

Internetverzeichnis und Links sowie deren Screenshots

www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/ (ohne Jahr): Pflegegesetz & Pflegereform. Unter Mitarbeit von Lars Kilchert. Hg. v. web care LBJ GmbH. Online verfügbar unter <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/>, zuletzt geprüft am 10.01.2019.

<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/>

Pflegegesetz & Pflegereform



Teilen



Weiterleiten



Vorlesen lassen



Drucken

Inhaltsverzeichnis

Pflegegesetze

Pflegestärkungsgesetze

Pflegezeitgesetz

Familienpflegezeitgesetz

Pflegereformen

Pflegeneuaustrichtungsgesetz

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Pflegeleistungsergänzungsgesetz

Präventionsgesetz

Hospiz- & Palliativgesetz

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Pflegekosten als außergewöhnliche Belastung

Als Angehöriger von Pflegebedürftigen oder Demenzzkranken beschäftigt man sich automatisch mit der gesetzlichen Lage rund um die Altenpflege und liest immer wieder von neuen Pflegereformen und neuen Pflegegesetzen. Manchmal ist es jedoch schwierig, im Paragraphen-Dschungel durchzublicken und die relevanten Inhalte zu filtern. [pflege.de](http://www.pflege.de) nimmt Sie an die Hand und erklärt Ihnen die wichtigsten Pflegegesetze und Pflegereformen rund um Pflege und Betreuung einfach und verständlich.

Pflegegesetze im Überblick

Sozialgesetzbücher (SGB) V, IX, XI und XII

Alle wesentlichen deutschen Gesetze zu sozialen Fragen und Leistungen für Hilfsbedürftige im weitesten Sinne sind in Deutschland in den zwölf Sozialgesetzbüchern (SGB) zusammengefasst. Die wichtigsten Gesetzeswerke für die Versorgung von Kranken, Hilfs- und Pflegebedürftigen sind:

News

Das ändert sich ab 01.01.2019 in der Pflege

→ das **SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung**, das seit 1. Januar 1989 greift,

→ das **SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**, in Kraft seit 1. Juli 2001,

→ das **SGB XI – Soziale Pflegeversicherung**, eingeführt am 1. Januar 1995, und

→ das **SGB XII – Sozialhilfe**, das seit 1. Januar 2005 gilt.

Pflegestärkungsgesetze (PSG) I und II

Mit den Pflegestärkungsgesetzen hat der Gesetzgeber wichtige Weichen für die Pflege und Betreuung der zunehmenden Zahl von Pflege- und Betreuungsbedürftigen in Deutschland gestellt und die soziale Pflegeversicherung modernisiert.

Durch das **erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)** stiegen 2015 u.a. die Leistungssätze der Pflegekassen für Versicherte mit Demenz und Pflegebedürftige mit den Pflegestufen „0“, 1, 2 und 3 um durchschnittlich vier Prozent. Seitdem erhalten Pflegebedürftige auch einen auf bis zu 4.000 Euro erhöhten Zuschuss für die altersgerechte Wohnraumanpassung (Förderung bis 2014 in Höhe von 2.557 Euro). Eine verständliche grafische Übersicht zu allen Neuerungen des Pflegestärkungsgesetzes I finden Sie in dieser Infografik zum Pflegestärkungsgesetz von pflege.de:



RATGEBER

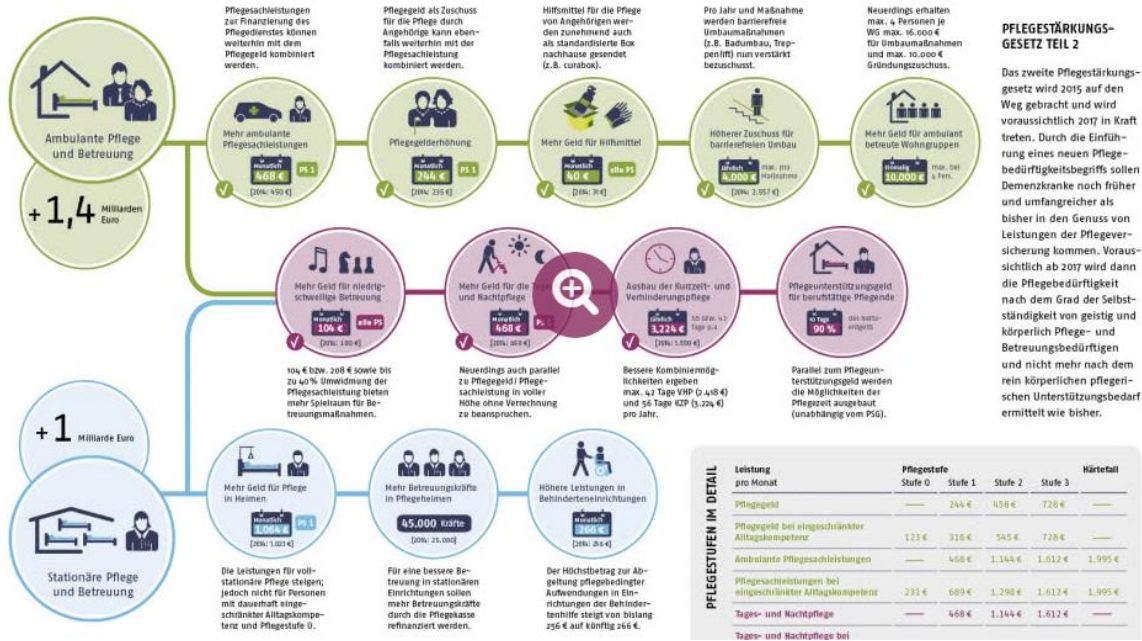
➤ Pflegeversicherung – Ratgeber für Versicherte

MEHR LESEN

PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ 2015

Alle wichtigen Änderungen auf einen Blick

Mit der „Pflegereform 2015“ werden die Beiträge der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 in einem Schritt um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) steigen. 0,1 Prozentpunkte fließen in einen Vorsorgefonds, 0,2 Prozentpunkte in die Erweiterung der folgenden Leistungen.



Eine grundsätzliche Reform der Pflegeversicherung hat das **zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** eingeleitet, das seit 2016 gilt und seit 01.01.2017 große Veränderungen bewirkt. Damit insbesondere die vielen demenzerkrankten Älteren, aber auch dauerhaft psychisch kranke oder geistig behinderte Versicherte die gleichen Leistungen wie körperlich Pflegebedürftige erhalten, wurde das Begutachtungssystem für Hilfs- und Pflegebedürftige zu Januar 2017 komplett umgestellt. Mit dem „Neuen Begutachtungssystem“ (NBA) wird seitdem überprüft, wie selbstständig Versicherte noch sind. Dieses Begutachtungsverfahren hat zum 01.01.2017 das bisherige Gutachten nach der Minutenpflege abgelöst.

Entsprechend ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit weisen die Pflegekassen seitdem ihren Versicherten einen der fünf neuen **Pflegegrade** zu und gewähren entsprechende Leistungen. Die Einteilung der Leistungsempfänger nach Pflegegraden 1, 2, 3, 4 und 5 hat die bisherige Einstufung nach den Pflegestufen „0“, 1, 2 oder 3 (gültig bis 31.12.2016) komplett abgelöst.



RATGEBER

➤ **Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III**

MEHR LESEN



Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Mit dem **Pflegezeitgesetz (PflegeZG)** wurde im Jahr 2015 die sog. **Pflegezeit** eingeführt. Sie erlaubt es berufstätigen Angehörigen von Pflegebedürftigen unter bestimmten Bedingungen, sich für die häusliche Pflege befristet komplett von der Arbeit freistellen zu lassen oder bis zu zwei Jahre in Teilzeit zu arbeiten. Dabei können pflegende Angehörige zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:

1. Kurzfristig für **höchstens zehn Arbeitstage** dürfen Berufstätige von der Arbeit fernbleiben, wenn sie sich dringend um die Organisation von Hilfen für einen unerwartet Pflegebedürftigen kümmern müssen. In dieser Zeit haben sie Anspruch auf **Pflegeunterstützungsgeld** als Lohnersatz, das sie bei der Pflegekasse ihres Pflegebedürftigen beantragen müssen.
2. Einen Rechtsanspruch auf eine **bis zu sechsmonatige vollständige Freistellung** von der Arbeit haben alle Berufstätigen in Betrieben ab 15 Beschäftigten, die einen nahen Angehörigen pflegen müssen.



RATGEBER

➤ **Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**

MEHR LESEN

Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)



RATGEBER

> Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

MEHR LESEN

Das **Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)** ermöglicht Berufstätigen seit dem Jahr 2012 eine pflegebedingte Teilzeitarbeit (**Familienpflegezeit**), allerdings ohne ihnen einen Rechtsanspruch darauf zu geben. Das Prinzip dabei: Berufstätige können ihre Arbeitszeit für höchstens zwei Jahre um 50 Prozent reduzieren, um nahe Angehörige zu pflegen und erhalten von ihrem Arbeitgeber dafür 75 Prozent ihres Monatslohns. Nach Ende der Pflegezeit müssen diese Beschäftigten zwei Jahre für 75 Prozent ihres Lohns wieder voll arbeiten, bis der Vorschuss ausgeglichen ist.

Für die vorübergehende Gehaltsaufstockung erhalten Arbeitgeber über das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (Köln) einen zinslosen Kredit der KfW-Bankengruppe. Das Gesetz sichert Arbeitnehmer auch gegen Ausfall- und Liquiditätsrisiken ab, falls ein Beschäftigter selbst erkrankt oder verstirbt, bevor er den Gehaltsvorschuss abgearbeitet hat.

Weitere Pflegereformen im Überblick

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)

Mit dem **Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)** hat der Gesetzgeber 2013 einige neue Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für Demenzerkrankte sowie die Anschubfinanzierung zur Gründung neuer, ambulant betreuter Wohngruppen oder Wohngemeinschaften (**WG**) der Pflegekassen für Pflegebedürftige auf den Weg gebracht. Zügiger als zuvor muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen (**MDK**) oder **MEDICPROOF** seitdem auch künftige und aktuelle Leistungsempfänger begutachten und Pflegekassen müssen über ihren Antrag auf Pflegegrad entscheiden. Durch diese Reform wurden pflegende Angehörige und Pflegebedürftige etwas besser sozial abgesichert.

Als weitere Neuerung im Zuge des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes wurde die staatliche Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen eingeführt: Seit 2013 werden private Pflege-Zusatzversicherungen steuerlich mit fünf Euro pro Monat vom Staat gefördert, unabhängig von der Prämienhöhe und vom Einkommen des Einzelnen. Umgangssprachlich nennt man dieses Angebot „Pflege-Bahr“ nach dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP).



RATGEBER

> Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG)

MEHR LESEN

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Das **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz** ist zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten. Es regelte zum Jahr 2010 und 2012 die schrittweise Erhöhung von Pflegegeld für Pflege durch Angehörige und von Pflegesachleistungen für die Versorgung durch ambulante Dienste für Leistungsempfänger mit einem anerkannten Pflegegrad. Auch die bundesweite Gründung von Pflegestützpunkten zur besseren Beratung von Angehörigen wurde damit gefördert. Zudem legte die Bundespolitik darin fest, dass Pflegeleistungen ab 2015 alle drei Jahre an die Entwicklung der Lebenshaltungskosten angepasst werden müssen.

Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz

Das bereits seit 1. April 2002 geltende **Pflegeleistungsergänzungsgesetz** bewirkt hauptsächlich, dass demenzerkrankte, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen mit anerkannt eingeschränkter Alltagskompetenz und der sog. „Pflegestufe 0“ erstmals zusätzliche Betreuungsleistungen (Gespräche, Spiele, Spaziergänge etc. durch geschulte ehrenamtliche Kräfte) zu ihrer Aktivierung in Gruppen oder als Einzelne erhalten. Dafür zahlten ihnen die Pflegekassen vor Inkrafttreten des Gesetzes zunächst nur 460 Euro im Jahr.

INFOBOX

Durch weitere Pflegereformen stiegen die Förderung zusätzlicher Betreuungsleistungen z. B. für Demenzkranke ab Juli 2008 auf 1.200 Euro bzw. 2.400 Euro in schweren Fällen und ab 2015 auf aktuell 1.248 bzw. 2.496 Euro pro Jahr an.

Das Präventionsgesetz

Seit Jahresbeginn 2016 greift das „**Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention**“, mit dem der Gesetzgeber die so wichtige Krankheitsvorbeugung (Prävention) insbesondere in Kindergärten, Schulen, an Arbeitsplätzen und in Pflegeheimen stärker fördern möchte als bisher. Mindestens 300 Millionen Euro jährlich dürfen Kranken- und Pflegekassen allein für diese Zwecke ausgeben, weitere 200 Millionen Euro stehen für weitere Präventionsmaßnahmen zur Verfügung. Unter anderem wird auch der Impfschutz in allen Bereichen verbessert und die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten werden im Rahmen des Präventionsgesetzes ausgeweitet.

Das Hospiz- und Palliativgesetz

Nach dem seit 2016 geltenden Hospiz- und Palliativgesetz wird die Begleitung und Betreuung von Sterbenskranken durch geschulte Palliativ-Pflegekräfte insbesondere in Hospizen und stationäre Einrichtungen zur Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase künftig besser finanziert. Die Tagessätze für die Palliativpflege pro Patient wurden um über 25 Prozent von zuvor 198 Euro auf aktuell 255 Euro angehoben. Die Krankenkassen müssen nun 95 statt 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten von Hospizen tragen. Die restlichen 5 Prozent sollen die Hospize selbst aufbringen.

Zur häuslichen Begleitung von unheilbar Kranken gibt es auch besondere Pflegedienste der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), auf deren Einsatz übrigens alle Krankenversicherten einen Rechtsanspruch haben (vgl. § 37 b und § 132 d SGB V).

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals, wozu auch das Sofortprogramm Pflege gehört, tritt am 01. Januar 2019 in Kraft. Durch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz werden nicht nur Personaluntergrenzen festgelegt und 13.000 neue Stellen für Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen (z. B. Pflegeheimen) gefördert, sondern auch Erleichterungen für Pflegebedürftige sowie deren Angehörige geschaffen.



RATGEBER

➤ [Das Hospiz- und Palliativgesetz](#)

MEHR LESEN

Die für Sie relevantesten Änderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sind:

- **Genehmigungsfreie Krankenfahrten zum Arzt**

Bisher mussten Pflegebedürftige die Krankenfahrt zum Arzt mit einem Antrag bei ihrer Krankenversicherung genehmigen lassen. Das Gesetz sorgt nun dafür, dass Personen mit Pflegegrad 4 und Pflegegrad 5 sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 und einer dauerhaft eingeschränkten Mobilität entlastet werden. Diese Personengruppe kann die Fahrten nun ohne bürokratischen Aufwand durchführen und benötigen zukünftig keine vorherige Genehmigung mehr.

- **Betreuung des Pflegebedürftigen in der Rehaeinrichtung des pflegenden Angehörigen**

Pflegende Angehörige hatten es in der Vergangenheit oftmals schwer, eine Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Oftmals blieb die Frage offen, wer in dieser Zeit ihren pflegebedürftigen Angehörigen betreut. Durch die Änderung im Gesetz ist es nun möglich, dass Pflegebedürftige mit Genehmigung der Krankenkasse ebenfalls mit in die Einrichtung aufgenommen und dort vom Personal betreut werden, wenn dies die familiäre Situation erforderlich macht.



RATGEBER

➤ **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**

MEHR LESEN

Rechtsprechung (Beispiele)



Immer wieder gibt es in Deutschland auch Streitfälle im Pflege- und Sozialrecht aufgrund nicht eindeutiger Gesetzesvorgaben. Gesetzeslücken und rechtliche Grauzonen müssen nicht selten endgültig erst von Gerichten geklärt werden. pflege.de informiert an dieser Stelle immer wieder über neue Rechtsprechungen. Zwei Beispiele für wichtige Urteile rund um Pflege und Kosten sind:

a) Höhere Heimentgelte zustimmungspflichtig:

Senioreneinrichtungen dürfen Heimentgelte nicht ohne Zustimmung ihrer Bewohner, von deren Betreuern oder der Bewohnerbeiräte anheben. Mit diesem Grundsatzurteil hat das Berliner Landgericht der klagenden örtlichen Verbraucherzentrale und der Verbraucherzentrale Bundesverband im Falle einer Berliner Seniorenresidenz stattgegeben. (Az.: 15 O 181/12, Urteil vom 13.11.2012).

b) Kinder zahlen für Eltern:

Kinder müssen für ihre pflegebedürftigen Eltern im Heim aufkommen, selbst wenn das Verhältnis zu ihnen zerrüttet ist. Der Bundesgerichtshof (BGH) entschied in einem Fall, dass erwachsene Kinder auch ihre psychisch kranken Eltern finanziell unterstützen müssen (Az.: XII ZR 148/09). Deren Krankheit sei eine „schicksalhafte Entwicklung“, die der „innerfamiliären Solidarität“ bedürfte. Allerdings hat das BGH die Zahlungspflicht für Kinder in weiteren Urteilen begrenzt: Diese finanzielle Belastung darf sie nicht unverhältnismäßig in ihrem Lebensstandard einschränken oder sie selbst zu Sozialfällen werden lassen.

Pflegekosten als außergewöhnliche Belastung absetzen

Pflegekosten wie die Kosten für das Pflegeheim, die ambulante Pflege, den Hausnotruf oder den Rollator können Sie grundsätzlich von der Steuer absetzen – sowohl für sich, als auch für einen Angehörigen. In den meisten Fällen können Sie Ihre Pflegekosten bei den außergewöhnlichen Belastungen in Ihrer Steuererklärung eintragen. Aber auch als haushaltsnahe Dienstleistungen können Sie bestimmte Ausgaben geltend machen. Einige Personen haben sogar die Möglichkeit, den Pflege-Pauschbetrag über 924 Euro pro Jahr zu bekommen. Überprüfen Sie Ihren Anspruch und schonen Sie Ihren Geldbeutel. Erfahren Sie mehr über die Absetzbarkeit von Pflegekosten im Beitrag [Pflegekosten als außergewöhnliche Belastung absetzen](#).

Bild: © [helmutvogler / Fotolia.com](#)

www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/ (ohne Jahr): Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III. Unter Mitarbeit von Lars Kilchert. Hg. v. web care LBJ GmbH. Online verfügbar unter <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>, zuletzt geprüft am 10.01.2019.

<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>



Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III

Nach jahrelanger Diskussion um die ungleiche Verteilung der Pflegeleistungen für körperlich Kranke und Menschen mit Demenz hat die CDU-SPD-Bundesregierung im Jahr 2014 und 2015 die Pflegestärkungsgesetze verabschiedet. Durch das erste und das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG I und II) erhalten vor allem Demenzkranke in Deutschland seit 2017 endlich die gleichen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wie dauerhaft körperlich Erkrankte. Viele sprechen dabei von der „größten Pflegereform aller Zeiten“. Alle Neuerungen der großen Pflegereform 2016/2017 erklärt Ihnen pflege.de verständlich im großen PSG-Überblick.

Was sind die Pflegestärkungsgesetze? Die größten Veränderungen im Überblick

Mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II erhielten in erster Linie Menschen mit Demenz schrittweise seit Anfang 2017 die gleichen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung wie dauerhaft körperlich Kranke. Bereits seit 2015 werden sie und ihre Angehörigen aufgrund des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) stärker von Pflegekassen unterstützt. Die bisher größte Pflegereform, das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II), hat vieles erneuert: den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Begutachtungsmethode durch den MDK sowie die Einstufung in fünf Pflegegrade statt der bisherigen Pflegestufen. Demenzkranke, dauerhaft psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen erhalten dadurch seit Januar 2017 alle Pflegeleistungen, die körperlich Kranken schon lange zustehen.

1) Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) bewirkte seit Anfang 2015 vor allem Mehrausgaben der Pflegeversicherung für alle Leistungsempfänger mit anerkannter Pflegebedürftigkeit, eine bessere Förderung von Tages- und Nachtpflege sowie einen Ausbau der Betreuung in Alten- und Pflegeheimen. CDU und SPD haben das erste Pflegestärkungsgesetz im Bundestag gegen die Stimmen der Opposition am 17. Oktober 2014 verabschiedet. Der Bundesrat stimmte dem Pflegestärkungsgesetz I zu.

Die wichtigsten beschlossenen Neuerungen des PSG I seit 01.01.2015 sind:

- **Mehr Geld für alle Leistungsempfänger:**

Die meisten Leistungssätze für Versicherte mit anerkannter Pflegestufe sind um durchschnittlich vier Prozent gestiegen. Die erst 2012 mit dem Pflege neu ausrichtungsgesetz eingeführten Ausgaben z. B. für Demenzkranke wurden um lediglich 2,67 Prozent angehoben.

- **Betreuungsleistungen für alle:**

Durch das 1. Pflegestärkungsgesetz haben nunmehr alle Versicherte mit anerkannter Pflegestufe Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Die Pflegekassen zahlen seit 2015 dafür monatliche Zuschüsse von 104 Euro, bei besonders Betreuungsbedürftigen wie schwer demenzkranken Versicherten sogar 208 Euro. Davon profitieren auch pflegende Angehörige, die von Pflege- und Betreuungsaufgaben stundenweise entlastet werden können. Bis Ende 2014 hatten nur Demenzkranke und andere nachweislich eingeschränkt alltagskompetente Menschen Anspruch auf Betreuungsleistungen.

- **Mehr Leistungen für Demenzkranke:**

Mit dem PSG I gesteht der Gesetzgeber Demenzkranken, dauerhaft psychisch kranken und geistig behinderten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erstmals erhöhte Leistungen zu. Dazu gehören die Kurzzeitpflege z. B. nach Klinikaufenthalten, Tages- und Nachtpflege zur ergänzenden professionellen Pflege neben der häuslichen Versorgung durch Angehörige, Gründungszuschüsse für ambulant betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften (WG) sowie erhöhte Fördermittel zum altersgerechten Wohnraumbau.

• **Mehr Mittel für Tages- und Nachtpflege:**

Die Zuschüsse für Tages- und Nachtpflege werden durch das PSG I zusätzlich zu bezogenem Pflegegeld bei Pflege durch Angehörige oder Pflegesachleistungen bei Versorgung durch einen Pflegedienst gezahlt und nicht mehr damit verrechnet. Die Folge: Im Bundesgebiet haben insbesondere ambulante Pflegedienste neue Tagespflegeeinrichtungen gegründet, so dass deren Anzahl bis Ende 2015 bereits auf über 4.200 Einrichtungen anstieg.

• **Mehr Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege:**

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können durch das 1. Pflegestärkungsgesetz flexibler genutzt und miteinander kombiniert werden. Verhinderungspflege bietet sich vor allem dann an, wenn Angehörige Urlaub machen oder selbst krank sind; Kurzzeitpflege deckt den erhöhten Pflegebedarf vorübergehend z. B. nach einer Operation im Krankenhaus. Durch die Neuerungen im Zuge des PSG I können die Leistungen miteinander kombiniert werden und anerkannt Pflegebedürftige oder Demenzkranke erhalten bis zu 3.224 Euro Förderung, wenn sie die jeweils andere Leistung im Kalenderjahr nicht genutzt haben.

• **Mehr Geld für altersgerechten Wohnraumbau:**

Alle anerkannt Pflegebedürftigen erfahren für den altersgerechten Umbau der Wohnung eine erhöhte Förderung von bis zu 4.000 Euro einmalig für alle Maßnahmen der Barrierereduzierung. Dieser Zuschuss wird u.U. erneut gewährt, wenn sich der Hilfebedarf, also z. B. der Grad der Pflegebedürftigkeit ändert. Zuvor lag der Zuschuss bei 2.557 Euro.

• **Höhere Zuschüsse für Hilfsmittel:**

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gewähren Pflegekassen seit 01.01.2015 monatlich 40 Euro. Zuvor lag der Zuschuss bei 31 Euro.



pflge.de-Tipp

pflge.de bietet anerkannt Pflegebedürftigen, Demenzkranken und anderen Pflegeleistungsempfängern die curabox an, mit der die benötigten, zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel regelmäßig und verlässlich frei Haus geliefert werden. pflge.de übernimmt für Sie den Versand und die Verrechnung mit Ihrer Pflegekasse, so dass Sie sich um nichts weiter kümmern müssen. Wenden Sie sich bei Interesse jederzeit gerne an pflge.de!

• **Pflegevorsorgefonds:**

Mit einem neu geschaffenen Pflegevorsorgefonds hofft der Gesetzgeber darauf, künftig notwendige Beitragserhöhungen der Pflegeversicherung abmildern zu können.

Im Detail: Mehr Leistungen für Demenzzranke durch das PSG I

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) unterstützt demenzzranke, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz seit 2015 deutlich besser als zuvor. Die wesentlichen Verbesserungen im pflege.de-Überblick sind:

- **Mehr Geld bei Demenz:** Wenn anerkannt Pflegebedürftige der Pflegestufen 1, 2 oder 3 zusätzlich an einer Demenz leiden, erhalten sie mehr Leistungen als Leistungsempfänger ohne Demenz.
- **Höhere Zuschüsse für Betreuung:** Die Zuschüsse für niedrigschwellige Gruppen- oder Einzelbetreuung von Demenzzranke der sog. „Pflegestufe 0“ und für Entlastung ihrer Angehörigen stiegen 2015 auf monatlich 104 bzw. 208 Euro, je nach Schwere der Erkrankung (zuvor: 100 bzw. 200 Euro). Damit können sie auch die neuen Entlastungsleistungen zugunsten ihrer Angehörigen (Haushalts- und Einkaufshilfen und vieles mehr) finanzieren.
- **Neue Ansprüche auf Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege:** Demenzzranke dürfen durch das PSG I auch Kurzzeitpflege z. B. nach Krankenhausaufenthalten sowie professionelle Tages- und Nachtpflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege durch ihre Angehörigen beanspruchen, was zuvor nur körperlich eingeschränkten Personen mit Pflegestufe vorbehalten war.
- **Gründungsbeihilfe für neue Wohngruppen:** Der einmalige Gründungsbeihilfe von 2.500 Euro für jeweils höchstens vier Bewohner einer neuen Wohngruppe oder WG steht jetzt auch Demenzzranke zu. Außerdem erhalten höchstens vier demenzzranke WG-Bewohner zusätzlich den sog. Wohngruppenzuschlag von jeweils 205 Euro zur Beschäftigung einer Organisationskraft und jeweils bis zu 4.000 Euro für Maßnahmen des altersgerechten Wohnraumbaus. Pflegekassen können somit jede neue Demenz-Wohngruppe mit maximal 10.000 Euro Gründungsbeihilfe und 10.000 Euro für notwendige altersgerechte Umbauten fördern. Zusätzlich zahlen die Pflegekassen bis zu 820 Euro als monatlichen Wohngruppenzuschlag.

Die erhöhten Leistungssätze durch das PSG I im Überblick

Welche erhöhten Leistungssätze nach dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) bis Ende 2016 gültig waren, können Sie in folgender pflege.de-Tabelle nachlesen:

Veränderungen in der ambulanten Pflege durch das PSG I

In erster Linie wurde die ambulante Pflege durch das Pflegestärkungsgesetz I weiter ausgebaut und der wichtige Grundsatz der sozialen Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ gestärkt. Seit 01.01.2015 wird die ambulante Versorgung mit der zusätzlichen Förderung der Tages- und Nachtpflege für anerkannt Pflegebedürftige und Demenzzranke sowie mit den flexibleren Regeln zur Verhinderungspflege und zur Kurzzeitpflege besser unterstützt.

Auch die Ausweitung der Betreuungs- und der neuen Entlastungsleistungen auf alle Leistungsempfänger stärkt die ambulante Versorgung durch Pflege- und Betreuungsdienste und schaffte neue Entlastungschancen für pflegende Angehörige.

Veränderungen in der stationären Pflege durch das PSG I

Rund eine Milliarde Euro zusätzlich gibt die soziale Pflegeversicherung seit 2015 aufgrund des ersten Pflegestärkungsgesetzes pro Jahr aus, um die Betreuung Demenzzranke und anderer in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkter Heimbewohner zu verbessern. Dadurch soll die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in Alten- und Pflegeheimen auf bis zu 45.000 steigen, die Ende 2014 noch bei rund 25.000 lag.

Neuer Pflegevorsorgefonds

Durch die neu gegründeten Pflegevorsorgefonds hofft der Gesetzgeber, die Pflege zu stärken und langfristig besser abzusichern. Alljährlich fließen 0,1 Prozentpunkte des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung in diesen Fonds, was ihn pro Jahr mit rund 1,2 Milliarden Euro speist. Das dadurch bis 2035 angesparte Kapital wird über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren der Pflegeversicherung zufließen, um z. B. auch die Pflege der geburtenstarken Jahrgänge abzusichern.

Finanzierung durch höhere Pflegeversicherungsbeiträge

Alle beschriebenen Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung sowie der Aufbau des neuen Pflegevorsorgefonds durch das Pflegestärkungsgesetz I wurden mit einer Erhöhung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte monatlich seit 2015 finanziert. Das verschafft der Versicherung Mehreinnahmen von etwa 3,6 Milliarden Euro pro Jahr. Bis Ende 2016 lagen die Beitragssätze zur sozialen Pflegeversicherung bei 2,35 Prozent des Bruttolohns, für Kinderlose bei 2,6 Prozent.

II) Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Als bedeutendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Gründung 1995 gilt das seit Januar 2016 geltende **zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)**, das der Bundestag am 13. November 2015 beschlossen und der Bundesrat abgesegnet hatte. Schrittweise wurde Grundlegendes verändert, damit demenzkranke und weiter eingeschränkt alltagskompetente Versicherte seit 01.01.2017 die gleichen Leistungen wie dauerhaft körperlich kranke Pflegebedürftige erhalten können.

Die wichtigsten beschlossenen Neuerungen des PSG II sind:

- **Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff:**

Seit Januar 2017 wird die vorhandene Selbstständigkeit eines Antragsstellers auf Pflegeleistungen ausschlaggebend dafür sein, ob er Kassenleistungen erhält oder nicht. Bisher zählte in erster Linie sein körperlicher Unterstützungsbedarf, wenn er Pflegeleistungen beziehen wollte.

- **Neues Begutachtungssystem:**

Mit dem „Neuen Begutachtungssystem“ (NBA) prüfen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK; bei gesetzlich Versicherten) und von MEDICPROOF (bei privat Versicherten) seit Januar 2017 anhand von sechs Kriterien, wie selbstständig ein Hilfs- und Pflegebedürftiger tatsächlich noch ist. Die ausführlichen Begutachtungskriterien können Sie im Artikel zu den Pflegegraden nachlesen.

- **Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen:**

Die drei Pflegestufen wurden zum Januar 2017 von den fünf neuen Pflegegraden abgelöst. Dabei gilt: Je höher ein Pflegegrad ist, desto unselbstständiger wird der Betroffene von Gutachtern eingeschätzt und umso mehr Leistungen erhält er von seiner Pflegekasse. Die bisherigen drei Pflegestufen wurden zum 31.12.2016 abgeschafft.

- **Leistungsempfänger werden durch das PSG II nicht schlechter gestellt:**

Trotz der tiefgreifenden Veränderungen garantiert der Gesetzgeber mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz allen, die 2016 bereits eine Pflegestufe hatten und Leistungen der Pflegeversicherung bezogen haben, ab dem Jahr 2017 nicht schlechter gestellt zu werden als vorher. Versicherten mit anerkannter Pflegestufe zum 31.12.2016 wurde automatisch und ohne eine erneute Begutachtung nach dem NBA-Verfahren ein Pflegegrad zugewiesen. Alle Neuerungen des Pflegestärkungsgesetzes II hat pflege.de auch in einer übersichtlichen Grafik zusammengefasst:

Wie erhalten Sie einen der fünf neuen Pflegegrade?

Jeder, der ab 01.01.2017 für sich oder einen Angehörigen einen Pflegegrad beantragt, wird nach dem neuen Prüfverfahren NBA („Neues Begutachtungsassessment“) begutachtet. Auf der Basis der festgestellten noch vorhandenen Selbstständigkeit der Betroffenen empfehlen die Gutachter einen der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5.

Grundsatz der Einstufung in Pflegegrade: Je unselbstständiger die Gutachter einen Pflegebedürftigen einschätzen, einen umso höheren Pflegegrad empfehlen sie und umso mehr Leistungen der Pflegeversicherung kann er erhalten. Das letzte Wort, ob jemand einen Pflegegrad zugeteilt bekommt und entsprechende Pflegeleistungen erhält, hat die jeweilige Pflegekasse des begutachteten Antragstellers.

INFOSOX

Pflegestufe wird Pflegegrad - Was hat sich für Menschen mit anerkannter Pflegestufe zum 01.01.2017 geändert?

- **Keine zweite Begutachtung:** Alle 2016 bereits anerkannten Demenzkranken und Pflegebedürftigen mit den Pflegestufen „0“, 1, 2 oder 3 wurden nicht noch einmal nach dem neuen NBA-Verfahren begutachtet. Einzige Ausnahme: Wer dringend mehr Leistungen der Pflegekassen brauchte, weil sich sein Zustand rapide verschlechtert hat, wurde bereits ab 1. November 2016 nach dem neuen NBA-System überprüft.
- **Automatisch Pflegegrad anstelle der Pflegestufe:** Die Pflegekassen haben zu Januar 2017 allen bislang nur pflegebedürftigen Leistungsempfängern anstelle ihrer bisherigen Pflegestufe automatisch den nächsthöheren Pflegegrad zugewiesen. Ein Beispiel: Ein Pflegebedürftiger mit bisheriger Pflegestufe 2 bekam Pflegegrad 3 zugewiesen.
- **Sonderregel für demenzkranke Pflegebedürftige:** Anerkannt demenzkranken Pflegebedürftigen haben Pflegekassen automatisch anstelle ihrer bisherigen Pflegestufe den zwei Stufen höheren Pflegegrad zugewiesen. Zwei Beispiele: Betroffene mit Pflegestufe 2 erhielten seit 2017 Pflegegrad 4, demenzkranke, dauerhaft psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen mit der sog. Pflegestufe 0⁺ dann Pflegegrad 2.
- **Besitzstandswahrung für heutige Leistungsbezieher:** Bereits anerkannten Leistungsempfängern der Pflegestufen „0“, 1, 2 oder 3 hat die Politik gesetzlich garantiert, dass ihnen durch Zuweisung eines neuen Pflegegrads keinerlei finanzielle Nachteile entstehen sollen. Zum Beispiel ist im PSG II klar geregelt, dass Heimbewohner auch nach Zuteilung eines Pflegegrades 2017 genau so viel Geld von ihren Pflegekassen bekommen wie 2016, als sie noch über eine Pflegestufe verfügten.

Die neuen Leistungssätze nach fünf Pflegegraden seit 2017

Damit Sie einen Überblick bekommen, wie sich die Zuschüsse der Pflegeversicherung seit 01.01.2017 verändert haben, hat Ihnen pflege.de die neuen Leistungssätze im Vergleich zusammengestellt.



pflege.de-Tipp

Wie Sie am pflege.de-Leistungsvergleich erkennen können, sanken insbesondere für alle neuen Antragsteller auf Pflegeleistungen seit 2017 die Pflegekassen-Zuschüsse, die bei geringerem Pflegebedarf mit Pflegegrad 2 und 3 (bisher Pflegestufen 1 und 2) vollstationäre Dauerpflege in einem Alten- oder Pflegeheim in Anspruch nehmen möchten.

Leistungen bei Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst:

Pflegestufe / Pflegesachleistung bis 12/2016	Pflegegrad / Pflegesachleistung seit 01/2017	Unterschied Pflegestufe / Pflegegrad
„Pflegestufe 0“ (nur Demenz): 231 Euro	Pflegegrad 2: 689 Euro	Erhöhung um 458 Euro
Pflegestufe 1: 468 Euro	Pflegegrad 2: 689 Euro	Erhöhung um 221 Euro
Pflegestufe 2: 1.144 Euro	Pflegegrad 3: 1.298 Euro	Erhöhung um 154 Euro
Pflegestufe 3: 1.612 Euro	Pflegegrad 4: 1.612 Euro	–
Häuftefall mit Pflegestufe 3: 1.995 Euro	Pflegegrad 5: 1.995 Euro	–

Leistungen bei Pflege in der Tages- oder Nachtpflege:

Pflegestufe / Pflegesachleistung bis 12/2016	Pflegegrad / Pflegesachleistung seit 01/2017	Unterschied Pflegestufe / Pflegegrad
„Pflegestufe 0“ (nur Demenz): 231 Euro	Pflegegrad 2: 689 Euro	Erhöhung um 458 Euro
Pflegestufe 1: 468 Euro	Pflegegrad 2: 689 Euro	Erhöhung um 221 Euro
Pflegestufe 2: 1.144 Euro	Pflegegrad 3: 1.298 Euro	Erhöhung um 154 Euro
Pflegestufe 3: 1.612 Euro	Pflegegrad 4: 1.612 Euro	–

Härfefall mit Pflegestufe 3: 1.995 Euro	Pflegegrad 5: 1.995 Euro	-
---	--------------------------	---

Leistungen bei Pflege im Alten- und Pflegeheim:

Stationäre Leistung nach Pflegestufe bis 12/2016	Stationäre Leistung nach Pflegegrad seit 01/2017	Unterschied Pflegestufe / Pflegegrad
Pflegestufe 1: 1.064 Euro	Pflegegrad 2: 770 Euro	Kürzung um 294 Euro
Pflegestufe 2: 1.330 Euro	Pflegegrad 3: 1.262 Euro	Kürzung um 68 Euro
Pflegestufe 3: 1.612 Euro	Pflegegrad 4: 1.775 Euro	Erhöhung um 163 Euro
Härfefall mit Pflegestufe 3: 1.995 Euro	Pflegegrad 5: 2.005 Euro	Erhöhung um 10 Euro



Wichtiger Hinweis

Noch weitgehend selbstständigen, geringfügig Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 gesteht das Pflegestärkungsgesetz II seit Januar 2017 monatlich nur noch 125 Euro als Kostenerstattung für Betreuungs- und Erleichterungsleistungen zu. Die Kosten für Pflege durch einen Pflegedienst müssen sie selbst tragen, denn auf Pflegesachleistungen haben sie keinen Anspruch. Immerhin stehen Ihnen noch Zuschüsse zur Gründung einer Pflege- oder Demenz-Wohngruppe, für Pflegehilfsmittel und zur altersgerechten Wohnraumgestaltung sowie zwei kostenlose Beratungsbesuche durch ausgebildete Fachkräfte pro Jahr zu.

Finanzierung durch höhere Pflegeversicherungsbeiträge

Zum 1. Januar 2017 wurden die Beiträge zur Pflegeversicherung noch einmal um weitere 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent des Bruttolohns (2,8 Prozent für Kinderlose) angehoben. Von den jährlichen Mehreinnahmen von ca. 2,5 Milliarden Euro werden die aufwändige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des neuen Begutachtungsverfahrens für Leistungsempfänger, der neuen Pflegegrade zur Klassifizierung von Hilfsbedürftigen sowie die Mehrleistungen für Demenzerkrankte finanziert. Bis 2022, so hoffen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und die Bundesregierung, sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung damit erst einmal unverändert bleiben können.

III) Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) will die Bundesregierung die Beratung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und deren pflegenden Angehörigen seit 2017 federführend von den Kommunen steuern und koordinieren lassen. Die Regierung verspricht sich davon mehr Pflegestützpunkte zur Beratung Hilfesuchender in unterversorgten Regionen.



Wichtiger Hinweis

Das dritte Pflegestärkungsgesetz wurde am 28. Juni 2016 vom Bundeskabinett beschlossen und am 02. Dezember 2016 vom Bundestag beschlossen werden. Das Gesetz ist im Anschluss wie geplant zum 01. Januar 2017 in Kraft getreten.

Definition: Was ist das Pflegestärkungsgesetz III?

Die Kommunen spielen durch das PSG III seit 01.01.2017 eine zentrale Rolle bei der Beratung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen. Sie steuern und koordinieren seitdem die Beratungsangebote in ihrem Stadt- oder Kreisgebiet und erhalten das Recht, neue Pflegestützpunkte für Hilfesuchende zu gründen. Zudem erhielten durch das dritte Pflegestärkungsgesetz Krankenkassen mehr Prüfrechte bei betrugverdächtigen Pflegediensten. Auch die Frage, wer die Kosten für die Pflege von Menschen mit Behinderung trägt, wurde neu geregelt.

Ziele des Pflegestärkungsgesetzes III

Die Bundesregierung wollte den Kommunen durch das Pflegestärkungsgesetz III bei der Organisation von Beratungs-, Pflege- und Betreuungsangeboten vor Ort zu mehr Kompetenzen verhelfen. Dazu können die Bundesländer seitdem auch regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse mit Trägern der ambulanten und stationären Pflege, Sozialhilfeträgern und Pflegekassen bilden. Diese Ausschüsse können seit Januar 2017 Empfehlungen zur Verbesserung der Beratungs-, Pflege- und Betreuungs-Infrastruktur in Städten und Landkreisen abgeben.

Bis 31.12.2016 gab es in jedem Bundesland einen Landespflegeausschuss, der Grundsätze zur Vergütung bestimmter Pflege- und Betreuungsleistungen und z. B. zum mindestens notwendigen Personaleinsatz in Heimen vereinbart hat. Das Gremium beriet die Landesregierung auch bei Gesetzesvorhaben zur Pflege und bspw. zu notwendigen Pflege- und Betreuungsangeboten in unterversorgten Regionen. In der Regel gehörten dem Landespflegeausschuss Vertreter des Sozialministeriums, der Trägerverbände von Pflegeeinrichtungen, der Kommunen als Sozialhilfeträger sowie der Kranken- und Pflegekassen an.

Seit Januar 2017 sollen die Kommunen unter anderem

- bundesweit 60 unterschiedliche Modellprojekte insbesondere zur besseren Koordination und Kooperation von Beratungsangeboten zur Pflege, zur Altenhilfe und zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung erproben und bekommen diese Projekte finanziert,
- ein Initiativrecht zur Einrichtung neuer Pflegestützpunkte zur Beratung Hilfesuchender erhalten, deren Arbeit und Finanzierung dann in jedem Bundesland über eine Rahmenvereinbarung geregelt werden muss,
- als eigene Beratungsstellen (vgl. neuer § 7 Abs. 2 im PSG III) die Pflegeberatung und Pflegeberatungsbesuche (vgl. neuer § 37 Abs. 8 im PSG III) für Leistungsempfänger der Pflegeversicherung durch eigenes, entsprechend qualifiziertes Personal übernehmen und
- besser am Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten z. B. für Demenzerkrankte beteiligt werden, deren Finanzierungsregeln vereinfacht werden.

Bundesländer, die die zustehende Zahl möglicher Modellvorhaben zu neuen Beratungsangeboten ihrer Kommunen nicht nutzen wollen, können diese im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit an andere Länder abtreten.

Zwar erhalten die Kommunen das Initiativrecht zur Neugründung von Pflegestützpunkten, was bislang den Bundesländern vorbehalten war, doch wie viele neue Pflegestützpunkte bundesweit entstehen sollen, schreibt der Gesetzentwurf nicht vor.

Was änderte sich mit dem PSG III?

- **Neue Regeln gegen Abrechnungsbetrug von Pflegediensten:** Um wirksamer gegen Betrug in der ambulanten Pflege vorgehen zu können, sichert das Pflegestärkungsgesetz II Krankenkassen neue Kontrollrechte bei häuslichen Pflegediensten zu.
- Krankenkassen, die Pflegedienste für die häusliche Krankenpflege vergüten, erhalten seit 2017 ein **systematisches Prüfrecht für ambulante Dienstleister**.
- Auch Pflegedienste, die ausschließlich häusliche Krankenpflege leisten, unterliegen seit Januar 2017 den branchenüblichen **Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen** des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Zur besseren Qualitätssicherung wurden die Prüfrechte der Medizinischen Dienste bei Pflegediensten ausgeweitet. Zudem dürfen Krankenkassen Abrechnungen von ambulanten Diensten künftig auch unabhängig vom MDK kontrollieren.
- Die **Selbstverwaltung der Pflege** auf Länderebene wurde verpflichtet, bessere Möglichkeiten zur Sanktionierung von nachweislich betrügerischen Pflegediensten zu schaffen. Damit soll effektiver gegen auffällige Dienstleister vorgegangen werden. **Hintergrund:** Im Frühjahr 2016 waren gesetzliche Krankenkassen einem systematischen Abrechnungsbetrug von ambulanten Intensivpflegediensten auf die Spur gekommen.

Pflege von Menschen mit Behinderungen: Wer zahlt wann?

Auch die Frage, welche Kostenträger bei der Pflege von Menschen mit Behinderungen für die Leistungen aufkommen, hat das Bundeskabinett mit dem PSG III eindeutig klargestellt.

- **Berühmte Menschen mit Handicaps** ambulante Pflege, so werden sie seit 2017 vorrangig Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI) erhalten und nicht Eingliederungshilfe nach dem Teilhabegesetz (Sozialgesetzbuch IX).
- Wenn Betroffene hauptsächlich auf Eingliederungshilfe nach Teilhabegesetz (Sozialgesetzbuch IX) angewiesen sind, übernehmen deren Kostenträger – in der Regel deren Sozialhilfe- oder Rehabilitationsträger (Rentenversicherungen etc.) – auch die Kosten für notwendige häusliche Pflege und nicht die Pflegekassen.
- Dagegen haben stationär pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Pflegefall Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung als auch der Eingliederungshilfe. Ein Beispiel: Bewohner einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung erhalten bei stationärer Pflege eine umfassende Versorgung auf Kosten von Pflegekassen sowie von Sozialhilfe- oder Rehabilitationsträgern.

Gründe für das Pflegestärkungsgesetz III

Da die Kommunen nach Ansicht von Bund und Ländern bislang nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten bei der Organisation von Beratungs-, Pflege- und Betreuungsangeboten für ihre Bürgerinnen und Bürger vor Ort haben, wollte ihnen die Bundesregierung mit dem Pflegestärkungsgesetz III zu mehr Kompetenzen verhelfen.

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat für mehrere, in den Gesetzesplänen enthaltene Neuerungen wertvolle Anregungen gegeben. Sie lieferte viele Ideen,

- wie die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann,
- wie die Kommunen stärker verantwortlich in die Strukturen der Pflege eingebunden werden könnten und
- wie Sozialräte so entwickelt werden können, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich in ihrer vertrauten häuslichen und familiären Umgebung bleiben können.

Einig sind sich viele Fachleute darin, dass Städte und Landkreise den besten Überblick über die Beratungs-, Pflege- und Betreuungsangebote vor Ort haben und maßgeblich zur pflegerischen Versorgung beitragen. Daher seien die Kommunen als Sozialleistungsträger auch am besten geeignet, die örtlichen oder regionalen Angebotsstrukturen im Interesse hilfsbedürftiger Bürgerinnen und Bürger zu verbessern.

Finanzierung des Pflegestärkungsgesetzes III

Das Pflegestärkungsgesetz 3 bringt seit 01.01.2017 auch Mehrausgaben der Pflege- und Krankenkassen u. a. für ihre Anteile an der Finanzierung neuer Pflegestützpunkte in den Kommunen mit sich. Doch dies wird sich nach den Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums nicht auf die Beitragssätze der Pflege- und Krankenversicherten auswirken. Aus einem anderen Grund stiegen die Versichertenbeiträge zur Pflegeversicherung 2017 aber trotzdem:

INFOBOX

Warum die Beiträge zur Pflegeversicherung 2017 trotzdem erhöht wurden

Die bislang umfangreichste Pflegereform, das Pflegestärkungsgesetz II, ließ die Beitragssätze zur Pflegeversicherung von Eltern um 0,3 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent ihres Bruttoeinkommens und von Kinderlosen auf 2,8 Prozent steigen. Insbesondere im Interesse von Demenzkranken wurde ein völlig neues Begutachtungssystem für Antragsteller auf Pflegeleistungen eingeführt. Leistungsempfängern wird seit Januar 2017 nicht mehr eine von drei Pflegestufen zugeteilt, sondern einer von fünf Pflegegraden. Was sich durch das Pflegestärkungsgesetz II alles geändert hat, lesen Sie im Absatz „Zweites Pflegestärkungsgesetz“.

Die Finanzierung von Pflegestützpunkten wird seit Januar 2017 jeweils einem Drittel

- 1 von Kommunen oder Ländern,
- 2 den Pflegekassen und
- 3 auch den Krankenkassen finanziert.

Vorher teilten sich lediglich die Kommunen und die Pflegekassen die Kosten, während die auch von guter Beratung profitierenden Krankenkassen nicht daran beteiligt waren.

www.pflege-grad.org (ohne Jahr): Ermittlung des Pflegegrades: Modul 4. Modul 4: Selbstversorgung. Hg. v. Verein Für soziales Leben e.V. Online verfügbar unter <http://www.pflege-grad.org/berechnen/modul-4.html>, zuletzt geprüft am 28.01.2019.

Anmerkung: Hier wurde lediglich der Text übernommen und keine Screenshots angefertigt, da diese nicht lesbar waren

<http://www.pflege-grad.org/berechnen/modul-4.html>

Ermittlung des Pflegegrades: Modul 4

F 4.4 Modul 4: Selbstversorgung

Angaben zur Versorgung

Zu diesem Modul werden zunächst besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die parenterale Ernährung oder die Ernährung über eine Sonde, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle in ihren Ausprägungsgraden.

Ernährung parenteral oder über Sonde

Es ist anzugeben, ob die Ernährung parenteral z. B. über einen Port, über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), eine perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ) oder eine nasale Magensonde, sowie ob sie über Pumpe, Schwerkraft oder als Bolusgabe erfolgt.

Blasenkontrolle/Harnkontinenz

Gemeint ist hier, Harndrang zu verspüren und so rechtzeitig zu äußern, dass die Blasenentleerung geregelt werden kann. Jegliche Art von unwillkürlichem Harnabgang ist zu berücksichtigen, unabhängig von der Ursache. Zu erfassen ist hier vorrangig die Kontrolle der Blasenentleerung, die Steuerung der Blasenentleerung, die Vermeidung unwillkürlicher Harnabgänge, ggf. mit personeller Hilfe. Es sind folgende Merkmalsausprägungen vorgesehen:

Ständig kontinent:	Keine unwillkürlichen Harnabgänge.
Überwiegend kontinent:	Maximal einmal täglich unwillkürlicher Harnabgang oder Tröpfcheninkontinenz.
Überwiegend inkontinent:	Mehrmals täglich unwillkürliche Harnabgänge, aber gesteuerte Blasenentleerung ist noch teilweise möglich.
Komplett inkontinent:	Die Person ist komplett harninkontinent. Gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich.

Alternativ anzugeben ist, ob ein suprapubischer oder transurethraler Dauerkatheter oder Urostoma vorhanden ist. Einmalkatheterisieren ist nicht hier, sondern unter Punkt F 4.5.10 zu berücksichtigen, hier ist anzugeben, ob und in welchem Umfang daneben eine Inkontinenz besteht.

Darmkontrolle, Stuhkontinenz

Gemeint ist, Stuhldrang zu verspüren und so rechtzeitig zu äußern, dass die Darmentleerung geregelt werden kann. Zu bewerten ist hier die Vermeidung unwillkürlicher Stuhlabgänge, ggf. mit personeller Hilfe. Es sind folgende Merkmalsausprägungen vorgesehen:

Ständig kontinent:	Keine unwillkürlichen Stuhlabgänge.
Überwiegend kontinent:	Die Person ist überwiegend stuhkontinent, gelegentlich unwillkürliche Stuhlabgänge oder nur geringe Stuhlmengen, sogenannte Schmierstühle.
Überwiegend inkontinent:	Die Person ist überwiegend stuhlinkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung möglich.
Komplett inkontinent:	Die Person ist komplett stuhlinkontinent, gesteuerte Darmentleerung ist nicht möglich.

Alternativ anzugeben ist, ob ein Colo-, Ileostoma vorhanden ist.

Bewertung der Selbständigkeit

Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind. Es werden in den einzelnen Bereichen unterschiedliche Punkte vergeben.

F 4.4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers

Sich die Hände, das Gesicht, den Hals, die Arme, die Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände, z. B. Seife, Waschlappen, bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z. B. Waschen unter den Achseln oder der Brust, erhält.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann nur geringe Anteile der Aktivität selbständig durchführen, sich z. B. nur Hände oder Gesicht waschen, oder benötigt umfassende Anleitung.

Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.
---------------------------	--

F 4.4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes

Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebenen Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivitäten selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt oder gerichtet werden, z. B. Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen oder Säubern des Rasierapparates. Alternativ sind Aufforderungen oder punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrekturen nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, das Reinigen der hinteren Backenzähne bei der Zahn-, Mundpflege bzw. die Nachrasur bei sonst selbständigem Rasieren.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann nur geringe Anteile der Aktivität selbständig leisten, so beginnt sie z. B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht oder nur minimal beteiligen.

F 4.4.3 Waschen des Intimbereichs

Den Intimbereich waschen und abtrocknen

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Utensilien, z. B. Seife, Waschlappen, bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann nur geringe Anteile der Aktivität selbständig durchführen, sich z. B. nur den vorderen Intimbereich waschen.

Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.
---------------------------	--

F 4.4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare

Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare Dabei sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen in der Wanne, Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehört auch das Abtrocknen, Haare waschen und föhnen.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z. B. Stützen beim Ein-, Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haarewaschen oder Föhnen, beim Abtrocknen, oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nach vollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann nur einen begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z. B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

F 4.4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers

Bereitliegende Kleidungsstücke, z. B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd, an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist nicht hier, sondern unter Punkt F 4.2.6 zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist unter Punkt F 4.5.7 zu berücksichtigen.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden beim Anziehen eines Hemdes etc. Auch wenn

	Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann nur bei einem begrenzten Teil der Aktivität mit helfen, beispielsweise die Hände in die Ärmel eines bereitgehaltenen T-Shirts schieben.
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

F 4.4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers

Bereitliegende Kleidungsstücke, z. B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe und Schuhe, an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist unter Punkt F 4.2.6 zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist unter Punkt F 4.5.7 zu berücksichtigen, z. B. Kompressionsstrümpfe.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen, z. B. Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder Kontrolle des Sitzes der Kleidung, und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose, Rock zur Taille selbständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

F 4.4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken

Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken. Dazu gehört das Zerteilen von belegten Brotscheiben, Obst oder anderen Speisen in mundgerechte Stücke, z. B. das Kleinschneiden von Fleisch, das Zerdrücken von Kartoffeln, Pürieren der Nahrung, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Antirutschbrett oder sonstigen Gegenständen wie Spezialbesteck.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z. B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von harten Nahrungsmitteln.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen, beispielsweise schneidet sie zwar belegte Brotscheiben, schafft es aber nicht, mundgerechte Stücke herzustellen. Oder sie gießt aus einer Flasche Wasser ins Glas, verschüttet das Wasser dabei jedoch regelmäßig.
Unselbständig (3 Punkte):	Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

F 4.4.8 Essen

Bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen. Dies beinhaltet das Aufnehmen, Zum-Mund-Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von mundgerecht zubereiteten Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden, z. B. Brot, Kekse, Obst oder das Essen mit Gabel oder Löffel, ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der ausreichenden Nahrungsaufnahme (auch ohne Hungergefühl oder Appetit) erkannt und die empfohlene, gewohnte Menge tatsächlich gegessen wird.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (3 Punkte):	Die Person kann überwiegend selbständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiterzuessen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich, z. B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben.

Überwiegend unselbständig (6 Punkte):	Es muss ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung muss größtenteils gereicht werden oder es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft der Pflegeperson erforderlich, aufgrund von Aspirationsgefahr.
Unselbständig (9 Punkte):	Die Nahrung muss (nahezu) komplett gereicht werden.

F 4.4.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird. Die Beurteilung der Selbständigkeit ist auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (2 Punkte):	Die Person kann selbständig trinken, wenn ein Glas, eine Tasse unmittelbar in den Aktionsradius der Person positioniert oder sie ans Trinken erinnert wird.
Überwiegend unselbständig (4 Punkte):	Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbständig, oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden oder es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft der Pflegeperson erforderlich, aufgrund von Aspirationsgefahr.
Unselbständig (6 Punkte):	Getränke müssen (nahezu) komplett gereicht werden.

F 4.4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls

Gehen zur Toilette, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen während der Blasen- oder Darmentleerung, Intimhygiene und Richten der Kleidung. Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn anstelle der Toilettenbenutzung eine Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt, z. B. Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo- oder Colostoma.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann die Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.
Überwiegend selbständig (2 Punkte):	Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf einzelne Handlungsschritte wie: • nur

	Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche oder anderer Behälter), • nur Aufforderung oder Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette oder Begleitung auf dem Weg zur Toilette, • nur Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang, • nur Unterstützung beim Hinsetzen, Aufstehen von der Toilette, • nur punktuelle Hilfe beim Richten der Bekleidung.
Überwiegend unselbständig (4 Punkte):	Die Person kann nur einzelne Handlungsschritte selbst ausführen, z. B. nur Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nur nach Wasser lassen.
Unselbständig (6 Punkte):	Die Person kann sich nicht oder nur minimal an der Aktivität beteiligen.

F 4.4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma

Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter, Urostoma oder die Anwendung eines Urinalkondoms. Die regelmäßige Einmalkatheterisierung ist nicht hier, sondern unter Punkt F 4.5.10 zu erfassen.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme angereicht oder entsorgt werden oder die Person an den Wechsel erinnert wird.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z. B. nur Vorlagen einlegen oder Inkontinenzhosen nur entfernen.
Unselbständig (3 Punkte):	Beteiligung ist nicht oder nur minimal möglich.

F 4.4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma

Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört, Inkontinenzsysteme, z. B. große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants, sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch die Anwendung eines Analtampons oder das Entleeren oder Wechseln eines Stomabeutels bei Enterostoma. Die Pflege des Stomas und der Wechsel einer Basisplatte sind unter F 4.5.9 zu berücksichtigen.

Selbständig (0 Punkte):	Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.
Überwiegend selbständig (1 Punkt):	Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereitgelegt und entsorgt werden oder die Person an den Wechsel erinnert wird.
Überwiegend unselbständig (2 Punkte):	Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z. B. Mithilfe beim Wechsel eines Stomabeutels. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind Ressourcen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials eher selten.
Unselbständig (3 Punkte):	Beteiligung ist nicht (oder nur minimal) möglich.

F 4.4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde

Ernährung über einen parenteralen Zugang (z. B. einen Port) oder über einen Zugang in Magen oder Dünndarm (PEG/PEJ).

Selbständig (0 Punkte):	Die Person führt die Versorgung ohne Fremdhilfe durch.
-------------------------	--

Wenn die Versorgung mit Hilfe erfolgt, werden folgende Ausprägungen unterschieden:

Nicht täglich, nicht auf Dauer (0 Punkte):	Die Person erhält zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Nahrung oder Flüssigkeit parenteral oder über Sonde, aber nur gelegentlich oder vorübergehend.
Täglich, zusätzlich zu oraler Ernährung (6 Punkte):	Die Person erhält in der Regel täglich Nahrung oder Flüssigkeit parenteral oder über Sonde und täglich oral Nahrung. Sie wird zum Teil, aber nicht ausreichend über die orale Nahrungsaufnahme ernährt und benötigt zur Nahrungsergänzung bzw. zur Vermeidung von Mangelernährung täglich Sondenkost.

Ausschließlich oder
nahezu
ausschließlich (3
Punkte):

Die Person erhält ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Nahrung und Flüssigkeit parenteral oder über Sonde. Eine
orale Nahrungsaufnahme erfolgt nicht oder nur in geringem
Maße zur Förderung der Sinneswahrnehmung.

www.sozialversicherung-kompetent.de (2018): Pflegestärkungsgesetze. Die Reform der Sozialen Pflegeversicherung. Unter Mitarbeit von Helmut Göpfert. Hg. v. Sozialversicherung-kompetent.de. Online verfügbar unter <https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsrecht/559-pflegestaerkungsgesetze.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2019.

<https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsrecht/559-pflegestaerkungsgesetze.html>



Pflegestärkungsgesetze

Hauptkategorie: **Pflegeversicherung**
Kategorie: **Leistungsrecht bis 2016 (GPV)**
📅 Zuletzt aktualisiert: 14. September 2018

Die Reform der Sozialen Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis

- **Allgemeines**
- **Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)**
- **Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)**
- **Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)**

Allgemeines

In dieser Legislaturperiode möchte die Bundesregierung die große Reform der Sozialen Pflegeversicherung umsetzen. Kernstück der Pflegereform wird die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sein, mit dem die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegraden ersetzt werden. Die Pflegereform wird mit dem ersten und dem zweiten Pflegestärkungsgesetz, also mit ins gesamt zwei **Pflegestärkungsgesetze**, umgesetzt.

Das erste Pflegestärkungsgesetz wird bereits im Jahr 2015 eine Leistungsausweitung, aber auch eine Beitragssatzsteigerung mit sich bringen. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen dann die Pflegegrade eingeführt werden.

Erstes Pflegestärkungsgesetz

Das erste Pflegestärkungsgesetz wurde am 28.05.2014 vom Bundeskabinett beschlossen; am 07.11.2014 hat der Bundesrat das Gesetz gebilligt.

Änderungen ab Januar 2015

Die Leistungsbeträge werden zum 01.01.2015 um vier Prozent angehoben. Damit werden diese der Preisentwicklung der letzten drei Jahre angepasst. Leistungen, welche erst 2013 eingeführt wurden, werden um 2,67 Prozent dynamisiert.

Verbesserungen der ambulanten Pflegeleistungen

Die Leistungsbeträge beim Pflegegeld, bei der Pflegesachleistung und damit auch bei der Kombinationsleistung werden in allen Pflegestufen zum 01.01.2015 erhöht. Die neuen Leistungsbeträge können unter:

- **Pflegegeld und**
- **Pflegesachleistung**

nachgelesen werden

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Nach dem bisherigen Recht können sowohl die Verhinderungs- als auch die Kurzzeitpflege je vier Wochen kalenderjährlich beansprucht werden. Der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege beträgt im Kalenderjahr 2014 je 1.550 Euro.

Ab dem Jahr 2015 kann die Kurzzeitpflege anstatt vier Wochen bis zu acht Wochen jährlich beansprucht werden. Der maximale Leistungsbetrag wird (für beide Leistungen) von bisher 3.100 Euro auf 3.224 Euro angehoben. Die Verbesserungen ab dem Jahr 2015 in der Kurzzeitpflege zielen also darauf ab, dass diese unter Anrechnung des Anspruchs auf Verhinderungspflege, für einen Zeitraum von bis zu acht Wochen beansprucht werden können.

Im umgekehrten Fall kann auch die Verhinderungspflege länger als bisher beansprucht werden. Anstatt vier Wochen können bei Verhinderung einer ehrenamtlichen Pflegeperson (unter Anrechnung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege) bis zu sechs Wochen Verhinderungspflege jährlich geltend gemacht werden. Anstatt bisher 1.550 Euro können damit ab dem Jahr 2015 bis zu 2.418 Euro Verhinderungspflege ausgeschöpft werden.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Bislang erhielten Versicherte mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz einen Betrag in Höhe von monatlich 100,00 Euro (Grundbetrag) bzw. 200,00 Euro (erhöhter Betrag). Mit diesem Leistungsbetrag konnten niedrigschwellige Betreuungsangebote abgerufen werden.

Ab dem Jahr 2015 werden die niedrigschwelligen Betreuungsleistungen um niedrigschwellige Entlastungsleistungen ergänzt. Darüber hinaus können diese Leistungen nicht nur von Versicherten mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, sondern von allen Pflegebedürftigen beansprucht werden. Der Leistungsbetrag wird auf monatlich 104,00 Euro bzw. 208,00 Euro erhöht.

Mit den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen können Leistungen der Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, teilstationären Pflege und Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote finanziert werden. Darüber hinaus kann der Leistungsbetrag aber auch für die Finanzierung von anerkannten Haushalts- und Serviceangeboten, von Alltagsbegleitern und für Aufwandsentschädigungen für einen nach Landesrecht anerkannten ehrenamtlichen Helfer herangezogen werden. Damit können ab dem Jahr 2015 beispielsweise auch Behördengänge oder Friedhofgänge unterstützt werden.

Eine neue Umwidmungsmöglichkeit ermöglicht ab dem Jahr 2015, dass die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch zu 50 Prozent anstelle von der Pflegesachleistung beansprucht werden können.

Erweiterter Leistungsanspruch für Demenzerkrankte

Der Leistungsanspruch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird deutlich erweitert. Versicherte der Pflegestufe 0 erhielten seit Einführung des PNG im Jahr 2012/2013 nur punktuell

Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung. Ab 2015 können diese Versicherten auch die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege (Tagespflege/Nachtpflege) beanspruchen. Ebenfalls sind die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen und der Zuschlag für Mitglieder dieser Wohngruppen ab dem Jahr 2015 möglich. Durch die Ausweitung des Leistungsanspruchs können alle Versicherten in der Pflegestufe 0 damit alle ambulanten Leistungen beanspruchen wie bisher die Versicherte, die mindestens in die Pflegestufe I eingestuft sind.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes können von der Sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2015 mit einem Betrag von bis zu 4.000 Euro (bisher 2.557 Euro) bezuschusst werden. Sofern mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung leben, kann ein Zuschuss von bis zu 16.000 Euro (bisher 10.228 Euro) geleistet werden.

Neue Wohnformen

Der Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (mit mindestens drei Pflegebedürftigen) wird von 200,00 Euro monatlich ab Januar 2015 auf 205,00 Euro angehoben. Den Wohngruppenzuschlag können ab 2015 auch Versicherte in der Pflegestufe 0 beanspruchen.

Da der Zuschuss auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen auf 4.000 Euro erhöht wird, beträgt der Zuschuss für Umbaumaßnahmen in Wohngruppen ab 2015 bis zu 16.000 Euro. Damit soll auch die Gründung von neuen Wohnformen unterstützt werden.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird der monatliche Leistungsbetrag von bisher 31,00 Euro auf 40,00 Euro angehoben. Zu diesen Pflegehilfsmitteln zählen beispielsweise Schutzschürzen, Flächendesinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe.

Teilstationäre Pflege wird ausgebaut

Die Leistungen für die teilstationäre Pflege (Tagespflege/Nachtpflege) werden ebenfalls verbessert. Bislang wurden die ambulanten Pflegeleistungen (Pflegegeld/Sachleistung) teilweise aufeinander angerechnet; der maximale Leistungsanspruch beträgt 150 Prozent der Pflegesachleistung.

Ab Januar 2015 können die ambulanten Pflegeleistungen und die teilstationären Pflegeleistungen in der vollen Höhe nebeneinander beansprucht werden.

Auch Versicherte mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (also Versicherte in der Pflegestufe 0) können ab dem Jahr 2015 die teilstationären Pflegeleistungen beanspruchen.

Stationäre Pflegeleistungen

Bislang wurde für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen für ergänzende Betreuungsangebote nur dann ein Zuschlag gezahlt, wenn der Pflegebedürftige in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist. Von diesen ergänzenden Betreuungsangeboten sollen ab Januar 2015 alle Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen profitieren. Damit soll der Pflegealltag in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden.

Durch die Leistungsverbesserungen werden den stationären Pflegeeinrichtungen ab dem Jahr 2015 eine Milliarde Euro an zusätzlichen Einnahmen zur Verfügung stehen. Damit können die zusätzlichen Betreuungskräfte von derzeit 25.000 auf bis zu 45.000 aufgestockt werden.

Beitragssatzerhöhung

Zum 01.01.2015 wird der Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte angehoben. Damit werden die erhöhten Leistungsausgaben ab dem Jahr 2015 finanziert. Durch die Leistungsverbesserungen entstehen Mehrausgaben von etwa 2,4 Milliarden Euro. Da durch die Beitragssatzerhöhung um 0,3 Prozent jedoch Mehreinnahmen im Umfang von insgesamt 3,6 Milliarden Euro entstehen, werden 1,2 Milliarden für den Pflegevorsorgefonds verwendet. Dieser soll ab dem Jahr 2036, also wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen, zur Abfederung von möglichen Beitragssteigerungen verwendet werden.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wird der Beitragssatz nochmals um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben.

Entgeltersatzleistung für Arbeitnehmer

Um eine akut aufgetretene Pflegesituation zu organisieren, haben Arbeitnehmer die Möglichkeit sich kurzzeitig – bis zu zehn Arbeitstage – von der Arbeit befreien zu lassen. Der Entgeltausfall, welcher durch die Arbeitsfreistellung entsteht, wird derzeit nicht durch eine entsprechende Entgeltersatzleistung ersetzt, wenngleich eine solche Leistung bereits in der Vergangenheit mehrmals diskutiert wurde.

Ein finanzieller Spielraum wurde nun mit der Beitragssatzerhöhung zum 01.01.2015 geschaffen. In einem gesonderten Gesetz möchte der Gesetzgeber nun zeitnah eine Entgeltersatzleistung einführen, welche Arbeitnehmern den Entgeltausfall – zumindest teilweise – aufgrund der Freistellung wegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation bei nahen Angehörigen ersetzt.

Pflegevorsorgefonds

Ab dem Jahr 2015 wird ein sogenannter Pflegevorsorgefonds eingeführt. Neben dem Reformziel die Pflege zu stärken, wird durch den Pflegevorsorgefonds das Ziel der nachhaltigen Sicherung der Pflege verfolgt. Ab Januar 2015 fließen in den Pflegevorsorgefonds 0,1 Prozentpunkte des Beitragssatzes, was einem Finanzvolumen von etwa 1,2 Milliarden Euro entspricht.

Das bis 2035 angesparte Kapital kann dann über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren bis zu einem Zwanzigstel der Pflegeversicherung wieder zugeführt werden. Damit sollen mögliche Beitragssatzsteigerungen abgedeckt werden, welche ab dem Jahr 2036 zu erwarten sind, weil zu dieser Zeit die geburtenstarken Jahrgänge in das Pflegealter kommen.

Zweites Pflegestärkungsgesetz

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die bisherigen drei Pflegestufen sollen im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit soll keine Unterscheidung mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Erkrankungen vorgenommen werden. Die Pflegebedürftigkeit wird bei den Pflegegraden dann nach dem Grad der Selbstständigkeit beurteilt. Neben den Versicherten mit körperlichen Einschränkungen sollen durch die neuen Pflegegrade auch Demenzkranke profitieren.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff konnte nicht bereits ab dem Jahr 2015 – also mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz – umgesetzt werden, da das neue Begutachtungssystem erst noch auf dessen Praxistauglichkeit getestet werden musste. Zudem benötigen der Medizinische Dienst der

Krankenversicherung, die Pflegedienste und die Pflegeheime etwa ein Jahr Vorlaufzeit, um die neuen Regelungen umsetzen zu können.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird in zwei vom GKV-Spitzenverband koordinierten Modellprojekten erprobt. Ab Sommer 2014 wurden 4.000 Pflegebedürftige in ganz Deutschland sowohl nach den bisherigen als auch nach den neuen Regelungen begutachtet. Parallel hierzu wurden die Leistungen in Pflegeheimen mit dem jeweiligen Zeitaufwand erfasst. Anfang 2015 lagen dann die Ergebnisse vor und war die Grundlage im weiteren Gesetzgebungsverfahren.

Damit es zu einer rechtzeitigen Vorbereitung für diesen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt, enthält das am 18.06.2015 vom Deutschen Bundestag beschlossene Präventionsgesetz hierzu Regelungen. Danach erhält der Spitzenverband der Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag, mit der Ausarbeitung der Änderungen in den Begutachtungs-Richtlinien zu beginnen.

Am **12.08.2015** hat das Bundeskabinett den Entwurf des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) beschlossen. Zum 01.01.2016 soll das PSG II in Kraft treten, allerdings werden erst zum 01.01.2017 die bisherigen Pflegestufen auf die neuen Pflegegrade umgestellt.

Folgende Änderungen sieht das zweite Pflegestärkungsgesetz ab 01.01.2017 vor:

Entfall der Pflegestufen

Die Pflegestufen, welche die Soziale Pflegeversicherung bisher kennt, entfallen und werden durch Pflegegrade ersetzt. Durch die Neudefinition des Pflegebegriffs soll das Ziel erreicht werden, dass dieser über die verbliebenen Fähigkeiten und den Hilfen zum Erhalt Selbstständigkeit beurteilt wird. Das heißt, dass die körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen im gleichen Maße erfasst und für die Beurteilung des vorhandenen Pflegegrades berücksichtigt werden.

Der Grad der Selbstständigkeit wird anhand von sechs Bereichen, welche unterschiedlich gewichtet werden, gemessen. Dies sind die Bereiche:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Überleitung von bisherigen Pflegestufen

Versicherte, die bereits in eine Pflegestufe eingestuft sind, werden in die neuen Bedarfsgrade übergeleitet. Hierfür müssen die Betroffenen nicht erneut begutachtet werden.

Versicherte, die ausschließlich somatisch pflegebedürftig sind, werden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet. So werden beispielsweise Versicherte in der Pflegestufe I in den Pflegegrad II überführt. Liegt eine geistige Einschränkung vor, werden die Versicherten in den übernächsten Pflegegrad überführt. Das heißt, dass beispielsweise Versicherte mit einer bestätigten eingeschränkten Alltagskompetenz, die in die Pflegestufe I eingestuft sind (also in die Pflegestufe I+) in den Pflegegrad III überführt werden.

Die Überführung in die neuen Pflegegrade nimmt die zuständige Pflegekasse von Amts wegen vor. Es muss hierfür also kein gesonderter Antrag gestellt werden.

Durch die neue Definition des Pflegebegriffs werden in den kommenden Jahren etwa 500.000 Versicherte zusätzlich in den Genuss von Pflegeleistungen kommen.

Die neuen Leistungsbeträge ab 2017

Für die Hauptleistungen der Sozialen Pflegeversicherung gelten ab dem 01.01.2017 folgende Leistungsbeträge:

	PG I	PG II	PG III	PG IV	PG V
Ambulante Geldleistung	125,00 €	316,00 €	545,00 €	728,00 €	901,00 €
Ambulante Sachleistung		689,00 €	1.298,00 €	1.612,00 €	1.995,00 €
Stationäre Leistung	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €

Vollstationäre Pflege

Bei der vollstationären Pflege kommt es künftig auf die Höhe des Eigenanteils an, welcher vom Versicherten aufgebracht werden muss. Bislang steigt der Eigenanteil mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe an, was künftig vermieden wird. Ab 2017 zahlen alle Pflegebedürftigen in den Pflegegraden II bis V den gleichen pflegebedingten Eigenanteil, welcher jedoch von Pflegeheim zu Pflegeheim unterschiedlich hoch ist. Der pflegebedingte Eigenanteil wird im Jahr 2017 voraussichtlich bei etwa 580 Euro liegen. Zum pflegebedingten Eigenanteil kommen noch die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen, welche sich ebenfalls von Pflegeheim zu Pflegeheim unterscheiden.

Erhöhung des Beitragssatzes

Der Beitragssatz wird durch das zweite Pflegestärkungsgesetz und den damit umgesetzten Leistungsverbesserungen um 0,2 Prozentpunkte angehoben. Damit beträgt der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung ab 01.01.2017 2,55 Prozent bzw. für Kinderlose 2,8 Prozent.

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass dieser Beitragssatz bis in das Jahr 2022 stabil gehalten werden kann.

Die weiteren Verbesserungen

Neben den oben erwähnten Verbesserungen werden durch das zweite Pflegestärkungsgesetz die folgenden zusätzlichen Verbesserungen umgesetzt:

- Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird gestärkt. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit soll durch Rehabilitationsleistungen verhindert bzw. zumindest hinausgezögert werden.
- Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen haben künftig immer einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote. Hierfür müssen die Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte einstellen und mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen abschließen.
- Die Information und Beratung wird ausgeweitet und neu strukturiert. Dabei wird es zu einer qualitativ verbesserten Beratung kommen. Für Angehörige und Pflegepersonen müssen die Pflegekassen künftig kostenlose Pflegekurse anbieten.
- Die Absicherung von Pflegepersonen wird in der Renten- und Arbeitslosenversicherung verbessert. Rentenversicherungsbeiträge müssen dann

bereits von der Pflegekasse für Pflegepersonen abgeführt werden, die einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad II bis V mindestens 10 Stunden wöchentlich (verteilt auf mindestens zwei Tage) zu Hause pflegen. Die von der Pflegekasse zu zahlenden Rentenversicherungsbeiträge steigen mit dem Pflegegrad. Geben Pflegebedürftige ihre berufliche Tätigkeit auf um einen pflegebedürftigen Angehörigen zu pflegen, werden für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung geleistet. Damit besteht auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld und der aktiven Arbeitsförderung, sofern nach dem Ende der Pflegetätigkeit kein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung erfolgen kann.

- Das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sollen künftig den Betroffenen automatisch, also ohne gesonderte Antragstellung, zugestellt werden. Sofern eine Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung durch den MDK empfohlen wird, ist diese als Antrag zu werten. Eine Überprüfung durch die Kranken- bzw. Pflegekasse ist damit nicht mehr erforderlich.
- Die Regelungen zur Qualitätssicherung, Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung werden grundlegend überarbeitet; die Entscheidungsstrukturen in der Selbstverwaltung werden gestrafft.
- Die fachlichen Grundlagen der Arbeit in der Pflege werden durch das zweite Pflegestärkungsgesetz gestärkt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zum Anlass genommen, dass die Personalausstattung überprüft und an den Bedarf angepasst wird.

Drittes Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.2017 soll auch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) – in weiten Teilen – in Kraft treten. Dieses sieht folgende Änderungen vor.

Beratung

Vor Ort soll die Beratung sowohl von Pflegebedürftigen als auch von deren Angehörigen verbessert werden. Für die Dauer von fünf Jahren sollen hierfür die Kommunen ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Ebenfalls sollen die Versicherten in den Pflegestützpunkten Beratungsgutscheine einlösen können.

Vorgesehen sind auch Modellvorhaben zur Beratung Pflegebedürftiger und deren Angehörigen in bis zu 60 Kreisen und kreisfreien Städten durch kommunale Beratungsstellen. Das Modellvorhaben ist für die Dauer von fünf Jahren ausgelegt, wobei das Land über die entsprechenden Anträge der Kommunen entscheidet.

Mit dem weiteren Ausbau der Beratung möchte der Gesetzgeber erreichen, dass die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine Beratung aus einer Hand erhalten im Rahmen derer über alle in Anspruch zu nehmenden Leistungen beraten wird.

Sicherstellung der Versorgung

Die Verantwortlichkeit einer Versorgungsinfrastruktur in der Pflege hinsichtlich deren Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und zahlenmäßig ausreichenden Stärke liegt bei den Ländern. Die Pflegekassen werden mit dem PSG III verpflichtet, sich an Ausschüssen, die sich mit sektorenübergreifender Versorgung oder mit regionalen Fragen beschäftigen, zu beteiligen.

In die Vertragsverhandlungen müssen Verbesserungen der Versorgungssituation einbezogen werden, wenn die Ausschüsse Empfehlungen aussprechen.

Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zum 01.01.2017 eingeführt. Einhergehend ist die Überführung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade. Auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Leistungsausweitung ab Januar 2017 kann sich ein weiterer Bedarf an Pflege für die Versicherten ergeben. Bei finanzieller Bedürftigkeit wird dieser im Rahmen der Sozialhilfe und dem sozialen Entschädigungsrecht aufgefangen. Daher soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) auch im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) eingeführt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass finanziell Bedürftige im Pflegefall eine angemessene Versorgung erfahren.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Kommunen wird die Möglichkeit eröffnet, sich an Maßnahmen zum Aufbau und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit Personal und Sachmitteln einzubringen. Die Angebote richten sich nicht ausschließlich an Pflegebedürftige, sondern auch an die Angehörigen, die dadurch eine Entlastung erfahren sollen.

Für den Aufbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag wurden bis zu 25 Millionen Euro bereitgestellt. Schöpft ein Bundesland die Mittel nicht vollständig aus, kann ein anderes Land auf diese zugreifen, wenn dieses die zustehenden Mittel fast vollständig ausgeschöpft hat.

Verhinderung von Abrechnungsbetrug

Die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sollen künftig regelmäßig auch auf Pflegedienste ausgeweitet werden, welche ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

Bestehende Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung sollen darüber hinaus weiterentwickelt werden. Führt der MDK Stichproben bei Prüfungen durch, sollen hier auch Personen einbezogen werden, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Eine Anpassung erfahren die in der häuslichen Krankenpflege bestehenden Dokumentationspflichten entsprechend den Pflichten, welche bereits in der ambulanten Altenpflege gelten. Liegen Anhaltspunkte für fehlerhaftes Abrechnungsverhalten vor, sollen unabhängig von den Qualitätsprüfungen des MDK auch Pflegekassen Abrechnungsprüfungen durchführen.

Klare Qualitätsstandards für ambulante Wohngruppen müssen von der Pflegeselbstverwaltung erarbeitet werden.

Abgrenzungsfragen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gehören zum Leistungsbereich der Sozialen Pflegeversicherung nun auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Hierdurch entstehen Abgrenzungsfragen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe. Das Dritte Pflegestärkungsgesetz soll diese neue Schnittstellenproblematik regeln. Dies erfolgt, indem die Leistungen der Pflege gegenüber

den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich vorrangig sind. Ausnahme ist, wenn die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe bei der Leistungserbringung im Vordergrund steht.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe gehen außerhalb des häuslichen Bereichs den Leistungen der Pflege vor. Damit schafft das PSG III klare Abgrenzungsregelungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, mit denen außerdem eine Kostenverschiebung zwischen den zwei Systemen vermieden wird.