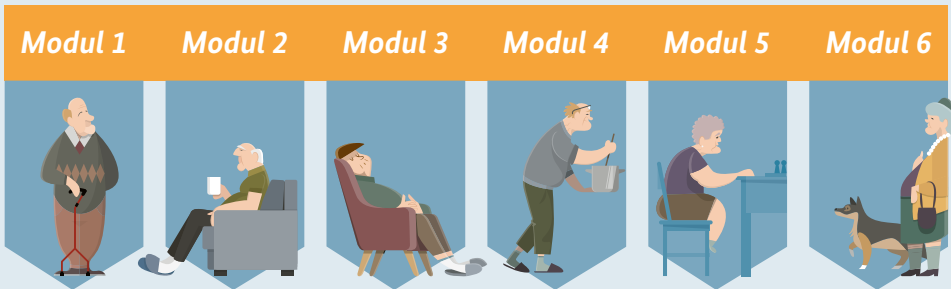
Modul 4 „Selbstversorgung“: Kann die Antragstellerin oder der Antragsteller sich zum Beispiel waschen und anziehen, kann sie oder er selbstständig die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?

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.

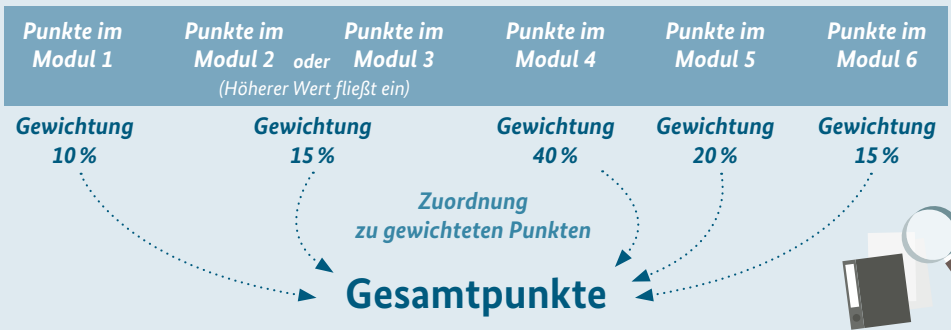
Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“: Kann die betroffene Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen?

So funktioniert die Berechnung der fünf Pflegegrade

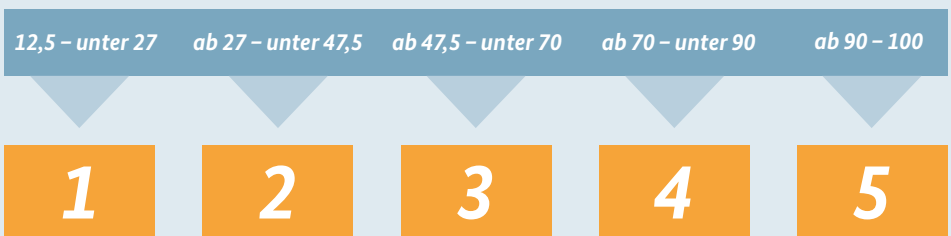
1. ERFASSUNG DER SELBSTSTÄNDIGKEIT UND DER FÄHIGKEITEN DER MENSCHEN IN SECHS LEBENSBEREICHEN



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, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln, durchführen) 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.

Darüber hinaus prüft die Gutachterin oder der Gutachter, ob eine Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht. Eine Rehabilitation kann angezeigt sein, um den Gesundheitszustand zu verbessern und die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder auch zu vermeiden. Sie kann ebenfalls bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit empfehlenswert sein, da die Möglichkeit besteht, dass sich die vorhandenen Beeinträchtigungen aufgrund der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen verringern oder jedenfalls nicht verstärken. Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre beziehungsweise seine Einschätzung der Pflegekasse. Die Pflegekasse leitet der antragstellenden Person die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung spätestens mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu (☞ siehe auch Kapitel 2.8 ab Seite 98).

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 pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf

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

f. 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 (MD) oder andere unabhängige Gutachterinnen oder 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 Videotelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter www.gebaerdentelefon.de/bmg/.

Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter der 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 1018800.

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 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.

Mit den drei Pflegestärkungsgesetzen in der letzten Legislaturperiode wurden die Leistungen, die der Unterstützung und Stärkung der häuslichen Pflege sowie der Entlastung pflegender Angehöriger dienen, erheblich ausgeweitet und flexibilisiert. So wurden die meisten Leistungsbeträge deutlich erhöht, der Entlastungsbetrag kann von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können in voller Höhe zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, zum Pflegegeld oder

zur Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden, und die Leistungen der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege können in gewissem Umfang miteinander kombiniert werden.

2.1 Pflege zu Hause – welche Möglichkeiten gibt es?

Tritt der Pflegefall ein, haben Pflegebedürftige die Wahl: Sie können sich für Pflegesachleistungen entscheiden, das sind zum Beispiel Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste, die von der Pflegekasse bis zu bestimmten Höchstgrenzen bezahlt werden, 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 79).

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 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie
- 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	Leistungen
	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 an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick ab Seite 102


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 g ab Seite 60.

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 Betrags für ambulante Sachleistungen umgewandelt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt „Angebote zur Unterstützung im Alltag; Umwandlungsanspruch“  im Kapitel 2.1 h ab Seite 62.

b. Ambulanter Betreuungsdienst (ambulante Pflegesachleistungen)

Um das Angebot von Betreuung und Hauswirtschaft auszuweiten, wurden mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz [TSVG])

Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer im System der sozialen Pflegeversicherung eingeführt.

Betreuungsdienste sind ambulante Dienste, die Leistungen der häuslichen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung unter Leitung einer verantwortlichen Fachkraft erbringen, die keine Pflegefachkraft sein muss. Gleiches gilt auch für das einzusetzende Personal. Als verantwortliche Fachkräfte können qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, eingesetzt werden.

Das Angebot der Betreuungsdienste umfasst unter anderem persönliche Hilfeleistungen, wie Unterstützung bei der Orientierung und Gestaltung des Alltags und im Haushalt sowie bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und sozialer Fähigkeiten der Pflegebedürftigen.

Vor der Einführung der Betreuungsdienste hat der Gesetzgeber diese in einem Modellvorhaben durch den GKV-Spitzenverband praktisch erproben und wissenschaftlich evaluieren lassen. 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.

Pflegefachliche Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit (☒ siehe hierzu Kapitel 4.1 b ab Seite 132) werden von den ambulanten Betreuungsdiensten nicht durchgeführt. Im Übrigen finden aber alle Vorschriften zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die sich auf ambulante Pflegedienste beziehen (auch zum Beispiel beim Entlastungsbetrag), entsprechende Anwendung auch auf die ambulanten Betreuungsdienste, soweit der Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung betroffen ist.

c. Pflegende Angehörige (Pflegegeld)

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden. 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 d auf Seite 57).

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

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

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

☑ Alle Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick ab Seite 102

Während einer Verhinderungspflege (siehe Kapitel 2.1 f ab Seite 58) 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.

d. 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 Betrag für ambulante Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 158 Euro.

e. 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 Kräfte 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.

f. 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, der sogenannten Verhinderungspflege, für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. 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 Ersatzpflegeperson (zum

Beispiel Fahrkosten oder Verdienstaussfall) 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 Prozent von 728 Euro = 364 Euro $\times \frac{13}{30}$ = 157,73 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

g. 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 Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Soweit der monatliche Entlastungsbetrag 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
- 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 in Kleingruppen, 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 h](#) 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 Eigenbelastungen entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden sollen. Wenn 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.



Wer Unterstützungsangebote annimmt, kann den Alltag besser organisieren

h. 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 zu bewältigen. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

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

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde 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 g ab Seite 60) genutzt werden.

Können Teile des Leistungsbetrags für ambulante Sachleistungen 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 ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten 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 für welche Monate entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten im Wege des Umwandlungsanspruchs erstattet werden sollen. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Das heißt: Pflegebedürftige können die Angebote zur Unterstützung im Alltag erst einmal nutzen und den Kostenerstattungsantrag dann nachträglich stellen.

Um den Überblick zu behalten, können Pflegebedürftige gemeinsam mit den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen einen sogenannten Versorgungsplan machen, in dem unter anderem ausgerechnet wird, welche Leistungsbeträge für welche Leistungsarten monatlich zur Verfügung stehen und welche Folgen die Kombination der verschiedenen Leistungen hat. Es lohnt sich also, die Pflegekasse hierauf anzusprechen.

Im Rahmen der Kombinationsleistung (☒ siehe hierzu Kapitel 2.1 d auf Seite 57) wird der umgewandelte Betrag so behandelt, als hätte man in Höhe dieses Betrags (ebenfalls) ambulante Sachleistungen bezogen. Nutzen Pflegebedürftige einen Teil ihres ambulanten Sachleistungsbetrags für Leistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes 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 noch ein anteiliges Pflegegeld in Betracht.

Beziehen Pflegebedürftige keine ambulanten Sachleistungen von Pflege- oder Betreuungsdiensten, sondern wandeln nur bis zu 40 Prozent des ambulanten Sachleistungsbetrags zugunsten der Angebote zur Unterstützung im Alltag um, erhalten sie daneben ein anteiliges Pflegegeld.

Die Höhe des Betrags bezogener ambulanter Sachleistungen und des Umwandlungsbetrages beim Umwandlungsanspruch hat im Rahmen der Kombinationsleistung also Einfluss darauf, wie viel Pflegegeld Pflegebedürftige für diesen Monat noch beanspruchen können. Haben sie für den Monat, in dem sie die Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag bezogen haben, bereits das volle oder ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt erhalten und beantragen danach die Erstattung von Kosten im Rahmen des Umwandlungsanspruchs, wird das insoweit zu viel gezahlte (anteilige) Pflegegeld mit dem Kostenerstattungsbetrag verrechnet. Das heißt: Pflegebedürftige müssen das zu viel gezahlte Pflegegeld dann nicht zurückzahlen, aber der Betrag der Kostenerstattung wird insoweit gekürzt.

Im Hinblick auf die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit (☑ siehe hierzu Kapitel 4.1 b ab Seite 132) 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 Betrags für ambulante Sachleistungen 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 Tagesbetreuungsangebot einer Gruppe von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern in Anspruch, das als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach dem geltenden Landesrecht anerkannt worden ist. 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 Betrag für ambulante Sachleistungen 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 aber kein ambulanter Pflegedienst, um bei ihr zu Hause ambulante Sachleistungen zu erbringen.

Durchgerechnet



Umwandlungsanspruch

Beispiel 3

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 806 Euro, das sind 50 Prozent des in Pflegegrad 4 für ambulante Sachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags von 1.612 Euro monatlich. Im Rahmen der Kombinationsleistung bekommt sie daneben regelmäßig noch ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 50 Prozent des in Pflegegrad 4 vorgesehenen Pflegegeldbetrags von 728 Euro, also jeden Monat 364 Euro.

Die Pflegebedürftige entschließt sich, ab Juli 2021 neben dem Pflegedienst zusätzlich jeden Monat auch eine Einzelbetreuung zu Hause durch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen. Hierfür möchte sie im Rahmen des Umwandlungsanspruchs 40 Prozent des insoweit noch nicht ausgenutzten Leistungsbetrags nach § 36 SGB XI einsetzen. 40 Prozent des monatlichen Leistungsbetrags von 1.612 Euro sind 644,80 Euro.

Die Pflegebedürftige stellt die Kostenerstattungsanträge jedoch nicht direkt und hat die Nutzung des Umwandlungsanspruchs auch nicht vorab mit ihrer Pflegekasse besprochen, sondern reicht Anfang Oktober 2021 einen Kostenerstattungsantrag für die zurückliegenden Monate ab Juli bei ihrer Pflegekasse ein. Diesem fügt sie die entsprechenden Belege bei, aus denen sich ergibt, dass sie sowohl im Juli als auch im August und im September jeweils tatsächlich Leistungen des anerkannten Angebotes in Höhe von jeweils 644,80 Euro in Anspruch genommen hat.

Hierdurch hat die Pflegebedürftige ab Juli 2021 pro Monat ambulante Sachleistungen von 806 Euro sowie im Rahmen des Umwandlungsanspruchs Leistungen von 644,80 Euro bezogen. Das sind insgesamt 1.450,80 Euro monatlich und

damit 90 Prozent des ambulanten Sachleistungsbetrags von 1.612 Euro pro Monat in Pflegegrad 4. Folglich verbleibt daneben noch Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 10 Prozent des Pflegegeldbetrages in Pflegegrad 4 von 728 Euro, also jeden Monat 72,80 Euro.

Da die Pflegekasse von der Nutzung des Umwandlungsanspruchs nichts wusste, hatte sie für die Monate Juli bis September zunächst jeweils weiterhin 364 Euro anteiliges Pflegegeld an die Pflegebedürftige ausgezahlt. Das sind pro Monat 291,20 Euro mehr, als die Pflegebedürftige nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages an sich noch als Pflegegeld hätte beanspruchen können. Die Pflegebedürftige muss die zu viel gezahlten Pflegegeldbeträge aber nicht zurückzahlen, sondern diese werden gleich mit der beantragten Kostenerstattung verrechnet. Die Pflegekasse zieht die jeweils zu viel gezahlten 291,20 Euro für die Monate Juli, August, September also von der beantragten Kostenerstattung von 644,80 Euro für die jeweiligen Monate ab und zahlt im Rahmen des Umwandlungsanspruchs für die Monate Juli, August und September im Ergebnis noch jeweils 353,60 Euro an die Pflegebedürftige aus.

Im Ergebnis stellt sich die Pflegebedürftige dabei nicht schlechter: Sie hat in den Monaten Juli, August und September Leistungen des anerkannten Angebotes von insgesamt 1.934,40 Euro bezogen, deren Erstattung sie im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragt hat. Die Pflegekasse zahlt ihr als Kostenerstattung im Ergebnis für diese Monate insgesamt noch 1.060,80 Euro aus. Gleichzeitig hat sie der Pflegebedürftigen für die Monate Juli, August und September aber insgesamt auch 1.092 Euro an anteiligem Pflegegeld ausgezahlt, obwohl bei Berücksichtigung der Umwandlung nur noch Anspruch auf insgesamt 218,40 Euro bestand. Damit hat sie insgesamt 873,60 Euro anteiliges Pflegegeld zu viel gezahlt, die aber nicht zurückgefordert werden. 873,60 Euro und 1.060,80 Euro zusammen ergeben wiederum 1.934,40 Euro.

i. 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 Vertrag 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 selbst 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 2.11 ab Seite 74).

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.

j. 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 neh-

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

k. 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 Bettelinlagen.

Wie müssen Pflegehilfsmittel beantragt werden?

Um Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse hat über den Leistungsantrag innerhalb von drei Wochen nach Antrags- eingang zu entscheiden. In Fällen, in denen ein medizinisches Gutachten notwendig ist, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Kann die Pflegekasse die Frist nicht einhalten, teilt sie dies der antragstellenden Person unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Unterbleibt diese Mitteilung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Seit dem 1. Januar 2017 haben der Medizinische Dienst (MD) 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 Zu-

stimmung 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.

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn das beantragte Pflegehilfsmittel dazu beiträgt, die Pflege zu erleichtern und Beschwerden zu lindern, oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht. Zudem darf keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bestehen. 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.

I. 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.

Durchgerechnet



Wohnungsanpassung in einer Pflege-WG

Wohnen acht pflegebedürftige 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 Treppenlifte, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem werden der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, sowie der feste Einbau bestimmter technischer Hilfen finanziell unterstützt. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.



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

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Seit dem 1. Januar 2021 beträgt die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung drei Wochen. Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn für die Leistungsentscheidung ein medizinisches Gutachten notwendig ist. Kann die Pflegekasse die Frist nicht einhalten, teilt sie dies der antragstellenden Person unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Unterbleibt diese Mitteilung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

m. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Mit dem Digitale-Versorgung-und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) tritt neben dem Anspruch der Pflegebedürftigen auf Leistungen wie Pflegehilfsmittel ein neuer Leistungsanspruch in der Häuslichkeit auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen in Höhe von bis zu insgesamt 50 Euro monatlich.

Was sind digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen?

Digitale Pflegeanwendungen können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion mit Angehörigen oder dem Pflege-

dienst genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Erscheinungsformen sind neben Pflege-Apps etwa browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf klassischen Desktop-Rechnern.

Digitale Pflegeanwendungen können Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Unter den neuen Leistungsanspruch fallen auch digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können.

Ergänzende Unterstützungsleistungen können durch Dritte, Angehörige oder auch Pflegedienste, erbracht werden, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und sie im Einzelfall für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind.

Wie und ab wann sind digitale Pflegeanwendungen erhältlich?

Die Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen können zukünftig Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag und nach Genehmigung durch die Pflegekasse erstattet werden. Hierfür steht ein gemeinsamer Leistungsbetrag in Höhe von 50 Euro monatlich zur Verfügung. Etwaige Mehrkosten sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist, dass die Anwendungen zuvor erfolgreich eine Prüfung der Anforderungen wie Nutzerfreundlichkeit, Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und -sicherheit beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen haben. Zugleich müssen digitale Pflegeanwendungen einen pflegerischen Nutzen nachweisen und es darf keine Leistungspflicht der Krankenkasse bestehen. Aufwendungen für ergänzende Unterstützungsleistungen sind nur erstattungsfähig, wenn das BfArM deren Erforderlichkeit festgestellt hat.

Um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie Pflegedienste und Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zukünftig über gute und sichere digitale Pflegeanwendungen informieren zu können, wird beim BfArM ein eigenes Verzeichnis eingerichtet. Mit der Aufnahme erster Anwendungen wird im Frühjahr des Jahres 2022 gerechnet.

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	Leistungen 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 an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick ab Seite 102

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 88).

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 im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ (☞ siehe Kapitel 2.1 g ab Seite 60).

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 Elften Buch Sozialgesetzbuch (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 SGB XI festgestellt, gibt es unter bestimmten Voraussetzungen Kurzzeitpflege zudem als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

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 g ab Seite 60).

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	Leistungen 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 an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick ab Seite 102



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 war 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. Hier 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 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 91).

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 in dem Pflegeheim, im Internet sowie 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 werden 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 zuvor 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 erbracht 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 oder das Beratungsangebot in einem nahe gelegenen Pflegestützpunkt nutzen. 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 Zuschüsse zur Anpassung ihres Wohnumfelds (zum Beispiel zum Einbau einer barrierefreien Dusche), auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und digitalen Pflegeanwendungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen. 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 auf Heilung keine Aussicht 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 palliativpflegerische Leistungen umfasst. Wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der beziehungsweise des Versicherten nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Palliativstationen versorgt werden. Möglich ist auch eine Versorgung in stationären Hospizen.

Wie wird die Versorgung schwerstkranker Menschen verbessert?

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

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

insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Wie wird eine gute hospizliche Versorgung gewährleistet?

Um die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenenhospize zu stärken, wurde der Mindestzuschuss der Krankenkassen angehoben. Bislang unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten seither einen höheren Tagessatz pro betreuter Versicherter beziehungsweise betreutem Versicherten. Zudem tragen die Kassen heute 95 Prozent statt wie zuvor 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 früher 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 Pflegenden (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag



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

(zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln. 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 gewinnorientierte

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 15 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, die bundesweite Tätigkeit 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 Pflege Tätigkeit 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 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). 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. Früher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche

Leistungen. Diese Versorgungslücke hat das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt geschlossen. Es wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der Krankenkassen eingeführt.

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

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung bedürfen grundsätzlich der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. 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 Kosten für medizinisch notwendige Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernommen. 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 und des Stoffwechsels sowie Demenz, kann durch rechtzeitige Prävention entgegengewirkt werden. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei. Diesbezüglich stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 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.



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

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/gesundheitsaelterer-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 gewinnen die Gutachterinnen und Gutachter einen Eindruck von der Lebenssituation sowie der Lebensführung der überwiegend 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 individuelle Situation der pflegebedürftigen Person. Wie kommt sie in ihrem Alltag zurecht? Gibt es Hilfsmittel, die ihr das Leben erleichtern können? Kann das

Wohnumfeld verbessert werden? Um eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern, können direkt im Gutachten Rehabilitationsmaßnahmen und präventive Maßnahmen empfohlen werden, die mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person 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 Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) nennt dazu etwa die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Für Leistungen zur Prävention gemäß § 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) hat die Soziale Pflegeversicherung im Gesamtjahr 2019 rund 32 Millionen Euro bereitgestellt. Für pflegende Angehörige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten der Krankenkassen zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, wurde die Möglichkeit



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

geschaffen, diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrzunehmen. Hierfür hat sich der tägliche Zuschuss der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung auf bis zu 16 Euro täglich erhöht.

Welchen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen haben pflegende Angehörige?

Damit pflegende Angehörige Angebote zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation der Krankenkassen leichter in Anspruch nehmen können, sind die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Pflegende Angehörige können nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt worden sind.

Zudem haben pflegende Angehörige bei einer eigenen Rehabilitationsmaßnahme die Möglichkeit, die pflegebedürftige Person in die Reha-Einrichtung mitzunehmen. Wenn die pflegebedürftige Person in derselben Reha-Einrichtung wie der pflegende Angehörige versorgt werden kann, übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Andernfalls muss die Krankenkasse in Zusammenarbeit mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person die Versorgung organisieren. Für die Versorgung der pflegebedürftigen Person in dieser Zeit kann dabei der Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer Kurzzeitpflegereinrichtung in der Nähe der Reha-Einrichtung in Anspruch genommen werden, damit der Kontakt erhalten bleibt. Natürlich kann die oder der Pflegebedürftige auch in einer anderen Kurzzeitpflegereinrichtung untergebracht werden oder zu Hause in ihrer oder seiner gewohnten Umgebung bleiben. In diesen Fällen richten sich die Leistungsansprüche des Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsrecht im SGB XI, insbesondere nach den § 42 (Kurzzeitpflege), § 39 (Verhinderungspflege) und § 45b (Entlastungsbetrag) SGB XI.

Pflegekassen und Pflegestützpunkte haben pflegende Angehörige entsprechend zu beraten. Rehabilitationsleistungen für erwerbstätige pflegende Angehörige liegen weiterhin in der Verantwortung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich ¹	–	
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ^{1,2}	*	
Verhinderungspflege³	durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder ⁴	–	
	durch sonstige Personen ⁵	–	
Kurzzeitpflege⁶	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁷	*	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	*	
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	Leistungsbetrag von bis zu € monatlich	125,00	
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214,00	

* Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat für diese Leistungen einsetzen.

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
316,00	545,00	728,00	901,00
689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
474,00 (1,5-Faches von 316,00)	817,50 (1,5-Faches von 545,00)	1.092,00 (1,5-Faches von 728,00)	1.351,50 (1,5-Faches von 901,00)
1.612,00	1.612,00	1.612,00	1.612,00
1.612,00	1.612,00	1.612,00	1.612,00
689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
125,00	125,00	125,00	125,00
214,00	214,00	214,00	214,00

Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	125,00	
Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten i.S.d. § 43a SGB XI i.V.m. § 71 Abs. 4 SGB XI ⁸	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40,00	
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		
Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen von bis zu € monatlich	50,00	
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁹	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Ostdeutschland)	–	
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen¹⁰	€ monatlich (Ostdeutschland)	–	

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
770,00	1.262,00	1.775,00	2.005,00
15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung, höchstens 266 € monatlich			
40,00	40,00	40,00	40,00
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 zusammenwohnen)			
50,00	50,00	50,00	50,00
165,22 (156,44)	263,13 (249,14)	428,36 (405,57)	611,94 (579,39)
39,48 (37,38)	39,48 (37,38)	39,48 (37,38)	39,48 (37,38)

Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Jahr 2021 im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung ¹¹	174,37
	Pflegeversicherung	33,45
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	insgesamt 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 Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 % 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). Die Regelungen zur Kombinationsleistung finden entsprechende Anwendung.
- 3 Während der Verhinderungspflege wird für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 4 Auf Nachweis können nahen Angehörigen oder Haushaltsmitgliedern notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 € im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe Fußnote 5) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden.
- 5 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.
- 6 Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 7 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mit-

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
174,37	174,37	174,37	174,37
33,45	33,45	33,45	33,45
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			

teln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

- 8 Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Abs. 4 SGB XI erbracht, umfasst die Leistung der Eingliederungshilfe gemäß § 103 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) auch die Pflegeleistungen in diesen Einrichtungen oder Räumlichkeiten. Die Pflegeversicherung beteiligt sich an den Aufwendungen für die Pflege in diesen Fällen in dem hier aufgeführten Umfang.
- 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 keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat.
- 10 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 Entgeltersatzleistung hatte.
- 11 Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6% sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 1,3% 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
<ul style="list-style-type: none"> • auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mitberücksichtigt (Fallmanagement) 	x	
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • pflegende Angehörige können mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten 	x	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 die beziehungsweise den Versicherte/n	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
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. Sie 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 c ab Seite 55).

b. Soziale Absicherung der Pflegepersonen

Welche Pflegepersonen haben Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung?

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 115,66 und 611,94 Euro monatlich (Werte 2021 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 109,51 und 579,39 Euro monatlich (Werte 2021 – neue Bundesländer). Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 621,81 und 3.290,00 Euro monatlich (Werte 2021 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 588,74 und 3.115,00 Euro monatlich (Werte 2021 – neue Bundesländer) erhalten. Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 6,14 und 32,49 Euro (Wert: 1. Januar 2021 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 5,97 und 31,58 Euro (Wert: 1. Januar 2021 – 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 die Voraussetzungen der Definition unter „Welche Pflegepersonen haben Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung?“ erfüllen (☑ siehe Seite 111).

Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen seit dem 1. Januar 2021

Pflegegrad der/des Pflege- bedürftigen	Art der bezogenen Leistung	Beitragshöhe in Euro pro Monat	
		West	Ost
2	Geldleistung	165,22	156,44
	Kombinations- leistung	140,44	132,97
	volle ambulante Sachleistung	115,66	109,51
3	Geldleistung	263,13	249,14
	Kombinations- leistung	223,67	211,77
	volle ambulante Sachleistung	184,19	174,40
4	Geldleistung	428,36	405,57
	Kombinations- leistung	364,10	344,74
	volle ambulante Sachleistung	299,85	283,90
5	Geldleistung	611,94	579,39
	Kombinations- leistung	520,15	492,48
	volle ambulante Sachleistung	428,36	405,57

Wann sind Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert?

Für Pflegepersonen¹, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen zu kümmern, zahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfllegetätigkeit. Das bedeutet: Die Pflegepersonen verlieren ihren Versicherungsschutz nicht und haben damit – bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen – Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfllegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Die Versicherungspflicht tritt nur dann ein, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor Beginn der Pfllegetätigkeit bereits pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung war oder einen Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) – in erster Linie also Arbeitslosengeld – hatte. „Unmittelbarkeit“ in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen dem Ende der Versicherungspflicht oder dem Bezug der Entgeltersatzleistung nach dem SGB III und dem Beginn der versicherungspflichtigen Pfllegetätigkeit nicht mehr als ein Monat liegt. Besteht für die Pflegeperson bereits aus anderen Gründen – zum Beispiel im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung – eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung, geht diese Absicherung zudem vor.

Die Beiträge werden bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen allein von der Pflegeversicherung getragen und an die Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Für Pflegepersonen, die aufgrund ihrer Pfllegetätigkeit 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 Pfllegetätigkeit geleistet wird.

¹ Gemeint sind Pflegepersonen, die die Voraussetzungen der Definition unter „Welche Pflegepersonen haben Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung?“ erfüllen (☑ siehe Seite 111).

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 Angehörige 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 f ab Seite 58). 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 79). Bei der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen und bei der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt.



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

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 vor Ort 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. Zudem haben pflegende Angehörige die Möglichkeit, Online-Pflegekurse zu besuchen.

Darüber hinaus werden bei Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieherinnen häusliche Beratungseinsätze durchgeführt. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen diese Beratung regelmäßig in Anspruch nehmen (☞ siehe Kapitel 4.1 b ab Seite 132). 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 Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, 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 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 3.2b ab Seite 121) 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.

Während einer Pflegezeit mit nur teilweiser Freistellung besteht der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung grundsätzlich im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses fort. Bei einer vollständigen Freistellung 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 rechts). Das Darlehen zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (www.bafza.de). Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab.

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

Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.

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

b. Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Was ist Familienpflegezeit?

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



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

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 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 auch 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 an die 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. In der Arbeitslosenversicherung besteht der Versicherungsschutz während einer Familienpflegezeit grundsätzlich im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses fort. Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5



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

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/start 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.

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 pflegebedürftige 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. Hinsichtlich Ihrer Ansprüche sollten Sie sich daher gut beraten lassen. Wo Sie die richtige Beratung finden und welche Ansprüche auf Beratung Sie haben, erfahren Sie in diesem 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, erhalten Sie von der Pflegekasse

- entweder unter Angabe einer Kontaktperson das Angebot für einen konkreten Beratungstermin, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
- oder einen Beratungsgutschein, 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 oder eine andere Gutachterin beziehungsweise ein anderer Gutachter im Auftrag der Pflegekasse erstellt hat.

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 geben 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 Pflegeberaterin oder der Pflegeberater weist auf alle Unterstützungsmöglichkeiten hin, die die Pflegeversicherung bereithält. Sie oder er 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 und der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und Hilfe suchenden Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern und mit Rat zur Seite stehen. Anspruchsberechtigte können die Pflegeberatung auch in einem Pflegestützpunkt wahrnehmen.

b. Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Wer muss und wer kann pflegefachliche 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 nach Landesrecht anerkannten Leistungen zur Unterstützung im Alltag verwendet wird (im Rahmen des Umwandlungsanspruchs). Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen 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:

- zugelassene Pflegedienste
- neutrale und unabhängige Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind
- Pflegefachkräfte, die von der Pflegekasse beauftragt wurden, aber nicht bei dieser beschäftigt sind
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberater 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- und Hospizversorgung unterstützen. Seit dem 1. Januar 2016 gibt es deshalb 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 jeweils einem wichtigen Pflege Thema. Derzeit liegen folgende Expertenstandards vor: Dekubitusprophylaxe in der Pflege; Entlassungsmanagement in der Pflege; Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen; Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen; Sturzprophylaxe in der Pflege; Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Pflege von Menschen mit chronischen Wunden; Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege; Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ fordert von Pflegekräften, sich auf die mit einer Demenz einhergehenden Veränderungen (Kommunikationsverhalten, Orientierungssinn, Beurteilungsvermögen, soziales Verhalten) einzustellen und die Betroffenen mit ihren emotionalen

und sozialen Bedürfnissen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen. Der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ wird zurzeit überarbeitet und wissenschaftlich erprobt. 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 (MD) 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 MD, 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. Juli 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 und ambulanten Pflegeeinrichtungen am Tag zuvor angekündigt, um einen funktionie-



Jährliche Prüfungen stellen sicher, dass die Pflegestandards eingehalten werden. Dabei wird die Akte geprüft und es wird der Pflegezustand der Menschen beurteilt.

renden Prüfungsablauf zu ermöglichen und gleichzeitig die notwendige durchgehende Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen.

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 MD 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 (MD)?

Der Medizinische Dienst ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen

prüft der MD 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 MD 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 MD und der Prüfdienst der PKV bei der Qualitätsprüfung?

Der MD 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).

Der MD 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 MD oder den Prüfdienst der PKV geprüft und beraten. Auch die Heimaufsichtsbehörden in den Bundesländern überwachen und beraten die Pflegeeinrichtungen durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen. Die Inhalte und die Durchführung dieser Prüfungen sind in den jeweiligen Bundesländern gesetzlich geregelt.

d. Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse

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, verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt. Die Qualitätsergebnisse sollen auch in den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, mit dem Datum der letzten Prüfung des MD oder des Prüfdienstes der PKV, mit einer Zusammenfassung der aktuellen Qualitätsergebnisse sowie mit einer Einordnung des Qualitätsergebnisses ausgehängt werden.

Die Qualitätsergebnisse sind auf folgenden Internetseiten abrufbar:

- www.pflege-navigator.de (AOK)
- www.bkk-pflegefindex.de (BKK)
- www.der-pflegekompas.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

e. Neue Qualitätssysteme in der Pflege

Was ändert sich bei der Qualitätssicherung in der stationären Pflege?

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag nimmt die Ergebnisqualität im neuen stationären Qualitätssystem eine sehr viel größere Rolle ein. Ein zentrales neues Element sind die halbjährlich durch die Pflegeheime anhand von insgesamt zehn Qualitätsindikatoren zu erhebenden Versorgungsergebnisse. Qualitätsindikatoren sind Instrumente, mit denen Ergebnisqualität in der stationären Pflege gemessen und bewertet werden sollen. Mithilfe des Indikators „Dekubitusentstehung“ wird beispielsweise erhoben, wie oft bei den Bewohnern eines Pflegeheims ein Druckgeschwür entstanden ist. Das Ergebnis kann dann mit dem Durchschnitt aller vollstationären Pflegeeinrichtungen für diesen Indikator verglichen werden.

Das neue stationäre Qualitätssystem umfasst insgesamt zehn Indikatoren:

1. erhaltene Mobilität
2. erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen
3. erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung
5. schwerwiegende Sturzfolgen
6. unbeabsichtigter Gewichtsverlust
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Bei einigen dieser Indikatoren ist eine Unterscheidung in jeweils zwei Risikogruppen vorgesehen.

Die externen Qualitätsprüfungen durch den MD und den PKV-Prüfdienst in Pflegeheimen wurden grundlegend reformiert. Die Prüferinnen und Prüfer können nun zur Beurteilung der Qualitätsaspekte auf mehrere gleichberechtigte Informationsquellen zurückgreifen. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung soll nicht mehr stattfinden. Im Gegensatz zum bisherigen



Die Qualitätsergebnisse der jeweiligen Pflegeeinrichtung werden verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt

Prüfansatz treten Qualitätsaspekte zur Strukturqualität in den Hintergrund. Prüfungen bauen auf den erhobenen Qualitätsdaten auf, auf deren Grundlage auch ein Teil der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen bestimmt wird. Daneben gehören auch Fachgespräche mit den Pflegekräften zur Qualitätsprüfung. Damit erhalten die Pflegekräfte die Möglichkeit, ihre pflegefachlichen Kompetenzen einzubringen und mit den Prüferinnen und Prüfern in einen partnerschaftlichen Dialog zu treten. Insgesamt sollen die Prüfungen noch deutlicher einen beratungsorientierten Ansatz verfolgen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Die neue Qualitätsdarstellung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hat drei Bestandteile: die von den Einrichtungen erhobenen Daten, die Ergebnisse der externen Prüfungen sowie weitere qualitätsrelevante Informationen über die Pflegeeinrichtungen. Verbraucherinnen und Verbraucher sollen damit zukünftig sehr viel mehr und aussagekräftigere Informationen über Pflegeheime erhalten als zuvor. Neues Element der Qualitätsberichte sind die durch die Einrichtungen erhobenen Qualitätsdaten: Anders als die Qualitätsprüfungen basieren diese nicht auf einer begrenzten Stichprobe, sondern auf einer Gesamterhebung für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims. Ziel ist, Qualitätsunterschiede deutlicher sichtbar zu machen.

Wann startet das neue Qualitätssystem für die ambulante Pflege?

Ein Auftrag zur Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht werden, sowie für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege wurde mit der Vorlage des Abschlussberichts abgeschlossen. Das wissenschaftliche Konzept sieht vor, dass die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege ebenfalls stärker auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein sollen.

Bei ambulanten Pflegediensten werden derzeit noch Pflegenoten nach dem alten Prüfverfahren in drei Bereichen vergeben:

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

Zurzeit findet die vor der Umsetzung der erarbeiteten Instrumente und Verfahren gesetzlich vorgesehene Pilotierung des neuen Systems statt. Der Start des neuen ambulanten Qualitätssystems wird von der Pflege-Selbstverwaltung für Ende 2021 vorgesehen.

f. 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 (MD) 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 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.

g. Abrechnungsprüfungen

Um Abrechnungsbetrug wirksamer zu verhindern, wurden schon mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz die Kontrollmöglichkeiten der Pflegekassen ausgeweitet. So wurde klargestellt, dass der MD und der Prüfdienst der PKV Anlasskontrollen auch in der ambulanten Pflege unangemeldet durchführen können. Zudem wurde eine Pflichtprüfung der Abrechnungen durch den MD 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 Modernisierungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) von 2003 bei Krankenkassen, Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet wurden.

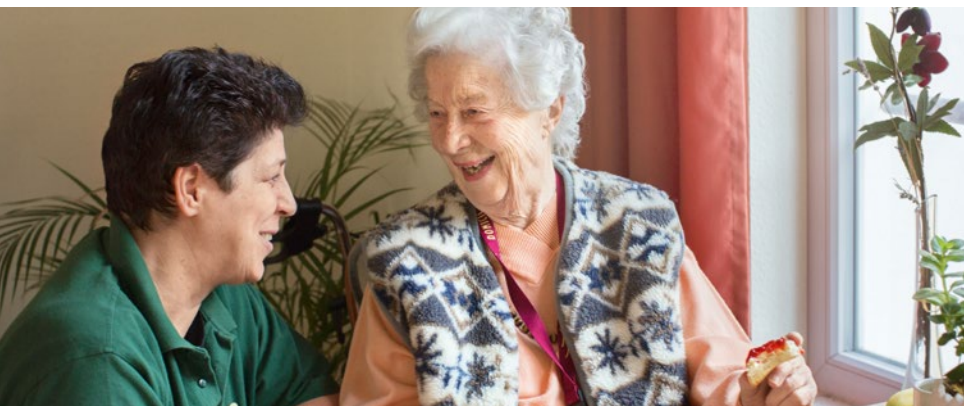
Diese Stellen haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Pflegekasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Jede Person kann sich – auch anonym – an diese Stellen 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 der Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte der Anzahl zur 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 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 von den Pflegekassen getragen.



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.

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 Einrichtungs- und Kostenträger sowie der Kommunen, dem Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., 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 Leistungserbringerverbände 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?

Pflegebedürftigen Menschen eine gute Pflege zu gewähren, ist eine der wichtigsten gesellschaftlichen Aufgaben. Dafür sind motivierte Pflegekräfte unabdingbar, die neben der gesellschaftlichen Anerkennung auch angemessene Arbeitsbedingungen und entsprechende Gehälter erhalten. Dies trägt auch dazu bei, die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern.

Für die Langzeitpflege und ambulante Krankenpflege gilt aber 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. Dazu gehört auch der neue Pflegemindestlohn. Die vierte Pflegekommission hat sich am 28. Januar 2020 einstimmig auf neue Pflegemindestlöhne für Beschäftigte in der

Langzeitpflege und ambulanten Krankenpflege geeinigt. Die entsprechende Rechtsverordnung (Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – 4. PflegeArbbV) ist am 1. Mai 2020 in Kraft getreten und enthält folgende Regelungen:

- Ab 1. Juli 2020 steigen die Mindestlöhne für Pflegehilfskräfte im Westen und Osten in vier Schritten auf einheitlich 12,55 Euro pro Stunde. Die Angleichung der regional unterschiedlichen Pflege-mindestlöhne erfolgt zum 1. September 2021. Der neue einheitliche Mindestlohn gilt auch 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.
- Ab dem 1. April 2021 wird für qualifizierte Pflegehilfskräfte (mindestens einjährige Ausbildung mit entsprechender Tätigkeit) im Osten ein Mindestlohn von 12,20 Euro pro Stunde und im Westen von 12,50 Euro pro Stunde eingeführt. Die Angleichung wird zum 1. September 2021 auf einheitlich 12,50 Euro erfolgen. Ab dem 1. April 2022 wird eine Steigerung auf 13,30 Euro pro Stunde stattfinden.
- Zum 1. Juli 2021 wird für Pflegefachkräfte ein einheitlicher Mindestlohn von 15,00 Euro pro Stunde eingeführt, der ab dem 1. April 2022 auf 15,40 Euro steigt.

Ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber einer Pflegekraft ein privater Haushalt oder eine ambulante Wohngemeinschaft, so gilt der allgemeine Mindestlohn. 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.

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.

Änderungen mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Um auch in Zukunft eine gute pflegerische Versorgung sicherzustellen, wurden mit dem im Juli 2021 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wichtige Regelungen zum Bereich Pflege beschlossen, die sukzessive ihre Wirkung entfalten werden:

- Zum 1. Januar 2022 erfolgt eine Anhebung der Pflegesachleistungsbeträge in der ambulanten Pflege um 5 Prozent sowie eine Anhebung des Leistungsbetrages für die Kurzzeitpflege um 10 Prozent.
- Die Kurzzeitpflege wird mit einer verbindlichen Vorgabe an die Selbstverwaltung gestärkt, künftig die Besonderheiten dieser Versorgungsform in Vergütungsvereinbarungen besser zu berücksichtigen, mit dem Ziel, dass kurzfristiger Versorgungsbedarf beispielsweise nach einer Krankenhausbehandlung sichergestellt werden kann. Zusätzlich wird in der Akutversorgung ein Anspruch auf eine bis zu zehntägige Übergangspflege eingeführt.
- Die pflegebedingten Aufwendungen werden ab dem 1. Januar 2022 in der stationären Pflege begrenzt. Die Pflegeversicherung zahlt künftig neben dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbeitrag einen Zuschlag zu den Pflegekosten, der mit der Dauer der Pflege steigt. Im ersten Jahr trägt die Pflegekasse 5 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und danach 70 Prozent. Damit entlasten wir die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen spürbar – zum Beispiel nach mehr als 24 Monaten Pflege bundesdurchschnittlich um rd. 410 Euro im Monat, nach mehr als 36 Monaten Pflege sogar um rd. 638 Euro im Monat.

- Die Attraktivität einer beruflichen Tätigkeit in der Pflege wird nicht nur, aber auch von der Höhe der Entlohnung bestimmt. Über Regelungen im Zulassungs- und Vergütungsrecht wird ab dem 1. September 2022 sichergestellt, dass die in Pflegeeinrichtungen beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte tariflich entlohnt werden.
- Mit dem mit der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) begonnenen Weg wird die Versorgung in der stationären Pflege verbessert, indem ab dem 1. Juli 2023 bundeseinheitliche Personalanhaltswerte vorgegeben werden, die eine weitere spürbare Verbesserung der personellen Ausstattung der Heime ermöglichen.
- Die pflegerische Versorgung wird dadurch verbessert, dass Pflegefachkräfte künftig Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel verordnen sowie innerhalb eines vertragsärztlich festgelegten Ordnungsrahmens über die erforderliche Häufigkeit und Dauer geeigneter Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege bestimmen können.
- Zusätzlich zur bisherigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung gibt es ab dem 1. Januar 2022 einen pauschalen Bundeszuschuss in Höhe von jährlich 1 Milliarde Euro an die Pflegeversicherung. Der Beitragszuschlag für Kinderlose wird um 0,1 Prozentpunkte auf 0,35 erhöht, um dem Ausgangsverhältnis zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005 wieder besser zu entsprechen.

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 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 Sichwaschen.

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:

- 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 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur häuslichen Krankenpflege gehören Tätigkeiten wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandwechsel 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 zu bewältigen. Sie sind in der Regel ehrenamtlich geprägt. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),



2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von  **pflegenden Angehörigen** und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote 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  **Entlastungsbetrag** 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. Dabei handelt es sich um eine 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 (MD)** oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Im Auftrag der Pflegekassen überprüfen der MD 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 haben der MD oder andere Gutachterinnen oder Gutachter 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 Belas-

tungen, 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 MD oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder -pfleger beziehungsweise als Kinderärztin oder -arzt vorzunehmen.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung muss die Begutachtung durch den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen oder 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. Die einwöchige Begutachtungsfrist gilt auch für den Fall, dass sich die antragstellende Person in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

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) festgestellt sind.

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 Pflegeleistungen** 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 sowie der regelmäßigen 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 die oder der Pflegebedürftige aufgenommen wurde.

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

- zugelassene Pflegedienste,
- neutrale und unabhängige Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind,
- Pflegefachkräfte, die von der Pflegekasse beauftragt wurden, aber nicht bei dieser beschäftigt sind,
-  **Pflegeberaterinnen und Pflegeberater** der Pflegekassen,
- Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen.

Betreuungsdienste

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat der Gesetzgeber ein Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch neuartige Betreuungsdienste durchführen lassen, 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 Modellvorhabens 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 zeigen unter anderem auf, dass die ambulanten Betreuungsdienste einen wichtigen und wertvollen Beitrag zur Professionalisierung von Betreuung und Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich leisten.

Um das Angebot von Betreuung und Hauswirtschaft auszuweiten, wurden mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz [TSVG]) Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer im System der sozialen Pflegeversicherung eingeführt (§ 71 Abs. 1a SGB XI). Die gesetzlichen Regelungen zu den Betreuungsdiensten sind am 11. Mai 2019 in Kraft getreten.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind danach verpflichtet, mit hierfür qualifizierten Leistungserbringern Verträge zu schließen, die qualitätsgesicherte pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten. Die Vorschriften des SGB XI, die für Pflegedienste gelten, sind auch auf die Betreuungsdienste entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist (§ 71 Abs. 1a SGB XI).

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 genannt, 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 sekun-

dären 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, rund 90 Prozent entfallen auf die primären und in der Regel irreversibel („unumkehrbar“) verlaufenden Demenzen, die durch den Verlust von Nervenzellen im Gehirn bedingt sind. Hier wiederum dominiert der Typ Alzheimer. Dieser ist für rund zwei Drittel aller Demenzerkrankungen verantwortlich. Es folgen mit circa 20 Prozent die sogenannten vaskulären, das heißt gefäßbedingten Demenzen, wobei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler davon ausgehen, dass auch Mischformen eine nicht unerhebliche Rolle spielen. An diesen leiden etwa 15 Prozent der Patientinnen und Patienten.

Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) auf mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dabei unterstützen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Sie können auch die Interaktion mit Dritten, wie Angehörigen oder Pflegediensten, verbessern.

Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein sogenanntes DiPA-Verzeichnis wird ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt. Mit der Aufnahme erster Anwendungen wird im Frühjahr des Jahres 2022 gerechnet.

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 allein 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 0,15 Euro pro Versichertem und Jahr zur Verfügung, das sind insgesamt circa zwölf Millionen Euro im Jahr. Mit dem 1. Januar 2019 wurde zudem die Förderung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vereinfacht und erstmals grundsätzlich auch die Förderung bundesweiter 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 im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen:

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 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 in Kleingruppen, Einzelbetreuung), Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im All-

tag (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 oder anderer von der Pflegekasse beauftragter Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung;
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplans gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person und allen an der Pflege Beteiligten;
- Veranlassung aller für den Versorgungsplan erforderlichen Maßnahmen und Begleitung bei der Durchführung sowie Vorschläge für eine Anpassung an veränderte Bedarfslagen.

Familienpflegezeit

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

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

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

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

Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz

Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ist im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz deutlich verbessert worden. Beschäftigte haben seitdem mehr zeitliche Flexibilität und Sicher-

heit, 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. Sie können 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 dann, wenn eine Betreuung außerhalb der häuslichen Umgebung erfolgt. Darüber hinaus können Beschäftigte eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung von 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 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 Beschäf-

tigte, 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 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 Krankenbehand-

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

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

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

Siehe auch den Glossareintrag **☞ Pflegehilfsmittel** zur Unterscheidung.

Kombinationsleistung


Der Bezug von Pflegegeld und von **☞ ambulanten Pflegesachleistungen** kann im Rahmen der häuslichen Pflege auch 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 untereinander aufteilen. Für diese Auszeit kann ihnen seit dem 1. Januar 2015 ein auf bis zu zehn Arbeitstage begrenztes  **Pflegeunterstützungsgeld** gewährt werden. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatz-

leistung 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 „Pflugesituation“, in der die Pflege naher Angehöriger zu organisieren beziehungsweise sicherzustellen ist, nach Maßgabe des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen. Eine akute Pflugesituation 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 Pflugesituation tritt in der Regel nur einmal je pflegebedürftigen Angehörigen ein, 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. die pflegebedürftigen Angehörigen voraussichtlich einen der 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 behandelnden 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 Ange-



hörigen 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 entsprechend Versicherte eine Kurzzeitpflege als 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 unterschied-

liche Pflege- und Betreuungsformen und -einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und ihre 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 (MD)

Der MD ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und **☒ Pflegeversicherung**. Der MD 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 Pflege Mindestlohn (nach Empfehlung der Vierten Pflegekommission „Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – 4. PflegeArbbV“, die Verordnung ist am 1. Mai 2020 in Kraft getreten und wird am 30. April 2022 außer Kraft treten) oder der allgemeine gesetzliche Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz anwendbar sein.

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 mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

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

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

Wer einen Antrag auf Leistungen der  **Pflegeversicherung** stellt, dem bietet die Pflegekasse von sich aus einen Termin für eine Pflegetherapie an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung stattfinden soll. Die Pflegekassen benennen eine feste Ansprech-

partnerin 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 gemeinsam vor Ort in den **☑ Pflegestützpunkten** 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 unter der kostenfreien Rufnummer 0800 1018800 möglich.

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 weiterer 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 nach Hause zurückgebracht 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 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 erstmals 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 der Gutschein 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, in einer Rehabilitationseinrichtung oder telefonisch.

Sobald die ☒ **Leistungen der Pflegeversicherung** beantragt wurden, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.


Bei diesem Termin sollte auch die eigene Pflegeperson anwesend sein. Nach Möglichkeit sollte eingeschätzt werden, ob die Pflege längerfristig durch Angehörige oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden kann und ob ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ☒ **ambulanten Pflegedienstes** zurückgegriffen werden soll. Ist die ☒ **Pflege zu Hause** – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Pflege- und Betreuungsangebotes einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, 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 3406066-02.

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 wird, 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 pflegefachliche 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 es 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 pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ( **Pflegegrad 1**) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird.

Pflegegrad 1

Grundsätzlich werden die Leistungen der  **Pflegeversicherung** für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 gewährt. Für frühzeitige 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 pflegefachliche  **Beratung in der eigenen Häuslichkeit**,

- der **Wohngruppenzuschlag**,
- die **Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuer Wohngruppen**,
- die Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln**,
- die **Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes**,
- die **digitalen Pflegeanwendungen** und **ergänzenden Unterstützungsleistungen**,
- 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 umfassende 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, und
- 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, sodass eine Zuzahlung entfällt.

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

Siehe auch den Glossareintrag  **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 vor Ort und in digitaler Form 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.

Pflegepersonen 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 die Pflegebedürftige oder 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 eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen zu kümmern, zahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 unter bestimmten Voraussetzungen außerdem die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

für die gesamte Dauer der Pfl egetätigkeit. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen. Die Pflegepersonen verlieren auf diese Weise ihren Versicherungsschutz nicht und haben damit – bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen – Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfl egetätigkeit nicht gelingt. Die Pflegeperson muss hierfür unmittelbar vor Beginn der Pfl egetätigkeit bereits in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert gewesen sein oder einen Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) – in erster Linie also Arbeitslosengeld – gehabt haben. „Unmittelbarkeit“ in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen dem Ende der Versicherungspflicht oder dem Bezug der Entgeltersatzleistung nach dem SGB III und dem Beginn der versicherungspflichtigen Pfl egetätigkeit nicht mehr als ein Monat liegt.

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** und  **Einzelpflegekräfte**.


Statt ambulanter 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 der Regel in Höhe von 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. Zudem sind Aufwendungen für

digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen in Höhe von bis zu insgesamt 50 Euro monatlich durch die Pflegeversicherung erstattungsfähig.

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 wird, das Qualitätswissen und das interne Qualitätsmanagement gestärkt werden 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 (MD)** beziehungsweise den **☒ Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (Prüfdienst der PKV)** (§§ 114 ff. SGB XI);
- Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen des MD und des Prüfdienstes 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).

Pflegestützpunkte


Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfe Suchenden Beratung und Unterstützung. Wenn Hilfe Suchende 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 die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte sie über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn ein geeignetes Pflegeheim gefunden werden soll, hat das Beratungspersonal den Überblick und kann helfen. Eine Übersicht ehrenamtlicher Angebote in der Kommune kann ebenfalls von den Pflegestützpunkten bereitgestellt werden.

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


Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung


Beschäftigte, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation einer oder eines nahen Angehörigen benötigen, können bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit fernbleiben (soge-

nannte  **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. So können Pflegebedürftige entscheiden, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen 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 Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen beziehungsweise Arbeitgeber 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 in den letzten Jahrzehnten stellen die  **Pflegeversicherung** vor eine Herausforderung. Da die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, mit dem Lebensalter zusammenhängt, werden bei einer steigenden Lebenserwartung künftig mehr Menschen pflegebedürftig sein. 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 1,6 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 Pflegemo-

natsgeld 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, damit sie als förderfähig gilt und die Versicherten die staatliche Zulage in Höhe von fünf Euro monatlich 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 Leistungsaus-schlüsse sind nicht zulässig. Die Höhe der Versicherungsprämie hängt daher ausschließlich vom Eintrittsalter der Versicherungs-nehmenden bei Vertragsabschluss und vom vertraglich verein-barten Leistungsumfang ab.
- Die Versicherungsleistungen sind Geldleistungen (Pflegetagegeld oder Pflegemonats-geld oder Pflegegeld), 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 Versiche-rungsunternehmen 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 Versi-cherers darf höchstens fünf Jahre betragen.
- Der monatliche Mindestbetrag, der von der Versicherungs-nehmerin 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 zu kochen und zu essen, Schach zu spielen oder Gymnastikübungen zu 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 (MD)** 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 von 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 wird im Jahr 2021 ein Betrag von circa 25 Millionen Euro zur Verfügung stehen. 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.

Seit 2019 gibt es für pflegende Angehörige den Anspruch auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse auf Leistungen zur stationären Rehabilitation auch dann, wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. Dabei kann die oder der Pflegebedürftige gleichzeitig in derselben Reha-Einrichtung versorgt werden wie der pflegende Angehörige. Andernfalls muss die Kranken- beziehungsweise Pflegekasse die Versorgung der pflegebedürftigen Person organisieren. In diesen Fällen richten sich die Leistungsansprüche des Pflegebe-

dürftigen nach dem Pflegeversicherungsrecht im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), insbesondere nach den § 42 (Kurzzeitpflege), § 39 (Verhinderungspflege) und § 45b (Entlastungsbetrag) SGB XI.

Pflegekassen und ☞ **Pflegestützpunkte** haben Angehörige entsprechend zu beraten.

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 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 eigenes Einkommen oder mit einem regelmäßigen monatlichen Gesamteinkommen von nicht mehr als 470 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 Basis-tarif 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 (MD) 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 (teilstationärer 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 nach Hause zurückgebracht.



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  **ambulant 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  **ambulanten 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 Pflegebedürftigen 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 Fahrkosten oder Verdienstaufschlag) 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 Auf-

wendungen 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 früher 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.

Wohngruppenschlag

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 – zusätzlich 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 pflegebedürftige 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 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 die 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

Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder das Magazin dauerhaft abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an:
ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Pflege finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Pflegeethemen. Sie finden das Angebot unter:
www.gesund.bund.de

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 182722721

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Fax: 030 18102722721

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

Website: Online-Bestellungen und aktuelles

Publikationsverzeichnis unter:

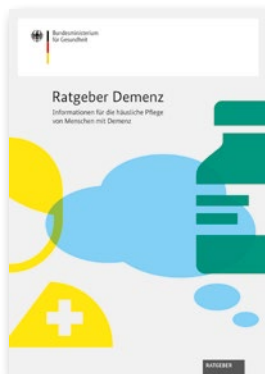
www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Broschüre „Pflegeleistungen zum Nachschlagen“

Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie zusammengefasst in dieser Broschüre. Das Nachschlagewerk richtet sich sowohl an Menschen, die Pflege benötigen, als auch an Angehörige, die Pflege leisten.

Bestellnummer: BMG-P-11025



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.

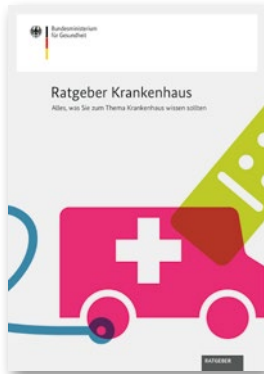
Bestellnummer: BMG-P-11021



Broschüre
„Ratgeber Krankenversicherung. Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten“

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.

Bestellnummer: BMG-G-07031



Broschüre
„Ratgeber Krankenhaus. Alles, 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.

Bestellnummer: BMG-G-11074

Bürgertelefon

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



Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 3406066-01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 3406066-03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg/
E-Mail:
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/buergertelefon

Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹

0221 892031



Sucht & Drogen Hotline²

01805 313031



BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung¹

0800 8313131


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
www.bundesgesundheitsministerium.de

 bmg.bund

 bmg_bund

 BMGesundheit

 bundesgesundheitsministerium

Gestaltung

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Fotos

Seiten 14, 16, 48, 134, 144: Monika Höfler; Seiten 35, 88, 140:
BMG/Monika Höfler; Seite 2: BMG; Seiten 20, 23, 28, 37, 38, 51,
56, 61, 76, 84, 86, 94, 98, 100, 111, 115, 118, 121, 123, 128, 129,
131, 149, 206: BMG/Thomas Köhler (photothek)

Druck

Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG,
60386 Frankfurt am Main

Papier

Circle Offset Premium white, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Stand

Juli 2021, 24. aktualisierte Auflage
Erstauflage: Juli 2008

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

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 182722721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
Fax: 030 18102722721
Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Bestellnummer: BMG-P-07055





Magazin „Im Dialog“

Das Magazin „Im Dialog“ bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Lesen Sie das Magazin als barrierefreies PDF auf www.bundesgesundheitsministerium.de oder abonnieren Sie die Printausgaben kostenlos via E-Mail: ImDialog@bmg.bund.de

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

Wir wollen Pflege in
Deutschland Schritt für
Schritt besser machen.
Aktuelle Informationen
finden Sie hier:



AR1

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.

