

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE
Darauf kommt es an

I. Schnelleinstieg

II. Ambulante Angebote

**III. Ambulante Betreuungs-
und Entlastungsangebote**

IV. Teilstationäre Angebote

V. Stationäre Angebote

**VI. Begutachtung, Pflegeplanung,
Dokumentation**

VII. Praxisbeispiele

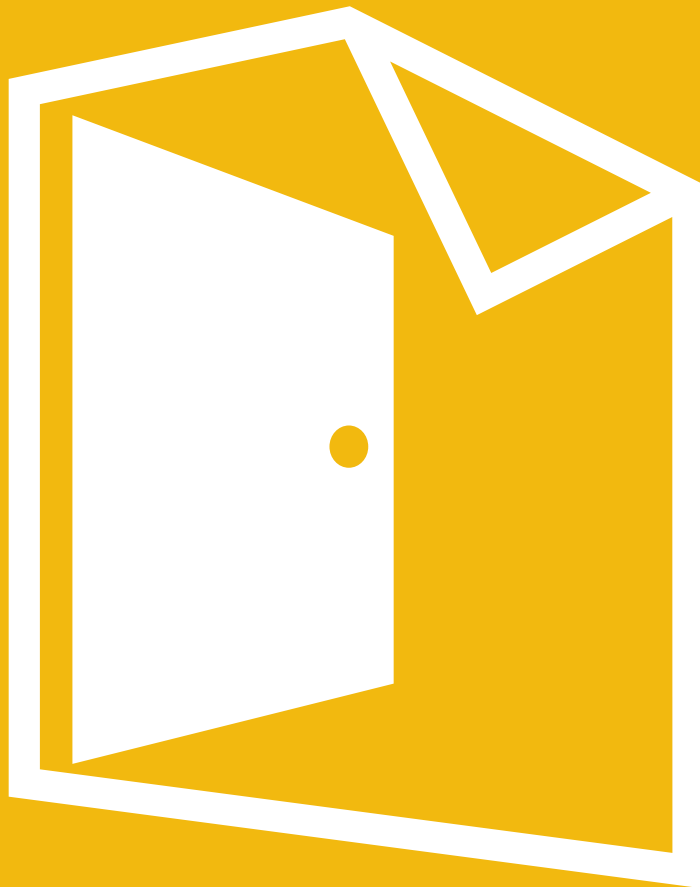
VIII. Glossar

IX. Gesetzliche Grundlagen

X. Service-Material

XI. Meine Seiten

I. Schnelleinstieg





Die Praxisseiten Pflege

Gut beraten – mit übersichtlichen und aktuellen Informationen

Liebe Leserinnen und Leser,

wir haben uns in dieser Legislaturperiode einen echten Kraftakt vorgenommen, um die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln. Das ist notwendig: Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter und wollen möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben. Es sind mehr, aber auch individuellere und flexiblere Pflegeangebote gefragt, die den Alltag der Menschen verbessern. Wir haben die gesellschaftliche Verantwortung, dies heute anzugehen und solide zu finanzieren. Für mich steht dabei fest: Gute Pflege muss uns etwas wert sein.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen stärken wir Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte. Bereits mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz, das Anfang 2015 in Kraft getreten ist, wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen spürbar erweitert. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz kommt nun der lang diskutierte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Pflege wird tiefgreifend verändert, um sie besser an den Fähigkeiten und Einschränkungen der Betroffenen auszurichten. Vor allem Menschen mit Demenz erhalten künftig einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Wir wissen, dass durch diese Veränderungen viele neue Fragen auf die Beschäftigten in der Pflege zukommen. Denn Angehörige und Pflegebedürftige wollen sich über die neuen Leistungen informieren und erfahren, auf welche Weise sie Unterstützung bekommen können. Solche Fragen werden gerade an Sie gerichtet. Deshalb wollen wir Sie mit unserem neuen Fachangebot, den Praxisseiten Pflege, unterstützen. Es richtet sich an alle, die in der Pflege tätig sind – an die Menschen in Pflegeberatungen und Pflegeschulen, an die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und an jene, die in verschiedensten Organisationen das Thema Pflege übergreifend bearbeiten.



Foto: Steffen Kugler

Dieser Sammelordner bietet übersichtlich und aktuell alle wichtigen Informationen zu den neuen Regelungen im Pflegerecht sowie nützliche Praxisbeispiele. Nutzen Sie ihn als Nachschlagewerk, aber auch als Materialsammlung, um sich mit den Neuerungen vertraut zu machen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezielt zu schulen. Die Seiten eignen sich ebenfalls, um sie in der täglichen Beratung mit Angehörigen und Pflegebedürftigen griffbereit zu haben und wichtige Informationen anschaulich weiterzugeben.

Ich lade Sie als Praktikerinnen und Praktiker herzlich ein, unser neues Fachangebot intensiv zu nutzen. Gemeinsam können wir es schaffen, dass die gesetzlich beschlossenen Verbesserungen bei den Menschen auch tatsächlich ankommen und wir die Pflege in Deutschland nachhaltig stärken.

Ihr

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit



Das neue Strukturmodell der Pflegedokumentation

Riesenchance zur Entbürokratisierung der Pflege

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

die Reform der Pflege ist eines der wichtigsten Projekte der Bundesregierung in dieser Wahlperiode. Wir entlasten damit unsere Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Zugleich stärken wir auch unseren Pflegekräften deutlich den Rücken. Das Nachweisrecht der Kostenträger bei tariflichen Vergütungen trägt etwa dazu bei, dass die vereinbarten Löhne tatsächlich bei unseren Pflegekräften ankommen. Vor allem aber ist es die fortschreitende Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, die den Pflegealltag deutlich verbessert.

Unsere Pflegekräfte verbringen heute viel zu viel Zeit mit der Pflegedokumentation. Das ist wertvolle Zeit, die ihnen dann bei der Pflege der ihnen anvertrauten Menschen fehlt. Das neue Strukturmodell der Pflegedokumentation macht damit Schluss. Dadurch – das hat die praktische Erprobung gezeigt – kann viel Zeit für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen gewonnen werden. Und: Unsere Pflegekräfte sind wieder viel motivierter bei der Arbeit.

In enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Kosten- und Einrichtungsträger, der Pflegeberufe sowie mit den Ländern habe ich deshalb zu Beginn des Jahres ein Projekt aufgelegt, um das vereinfachte Dokumentationsmodell bundesweit in allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einzuführen. Wichtig war und ist mir dabei, dass die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung und die Heimaufsichten der Länder das Projekt uneingeschränkt mittragen.



Foto: Guido Bergmann

Seitdem sind wir gut vorangekommen: Das von mir beauftragte Projektbüro EinSTEP hat mittlerweile rund 650 Multiplikatoren geschult, die bundesweit die Einrichtungen bei der Umstellung unterstützen. Zur Jahresmitte 2015 beläuft sich die Zahl der Projektteilnehmer bereits auf fast 7.000 Pflegeeinrichtungen – das ist über ein Viertel aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Meine Bitte lautet: Nutzen Sie die Chance zur Entbürokratisierung! Informieren Sie sich über das Strukturmodell und nehmen Sie Kontakt zum Projektbüro und zu Ihren Trägerverbänden auf. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Internetseite des Projektbüros www.ein-step.de oder des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung www.pflegebevollmaechtigter.de

Es grüßt Sie herzlich

Staatssekretär Karl-Josef Laumann
Patientenbeauftragter und Bevollmächtigter für Pflege



Inhaltsverzeichnis



SCHNELLEINSTIEG

I.

- Grußwort von Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit 1.1
- Grußwort von Staatssekretär Karl-Josef Laumann,
Patientenbeauftragter und Bevollmächtigter für Pflege 1.2
- Inhaltsverzeichnis und Impressum 1.3
- Die Praxisseiten Pflege 1.4
- Die Pflegestärkungsgesetze 1.5
- Leistungszuwächse im Überblick 1.6



AMBULANTE ANGEBOTE

II.

- Verbesserungen für die Pflege zu Hause im Überblick 11.1
- Zuschüsse zum Wohnungsumbau 11.2
- Unterstützung für moderne Pflege-Wohngemeinschaften 11.3
- Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige 11.4
- Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel 11.5
- Flexible Kurzzeitpflege 11.6
- Flexible Verhinderungspflege 11.7



AMBULANTE BETREUUNGS- UND ENTLASTUNGSANGEBOTE

III.

- Ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote 111.1



TEILSTATIONÄRE ANGEBOTE

IV.

- Tages- und Nachtpflege 114.1



STATIONÄRE ANGEBOTE

V.

- Höhere Leistungen in der vollstationären Pflege 115.1
- Für Pflegebedürftige: Erweiterung des zusätzlichen Betreuungsangebots 115.2
- Für stationäre Einrichtungen: mehr zusätzliche Betreuungskräfte 115.3
- Hospiz- und Palliativpflege 115.4
- Versorgung weiter stärken: Neuerungen im Rahmen
des Krankenhausstrukturgesetzes und des Versorgungsstärkungsgesetzes 115.5.1
- Vorsorge weiter stärken: Neuerungen im Rahmen des Präventionsgesetzes 115.5.2

**BEGUTACHTUNG, PFLEGEPLANUNG, DOKUMENTATION****VI.**

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) VI.1
- Entbürokratisierung der Pflegedokumentation VI.2
- NBA-Wissen kompakt: Die Pflegebegutachtung – Selbständigkeit erfassen VI.3
- Modul 1: Mobilität VI.3.1
- Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten VI.3.2
- Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen VI.3.3
- Modul 4: Selbstversorgung VI.3.4
- Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang
mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen VI.3.5
- Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte VI.3.6
- Module Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung VI.3.7

**PRAXISBEISPIELE****VII.**

- „Beide Seiten müssen das Hilfsmittel wollen“
Interview mit Karin Dieckmann vom Hamburger Verein „Barrierefrei Leben e.V.“ VII.1
- Das Potenzial von teilstationären Angeboten ausschöpfen
Uhlenhaus Tagespflege in der Memo Clinic Stralsund VII.2
- Gemeinschaftsprojekt Pflege-WG
Der Aufbau einer von Angehörigen selbstorganisierten
Pflege-Wohngemeinschaft in Potsdam VII.3
- Wie zusätzliche Betreuungskräfte qualifiziert und in das Team eingebunden werden
Strategien zur interdisziplinären Zusammenarbeit des Altenzentrums
der jüdischen Gemeinde in Frankfurt am Main VII.4
- Wie funktioniert ein Pflegenetzwerk vor Ort?
Das Pflegenetzwerk Sachsen setzt auf vernetzte Pflegeberatung VII.5
- Demenz-Netzwerke: Wie aus Wissen Praxis wird
Die DemNet-D-Studie und das Demenznetz Düsseldorf zeigen,
welcher Nutzen im Netzwerk steckt VII.6
- Wir machen uns ein Gesamtbild des Menschen
Interview mit Ulrike Kissels vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein VII.7
- Wie Rehabilitation gelingen kann
Multidisziplinäre Therapie-Teams, robotergestützte Behandlung und ein
besonderes Angehörigenkonzept in den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg VII.8
- Das neue Strukturmodell in der Praxis
Die ambulante Pflege VICA in Coesfeld setzt auf die vereinfachte Pflegedokumentation VII.9
- Beratung, Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige
Angehörigenarbeit der Caritas Kissingen im Bayerischen Netzwerk Pflege VII.10
- Wir schaffen eine umfassende Identifikation mit dem Pflegeberuf
Interview mit Christine Vogler, Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe in Berlin VII.11

**GLOSSAR****VIII.**

→ A bis D	VIII.1
→ E bis J	VIII.2
→ K bis O	VIII.3
→ P	VIII.4
→ Q bis Z	VIII.5

**GESETZLICHE GRUNDLAGEN****IX.**

→ SGB XI: Änderungen im Gesetz	IX.1
--------------------------------	------

**SERVICE-MATERIAL****X.**

→ Wissenstests	x.1
→ Wichtige Adressen	x.2
→ Publikationsüberblick: Gute Pflege. Gut informiert.	x.3
→ Pflegetagebuch	x.4
→ Präsentation zu gesetzlichen Neuerungen – Moderationskarten	x.5

**MEINE SEITEN****XI.**

→ Blanko-Notizseiten	XI.1
→ Empfehlungskärtchen	XI.2



Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4 Pflegesicherung, Prävention
11055 Berlin

Konzeption und Gestaltung:

neues handeln GmbH, Berlin

Titelbild:

Montage aus Fotos von Monika Höfler

Druck:

Druckerei Hachenburg GmbH

3., ergänzte Auflage

Stand: August 2016

Auflage: 1.850

Gesamtauflage: 58.350

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-11016

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030/18 272 2721

Fax: 030/18 10 272 2721

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer

Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Die Praxisseiten Pflege

So funktioniert das Fachangebot für die Pflegepraxis

Die Praxisseiten Pflege sind ein Fachangebot des Bundesministeriums für Gesundheit. Es richtet sich an alle, die sich vor allem beruflich mit Pflege beschäftigen. Angesichts der vielen Veränderungen insbesondere durch die aktuellen Pflegestärkungsgesetze ist es wichtig, auf dem Laufenden zu bleiben. Zudem berichten viele Pflegende und Pflegeberater, dass Pflegebedürftige, Angehörige oder Kolleginnen und Kollegen neue Fragen an sie stellen, die nicht immer leicht zu beantworten sind. Bei vielen Pflegebeschäftigten besteht darüber hinaus das Interesse, durch konkrete Beispiele aus der Praxis erfolgreiche Anwendungsfälle vor Ort kennen zu lernen und besser zu verstehen. Oder einfach voneinander zu lernen.

Wissen nachschlagen, prüfen und teilen

Die Praxisseiten Pflege unterstützen Praktikerrinnen und Praktiker in ihrem beruflichen Alltag:

- mit kompakten Infoseiten und Erklärungen zu Änderungen im Pflegerecht, die sich leicht nachschlagen, herausnehmen, kopieren, aktualisieren oder ergänzen lassen
- mit Wissenstests und Service-Materialien, die es einfacher machen, sich die Schlüsselbegriffe und Leistungen einzuprägen und den Menschen verständlich zu erklären – sei es im Pflege team, in der Beratung oder in der eigenen Öffentlichkeitsarbeit
- mit praktischen Anwendungsfällen, die sich nach und nach ergänzen lassen und Möglichkeit für gegenseitigen Austausch geben – aus der Praxis für die Praxis

Die Praxisseiten Pflege sind nützlich für Sie und nützlich für Ihre Kolleginnen und Kollegen. Setzen Sie das Material gerne aktiv in der Beratung und für Schulungszwecke ein. Sollten Sie sich noch Ergänzungen oder weitere Zusatzinformationen wünschen, die Ihnen im Berufsalltag helfen, so geben Sie uns Feedback.

So funktioniert der Sammelordner

Dank des Sammelordners lassen sich die Inhalte auf leichte Weise aktuell halten und auch mit persönlichen Leitfäden, Checklisten und eigenen Ideen anreichern. Alle Seiten ordnen sich einer der Hauptrubriken des Registers zu, die mit römischen Ziffern gekennzeichnet sind. Auf jeder Praxisseite findet sich oben eine Kennzahl, anhand derer sich das Thema leicht einsortieren lässt. Die farbliche Gestaltung der Registerkarten und der einzelnen Kapitel sorgen für einfache Orientierung und einen schnellen Zugriff auf benötigte Informationen.

Auf dem Laufenden bleiben

Die Praxisseiten Pflege sind jedoch mehr als ein Ordner: Im Internet können Sie mit dem E-Learning Ihr Wissen prüfen. Alle Inhalte sind dort zum Ausdruck als PDF oder als E-Book verfügbar. Mit der Bestellung des Ordners registrieren Sie sich am besten gleichzeitig für den Newsletter, der Sie über aktualisierte und neue Sammelseiten und Fachinformationen des Bundesgesundheitsministeriums auf dem Laufenden hält. Oder folgen Sie dem Bundesgesundheitsministerium über Twitter oder Facebook – auch hier werden wichtige Informationen für Ihre Praxisseiten Pflege geteilt.



Das Schaubild auf Seite 2 zeigt, welchen Service die Praxisseiten Pflege Ihnen bieten – und was Sie in Ihrem Arbeitsalltag damit machen können.



So funktionieren die Praxisseiten Pflege

Steigen Sie ein!

Den Sammelordner können Sie unter Angabe Ihres Namens, der Institution und der Kontaktdaten unter **www.praxisseiten-pflege.de** bestellen.

www.praxisseiten-pflege.de



Sie erhalten per Post einen Ordner inklusive Grundausrüstung und Service-Materialien. Die beiliegenden Bestellpostkarten können Sie an interessierte Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Die Druckauflage ist limitiert.



Bleiben Sie dran!

Tragen Sie sich am besten gleich mit Ihrer Bestellung in den Newsletter-Service der Praxisseiten Pflege ein.



So erhalten Sie aktuelle Informationen und Ergänzungsseiten – direkt wenn sie erscheinen.



Ergänzen Sie Ihren Ordner fortlaufend mit weiteren Seiten oder Ihren eigenen Unterlagen rund um Neuerungen in der Pflege.



Nützlich für Sie

Das finden Sie unter www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE

- Alle Praxisseiten zum Herunterladen und Ausdrucken
- Alle Ordnerinhalte zusätzlich als kompaktes E-Book
- Vorlagen, Checklisten, Arbeitsblätter und Präsentationen zum Herunterladen
- Aktuelle Inhalte und Vertiefungsmöglichkeiten



VIDEOREIHE

- In kurzen Videos erklären wir aktuelle Schlüsselbegriffe der Pflege.
- Nehmen Sie für Ihren Alltag Anregungen mit, technische Begriffe überraschend und anschaulich zu erklären.



E-LEARNING

- Interaktive Fragenkataloge zum besseren Verständnis
- Prüfen Sie Ihr Wissen rund um die Pflegestärkungsgesetze und Neuerungen in der Pflege.



Nützlich für andere

Bleiben Sie auf dem Laufenden und teilen Sie aktuelle Tipps, Beispiele und neue Praxisseiten mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflegepraxis.



INFO-SERVICE

- Newsletter abonnieren unter **www.praxisseiten-pflege.de**
- Folgen Sie dem Bundesministerium für Gesundheit auf Facebook und Twitter und entdecken Sie fachliche Hinweise unter dem Hashtag #pspflege



EINSATZ DER PRAXISSEITEN IM TEAM

- Nutzen Sie interessante Infoseiten als Kopiervorlage und verteilen Sie sie im Pfllegeteam.
- Setzen Sie die Wissenstests in Pflegeschulen oder bei internen Fortbildungen als Ergänzung ein.
- Nutzen Sie das E-Learning digital an Messeständen auf Fachveranstaltungen.
- Verwenden Sie die Präsentation in Ihrem Arbeitsalltag. Sie finden sie digital auf der Website.
- Als zusätzliches Service-Material finden Sie im Sammelordner heraustrennbare Moderationskarten für Ihren Vortrag.



WEITEREMPFEHLEN

- Binden Sie in Ihren YouTube-Kanälen die Erklärvideos ein oder teilen Sie Inhalte über Ihre Social-Media-Plattformen.
- Nutzen Sie das Info-Banner auf der Website, um von Ihrer Homepage auf die **www.praxisseiten-pflege.de** zu verlinken.

Helfen Sie uns!



Helfen Sie uns, das Angebot in der Pflegepraxis bekannt zu machen und zu verbessern. Wir freuen uns auf Ihr Feedback und Ihre Anregungen. Nicht jede E-Mail können wir persönlich beantworten. Wir sammeln aber gerne Ihre Ideen, um die Fachinformationen des Bundesministeriums für Gesundheit in Ihrem Sinne kontinuierlich zu verbessern.



Die Pflegestärkungsgesetze

Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege

Derzeit sind 2,7 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen (Stand: 12/2015). Man geht davon aus, dass sich diese Zahl in den kommenden anderthalb Jahrzehnten um eine knappe weitere Million auf rund 3,5 Millionen Menschen erhöhen wird. Die Pflegeversicherung, die das Risiko, pflegebedürftig zu werden, absichert, hat sich hier seit ihrer Einführung 1995 bewährt. Um die Pflege weiterzuentwickeln und die Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auszuweiten, hat die Bundesregierung zum 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführt. Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) am 1. Januar 2016 wurde zudem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung gesetzlich verankert.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Die Ausweitung der Leistungen durch das PSG I ist eine Antwort der Bundesregierung auf die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft. Die mit dem Pflegestärkungsgesetz eingeführten Maßnahmen helfen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und unterstützen die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit. Leistungen können nun individueller in Anspruch genommen werden, die Höhe der Leistungsbeträge ist gestiegen. Finanziert wird dies durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte. Gleichzeitig ist ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet worden, der die Pflege nachhaltig sichern und Beitragssteigerungen in der Zukunft abmildern soll.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Mit dem PSG II hat die Bundesregierung die Grundlage für mehr Individualität in der Pflege geschaffen. Herzstück ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, mit dem die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Auf dieser Grundlage erhalten ab 2017 alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument kann zukünftig die individuelle Pflege- und Lebenssituation von Menschen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, besser erfasst werden. So wird es möglich, Pflegebedürftige individueller zu versorgen und ihre Selbständigkeit im Alltag nachhaltig zu stärken. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der besseren Einstufung von Menschen mit Demenz.

Das PSG II ist damit die weitreichendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung, da es das Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte grundlegend verändert und verbessert. Auch für Beschäftigte bei den Pflegekassen, in den Kommunen und in den Pflegeeinrichtungen ergeben sich neue Aufgaben. Die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen organisatorischen Herausforderungen müssen also von vielen Beteiligten gemeinsam gemeistert werden.

Das neue Leistungsrecht setzt die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um: Bereitgestellt werden passgenaue Hilfen, die dazu dienen sollen, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten Pflegebedürftiger zu erhalten und zu

stärken. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte angehoben, wodurch dann insgesamt etwa fünf Milliarden Euro jährlich mehr für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

In Vorbereitung auf die Einführung der gesetzlichen Neuerungen haben Expertinnen und Experten in zwei Beiräten die Grundlagen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausgearbeitet (Bericht 2009) sowie Empfehlungen zur praktischen Umsetzung gegeben (Bericht 2013).

2014: praktische Erprobung der Neuerungen

Um sicherzustellen, dass das neu erarbeitete Begutachtungsinstrument in der Praxis funktioniert, haben es Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in zwei durch den GKV-Spitzenverband koordinierten Modellprojekten getestet – sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen.

In einer Praktikabilitätsstudie haben die MDK-Gutachterinnen und Gutachter über 1.700 pflegebedürftige Menschen mit dem neuen Instrument begutachtet. Die Erfahrungen aus der praktischen Erprobung waren durchweg gut. Die beteiligten Gutachterinnen und Gutachter bestätigten, dass zukünftig im Rahmen der Begutachtung eine bessere und individuellere Erfassung der Lebens- und Pflegesituation gelingt.

Daneben wurden in einer Erprobungsstudie in circa 40 Pflegeheimen bei knapp 1.600 Personen die Versorgungsaufwände für pflegerische, gesundheitliche und betreuende Leistungen untersucht. Geprüft wurde ferner, wie die erfassten Versorgungsaufwände mit den bestehenden Pflegestufen der Pflegebedürftigen bzw. den zukünftigen Pflegegraden in Beziehung stehen. Die Studie gab Hinweise dafür, wie die Leistungen vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu definiert werden können.

Die Ergebnisse aus beiden Studien sind in die Gesetzgebung für das Zweite Pflegestärkungsgesetz eingeflossen.

2015 und 2016: Vorbereitung neuer Begutachtungs-Richtlinien

Damit das neue Begutachtungsinstrument ab dem 1. Januar 2017 in der Praxis zum Einsatz kommen kann, müssen zahlreiche Vorarbeiten geleistet werden. Daher ist bereits am 25. Juli 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) ein neuer § 17a SGB XI in Kraft getreten. Mit dieser Regelung wurde sichergestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Änderung der Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) frühzeitig in Angriff nehmen konnte.

Weitere geplante Neuerungen für 2016 sind:

Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird gestärkt.

→ Durch Rehabilitationsleistungen kann Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Deshalb muss seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (25. Juli 2015) bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit künftig immer auch ermittelt werden, ob krankheitsverhindernde Präventionsleistungen angezeigt sind. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde im PSG II außerdem verpflichtet, ein bundesweit einheitliches, strukturiertes Verfahren für die Klärung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen umzusetzen. Die Ergebnisse zu Prävention und Rehabilitation werden den Versicherten in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung mitgeteilt. Seit April 2016 ist zudem eine überarbeitete Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft, die u. a. das Ordnungsverfahren für verordnende Ärztinnen und Ärzte vereinfacht und auch dadurch den Zugang zu Rehabilitations-Maßnahmen erleichtert.

Mehr und bessere Pflegeberatung

→ Die gesetzlichen Regelungen zur Information und Beratung werden neu strukturiert und ausgeweitet. Die Beratung selbst wird qualitativ



verbessert. Die Pflegekassen müssen künftig kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit weiteren Beratungsstellen vor Ort, zum Beispiel den Stellen der Kommunen, durch verbindliche Landesrahmenverträge verbessert werden.

Pflegequalität mit neuen Instrumenten und Verfahren sichern

- Die Regelungen zur Qualitätssicherung, -prüfung und -darstellung wurden im Rahmen des PSG II grundlegend überarbeitet und die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung in diesem Bereich gestrafft. Nach § 113b SGB XI wurde ein Qualitätsausschuss und damit ein effizientes Verhandlungs- und Entscheidungsgremium gebildet. Der Ausschuss muss in gesetzlich vorgegebenen Fristen und unterstützt von einer qualifizierten Geschäftsstelle ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität berücksichtigen. Zudem soll das Verfahren zur Darstellung der Qualität (sog. genannter Pflege-TÜV) grundlegend überarbeitet werden. Die Selbstverwaltung hat auch den Auftrag, ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen, zum Beispiel ambulant betreuten Wohngruppen, zu erarbeiten.

Die neuen Instrumente und Verfahren für die Messung und Darstellung der Pflegequalität im stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und im ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 fertigzustellen; sie sollen ab 2018 bzw. 2019 in der Praxis umgesetzt werden.

Basis für Stärkung des Fachpersonals bilden

- Das PSG II stärkt die fachlichen Grundlagen der Arbeit in der Pflege und fördert die Erarbeitung neuer Versorgungskonzepte in den Einrichtungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff muss zum Anlass genommen werden, die Personalausstattung zu überprüfen und an den Bedarf anzupassen. Sowohl die Verantwortlichen auf Landesebene als auch die Pflegeeinrichtungen vor Ort sind hier gefordert. Zudem wird die Pflege-Selbstverwaltung erstmals gesetzlich verpflichtet, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben.

2017: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird wirksam

Für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen gelten ab dem 1. Januar 2017 folgende Neuerungen:

Fokus auf Selbständigkeit im Alltag

- Zukünftig geht es in der Begutachtung durch den MDK nicht mehr darum, bei dem pflegebedürftigen Menschen einen Zeitaufwand für alltägliche Verrichtungen, wie etwa den Toilettengang, zu ermitteln, sondern darum, wie selbständig er bei der Bewältigung seines Alltags ist. In sechs Bereichen werden dazu die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der bzw. des Pflegebedürftigen erfasst.

Individuellere Pflege für alle Pflegebedürftigen

- Statt drei Pflegestufen wird es künftig fünf Pflegegrade geben. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff können die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen umfassender und genauer erfasst werden. Dadurch können die Leistungen der Pflegeversicherung passgenauer eingesetzt werden.

Gleichberechtigte Leistungen für Demenzkranke

- Die Belange der rund 1,6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in Deutschland werden bereits bei der Einstufung in einen Pflegegrad gleichberechtigt berücksichtigt. In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Weniger Bürokratie für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

- Verwaltungsvereinfachungen entlasten Versicherte und Pflegebedürftige von Bürokratie. So soll das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung in einen Pflegegrad künftig den Betroffenen automatisch, also ohne die bislang erforderliche Antragstellung, zugehen (mit Widerspruchsmöglichkeit).

**Steigender Beitragssatz der Pflegeversicherung**

→ Um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Leistungsverbesserungen zu finanzieren, steigt der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.

Unbürokratische Überleitung

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Niemand muss einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen. So wird für die Betroffenen unnötiger zusätzlicher Aufwand vermieden. Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang – die allermeisten sogar deutlich mehr.

Für Menschen, die bis Ende 2016 einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben und daher noch nach dem bisherigen Begutachtungsverfahren eingestuft wurden, gelten einfache Übergangsregeln. Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: Menschen mit Pflegestufe I werden in den Pflegegrad 2, mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3, mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 und mit Pflegestufe III mit Härtefallregelung in den Pflegegrad 5 eingestuft. Menschen, bei denen geistige Einschränkungen – etwa aufgrund einer Demenzerkrankung – oder psychische Einschränkungen vorliegen und bei denen daher bis Ende 2016 eine erhebliche Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad: Menschen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“* werden in den Pflegegrad 2, mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 3, mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 4 und mit Pflegestufe III (mit und ohne Härtefallregelung) in den Pflegegrad 5 eingestuft.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Weitere geplante Neuerungen sind:**Pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen werden besser abgesichert**

→ Pflegepersonen, zum Beispiel pflegende Angehörige, werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert: Künftig zahlt die Pflegeversicherung Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause pflegen – wenn sie dies mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, tun. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Die Rentenbeiträge der Pflegeversicherung für die Pflegeperson steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer künftig eine Angehörige bzw. einen Angehörigen mit außerordentlich hohen Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) pflegt, für den werden um bis zu 25 Prozent höhere Rentenbeiträge gezahlt. Außerdem werden mehr Menschen als bisher unterstützt. Allerdings werden Rentenbeiträge – wie auch bisher – nicht gezahlt, wenn die Pflegeperson bereits eine Vollrente wegen Alters bezieht oder mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist.

Auch der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung wird verbessert. Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung künftig – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Dabei ist auch ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen möglich. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der



Pflege Tätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsanspruch aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Anspruch auf stationäre Betreuungsangebote für alle Versicherten

→ In stationären Pflegeeinrichtungen hat künftig jede bzw. jeder Versicherte Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Die Einrichtungen müssen mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen.

Schnellere Beantragung empfohlener Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

→ Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel muss ab dem 1. Januar 2017 kein separater Antrag mehr gestellt werden, wenn die Gutachterin bzw. der Gutachter des MDK diese konkret empfiehlt. Die entsprechenden Empfehlungen werden direkt im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Kranken- bzw. Pflegekasse weitergeleitet. Hat die oder der Betroffene eingewilligt, ist der Antrag damit gestellt – in der Regel erfolgt dann keine weitere Prüfung mehr durch die Kasse.

Ausblick

Pflege findet vor Ort statt. Daher ist es wichtig, die Kommunen stärker als bisher in ihre Weiterentwicklung einzubinden. Um die Koordination zwischen Pflegekassen und wohnortnahen Hilfs- und Betreuungsangeboten weiter zu verbessern, hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege Empfehlungen ausgesprochen, zu deren Umsetzung sich die beteiligten politischen Akteure verpflichtet haben. Von der Erprobung neuer Beratungsstrukturen über das Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bis zum Ausbau niedrigschwelliger Angebote ist das Ziel aller Maßnahmen, die Pflege vor Ort so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Die vereinbarten Empfehlungen werden mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz umgesetzt.

Literatur zum Weiterlesen

→ Bundesministerium für Gesundheit:
Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2009
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen

→ Bundesministerium für Gesundheit:
Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2013
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen

→ GKV-Spitzenverband: Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) in der Pflegeversicherung; Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12 und 13), Berlin 2015
www.gkv-spitzenverband.de/presse/publikationen/broschuerenbestellung



Leistungszuwächse im Überblick

Auf einen Blick: höhere Leistungen in der Pflegeversicherung und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Pflegestärkungsgesetze I und II stellen die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren dar. Mit dem PSG I, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurden die Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige deutlich angehoben. Mit dem PSG II, das 2015 beschlossen wurde und bis zum 1. Januar 2017 einen grundlegend neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführt, gehen weitere Leistungsverbesserungen und individuellere Einstufungen der Pflegebedürftigkeit einher.

In diesem Kapitel haben wir alle Leistungen und Leistungszuwächse ab 2015 übersichtlich für Sie zusammengefasst. Damit können Sie auf einen Blick sehen, welche Leistungen jetzt und in Zukunft gelten.

Eine leistungsfähigere Pflegeversicherung

Im Zuge des PSG I wurden fast alle Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung um vier Prozent angehoben. Seit Beginn des Jahres 2015 stehen jährlich etwa 2,4 Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung – davon etwa 1,4 Milliarden Euro für die ambulante Pflege sowie rund 1 Milliarde Euro für die stationäre Pflege. Das PSG II bringt weitere Verbesserungen und erhöht die Leistungen um noch einmal 2,5 Milliarden Euro. Insgesamt stehen ab 2017 jährlich fünf Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege bereit. Die Pflegeversicherung ist damit um etwa 20 Prozent leistungsfähiger als vor der Reform. Finanziert wird dies durch eine Beitragsanpassung in der sozialen Pflegeversicherung von insgesamt 0,5 Prozentpunkten. Davon werden 0,1 Beitragsatzpunkte – dies entspricht rund 1,2 Milliarden Euro jährlich – dem Pflegevorsorgefonds

zugeführt, der ab dem Jahr 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in das „Pflegealter“ kommen, die Beitragssatzentwicklung stabilisieren soll.

Kurz erklärt: Wer gilt als Pflegeperson? Neuregelung ab 2017

→ Als Pflegeperson gilt nach § 19 SGB XI, wer eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in ihrer bzw. seiner häuslichen Umgebung pflegt. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt. Im Zuge des PSG II wurde dies neu geregelt: Ab 1. Januar 2017 erhält eine Pflegeperson Leistungen zur sozialen Sicherung, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Aus Pflegestufen werden Pflegegrade

Mit Inkrafttreten des PSG II am 1. Januar 2016 wurden die Weichen für einen grundlegend neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gestellt, der ab dem 1. Januar 2017 gilt. Fünf neue Pflegegrade werden die bisherigen drei Pflegestufen ersetzen (die genauen Neuerungen ab 2017 siehe Praxisseite I.5). Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden die individuellen Beeinträchtigungen besser bei den Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt. Um pflegebedürftige Versicherte in die neuen Pflegegrade einzustufen, wird es ein grundlegend neues Begutachtungsinstrument – das Neue Begutachtungsassessament (NBA) – geben. Wie der Grad der Pflegebedürftigkeit dann ermittelt wird und welche Lebensbereiche dabei berücksichtigt werden, erfahren Sie ausführlich in Kapitel VI. „Begutachtung, Pflegeplanung, Dokumentation“.

Neuer Pflegegrad 1: mehr Leistungsempfänger als bisher

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wächst die Zahl der Versicherten, die Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, da die Unterstützung deutlich früher ansetzt. Mittelfristig können etwa eine halbe Million Menschen mit dem neuen Pflegegrad 1 erstmalig überhaupt die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. In den Pflegegrad 1 werden künftig Menschen eingestuft, die noch keine erheblichen Beeinträchtigungen haben, aber schon in gewissem Maß – zumeist körperlich – eingeschränkt sind. Ihnen stehen zum Beispiel eine Pflegeberatung, eine Anpassung des Wohnumfeldes (zum Beispiel altersgerechte Dusche) sowie der sogenannte Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu.

Kurz erklärt:

Wie funktioniert die Überleitung?

→ Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, gelangt ohne weiteren Antrag und ohne weitere Begutachtung am 1.1.2017 aus der bisherigen Pflegestufe in den neuen Pflegegrad. Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Grundregel „+1“. Sie gelangen von der Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von der Pflegestufe II in Pflegegrad 3 sowie von Pflegestufe III in Pflegegrad 4. Bei Härtefällen der Pflegestufe III erfolgt eine

Zuordnung zu Pflegegrad 5. Für Pflegebedürftige mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz (gem. § 45a SGB XI) gilt dabei die Regel „+2“ („doppelter Stufensprung“). So gelangen Pflegebedürftige mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ in Pflegegrad 2, Personen mit Pflegestufe I in Pflegegrad 3, Personen mit Pflegestufe II in Pflegegrad 4 und Personen mit Pflegestufe 3 in Pflegegrad 5.

Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Regel „+1“.

IN PFLEGESTUFEN BIS 2016	IN PFLEGEGRADEN AB 2017
0	1
I	2
II	3
III	4
III (Härtefall)	5

Bei Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz gilt die Regel „+2“.

IN PFLEGESTUFEN BIS 2016	IN PFLEGEGRADEN AB 2017
0	1
I	2
II	3
III	4
III	5



Alle Leistungen im Überblick

Pflegegrade	Geldleistung <i>ambulant</i>	Sachleistung <i>ambulant</i>	Entlastungs- betrag <i>ambulant</i> (zweckgebunden)	Leistungsbetrag <i>vollstationär</i>
Pflegegrad 1			125 Euro	125 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro	689 Euro	125 Euro	770 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.298 Euro	125 Euro	1.262 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.612 Euro	125 Euro	1.775 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.995 Euro	125 Euro	2.005 Euro

1. Pflege zu Hause:

Pflegesachleistungen

Neben dem Pflegegeld, das Pflegebedürftige beziehen können, wenn sie sich von Angehörigen oder Ehrenamtlichen zu Hause pflegen lassen, gibt es die Möglichkeit, ambulante **Pflegesachleistungen** zu beziehen. Damit können Versicherte die

Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Das PSG I hat die Leistungen für alle Pflegestufen inklusive der sogenannten „Pflegestufe 0“ erhöht. Mit dem PSG II werden die meisten Pflegebedürftigen noch einmal bessergestellt.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	231 Euro
Pflegestufe I	468 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	**
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro



Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro
Härtefall	1.995 Euro		
Härtefall (mit Demenz*)	1.995 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

** Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI. Siehe Ausführungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.5 „Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel“**

Pflegegeld

Pflegebedürftige, die sich für eine Pflege zu Hause entscheiden, die von Angehörigen oder ehrenamtlichen Pflegenden geleistet wird, haben Anspruch auf Pflegegeld. Im Zuge des PSG I wurden die Leistungen für alle Pflegestufen inklusive der sogenannten „Pflegestufe 0“ spürbar angehoben.

Mit Inkrafttreten der neuen Pflegegrade ab 2017 (PSG II) werden die Leistungen noch einmal erweitert und bereits Pflegebedürftige erhalten durch die automatische Überleitung in das neue Pflegegradsystem zumeist höhere Leistungen.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Pro Monat
-	-	Pflegegrad 1	**
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	123 Euro	Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegestufe I	244 Euro	Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	316 Euro	Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegestufe II	458 Euro	Pflegegrad 5	901 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	545 Euro		
Pflegestufe III	728 Euro		
Pflegestufe III (mit Demenz*)	728 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

** Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI. Siehe Ausführungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.4 „Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige“**



Leistungen bei Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie beispielsweise durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Diese sogenannte Verhinderungspflege kann etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden oder nahe

Angehörige erfolgen. Zum 1. Januar 2015 wurde der Anspruch auf sechs Wochen im Jahr erweitert. Seit dem 1. Januar 2016 wird auch die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen im Jahr fortgewährt. Ab 1. Januar 2017 stehen die Leistungen der Verhinderungspflege den Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I–III	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
Pflegegrad 1	**
Pflegegrad 2–5	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

** Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI. Siehe Ausführungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.7 „Flexible Verhinderungspflege“**

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige können zusätzlich Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder den Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Zum 1. Januar 2015

wurden die Zuschüsse zu Verbrauchsprodukten wie Einmalhandschuhen oder Bettelinlagen erhöht. Ab 1. Januar 2017 haben auch Versicherte im neuen Pflegegrad 1 Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I–III	40 Euro

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	40 Euro
Pflegegrad 2–5	40 Euro

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.



Zuschüsse zum Wohnungsumbau

Wenn Versicherte zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anzupassen. Hierfür leistet die Pflegeversicherung Zuschüsse. Diese

wurden im Rahmen des PSG I deutlich angehoben. Durch das PSG II haben ab 2017 zudem auch Leistungsbezieher im neuen Pflegegrad 1 Anspruch auf diese Zuschüsse.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Zuschuss je Maßnahme	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Zuschuss je Maßnahme
-	-	Pflegegrad 1	4.000 Euro
-	-	Pflegegrad 1 wenn mehrere Antragsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I–III	4.000 Euro	Pflegegrad 2–5	4.000 Euro
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I–III wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro	Pflegegrad 2–5 wenn mehrere Antragsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ **Siehe auch: Praxisseite II.2 „Zuschüsse zum Wohnungsumbau“**



Unterstützung für ambulant betreute Wohngruppen (Pflege-WGs)

Pflege- und Betreuungsbedürftige, die möglichst eigenständig mit anderen Menschen zusammenleben möchten, können dies in ambulant betreuten Wohngruppen, sogenannten Pflege-Wohnge-

meinschaften, tun. Für die Gründung solcher Pflege-WGs sieht die Pflegeversicherung eine **Anschubfinanzierung** vor, die es ab 2017 auch für Pflegebedürftige im neuen Pflegegrad 1 gibt.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Einmaliger Höchstbetrag
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	2.500 Euro pro Person
Pflegestufe I, II, III	10.000 Euro pro Wohngruppe

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Einmaliger Höchstbetrag
Pflegegrad 1	2.500 Euro pro Person 10.000 Euro pro Wohngruppe
Pflegegrad 2–5	2.500 Euro pro Person 10.000 Euro pro Wohngruppe

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, haben zusätzlich zu den anderen Leistungen Anspruch auf einen **Wohngruppenzuschlag**. Damit kann eine Person finanziert werden, die in der Pflege-WG zum

Beispiel organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt. Der Wohngruppenzuschlag wird ab 2017 erhöht und steht auch Pflegebedürftigen im neuen Pflegegrad 1 zu.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	205 Euro
Pflegestufe I, II, III	

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	214 Euro
Pflegegrad 2–5	214 Euro

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ Siehe auch: Praxisseite II.3 „Unterstützung für moderne Pflege-Wohngemeinschaften“

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können sogenannte **zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen** in Anspruch nehmen. Diese sollen die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen unterstützen, zum Beispiel, um eine Betreuung im Alltag sicherzustellen, oder zur Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Organisation des Pflegealltags. Mit dem PSG I wurden die Ansprüche auf Kostenerstattung durch die Pflegeversicherung für eine Vielzahl von Entlastungsangeboten erweitert.

Ab 1. Januar 2017 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegegrade (1 bis 5), die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser ersetzt die bisherigen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden. Er kann zur (Ko-)Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder von Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich Betreuung oder

hauswirtschaftliche Versorgung verwendet werden. Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. In Pflegegrad 1 steht der Entlastungsbetrag darüber hinaus auch für die von ambulanten Pflegediensten erbrachte körperbezogene „Selbstversorgung“ (Körperpflege) zur Verfügung. In den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag nicht für die körperbezogene „Selbstversorgung“ verwendet werden, in diesen Pflegegraden steht dafür der Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI zur Verfügung.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, er wird mit den anderen Leistungsansprüchen also nicht verrechnet. Beträge, die in einem Monat nicht (vollständig) ausgeschöpft wurden, können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate übertragen werden. Am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

→ Siehe auch: **Praxisseite III.1 „Ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote“**

2. Pflege im Heim:

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim rund um die Uhr versorgt werden, erhalten von der Pflegeversicherung Leistungen bei vollstationärer Pflege. Zum 1. Januar 2015 wurden die pauschalen Leistungsbeträge deutlich angehoben. Im Rahmen des PSG II werden die Leistungsbeträge neu gestaffelt, weil vom bisherigen System der drei Pflegestufen auf das fünfstufige System der Pflegegrade umgestellt wird.

Um Einbußen, die sich aus der Umstellung ergeben könnten, zu vermeiden, haben betroffene Pflegebedürftige Bestandsschutz: Sie erhalten künftig einen Zuschlag auf den Leistungsbetrag, wenn ihr selbst zu tragender Eigenanteil am Pflegesatz ab 1. Januar

2017 höher ist als im Dezember 2016. Der Zuschlag gleicht die Differenz aus. Versicherte mit Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. Zur Erläuterung siehe § 43 Absatz 3 SGB XI nF.

Mit dem PSG II wird darüber hinaus künftig ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** der Versicherten in vollstationärer Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 festgeschrieben. Bisher stieg im Falle einer Höherstufung der Pflegebedürftigkeit zwar die Leistung der Pflegeversicherung an, gleichzeitig aber nahm auch der pflegebedingte Eigenanteil zu. Dies konnte dazu führen, dass Pflegebedürftige aufgrund eines möglichen



höheren Eigenanteils auf eine Neubegutachtung verzichteten, obwohl sie mehr Pflege brauchten. Dieser Eigenanteil wird künftig nicht mehr steigen,

wenn jemand in seiner Pflegeeinrichtung in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	0 Euro
Pflegestufe I	1.064 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	1.064 Euro
Pflegestufe II	1.330 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.330 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro
Härtefall	1.995 Euro
Härtefall (mit Demenz*)	1.995 Euro

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

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ Siehe auch: Praxisseite V.1 „Höhere Leistungen in der vollstationären Pflege“



Leistungen bei Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Das PSG I hat dafür gesorgt, dass seit 1. Januar 2015 Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden können, ohne

dass eine Anrechnung der Leistungen erfolgt. Zudem wurde der Anspruch auf Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ erweitert. Ab 1. Januar 2017 haben Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag hierfür einsetzen.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat
-	-	Pflegegrad 1	bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	231 Euro	Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegestufe I	468 Euro	Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689 Euro	Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro	Pflegegrad 5	1.995 Euro
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298 Euro		
Pflegestufe III	1.612 Euro		
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro		

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ Siehe auch: Praxisseite IV.1 „Tages- und Nachtpflege“



Leistungen bei Kurzzeitpflege

Wenn Pflegebedürftige nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind, zum Beispiel in einer akuten Krisensituation oder nach einem Krankenhausaufenthalt, können sie von der Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung Gebrauch machen. Das PSG I hat die Leistungen zum 1. Januar 2015 erhöht. Außerdem wurde der Anspruch auf Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ ausgedehnt sowie Kombinationsmöglichkeiten mit der Verhinderungspflege wurden gesetzlich abgesichert. Diese Ansprüche gelten ab 1. Januar 2017 für die Pflegegrade 2 bis 5

fort. Versicherte im Pflegegrad 1 können den neuen Entlastungsbetrag einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus wurde die Anspruchsdauer der Kurzzeitpflege zum 1. Januar 2016 von vier auf acht Wochen im Kalenderjahr ausgeweitet. Der maximale Erstattungsbetrag der Pflegeversicherung bleibt davon unberührt. Auch die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege wurde auf acht Wochen im Jahr ausgeweitet.

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
-	-
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*) Pflegestufe I, II, III	1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen bzw. acht Wochen seit 1.1.2016

Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
Pflegegrad 1	bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag
Pflegegrad 2–5	1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen

* Dies gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Siehe die Überleitungserläuterungen I.6, S. 2.

→ Siehe auch: Praxisseite II.6 „Flexible Kurzzeitpflege“

3. Sonstige Leistungen:

Übergangspflege für Menschen ohne Pflegeeinstufung

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten OP oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke schließt das „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)“. Seit 1. Januar 2016 können Versicherte in diesen Fällen eine sogenannte Übergangspflege als neue Leistung der

Krankenkassen nach SGB V in Anspruch nehmen. Dabei gilt, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt:

- Versicherte haben Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Der Anspruch umfasst vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen auch länger (§ 37 Abs. 1a SGB V).
- Für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen können Versicherte eine Haushaltshilfe erhalten. 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 (§ 38 Abs. 1 SGB V).

Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612 Euro (§ 39c SGB V).

→ Reichen die oben genannten Leistungen nicht aus, besteht Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je

→ **Siehe auch: Praxisseite V.5.1 „Versorgung weiter stärken“ und V.5.2. „Vorsorge weiter stärken“**

II. Ambulante Angebote





Verbesserungen für die Pflege zu Hause im Überblick

Neuerungen seit dem 1. Januar 2015

Worum geht es?

Bei der ambulanten Pflege werden Pflegebedürftige zu Hause gepflegt – entweder durch nahe Angehörige, Bekannte, durch ambulante Pflegedienste oder anerkannte Einzelpflegekräfte. Die ambulante (häusliche) Pflege unterscheidet sich damit von der stationären Versorgung. Auch die Versorgung in Pflege-Wohngemeinschaften oder Wohngruppen fällt unter die häusliche Pflege.

Die Finanzierung und Ausgestaltung der ambulanten Pflege hängt maßgeblich von der Art der gewählten Pflege ab:

- Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine Betreuung durch Angehörige, können sie **Pflege-geld** entsprechend ihrer Pflegestufe bei der bei der Pflegeversicherung geltend machen, das sie wiederum den Pflegepersonen als Anerkennung weitergeben können.
- Wählen sie einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst oder eine selbständige Einzelpflegekraft, wird dies – bis zu bestimmten Höchstgrenzen je nach Pflegestufe – als **Pflegesachleistung** durch die Pflegeversicherung finanziert.
- **Pflegehilfsmittel** sollen helfen, die Pflege zu erleichtern oder die Beschwerden des Pflegebedürftigen zu lindern bzw. ihm eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen.
- Zudem gibt es zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in **Wohngruppen** und für den **Wohnungsumbau**.
- Um eine Pflege von nahen Angehörigen zu organisieren oder selbst zu leisten, können

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Rechtsansprüchen auf (teilweise oder vollständige) **Freistellung vom Beruf** Gebrauch machen. Dazu gehören die kurzzeitige Arbeitsverhinderung, die Pflegezeit und die Familienpflegezeit. Die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme hängt zum Teil von der Betriebsgröße ab.

- Die **Kurzzeitpflege** ermöglicht es, Pflegebedürftige, die eigentlich ambulant versorgt werden, auch übergangsweise vollstationär unterzubringen. Dies kann im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer akuten Krise, in der häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist, notwendig sein.
- Mit der **Verhinderungspflege** haben pflegende Angehörige die Möglichkeit, eine kurze Auszeit von der Pflege zu nehmen, z. B. um in den Urlaub zu fahren. Die Pflege kann währenddessen von einem ambulanten Pflegedienst, Angehörigen oder anderen ehrenamtlichen Pflegepersonen übernommen werden.

Wen betrifft es?

Leistungen der Pflegeversicherung stehen allen Pflegebedürftigen zu, die die Anforderungen der Pflegeversicherung hinsichtlich der Mindestversicherungszeit erfüllen. Die Leistungserbringung durch die Pflegekasse bedarf zudem eines Antrags sowie einer anschließenden Einstufung in eine Pflegestufe. Eine Einstufung nimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) vor. Für Verhinderungspflege muss der Pflegende den Pflegebedürftigen seit mindestens sechs Monaten gepflegt haben (siehe Seite II.6).



Was ist neu?

- Alle oben genannten Leistungen der Pflegeversicherung für die ambulante Pflege wurden zum Teil deutlich angehoben – vom Pflegegeld über die Pflegesachleistungen bis hin zu den Pflegehilfsmitteln (siehe II.4, II.5).
- Die Möglichkeiten zur stationären Kurzzeitpflege wurden ausgeweitet, unter anderem auf Menschen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“* (z. B. bei demenziellen Erkrankungen), um pflegende Angehörige zu entlasten (siehe II.6).
- Auch die Verhinderungspflege wurde erweitert – von vier auf bis zu sechs Wochen im Jahr (siehe II.7).
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege können miteinander kombiniert und verrechnet werden (siehe II.7).
- Mit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Familienpflegezeit wurden – zusätzlich zur bestehenden Pflegezeit – neue Rechtsansprüche auf Freistellungen vom Beruf geschaffen, um für eine Pflege naher Angehöriger zu sorgen. Dazu gehört auch eine Lohnersatzleistung, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld (siehe II.4).



* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Zuschüsse zum Wohnungsumbau

Länger zu Hause bleiben dank Anpassungsmaßnahmen im Wohnumfeld

Worum geht es?

Wer zu Hause gepflegt wird, kann Zuschüsse zu baulichen Wohnungsanpassungsmaßnahmen erhalten. Damit können Pflege- oder Betreuungsbedürftige das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anpassen. Ziel ist es, häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, die Beschwerden des Pflegebedürftigen zu lindern oder eine möglichst selbständige Lebensführung der oder des Pflegebedürftigen wiederherzustellen. Außerdem soll eine Überforderung der Pflegekraft verhindert werden. So kann es beispielsweise hilfreich sein, das Bad barrierefrei umzubauen, die Kucheneinrichtung oder anderes Mobiliar anzupassen oder Schwellen und sonstige Hindernisse zu beseitigen.

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes werden auch in ambulant betreuten Wohngruppen gefördert (siehe II.3).

Wen betrifft es?

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III und Personen, die in ihrer Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind und zu Hause gepflegt und betreut werden (sogenannte „Pflegestufe 0“*), können die Leistungen für Wohnungsanpassungsmaßnahmen in Anspruch nehmen.

Bewohner und Bewohnerinnen von ambulant betreuten Wohngruppen, sogenannten Pflege-Wohngemeinschaften, können gemeinsam **Zuschüsse zum Wohnungsumbau** erhalten. Wenn ihre Wohngemeinschaft bestimmte

Mindestanforderungen erfüllt, haben sie ein Anrecht auf einen pauschalen Zuschuss – ebenfalls unabhängig von ihrer Pflegestufe.

Was ist neu?

- Der Zuschuss zu Verbesserungen des individuellen Wohnumfeldes ist auf 4.000 Euro je Maßnahme und Anspruchsberechtigten erhöht worden – für alle Pflegestufen einschließlich der sogenannten „Pflegestufe 0“.
- Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu 16.000 Euro je Maßnahme betragen. Auf diesen Betrag ist der Gesamtbetrag je Maßnahme begrenzt. Er wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Wenn sich die Pflegesituation so verändert, dass andere Anpassungen notwendig werden, kann erneut ein Zuschuss gewährt werden.

Was heißt das praktisch?

Wenn Wohnungen umgestaltet werden, kann dies vor allem dazu beitragen, vor Unfällen zu schützen und Pflege zu erleichtern. Es gilt daher, Gefahrenquellen und Barrieren zu beseitigen und Sicherungssysteme wie Handgriffe und Handläufe anzubringen. Für Rollstühle muss genügend Platz zum Rangieren zur Verfügung stehen.

Wichtig ist, dass alle Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung vor Beginn der Baumaßnahmen mit einem Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse beantragt werden müssen.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Viele bauliche Veränderungen sind allerdings im Bestand nur aufwändig zu realisieren – und müssen nach einem Auszug häufig auf Kosten der Mieterin oder des Mieters zurückgebaut werden. Deshalb sollte bei Fragen immer frühzeitig eine Wohnberatung bei einer der über 250 Wohnberatungsstellen in Anspruch genommen werden, wie sie beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung anbietet. In bestimmten Fällen ist ein Umzug – oder die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngemeinschaft – größeren Umbaumaßnahmen vorzuziehen.

Pflegebedürftige, die sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligen, können bei ihrer Pflegekasse im Rahmen einer Anschubfinanzierung zusätzlich eine einmalige Förderung beantragen (siehe II.3).

Wo ist es geregelt?

§ 40 Abs. 4 SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Leistungstabelle: Verbesserung des Wohnumfelds

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Zuschuss je Maßnahme	Leistungen 2014 Max. Zuschuss je Maßnahme
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	4.000 Euro	(2.557 Euro)
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*), wenn mehrere Antragsberechtigte zusammen wohnen	16.000 Euro	(10.228 Euro)
Pflegestufe I, II, III	4.000 Euro	(2.557 Euro)
Pflegestufe I, II, III, wenn mehrere Antragsberechtigte zusammen wohnen	16.000 Euro	(10.228 Euro)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.



Unterstützung für moderne Pflege-Wohngemeinschaften

Gleichstellung der Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“

Worum geht es?

In den letzten Jahren sind neue, alternative Wohnformen für pflegebedürftige Menschen entstanden. Zu diesen zählt auch die Pflege-Wohngemeinschaft oder kurz Pflege-WG. Sie bietet die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen zu leben und gemeinsam Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner solcher Wohngemeinschaften leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsamen Aktivitäten nachzugehen.

Sind Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft pflegebedürftig oder auf Dauer erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt (sogenannte „Pflegestufe 0“*), haben sie den Vorteil, dass sie ihre Ansprüche auf grundpflegerische Leistungen, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung bündeln können. Durch das **Zusammenlegen von Leistungsansprüchen**, auch als „Poolen“ bezeichnet, können sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. So lassen sich Zeit und Kosten sparen, die ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen genutzt werden können. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst z. B. für die Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen eingesetzt werden.

Kurz erklärt:

Was ist eine Pflege-WG?

Um die Anspruchsvoraussetzungen zu erfüllen, muss die WG Grundvoraussetzungen erfüllen:

- Von den mindestens drei und höchstens zwölf Personen in einer Pflege-WG müssen mindestens drei in eine der Pflegestufen fallen oder die sogenannte „Pflegestufe 0“ in Anspruch nehmen.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner müssen zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und ambulant versorgt werden.
- Die Versorgung in der WG darf dabei nicht so ausgerichtet sein, dass sie weitgehend dem Leistungsumfang stationärer Pflege entspricht.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Wenn Pflegebedürftige in solchen ambulant betreuten Wohngruppen leben, haben sie zusätzlich zu den anderen Leistungen einen Anspruch auf den **Wohngruppenzuschlag** in Höhe von 205 Euro monatlich. Mit dem Zuschlag können sie eine Person finanzieren, die durch die Mitglieder der Wohngemeinschaften gemeinschaftlich beauftragt wird. Diese Person soll allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung leisten – unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung. Es gelten die genannten Mindestvoraussetzungen.

Wenn sich eine ambulant betreute Wohngruppe neu gründet, kann sie zudem befristet eine zweckgebundene **Anschubfinanzierung** nutzen, um die Wohnung damit altersgerecht oder barrierearm umzugestalten. Wer den Wohngruppenzuschlag erhält und an der gemeinsamen Gründung beteiligt ist, hat auch einen Anspruch auf diese einmalige Förderung in Höhe von 2.500 Euro. Zu beachten ist, dass jede WG maximal 10.000 Euro erhält. Stellen mehr als vier Personen den Antrag für ihr neues gemeinsames Zuhause, wird der Gesamtbetrag anteilig aufgeteilt.

Hinzu kommen noch die Zuschüsse für Maßnahmen zur **Verbesserung des Wohnumfeldes**. Diese Zuschüsse erfolgen als Kostenerstattung. Sie werden pauschal pro Maßnahme abgerechnet und sind unabhängig von der jeweiligen Pflegestufe (siehe zum Wohnungsumbau II.2). Jedes anspruchsberechtigte WG-Mitglied kann einen Zuschuss in Höhe von 4.000 Euro geltend machen. Zu beachten ist, dass jede WG maximal 16.000 Euro erhält. Stellen mehr als vier Personen den Antrag für ihr neues gemeinsames Zuhause, wird der Gesamtbetrag anteilig aufgeteilt.

Wen betrifft es?

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Personen, die in ihrer Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind und zu Hause gepflegt und betreut werden (sogenannte „Pflegestufe 0“). Es gelten die Grundvoraussetzungen für Pflege-Wohngemeinschaften.

Was ist neu?

→ Seit 1. Januar 2015 sind auch Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte „Pflegestufe 0“) anspruchsberechtigt, den Wohngruppenzuschlag in Höhe von 205 Euro und die Anschubfinanzierung zu erhalten.

Leistungstabelle: Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen Einmaliger Höchstbetrag	
sogenannte „Pflegestufe 0“	2.500 Euro pro Person 10.000 Euro pro Wohngruppe	
Pflegestufe I, II, III	2.500 Euro pro Person 10.000 Euro pro Wohngruppe	



Michael Hagedorn

Gemeinsam aktiv: Einblick in eine Senioren-WG

Was heißt das praktisch?

Wer eine Pflege-WG gründen möchte, braucht zunächst interessierte Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner. Diese lassen sich beispielsweise über einen Aushang im nächstgelegenen Seniorentreff finden. Man kann auch im nahe gelegenen Pflegestützpunkt nachfragen, ob sich dort Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch die Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Pflege-WGs betreuen. Hinsichtlich der Größe der WG sollte bedacht werden, dass, auf den Quadratmeter bezogen, große Wohnungen ab drei Zimmern preiswerter sind als Wohnungen mit zwei Zimmern. Mit mehreren Menschen zusammenzuleben, bietet also auch finanzielle Vorteile.

Bei der Gestaltung des Mietvertrags ist auf klare Regelungen bezüglich Auszug und Miete zu achten, z. B. für den Fall, dass ein WG-Mitglied seinen Mietbeitrag nicht zahlen kann, wegen einer veränderten Pflegesituation ausziehen muss oder verstirbt.

Pflegebedürftige, die sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligen, können bei ihrer Pflegekasse die Anschubfinanzierung beantragen. Den Antrag auf Bewilligung der

Wo ist es geregelt?

**§§ 36, 38a,
40, 45a und e
SGB XI**

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Mittel können Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb eines Jahres stellen – gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.



Informationen zur Gründung einer Pflege-WG und zum Verfahren rund um die Anträge gibt es vor Ort bei den Pflegekassen oder den Pflegestützpunkten.



Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige

Pflegegeld, Pflegezeit, Familienpflegezeit & Co.: Welche Leistungsverbesserungen gibt es für pflegende Angehörige?

Worum geht es?

Tritt der Pflegefall ein und wollen Pflegebedürftige zu Hause gepflegt werden, gibt es verschiedene Leistungen für pflegende Angehörige. Dabei will ein Großteil der Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden bleiben. Eine wesentliche finanzielle Unterstützungsleistung ist das Pflegegeld, das die Pflegeversicherung direkt an die bzw. den Pflegebedürftigen auszahlt und das in der Regel von ihr bzw. ihm an die Pflegeperson als Anerkennung weitergegeben wird. Daneben gibt es Möglichkeiten wie die kurzzeitige Arbeitsverhinderung, die Pflegezeit und die Familienpflegezeit, die es Beschäftigten erlauben, für die Pflege naher Angehöriger Auszeiten aus dem Beruf zu nehmen oder Arbeitsstunden zu reduzieren.

Wen betrifft es?

Pflegegeld bekommen Pflegebedürftige, die zu Hause von Angehörigen oder ehrenamtlich Pflegenden versorgt werden. Wenn pflegende Angehörige Beschäftigte sind, können sie gegenüber ihren Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern abhängig von der Betriebsgröße Folgendes geltend machen: das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung mit Pflegeunterstützungsgeld und den Freistellungsanspruch auf Pflegezeit und Familienpflegezeit.

Was ist neu?

→ Das **Pflegegeld** wurde für jede Pflegestufe erhöht (siehe Leistungstabelle): in der sogenannten „Pflegestufe 0“* auf 123 Euro pro Monat, in der Pflegestufe I auf 244 Euro, in der Pflegestufe II auf 458 Euro, in der Pflegestufe III auf 728 Euro.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

→ Das Pflegegeld lässt sich mit Pflegesachleistungen (Hilfe von Pflegediensten) kombinieren, wobei sich die Höhe des Pflegegeldes dabei anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen vermindert. Leistungen zur teilstationären Versorgung können mit Pflegegeld und Pflegesachleistungen kombiniert werden, ohne dass eine Anrechnung erfolgt.

→ Beschäftigte, die kurzfristig in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege einer oder eines nahen Angehörigen organisieren müssen, können bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernbleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Zur Finanzierung erhalten sie ein sogenanntes **Pflegeunterstützungsgeld**, das bei der Pflegeversicherung der zu pflegenden Person beantragt werden muss.

→ Mit der **Familienpflegezeit** haben Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf eine bis zu 24-monatige Reduzierung der Wochenarbeitszeit (Mindestarbeitszeit: 15 Stunden), um nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen. Der Rechtsanspruch gilt auch für die Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger naher Angehöriger (auch außerhäuslich) nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz. Auch ist eine vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu drei Monaten für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase möglich.

→ Während der **Pflegezeit** und der Familienpflegezeit können Beschäftigte zur Finanzierung ihres Lebensunterhalts ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) erhalten.

→ Pflegezeit und Familienpflegezeit lassen sich kombinieren.



Was heißt das praktisch?

Pflegebedürftige, die eine Pflege zu Hause durch Angehörige, Bekannte oder ehrenamtliche Pflegepersonen in Anspruch nehmen, haben Anspruch auf die Zahlung von höherem Pflegegeld als bisher. Antragsberechtigt gegenüber der Pflegekasse ist nur die bzw. der Pflegebedürftige selbst – oder eine Bevollmächtigte bzw. ein Bevollmächtigter. Pflegebedürftige, die neben Geld- auch Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen, z.B. eine teilweise Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst, können dies kombinieren.

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

Wo ist es geregelt?

§§ 37, 38 SGB XI

Pflegegeld

§ 2 PflegeZG

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

§ 44a SGB XI

Pflegeunterstützungsgeld

§§ 3, 4 PflegeZG

Pflegezeit

§§ 2, 3 FPfZG

Familienpflegezeit

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Leistungstabelle: Pflegegeld

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Leistungen 2014 Pro Monat
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	123 Euro	(120 Euro)
Pflegestufe I	244 Euro	(235 Euro)
Pflegestufe I (mit Demenz*)	316 Euro	(305 Euro)
Pflegestufe II	458 Euro	(440 Euro)
Pflegestufe II (mit Demenz*)	545 Euro	(525 Euro)
Pflegestufe III	728 Euro	(700 Euro)
Pflegestufe III (mit Demenz*)	728 Euro	(700 Euro)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.



Für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung gilt:

- Eine bis zu zehntägige Auszeit von der Arbeit können alle Beschäftigten nehmen, die in einer akuten Pflegesituation die Pflege einer oder eines nahen Angehörigen organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen. Das Recht ist unabhängig von der Unternehmensgröße.
- Wichtig ist, dass die oder der Angehörige voraussichtlich Pflegestufe I bis III zuerkannt bekommt und dass der Arbeitgeber sofort informiert wird.
- Der Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld, also die Lohnersatzleistung für diesen Zeitraum, ist unverzüglich bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu stellen. Die Höhe entspricht der Berechnung des Kinderkrankengelds und beträgt bis zu 90 Prozent des Nettoeinkommens. Die Pflegekasse oder das Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen sind auch für die Auszahlung zuständig.

Für die Pflegezeit und Familienpflegezeit gelten:

- Der Freistellungsanspruch auf Pflegezeit gilt gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder mehr Beschäftigten, auf Familienpflegezeit mit mehr als 25 Beschäftigten.
- Bei Pflegezeit und Familienpflegezeit muss die Pflegebedürftigkeit durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

- Für eine außerhäusliche Betreuung in der letzten Lebensphase, z. B. im Hospiz, ist eine Freistellung von bis zu drei Monaten möglich. Eine Arbeitszeitreduzierung im Rahmen der Familienpflegezeit ist bis zu 24 Monate möglich; die verbleibende Arbeitszeit darf 15 Wochenstunden nicht unterschreiten. Dies gilt auch für den Rechtsanspruch auf Freistellung zur Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger naher Angehöriger im Rahmen des Familienpflegezeitgesetzes.
- Beide Freistellungen können kombiniert werden. Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt höchstens 24 Monate, die Auszeiten müssen nahtlos aneinander anschließen.
- Nahe Angehörige können die Freistellungen auch parallel oder nacheinander in Anspruch nehmen und sich so die Pflege teilen.
- Zur Finanzierung der Auszeiten können Beschäftigte ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen, um den Lohnausfall abzufedern. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausbezahlt und später in Raten wieder zurückgezahlt. Das Antragsformular gibt es unter anderem auf www.bafza.de oder www.wege-zur-pflege.de (mit einem Rechner zur Ermittlung der Darlehenshöhe). Die Höhe des Darlehens richtet sich nach der Höhe des Lohnausfalls. Grundsätzlich wird die Hälfte der Gehaltsdifferenz als monatliches Darlehen ausbezahlt. Der Beschäftigte ist nicht verpflichtet, die volle Höhe in Anspruch zu nehmen. Der monatliche Darlehensbetrag ist flexibel, allerdings gibt es aus verwaltungspraktischen Gründen eine Untergrenze von 50 Euro.



Einen Überblick über die gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf finden Sie auf Seite 4.



Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf – Gesetzliche Regelungen seit dem 1. Januar 2015

RECHTSANSPRÜCHE NACH DEM PFLEGEZEITGESETZ (PflegeZG) UND DEM FAMILIENPFLEGEZEITGESETZ (FPfZG)

WENN SICH EIN AKUTER PFLEGEFALL ERGIBT:

- kurzzeitige Auszeit von bis zu zehn Arbeitstagen für den Akutfall
- Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung) für eine pflegebedürftige Person

WENN SIE EINE ZEIT LANG GANZ ODER TEILWEISE AUS DEM JOB AUSSTEIGEN MÖCHTEN:

- bis zu sechs Monate Pflegezeit (vollständige oder teilweise Freistellung) für die häusliche Pflege und für die Betreuung einer oder eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen
- bis zu drei Monate für die Begleitung in der letzten Lebensphase
- zinsloses Darlehen

WENN SECHS MONATE NICHT AUSREICHEN:

- bis zu 24 Monate Familienpflegezeit (teilweise Freistellung) für die häusliche Pflege und für die Betreuung einer oder eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen
- zinsloses Darlehen

§ 2 PflegeZG
§ 44a SGB XI



**PFLEGEUNTERSTÜT-
ZUNGSGELD**

§ 3 PflegeZG



PFLEGEZEIT

§§ 2 und 3 FPfZG



FAMILIENPFLEGEZEIT

Ohne Ankündigungsfrist

Ankündigungsfrist zehn Tage

Ankündigungsfrist acht Wochen

Unabhängig von der
Betriebsgröße

Nicht gegenüber Arbeitgebern
mit in der Regel 15 oder weniger
Beschäftigten

Nicht gegenüber Arbeitgebern
mit in der Regel 25 oder weniger
Beschäftigten (ohne zur Berufsbil-
dung Beschäftigte)

KÜNDIGUNGSSCHUTZ

ERWEITERUNG DES BEGRIFFS DER NAHEN ANGEHÖRIGEN

Quelle: BMFSFJ (2015): Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf – neue gesetzliche Regelungen seit 1. Januar 2015, S. 11.



Kurz erklärt: Wie lässt sich die Qualität in der häuslichen Pflege verbessern?

Pflegekurse

→ Pflegende Angehörige können an einem kostenlosen Pflegekurs ihrer Pflegekasse teilnehmen (§ 45 SGB XI). 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. Außerdem bieten sie pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Beratungseinsätze

→ Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege müssen Pflegebedürftige bei Pflegegeldbezug, in den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich sowie in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen – und dies gegenüber der Pflegekasse nachweisen (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekassen. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können diese Beratungsbesuche zweimal im oben genannten Zeitraum in Anspruch nehmen. Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf einen Beratungsbesuch.



Ute Grabowsky / photothek.net

Pflege zu Hause: Es bedarf Zeit und Kompetenzen, die eigenen Eltern zu versorgen.



Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel

Finanzielle Stärkung der ambulanten Pflege

Worum geht es?

Für Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, gibt es neben der Möglichkeit, Pflegegeld zu beziehen (wenn sie sich z. B. von Angehörigen pflegen lassen), auch die Möglichkeit, **Pflegesachleistungen** zu wählen. Gemeint ist die Unterstützung in Form von professioneller Betreuung durch ambulante Pflegedienste. Der Umfang der von den Pflegekassen getragenen Leistungen hängt von der Pflegestufe ab.

Darüber hinaus können Pflegebedürftige **Pflegehilfsmittel** beantragen, wenn diese zur Erleichterung der häuslichen Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen.

Wen betrifft es?

Alle Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegeleistungen beziehen.

Was ist neu?

- Die Ansprüche auf Pflegesachleistungen für die häusliche Pflege sind für alle Pflegestufen (siehe Leistungstabelle auf Seite 2) gestiegen: in der sogenannten „Pflegestufe 0“* auf 231 Euro pro Monat, in der Pflegestufe I auf 468 Euro, in der Pflegestufe II auf 1.144 Euro, in der Pflegestufe III auf 1.612 Euro, bei Härtefällen auf 1.995 Euro.
- Pflegesachleistungen lassen sich mit dem Bezug von Pflegegeld kombinieren (siehe auch II.4) – oder sich in Höhe von bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags für die Finanzierung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote umwidmen (siehe III.1).
- Die Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln, die für den Verbrauch bestimmt sind, wurden deutlich angehoben von bis zu 31 Euro auf bis zu 40 Euro (siehe Leistungstabelle auf Seite 2).

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Länger zu Hause leben: Die ambulante Pflege wurde finanziell gestärkt.

Andreas Reeg



Leistungstabelle: Pflegesachleistungen

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Leistungen 2014 Pro Monat
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	231 Euro	(225 Euro)
Pflegestufe I	468 Euro	(450 Euro)
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689 Euro	(665 Euro)
Pflegestufe II	1.144 Euro	(1.100 Euro)
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298 Euro	(1.250 Euro)
Pflegestufe III	1.612 Euro	(1.550 Euro)
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro	(1.550 Euro)
Härtefall	1.995 Euro	(1.918 Euro)
Härtefall (mit Demenz*)	1.995 Euro	(1.918 Euro)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

Leistungstabelle: Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Leistungen 2014 Pro Monat
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	40 Euro	(31 Euro)
Pflegestufe I, II, III	40 Euro	(31 Euro)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.



Was heißt das praktisch?

Die häusliche Pflege durch Pflegedienste oder anerkannte Einzelpflegekräfte, finanziert im Rahmen der **Pflegesachleistungen**, umfasst neben der Grundpflege (z. B. Körperpflege, Ernährung, Lagerung) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen) auch die häusliche Betreuung (z. B. persönliche Hilfeleistungen durch Unterstützung zur Orientierung und Gestaltung des Alltags, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte). Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben dabei Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots in der häuslichen Pflege (siehe Schaubild S. 5). Wichtig ist:

- Pflegebedürftige sind vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer beabsichtigten Leistungsanspruchnahme zu informieren.
- Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ können ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von 231 Euro monatlich erhalten.
- Werden die hierfür zur Verfügung stehenden Leistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag (maximal 40 Prozent) auch in eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote umgewidmet werden (siehe III.1).

Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Pflegebedürftige auf Antrag bei der Pflegekasse. Die Höhe der Leistungen hängt von der Pflegestufe ab, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen der Begutachtung ermittelt und die von der Pflegekasse zuerkannt wird.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte und technische **Pflegehilfsmittel**, wenn diese zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder der bzw. dem Pflegebedürftigen eine selbständige Lebensführung ermöglichen. Die Höhe der Leistungen durch die Pflegekassen ist unabhängig von der Pflegestufe und beträgt pauschal für jede bzw. jeden Pflegebedürftigen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, z. B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Bett-einlagen, 40 Euro im Monat. Für technische Pflegehilfsmittel wie Pflegebetten oder Rollstühle müssen volljährige Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10 Prozent, jedoch maximal 25 Euro pro Hilfsmittel leisten. Oftmals werden diese auch leihweise von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt, ohne Zuzahlung.

Die Beantragung von Pflegehilfsmitteln erfolgt bei der Pflegekasse. Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn die Produkte im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen gelistet sind.

Wo ist es geregelt?

§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen

§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel

§§ 77, 120 SGB XI Einzelpflegekräfte/Pflegevertrag

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)



Kurz erklärt: Wer erbringt Pflegeleistungen?

- **Ambulante Pflegedienste** müssen von den Pflegekassen durch einen Versorgungsvertrag zugelassen sein, wollen sie Leistungen erbringen. Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.
- Pflegebedürftige können auch **Einzelpflegerkräfte**, z. B. selbständige Altenpflegerinnen und Altenpfleger, mit der häuslichen Pflege beauftragen. Die Pflegekassen müssen vertragliche Vereinbarungen mit Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.
- Art, Inhalt und Umfang der Leistungen müssen Pflegebedürftiger und ambulanter Dienst wie auch Einzelpflegekraft in einem Pflegevertrag festlegen. Muster-Pflegeverträge bieten beispielsweise die Pflegekassen an. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Pflegekraft und Pflegekasse.

Typische Pflegehilfsmittel

VERBRAUCHSMITTEL

- Desinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe
- Betteinlagen



TECHNISCHE HILFSMITTEL

- Pflegebetten
- Rollstühle
- Hebegeräte
- Polster für die Lagerung
- Notrufsysteme





Pflegesachleistung: Kombinationen mit Pflegegeld sowie Umwidlungsmöglichkeiten

KOMBINATIONEN

NORMALFALL: wenn Pflege ausschließlich über berufliche Pflegekräfte erbracht wird



Möglichkeit zur Inanspruchnahme von **Betreuungs- und Entlastungsangeboten***

KOMBINATIONEN UND UMWIDNUNGSMÖGLICHKEITEN

VARIANTE 1: wenn Pflege ausschließlich über berufliche Pflegekräfte erbracht wird und mehr Angebote zur Betreuung und Entlastung genutzt werden sollen



Möglichkeit zur Inanspruchnahme von **Betreuungs- und Entlastungsangeboten***

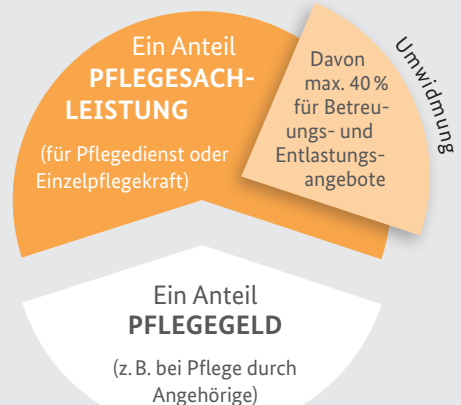
VARIANTE 2: wenn Pflege über berufliche Pflegekräfte sowie Pflegepersonen (z. B. Angehörige) erbracht wird



Möglichkeit zur Inanspruchnahme von **Betreuungs- und Entlastungsangeboten***

→ Für ambulante Pflege
→ Höhe abhängig von Pflegestufe
→ Verschiedene Kombinationsmöglichkeiten

VARIANTE 3: wenn Pflege über berufliche Pflegekräfte sowie Pflegepersonen (z. B. Angehörige) erbracht wird und mehr Angebote zur Betreuung und Entlastung genutzt werden sollen



Möglichkeit zur Inanspruchnahme von **Betreuungs- und Entlastungsangeboten***

* Siehe Erläuterungen und Tabelle auf Seite 6 sowie III.1



Informationen zum Schaubild auf Seite 5

Pflegebedürftige können Pflegesachleistungen mit anderen Leistungen kombinieren. Außerdem können sie nicht genutzte Pflegesachleistungsteile in Betreuungs- und Entlastungsangebote umwidmen. Ausgangspunkt dieser Möglichkeit

sind die Regelungen in § 45b SGB XI (siehe Tabelle sowie III.1). Mit dem PSG I wurden hier neue Möglichkeiten eingeführt, um mehr Pflegebedürftigen diese Umwidmung zu ermöglichen (siehe § 45b Absatz 1a und 3 SGB XI).

Leistungstabelle: ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Monat
Pflegestufe I–III Ohne erhebliche Alltags- einschränkung	104 Euro	(0 Euro)
Pflegestufe I–III Mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltags- kompetenz, die zur Inanspruch- nahme des Grundbetrags berechtigt	104 Euro (Grundbetrag)	(100 Euro) (Grundbetrag)
Pflegestufe I–III Mit dauerhaft erheblich einge- schränkter Alltagskompetenz, die zur Inanspruchnahme des erhöhten Beitrags berechtigt	208 Euro (erhöhter Betrag)	(200 Euro) (erhöhter Betrag)
sogenannte „Pflegestufe 0“*	104 Euro bzw. 208 Euro (Grundbetrag bzw. erhöhter Betrag)	(100 Euro bzw. 200 Euro) (Grundbetrag bzw. erhöhter Betrag)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.



Flexible Kurzzeitpflege

Zeitweise stationäre Versorgung für Pflegebedürftige

Worum geht es?

Kurzzeitpflege bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person für einen begrenzten Zeitraum vollstationär versorgt wird. Dies kann beispielsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer akuten Krisensituation in Betracht kommen. Die Leistungen für die bzw. den Pflegebedürftigen beinhalten sowohl die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege, als auch die soziale Betreuung einer bzw. eines Pflegebedürftigen. Wie bei der Langzeitpflege auch, werden die Unterkunfts- und Verpflegungskosten nicht von der Pflegekasse übernommen. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege liegt bei maximal acht Wochen pro Kalenderjahr. Kurzzeitpflege können Einrichtungen anbieten, die von der Pflegekasse anerkannt sind.

Wen betrifft es?

Die Leistungen der Kurzzeitpflege steht Pflegebedürftigen zur Verfügung, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen.

Was ist neu?

Seit 1. Januar 2016 (PSG II):

→ Auch die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege wurde auf acht Wochen ausgedehnt.

Seit 1. Januar 2015 (PSG I):

→ Der Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege wurde auf bis zu 1.612 Euro erhöht.

→ Die Leistungsbeträge für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege können miteinander kombiniert werden, sodass bis zu 3.224 Euro für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden können. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

→ Die Kurzzeitpflege kann jetzt auch von Menschen in der sogenannten „Pflegestufe 0“* mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz beansprucht werden.

Was heißt das praktisch?

Es gibt Situationen, in denen die pflegebedürftige Person nicht von der eigentlichen Pflegeperson zu Hause versorgt werden kann oder eine teilstationäre Pflege nicht mehr ausreicht. Dann kann bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt werden. Die entsprechenden Anträge sind bei den Pflegekassen erhältlich. In der Regel bieten die Pflegekassen auch die Möglichkeit einer mündlichen Antragstellung per Telefon an.

Die Kurzzeitpflege darf von Einrichtungen angeboten werden, die von den Pflegekassen zugelassen wurden. Wenn die Kurzzeitpflege in einer Einrichtung der Altenpflege nicht möglich ist oder nicht zumutbar geleistet werden kann, ist es im Einzelfall auch möglich, die Leistung in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten in Anspruch zu nehmen. Dies betrifft vor allem pflegebedürftige Kinder und junge Menschen.

Von der Pflegekasse werden die Kosten für die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege sowie die soziale Betreuung übernommen. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionsaufwendungen oder Zusatzleistungen der Einrichtung müssen von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Möchte eine Einrichtung Kurzzeitpflege anbieten, muss sie in der Regel als vollstationäre Pflegeeinrichtung zugelassen sein. Die Kurzzeitpflege kann dann als ein Bestandteil des Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen vereinbart werden. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sind im Versorgungsvertrag festzulegen.

Wo ist es geregelt?

§ 42 SGB XI

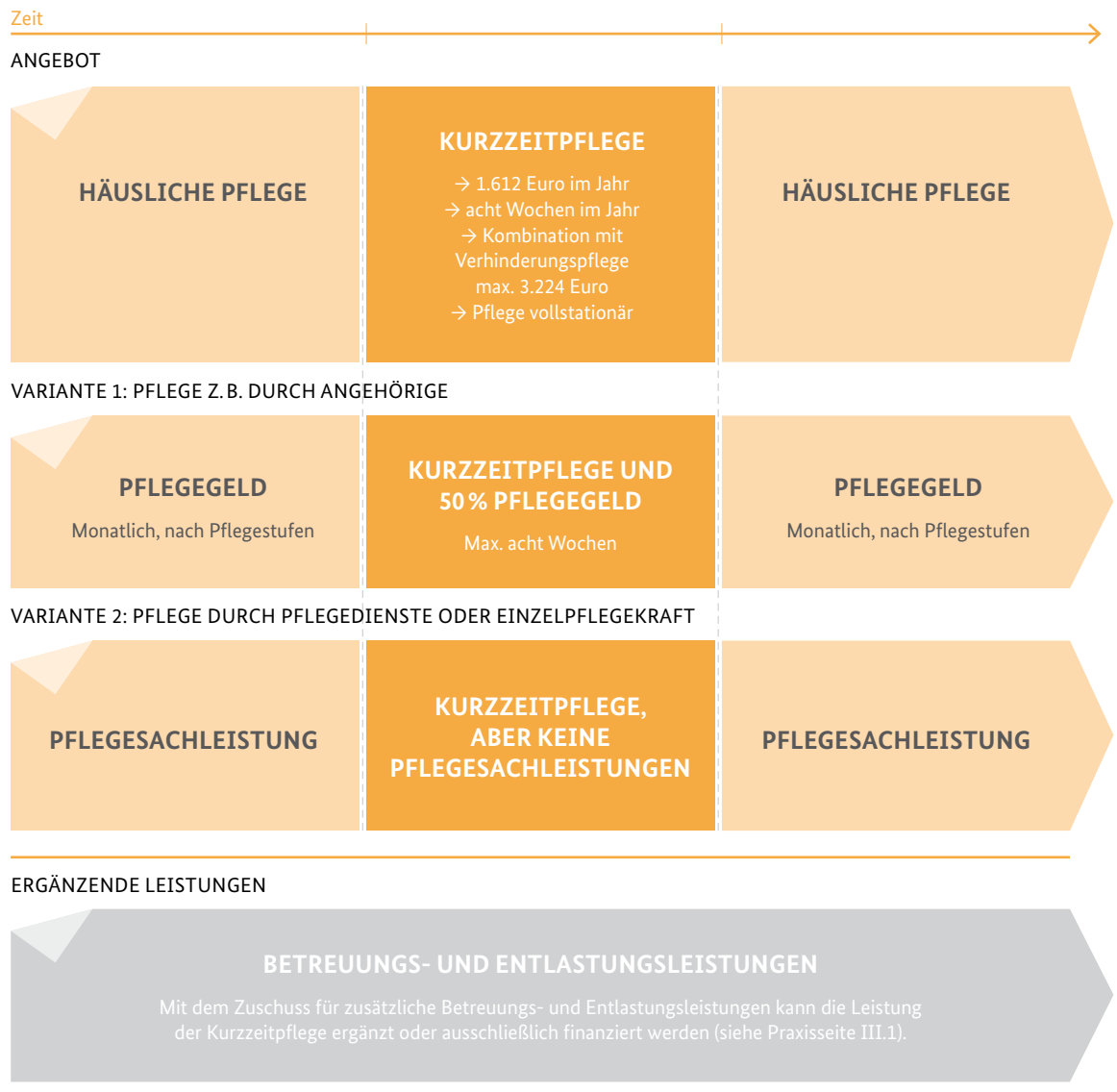
(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Kurz erklärt: Wie findet man eine geeignete Einrichtung der Kurzzeitpflege?

- In der Regel erfolgt die Pflege in einer von der Pflegekasse zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, die auch Kurzzeitpflege anbietet. Diese muss die entsprechenden qualitativen Anforderungen der Pflegekasse für diesen Versorgungsauftrag erfüllen.
- Eine Übersicht über die zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen erhält man bei den Pflegekassen.
- In besonderen Fällen kann die Pflege auch in anderen Einrichtungen stattfinden, die geeignet sind, beispielsweise in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.
- Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben. Möglich ist es dann, wenn die bzw. der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. So wird ihr bzw. ihm die Teilnahme daran erleichtert.



So funktioniert die Kurzzeitpflege



ZU BEACHTEN:

- Die Kurzzeitpflege ist in der Leistungshöhe und -dauer begrenzt. Wenn die Kurzzeitpflege nicht vollständig in Anspruch genommen wird, steht der Rest für einen späteren Zeitraum im Kalenderjahr zur Verfügung (§ 42 Abs. 2 SGB XI).
- Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).
- Am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege wird volles Pflegegeld gezahlt.



Leistungstabelle: Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
sogenannte „Pflegestufe 0“ (mit Demenz)*	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu acht Wochen**	(Kein Anspruch)
Pflegestufe I, II, III	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu acht Wochen	(1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu vier Wochen)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

** Seit 2016 verlängert auf acht Wochen.



Flexible Verhinderungspflege

Mehr Entlastungsmöglichkeiten für die Pflege zu Hause

Worum geht es?

Unter Verhinderungspflege versteht man eine Leistung, die in Anspruch genommen werden kann, wenn die Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs, einer Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Die Verhinderungspflege kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, durch ehrenamtliche Pflegepersonen, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen. Die Leistungen für Verhinderungspflege kann man auch einsetzen, wenn die Ersatzpflege in einer Einrichtung erfolgt.

Wen betrifft es?

Pflegebedürftige, die von Angehörigen oder ehrenamtlich Pflegenden zu Hause versorgt werden, können Verhinderungspflege beantragen. Die häusliche Pflege muss dafür seit mindestens sechs Monaten durch die Pflegeperson erfolgt sein („Wartezeit“). Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“* mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Was ist neu?

Seit 1. Januar 2016 (PSG II):

- Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld für maximal sechs Wochen hälftig weitergezahlt.

Seit 1. Januar 2015 (PSG I):

- Eine Verhinderungspflege kann für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.
- Die Leistungen wurden auf bis zu 1.612 Euro erhöht.
- Die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege können miteinander kombiniert werden. Wenn die Leistungen für Kurzzeitpflege im Jahr

nicht oder nicht vollständig abgerufen wurden, können bis zu 50 Prozent – das sind 806 Euro – der Leistungen für die Verhinderungspflege verwendet werden. Der Erhöhungsbetrag, der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird, wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet werden. Die Leistungen für Verhinderungspflege lassen sich so auf maximal 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen (siehe dazu das Schaubild auf Seite 4).

Was heißt das praktisch?

Wenn die private Pflegeperson durch Urlaub oder Krankheit zeitweise die häusliche Pflege nicht übernehmen kann oder einmal eine Auszeit braucht, gibt es die Möglichkeit, eine Ersatzpflege zu beantragen, die dann die Vertretung übernimmt. Die Ersatzpflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden. Die Leistungen für Verhinderungspflege müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Kosten für die Verhinderungspflege werden von der Pflegekasse übernommen, dafür müssen Pflegebedürftige die tatsächlich angefallenen Kosten nachweisen.

In welcher Höhe die Aufwendungen durch die Pflegekasse erstattet werden, hängt davon ab, wer die Ersatzpflege leistet.

- Wird die Pflege von einem ambulanten Pflegedienst, einer stationären Einrichtung, einer Einzelpflegekraft oder ehrenamtlichen Pflegepersonen, die nicht bis zum zweiten Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, übernommen, können bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden. Kombiniert man dies mit den Leistungen der Kurzzeitpflege, so sind es maximal 2.418 Euro im Kalenderjahr.
- Anders ist es, wenn nahe Angehörige oder Menschen, die mit der pflegebedürftigen Person in einer Hausgemeinschaft leben, die Pflege

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



übernehmen. Als nahe Angehörige gelten alle Personen, die mit der pflegebedürftigen Person im ersten oder zweiten Grad verwandt sind – also Eltern, Kinder, Großeltern, Enkel und Geschwister. In diesem Fall richtet sich die Leistung nach der Höhe des Pflegegeldes. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (z.B. Fahrtkosten oder Verdienstausschluss) nachgewiesen werden können, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Der Höchstbetrag darf allerdings 1.612 Euro nicht überschreiten. Wenn nahe Angehörige, die erwerbsmäßig Pflege ausüben, die Verhinderungspflege übernehmen, können die gesamten Leistungsbeträge angerechnet werden.

Parallel zu den Leistungen der Verhinderungspflege wird für maximal sechs Wochen im Jahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Wo ist es geregelt?

§ 39 SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Leistungstabelle: Verhinderungspflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Kalenderjahr
sogenannte „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen	(1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu vier Wochen)
Pflegestufe I, II, III	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen	(1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu vier Wochen)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

Kurz erklärt: Wie organisiert man Verhinderungspflege?

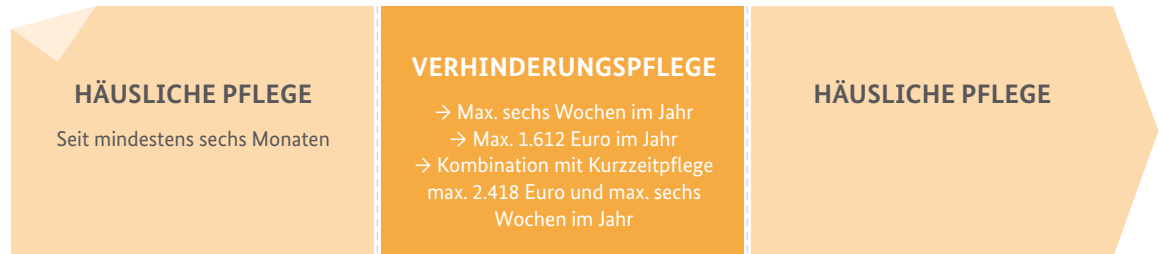
- Verhinderungspflege kann von ambulanten Pflegediensten, Einzelpflegekräften, stationären Einrichtungen oder privaten Pflegepersonen durchgeführt werden.
- Eine Übersicht über ambulante Pflegedienste, selbständige Pflegekräfte und stationäre Einrichtungen ist bei den Pflegekassen erhältlich, häufig auch bei Kommunen, Landkreisen und Sozialstationen vor Ort.
- Der Antrag für die Verhinderungspflege muss bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden. Entstandene Aufwendungen müssen nachgewiesen werden. Anspruchsvoraussetzung ist jedoch nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird. Auch eine formlose Antragstellung ist möglich.



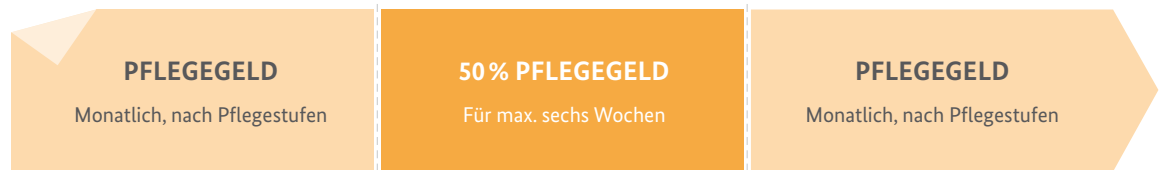
So funktioniert die Verhinderungspflege

Zeit

ANGEBOT



LEISTUNG



IN BEIDEN FÄLLEN



ZWEI BERECHNUNGEN – ABHÄNGIG VON PFLEGEPERSON



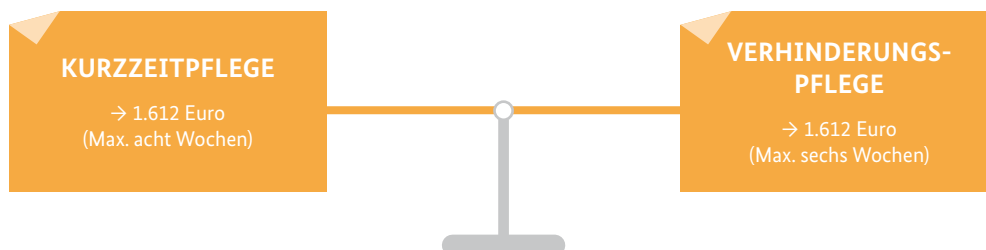
ZU BEACHTEN:

- **Für Pflegepersonen:** Für die Dauer eines Erholungsurlaubes der Pflegeperson werden die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen.
- Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

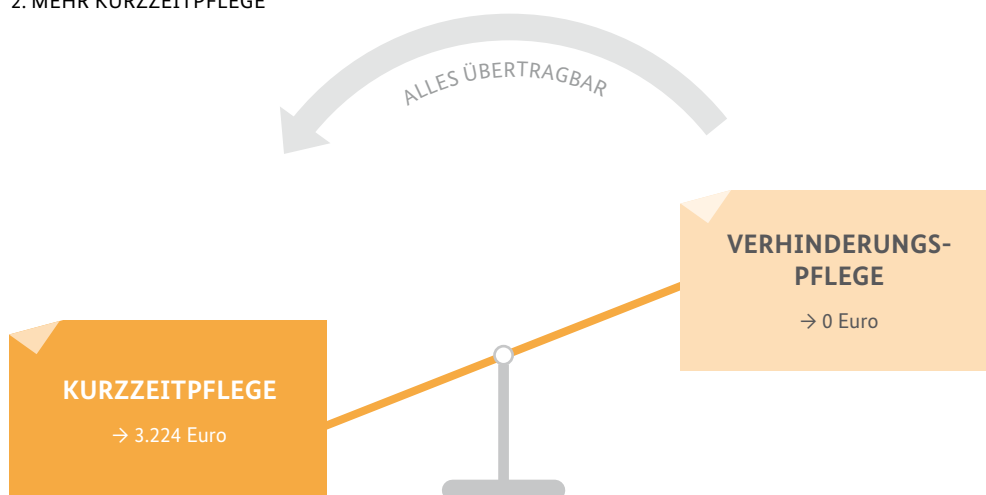


So werden Kurzzeit- und Verhinderungspflege kombiniert

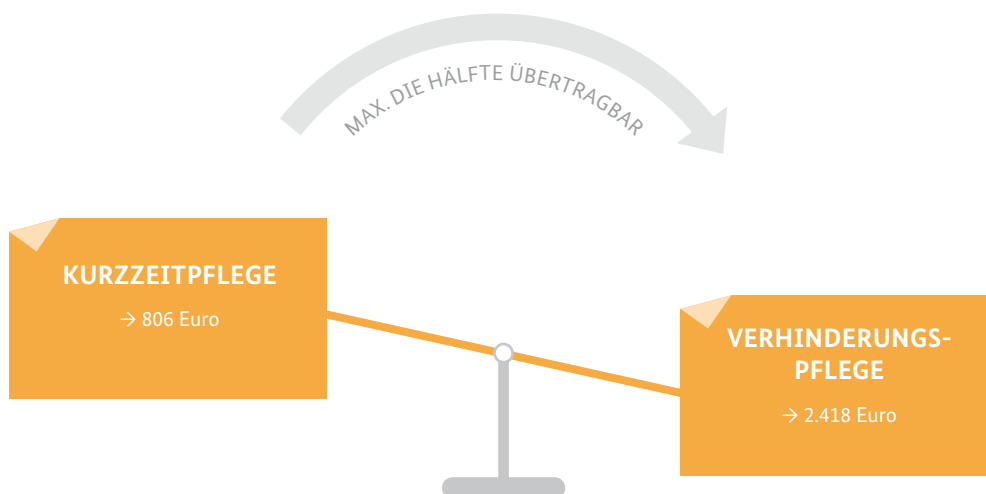
1. REGULÄRER LEISTUNGSANSPRUCH



2. MEHR KURZZEITPFLEGE



3. MEHR VERHINDERUNGSPFLEGE



III. Ambulante Betreuungs- und Entlastungs- angebote





Ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote

Wie erhalten Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen zusätzliche Unterstützung und Entlastung?

Worum geht es?

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet. Damit stehen entsprechende Leistungen auch Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz zur Verfügung¹. Zudem wurde die Regelung um die zusätzlichen Entlastungsleistungen erweitert. Zusätzliche Entlastungsleistungen dienen der Deckung des Bedarfs an Unterstützung

- im Haushalt (z. B. bei der hauswirtschaftlichen Versorgung),
- bei allgemeinen und pflegebedingten Anforderungen des Alltags,
- bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen und
- zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Sie dienen damit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, durch den Pflegebedürftigen möglichst lange ein selbstbestimmtes und selbstorganisiertes Leben im eigenen Wohnumfeld ermöglicht werden soll.

Betreuungsleistungen – hilfreiche Unterstützung für Pflegebedürftige

Die Betreuungsleistungen, die es für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bereits im Rahmen der bisherigen gesetzlichen Regelungen im SGB XI gab, schaffen für die Pflegebedürftigen vor allem eine zusätzliche Ablenkung oder Anregung, die im Pflegealltag sonst schwer zu

leisten wäre. Für die pflegenden Angehörigen wird durch diese Betreuungsleistungen vor allem eine zeitweise Erholung vom Pflegealltag geschaffen.

Häufige Frage: Welche Leistungen können abgerechnet werden?

Leistungen der Tages- oder Nachtpflege (siehe IV.1), Kurzzeit- und Verhinderungspflege (siehe II.6 und II.7) oder weitere Leistungen zugelassener Pflegedienste, sofern es sich nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, können als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistung abgerechnet werden. Dies gilt ebenfalls für Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach Landesrecht anerkannt worden sind.

Bei zusätzlichen Betreuungsleistungen werden die pflegebedürftigen Menschen von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, die entsprechend qualifiziert wurden, unter pflegfachlicher Anleitung stundenweise betreut. Dies kann durch eine einzelne Person geleistet werden, die Angebote können sich aber auch an Gruppen richten. Beispiele für Gruppenangebote können eine Musikgruppe für Menschen mit Demenz oder ein leichtes Bewegungsangebot sein.

¹ Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten den „Einheitsbetrag“ in Höhe von 104 Euro, vgl. § 45b Abs. 1a SGB XI.



Entlastungsleistungen – hilfreiche Unterstützung für private Pflegepersonen

Neben den bisherigen zusätzlichen Betreuungsangeboten gibt es nun auch zusätzliche Entlastungsangebote. Sie sind dafür da, pflegende Familienangehörige oder nahestehende Menschen, die Pflegeverantwortung übernehmen, besser zu unterstützen. Die Angebote, die in den Bereich der Entlastungsleistungen fallen, helfen Pflegebedürftigen vor allem bei den alltäglichen Aufgaben, die ihnen alleine schwerfallen oder unmöglich geworden sind.

Die Palette möglicher Entlastungsleistungen ist dabei bewusst sehr weit gefasst. Entlastende Alltagshilfen betreffen Service-Leistungen rund um den Haushalt und die unmittelbare häusliche Umgebung sowie die Organisation des Alltags. Beispiele für diese Dienstleistungen können die Hilfe bei der Wohnungsreinigung oder dem notwendigen Wocheneinkauf sein. Die Helferinnen und Helfer können die Pflegebedürftigen auch zu Terminen begleiten oder mit ihnen Anträge und Behördengänge erledigen.

Kurz erklärt: Worauf muss man achten, damit eine Leistung abgerechnet werden kann?

- **Anbieter:** Für eine Kostenerstattung muss es sich bei den Leistungen um qualitätsgesicherte Betreuungs- oder Entlastungsangebote handeln.
- **Leistung:** Die Kostenerstattung für Leistungen der Betreuung und Entlastung erfolgt zweckgebunden.
- **Abrechnung:** Die Ausgaben für diese Angebote müssen bei der Pflegekasse nachgewiesen werden, bevor sie ersetzt werden. Sie dürfen nicht vorschüssig gezahlt werden.

Entlastungsleistungen sollen grundsätzlich leicht zugänglich sein, damit Pflegebedürftige sich schnell und unbürokratisch flexible Hilfe holen können.

Wen betrifft es?

Betreuungs- und Entlastungsleistungen können sowohl von Pflegebedürftigen aller Pflegestufen in Anspruch genommen werden als auch von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, sondern das der sogenannten „Pflegestufe 0“*.

Was ist neu?

- Pflegebedürftige und Angehörige können seit dem 1. Januar 2015 über die Betreuungsleistungen hinaus auch die Kosten für Entlastungsangebote erstattet bekommen.
- Seit dem 1. Januar 2015 haben auch Versicherte ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz – also Menschen mit körperlichen Einschränkungen – einen Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen.
- Die Leistungen für Betreuungs- und Entlastungsangebote wurden auf 1.248 Euro jährlich oder 104 Euro monatlich erhöht (Grundbetrag).
- Wenn durch ein Gutachten ein über dieses Maß erhöhter Betreuungsbedarf festgestellt wird, erhöhen sich die Leistungen auf maximal 2.496 Euro pro Jahr bzw. 208 Euro pro Monat (erhöhter Betrag).
- Nicht in Anspruch genommene Pflegesachleistungen können zur Finanzierung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen umgewidmet werden. Die Grenze liegt hier bei 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrags.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Leistungstabelle: ambulante Betreuungs- und Entlastungsangebote

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Monat
Pflegestufe I–III Ohne erhebliche Alltags- einschränkung	104 Euro	(0 Euro)
Pflegestufe I–III Mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltags- kompetenz, die zur Inanspruch- nahme des Grundbetrags berechtigt	104 Euro (Grundbetrag)	(100 Euro) (Grundbetrag)
Pflegestufe I–III Mit dauerhaft erheblich einge- schränkter Alltagskompetenz, die zur Inanspruchnahme des erhöhten Betrags berechtigt	208 Euro (erhöhter Betrag)	(200 Euro) (erhöhter Betrag)
sogenannte „Pflegestufe 0“*	104 Euro bzw. 208 Euro (Grundbetrag bzw. erhöhter Betrag)	(100 Euro bzw. 200 Euro) (Grundbetrag bzw. erhöhter Betrag)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.



Michael Hagedorn

Gut betreut: Gemeinsam mit der Betreuerin können Pflegebedürftige Ausflüge machen, und die Angehörigen werden für diese Zeit entlastet.



Was heißt das praktisch?

Für Pflegebedürftige

Welche Entlastungsangebote zugelassen sind und vor Ort zur Verfügung stehen, erfahren Pflegebedürftige und Angehörige bei ihrer Pflegekasse oder den Pflegestützpunkten in einem Beratungsgespräch. Die Beratung kann auch zu Hause mit den Beraterinnen bzw. Beratern der Pflegekassen stattfinden.

Wichtig zu wissen ist für Antragsteller, dass die Leistungsansprüche für nicht genutzte Betreuungs- und Entlastungsleistungen nicht verfallen und in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden können.

Die Pflegekassen informieren darüber, ob und wie Entlastungsleistungen eventuell auch mit Mitteln aus der Pflegesachleistung erweitert werden können, wenn dort die Leistungen nicht vollständig ausgeschöpft wurden.

Da das neue Leistungsangebot für Entlastungsleistungen erst am 1. Januar 2015 eingeführt wurde, befinden sich viele Angebote noch im Aufbau. Daher sollten sich Pflegebedürftige und Angehörige gerade in der Einführungsphase regelmäßig darüber informieren, welche Angebote neu hinzugekommen sind.

Wo ist es geregelt?

§§ 45b und c SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Für Anbieterinnen und Anbieter

Die Leistungen für niedrigschwellige Betreuungsangebote können nur von solchen Anbietern und Pflegediensten erbracht werden, die nach Landesrecht und gemäß § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI anerkannt sind.

Alltagsbegleiterinnen und -begleiter sind zielgruppen- und aufgabengerecht geschulte Personen, die beim Umgang mit den allgemeinen wie pflegebedingten Alltagsanforderungen unterstützen. Die Alltagsbegleitung ist darauf ausgerichtet, die Anspruchsberechtigten zu befähigen, trotz ihrer Beeinträchtigung weiterhin möglichst selbständig am Alltag teilhaben zu können. Sie helfen bei der Organisation des Pflegealltags, übernehmen oder ersetzen jedoch nicht die Pflegetätigkeiten.

IV. Teilstationäre Angebote





Tages- und Nachtpflege

Teilstationäre Leistungen sorgen für Flexibilität

Worum geht es?

Pflegebedürftige, die Unterstützung benötigen und deren pflegende Angehörige tagsüber berufstätig sind, können in entsprechenden Einrichtungen Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen. In der Regel werden Pflegebedürftige zu Hause abgeholt und am Nachmittag oder Abend zurückgebracht.

Wen betrifft es?

Versicherte aller Pflegestufen einschließlich Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in der sogenannten „Pflegestufe 0“*) haben einen Anspruch auf die Leistungen der Tages- und Nachtpflege.

Was ist neu?

- Zum einen ist der Leistungsanspruch für Angebote der teilstationären Tages- und Nachtpflege seit dem 1. Januar 2015 auf Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte „Pflegestufe 0“) ausgeweitet worden.
- Zum anderen können seit dem 1. Januar 2015 die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegesachleistung oder dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung der Leistungen aufeinander erfolgt nicht mehr.

Was heißt das praktisch?

In der Tages- und Nachtpflege erhalten pflegebedürftige Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen nicht allein in ihrer Wohnung leben können, zeitweise Betreuung und werden

körperlich und geistig aktiviert. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sowie die Kosten, die für den Transport zwischen Wohnung und Einrichtung anfallen. Zusätzlich können auch Leistungen für Betreuungs- und Entlastungsangebote für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Die Kosten für Verpflegung müssen von den Betroffenen selbst getragen werden. Außerhalb der Aufenthalte in der Tages- und Nachtpflege werden die Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen und/oder einem ambulanten Pflegedienst zu Hause gepflegt.

Die komplexen Anrechnungsregelungen, nach denen die Leistungen der Tages- und Nachtpflege bisher mit weiteren ambulanten Pflegesachleistungen teilweise verrechnet wurden, sind seit dem 1. Januar 2015 entfallen. Damit wird den Betroffenen geholfen und ein wichtiger Beitrag geleistet, um pflegende Angehörige bei der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu unterstützen.

Wo ist es geregelt?

§§ 41, 45b und 123 SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Leistungstabelle: teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat	Leistungen 2014 Max. Leistungen pro Monat
sog. „Pflegestufe 0“ (mit Demenz*)	231 Euro	–
Pflegestufe I	468 Euro	(450 Euro)
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689 Euro	(450 Euro)
Pflegestufe II	1.144 Euro	(1.100 Euro)
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298 Euro	(1.100 Euro)
Pflegestufe III	1.612 Euro	(1.550 Euro)
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612 Euro	(1.550 Euro)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

V. Stationäre Angebote





Höhere Leistungen in der vollstationären Pflege

So wird seit dem 1. Januar 2015 die Pflege in stationären Einrichtungen finanziell gestärkt

Worum geht es?

Vollstationäre Pflege heißt, dass die Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung wie einem Altenheim, Pflegeheim oder Altenwohnheim leben und dort rund um die Uhr versorgt sind. Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf vollstationäre Pflege, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die Aufwendungen für die Pflege in einer solchen Einrichtung – z. B. für die Grundpflege, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege. Die Pflegekasse kann den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) beauftragen, um im Einzelfall zu prüfen, ob eine vollstationäre Pflege notwendig ist.

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) können auch vollstationäre Einrichtungen seit dem 1. Januar 2015 mehr zusätzliche Betreuungskräfte einstellen, um die Angebote zur Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen zu ergänzen. Die Betreuungsrelation ist auf 1:20 verbessert worden. Zudem stehen die zusätzlichen Betreuungsangebote jetzt allen Pflegebedürftigen in den Einrichtungen offen und nicht mehr wie bisher nur demenziell eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern. Die zusätzlichen Betreuungskräfte werden vollständig von der Pflegeversicherung finanziert.

Wen betrifft es?

Anspruchsberechtigt sind alle Pflegebedürftigen. Sofern ein Pflegebedürftiger in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht werden

möchte, obwohl dies nach Feststellung der Pflegekasse nicht notwendig ist, erhält er einen Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen. Die Höhe des Zuschusses richtet sich am Betrag der Pflegesachleistung aus, der wiederum von der Pflegestufe abhängt.

Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen – den sogenannten Härtefällen – höhere Leistungen gewähren. Ein Härtefall ist gegeben, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III übersteigt. Dies kann beispielsweise bei schwerer Demenz der Fall sein oder im Endstadium einer Krebserkrankung.

Was ist neu?

- Für die vollstationäre Pflege wurden zum 1. Januar 2015 die pauschalen Leistungsbeträge angehoben.
- Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Krankenkasse in der Pflegestufe I monatlich 1.064 Euro, in der Pflegestufe II 1.330 Euro, in der Pflegestufe III 1.612 Euro und in besonderen Härtefällen 1.995 Euro.
- Darüber hinaus wurde für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen, mehr zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zur Betreuung und Aktivierung aller Pflegebedürftigen der Einrichtung einzustellen. Diese Angebote können z. B. Aktivitäten wie Vorlesen, Musik- oder Spielenachmittage umfassen.
- Die ergänzenden Betreuungsangebote durch zusätzliche Betreuungskräfte konnten bisher nur Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nutzen. Seit dem 1. Januar 2015

stehen diese Angebote nun allen Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung offen, wenn diese eine entsprechende Vereinbarung mit der Pflegekasse abgeschlossen hat. Das verbessert den Pflegealltag und die Betreuung und fördert die Aktivierung von Bewohnerinnen und Bewohnern.

Was heißt das praktisch?

Wenn die Situation eintritt, dass eine Pflegebedürftige oder ein Pflegebedürftiger nicht mehr zu Hause versorgt werden kann und die dauerhafte Betreuung in einer Pflegeeinrichtung notwendig wird, haben Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre Leistungen der Pflegeversicherung. Die Höhe des Leistungsanspruchs zur vollstationären Versorgung ist dabei von der Einstufung in die jeweilige Pflegestufe abhängig.

Leistungen der Pflegeversicherung werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, wenn die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch erfüllt sind.

Leben Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, übernimmt die Pflegekasse 10 Prozent des mit dem Sozialhilfe-

Wo ist es geregelt?

§§ 43, 43a und 87b SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

träger vereinbarten Heimentgeltes, um die Pflegeaufwendungen abzugelten. Der Betrag darf aber 266 Euro je Kalendermonat nicht überschreiten, sofern in der Einrichtung die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung und die Erziehung der Behinderten im Vordergrund stehen. Diese Einrichtungen sind also keine vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.



Michael Hagedorn

Mehr Zeit für Bewohnerinnen und Bewohner: In stationären Einrichtungen arbeiten Pflege- und Betreuungskräfte Hand in Hand.



Leistungstabelle: vollstationäre Pflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Pro Monat	Leistungen 2014 Pro Monat
sogenannte „Pflegestufe 0“*	0 Euro	(0 Euro)
Pflegestufe I	1.064 Euro	(1.023 Euro)
Pflegestufe I (mit Demenz**)	1.064 Euro	(1.023 Euro)
Pflegestufe II	1.330 Euro	(1.279 Euro)
Pflegestufe II (mit Demenz**)	1.330 Euro	(1.279 Euro)
Pflegestufe III	1.612 Euro	(1.550 Euro)
Pflegestufe III (mit Demenz**)	1.612 Euro	(1.550 Euro)
Härtefall	1.995 Euro	(1.918 Euro)
Härtefall (mit Demenz**)	1.995 Euro	(1.918 Euro)

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

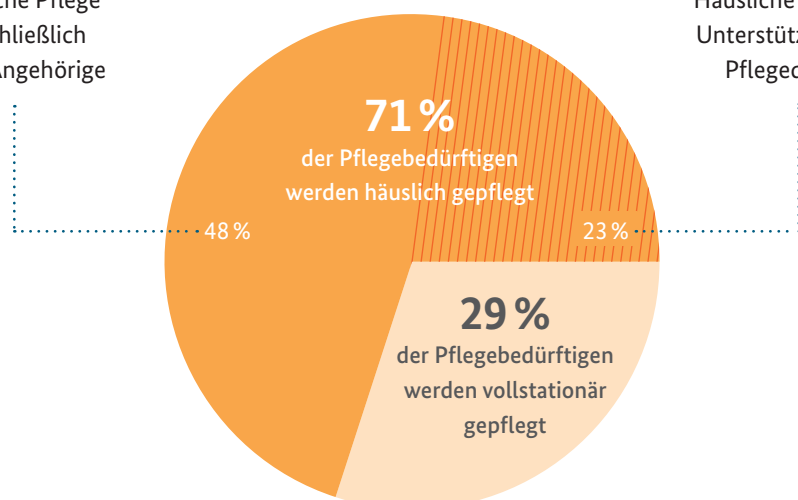
** Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

Wo Pflege stattfindet: häusliche und stationäre Pflege

2,6 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

Häusliche Pflege
ausschließlich
durch Angehörige

Häusliche Pflege mit
Unterstützung eines
Pflegedienstes



(Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt, Zahlen gerundet)



Häufige Fragen

Wie setzt sich das Heimentgelt zusammen?

Das Heimentgelt setzt sich zusammen aus allen Entgelten, die eine vollstationäre Pflegeeinrichtung einer Bewohnerin oder einem Bewohner in Rechnung stellt. Dazu gehören:

- der Pflegesatz für die pflegebedingten Kosten
- die Unterkunftskosten
- die Verpflegungskosten
- die gesondert berechenbaren Investitionskosten
- eventuell anfallende Kosten für Zusatzleistungen

Welche Kosten fallen zusätzlich an?

Wer in einer Pflegeeinrichtung lebt, muss folgende Kosten selbst tragen:

- pflegebedingte Kosten, die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallen
- Kosten für Unterbringung
- Kosten für Verpflegung
- gesondert berechenbare Investitionskosten
- eventuell anfallende Kosten für besondere Komfort- oder Zusatzleistungen

Der Betrag, den die Pflegekasse übernimmt, darf 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen.

Was muss bei Hilfsmitteln beachtet werden?

Wenn es um die Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel geht, sollte rechtzeitig geklärt werden, wofür Pflegeeinrichtung und wofür Krankenkasse zuständig ist.



Für Pflegebedürftige: Erweiterung des zusätzlichen Betreuungsangebots

Verbesserungen für Pflegebedürftige in der voll- und teilstationären Versorgung durch mehr Angebote zur Betreuung und Aktivierung

Worum geht es?

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurden zum 1. Januar 2015 die Möglichkeiten erweitert, um Pflegebedürftige zusätzlich zu betreuen und zu aktivieren. Dafür können in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Kurzzeitpflege mehr **zusätzliche Betreuungskräfte** nach § 87b SGB XI eingestellt werden. Sie sind nun mit ihren Angeboten für **alle** Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen und für die Pflegegäste da. Die Betreuungsrelation wurde auf 1: 20 verbessert. Die zusätzlichen Betreuungskräfte haben die Aufgabe, dort zu helfen, wozu im Pflegealltag oft zu wenig Zeit ist. Sie tragen dazu bei, dass Pflegebedürftige entlang ihrer individuellen Möglichkeiten am sozialen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung teilhaben können, indem sie z. B. spazieren gehen, gemeinsam lesen, Veranstaltungen oder Feste besuchen können. Die Finanzierung der zusätzlichen Betreuungsangebote erfolgt vollständig durch die Pflegekasse.

Wen betrifft es?

Alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen können ihr Angebot über die zusätzlichen Betreuungskräfte ausbauen – dazu gehören die vollstationären Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen. Sie müssen dazu die Voraussetzungen nach § 87b SGB XI erfüllen und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge getroffen haben.

Die Pflegebedürftigen haben einen Anspruch auf die zusätzliche Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung, wenn diese mit der Pflegekasse eine entsprechende Vereinbarung nach § 87b SGB XI getroffen hat.

Was ist neu?

- Die zusätzlichen Betreuungsangebote stehen nun allen Pflegebedürftigen in den Einrichtungen bzw. Pflegegästen offen und nicht wie bisher nur demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern. Das heißt, der Kreis der anspruchsberechtigten Personen wurde erweitert.
- Die Betreuungsrelation wurde auf 1:20 verbessert.
- Die neuen Betreuungsangebote sollen die Betreuungssituation in den Pflegeeinrichtungen verbessern und das Pflegepersonal unterstützen.

Was heißt das praktisch?

Für Pflegebedürftige

Ziel ist, mit den zusätzlichen Betreuungsangeboten die Lebensqualität von Anspruchsberechtigten in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Das bedeutet: Ihnen soll durch mehr Zuwendung, zusätzliche Betreuung und Aktivierung eine höhere Wertschätzung entgegengebracht werden. Darüber hinaus soll mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglicht werden.



Zu den Betreuungsaufgaben zählen beispielsweise: Malen und Bastelarbeiten, handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten, gemeinsam Haustiere füttern und pflegen, Kochen und Backen, Anfertigung von Erinnerungsalben, Musik hören und gemeinsames Musizieren, Singen, Brett- und Kartenspiele, Spaziergänge und Ausflüge, Bewegungsübungen und Tanzen in der Gruppe, Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten und Friedhöfen; gemeinsames Lesen.

Pflegebedürftige und Angehörige sollten sich in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen umfassend darüber informieren, welche Angebote in den Einrichtungen zur Verfügung stehen und wie die Personalrelation für die zusätzliche Betreuung von Pflegebedürftigen konkret ausgestaltet ist.

Für Pflegeeinrichtungen

Mit dem PSG I haben Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, die Angebote zur Betreuung und Aktivierung zu erweitern. Durch die Ausdehnung auf alle Pflegebedürftigen und die Verbesserung der Betreuungsrelation ist die Aufstockung der Teams durch mehr Betreuungskräfte nach § 87b möglich. So können in den Pflegeeinrichtungen die Pflegekräfte unterstützt und der Pflegealltag verbessert werden. Was Einrichtungen beachten müssen, um Betreuungskräfte zu finden und über sie das Angebot zu erweitern, findet sich unter V.3.

Wo ist es geregelt?

§ 87b SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)



Für stationäre Einrichtungen: mehr zusätzliche Betreuungskräfte

Seit dem 1. Januar 2015 können voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen mehr Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI einstellen

Worum geht es?

Die **zusätzlichen Betreuungskräfte** nach § 87b SGB XI ergänzen in den Einrichtungen die pflegerische Versorgung, ohne selbst Pflege Tätigkeiten zu übernehmen. Das Betreuungsangebot ist dazu gedacht, dass Pflegebedürftige aktiviert werden und dass jemand sie im stationären Alltag begleiten kann. Sie ersetzen keine Pflegekräfte, sondern übernehmen Betreuung, um die Pflegekräfte zu unterstützen.

Pflegeeinrichtungen konnten schon bisher zusätzliche Betreuungskräfte anstellen, die Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz – also überwiegend Menschen mit Demenz – betreut haben. Seit dem 1. Januar 2015 stehen diese zusätzlichen Betreuungsangebote nun allen pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegegästen offen. Das heißt, dass auch Pflegebedürftige, die ausschließlich körperlich beeinträchtigt sind, nun zusätzliche Betreuung erhalten können.

Damit in stationären Einrichtungen die Pflegebedürftigen umfassend betreut werden können und die Aktivierungsangebote nutzen können, ist der **Betreuungsschlüssel** von 1:24 auf 1:20 angehoben worden. Einrichtungen können nun also für je 20 Pflegebedürftige eine Betreuungskraft in Vollzeit einstellen.

So wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass sich die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen von heute rund 25.000 auf bis zu 45.000 erhöhen kann.

Wen betrifft es?

Alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen – also vollstationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen – können dieses erweiterte Angebot nutzen, wenn sie die Voraussetzungen nach § 87b erfüllen und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge mit der Pflegekasse getroffen haben.

Die Pflegekassen zahlen den Vergütungszuschlag an die Einrichtungen. Damit müssen alle Kosten für die zusätzliche Betreuung abgedeckt sein. Denn die Einrichtungen dürfen die zusätzlichen Kosten weder den anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen noch den Trägern der Sozialhilfe in Rechnung stellen.

Was ist neu?

- Die Betreuungsrelation für die zusätzlichen Betreuungsangebote wurde von 1:24 auf 1:20 (Vollzeitkraft) angehoben, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhöhen.
- Betreuungsangebote stehen nunmehr allen Pflegebedürftigen einer Einrichtung offen und damit nun auch Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz.
- Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen kann sich damit von heute rund 25.000 auf bis zu 45.000 erhöhen.



Was heißt das praktisch?

Für Pflegeeinrichtungen

Als Arbeitgeberin oder Arbeitgeber müssen die Pflegeeinrichtungen darauf achten, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte die Qualifikationsanforderungen des GKV-Spitzenverbandes erfüllen. Dazu gehört, dass sie beispielsweise eine positive Haltung gegenüber kranken, behinderten und alten Menschen sowie eine hohe soziale Kompetenz und gut ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten besitzen. Darüber hinaus müssen die Beschäftigten regelmäßig Fortbildungen absolvieren. Die Qualifikationsanforderungen finden sich in den Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes, die die Qualifikation und die Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften beschreiben.

Die zusätzlichen Betreuungskräfte arbeiten dabei unter pflegfachlicher Anleitung von qualifizierten Fachkräften im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften. Sie sollen und können Pflegekräfte nicht ersetzen. Dennoch können zu ihren Aufgaben im Einzelfall auch grundpflegerische Hilfen gehören, wenn diese bei der Durchführung ihrer Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten unaufschiebbar und unmittelbar erforderlich sind (z. B. Hilfe beim Toilettengang während einer Gruppenaktivität) und eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Sie dürfen aber nicht regelmäßig in grundpflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden. Behandlungspflegerische Maßnahmen bleiben ausschließlich dafür qualifizierten Pflegekräften vorbehalten. Zusätzliche Betreuungskräfte sind nicht dazu da, den Pflege-Personalschlüssel zu ergänzen oder gar zu ersetzen.

Für Interessierte an einer Arbeit als Betreuungskraft

Um zusätzliche Betreuungsaktivitäten beruflich auszuüben, ist kein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss notwendig. Dennoch gibt es einige Voraussetzungen, um in einer Einrichtung arbeiten zu können. Dazu gehört zum einen eine persönliche Eignung für den Umgang mit kranken, behinderten und alten Menschen (positive Haltung, soziale Kompetenz), aber auch Kurse und Praktika sind erforderlich, um auf den oft auch belastenden Alltag als Betreuungskraft in einer Einrichtung vorzubereiten. Notwendig sind:

- ein Orientierungspraktikum im Umfang von 40 Stunden in einer vollstationären oder teilstationären Pflegeeinrichtung
- eine Qualifizierungsmaßnahme bestehend aus drei Modulen (Basiskurs, zweiwöchiges Betreuungspraktikum und Aufbaukurs) mit einem Gesamtumfang von 160 Unterrichtsstunden für Basiskurs (100 Stunden) und Aufbaukurs (60 Stunden)

Bei examinierten Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern gelten die Anforderungen grundsätzlich als erfüllt. Für Personen, die bereits Erfahrung in der Betreuung von Pflegebedürftigen erworben haben – beispielsweise in einem freiwilligen sozialen Jahr –, gelten spezielle Übergangsregelungen. Erforderlich ist auch eine regelmäßige Fortbildung, die jährlich mindestens insgesamt 16 Unterrichtsstunden umfasst.

Die Qualifikation zur Betreuungskraft wird von vielen privaten Bildungsunternehmen angeboten und häufig auch mit einem Bildungsgutschein unterstützt, den die Jobcenter der Bundesagentur für Arbeit und der Kommunen ausgeben.



Wo ist es geregelt?

§ 87b SGB XI

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der Betreuungskräfte des GKV-Spitzenverbands in der Fassung vom 29. Dezember 2014

Häufige Fragen

Wer trägt die Kosten für zusätzliche Betreuungskräfte?

→ Die Kosten für die zusätzlichen Betreuungskräfte werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen getragen. Die Pflegekassen müssen mit den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Vergütungszuschläge zur Finanzierung der Personalaufwendungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der erforderlichen Höhe vertraglich vereinbaren, wenn diese die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Wer hat Informationen zu Weiterbildungsmöglichkeiten als Betreuungskraft?

→ Informationen zu Weiterbildungs- und Förderungsmöglichkeiten finden sich bei den Beraterinnen und Beratern in den jeweiligen Jobcentern vor Ort. Daneben gibt es zahlreiche private Weiterbildungsmöglichkeiten und Fernkurse, um die entsprechenden Qualifikationen zu erwerben. Auch karitative Organisationen bieten in ihren Weiterbildungsakademien entsprechende Kurse zur „Betreuungskraft nach § 87b Abs. 3 SGB XI“ an.



Hospiz- und Palliativpflege

Gut versorgt auch am Lebensende

Worum geht es?

Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Palliativmedizin und Hospizarbeit tragen dazu bei. Das seit 8. Dezember 2015 geltende Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) fördert den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder Hospiz. Ziel sind ausreichende und gut vernetzte Angebote der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der hospizlichen Sterbebegleitung, insbesondere auch in ländlichen Regionen.

Wen betrifft es?

Die Palliativversorgung kann ambulant oder stationär erfolgen. Patientinnen und Patienten können zu Hause bleiben, während sie ein ambulanter Pflegedienst palliativ versorgt. Wenn eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen, zum Beispiel Pflegeheimen, Palliativstationen oder Hospizen, versorgt werden.

Was ist neu?

- In Pflegeheimen und Krankenhäusern wird die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut. Hierzu wurden unter anderem die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen zu Hospizleistungen angehoben.
- Um Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen eine ihren Wünschen entsprechende Palliativversorgung und Hospizbetreuung in ihrer letzten Lebensphase anzubieten, sollen Pflegeeinrichtungen Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten. Hier wird die medizinische und

pflegerische Betreuung am Lebensende möglichst individuell und umfassend festgehalten. Außerdem sollen Ärztinnen bzw. Ärzte und Hospizdienste enger zusammenarbeiten.

- Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

Was heißt das praktisch?

Für Anbieter

Bei den Zuschüssen für **ambulante Hospizdienste** werden neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt. Hierzu wurde der Zuschuss der Krankenkassen je Leistung von 11 auf 13 Prozent der Bezugsgröße erhöht. Bei der Förderung ist zudem der besondere Aufwand für das hospizliche Erstgespräch zu beachten. Der steigende Zuschuss der GKV trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten – auch um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen. Außerdem wird die ambulante Hospizarbeit in Pflegeheimen stärker berücksichtigt. Auch Krankenhäuser können Hospizdienste mit Sterbebegleitungen beauftragen.

Krankenhäuser können für eigenständige Palliativstationen krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbaren. Aber auch in Kliniken, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt: Ab 2017 können sie krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.



Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können. Im Rahmen einer individuellen Fallbesprechung werden Versicherte damit über die medizinischen und pflegerischen Aspekte ihrer letzten Lebensphase aufgeklärt. Dabei sind die behandelnde Hausärztin bzw. der Hausarzt und, wenn möglich, auch die regionalen Betreuungs- und Versorgungsangebote einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten können auch Angehörige teilnehmen. Die Krankenkassen finanzieren dieses besondere Beratungsangebot.

Die Sterbebegleitung ist jetzt ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen müssen Informationen über vorhandene Kooperationsverträge mit Ärztinnen bzw. Ärzten, Apotheken und ab dem 1. Juli 2016 auch über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen bereitstellen.

Die finanzielle Ausstattung **stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize** wird verbessert. Hierfür wurde der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Vor allem Hospize, die in der Vergangenheit unterdurchschnittlich finanziert waren, erhalten einen höheren Tagessatz je betreuter versicherter Person: Der Satz ist 2016 um mehr als 25 Prozent von 198 Euro auf 261 Euro gestiegen. Außerdem tragen die Krankenkassen jetzt 95 Prozent statt wie bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Für stationäre Kinderhospize können eigenständige Rahmenvereinbarungen abgeschlossen werden.

Für Pflegebedürftige und Patientinnen bzw. Patienten

Die Palliativversorgung ist ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung anzubieten. Dazu gehört auch die Erstellung einer Übersicht der regionalen Beratungs- und Versorgungsangebote sowie Hilfe bei der Kontaktvermittlung und Inanspruchnahme von Leistungen.

Die Krankenkassen sollen zudem allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit.

Weitere Neuerungen

Insbesondere in ländlichen Regionen soll die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ausgebaut werden. Diese Leistung, die es auch schwerstkranken Sterbenden ermöglicht, bis zuletzt in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben, steht auch Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen zu.



Wo ist es geregelt?

§ 27 Abs. 1 SGB V

Palliativversorgung als Regelleistung der Krankenversicherung

§ 37b SGB V

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

§ 39a SGB V

Zuschüsse der Krankenkassen zu ambulanter Hospizarbeit und stationärer Hospizversorgung

§ 39b SGB V

Hospiz- und Palliativberatung der Krankenkassen

§ 73b, 132d, 140a SGB V

Verträge zur SAPV

§ 132g SGB V

Versorgungsplanung

§ 28 Abs. 5, 75 Abs. 2 SGB XI

Sterbebegleitung als Regelleistung der Pflegeversicherung

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

Kurz erklärt: Was versteht man unter Palliativversorgung?

Unter Palliativversorgung versteht man die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Hierzu gehört auch die Schmerztherapie im ambulanten und stationären Bereich. Patientinnen und Patienten werden insbesondere durch Vertragsärztinnen bzw. -ärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt. Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben zudem unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**. Durch die SAPV soll ihnen

ermöglicht werden, in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Krankenhaus- und Vertragsärztinnen und -ärzte können sie Patientinnen und Patienten verordnen, die

- an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden,
- eine nur noch begrenzte Lebenserwartung haben und
- eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.



Versorgung weiter stärken

Neuerungen im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes und des Versorgungsstärkungsgesetzes

Worum geht es?

Mit zwei Gesetzen wird die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland weiter gestärkt. Seit Januar 2016 gilt das „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (**Krankenhausstrukturgesetz**), bereits seit Mitte 2015 ist das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (**Versorgungsstärkungsgesetz**) in Kraft.

- Die Anforderungen an die stationäre Versorgung im Krankenhaus sind im Wandel – durch steigende Lebenserwartung und komplexer werdende Krankheitsbilder im Alter, die zunehmend in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Das **Krankenhausstrukturgesetz** enthält Maßnahmen zur Sicherstellung einer weiterhin guten medizinischen Versorgung in den etwa 2.000 Kliniken in Deutschland.
- Eine besondere Herausforderung stellt die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen dar – durch Ärztemangel und oft weite Wege für die Patientinnen und Patienten: Hier setzt das **Versorgungsstärkungsgesetz** an, das auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten auf hohem Niveau sicherstellt.

Wen betrifft es?

Ob Patientinnen und Patienten, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte oder stationäre Einrichtungen – alle profitieren künftig von einer verbesserten medizinischen Versorgung und Vorsorge:

- **Krankenhausstrukturgesetz:** Kliniken werden darin unterstützt, die Versorgung trotz steigender Anforderungen sicherzustellen. Durch

entsprechende Kriterien wird die Qualität der Behandlung für alle Patientinnen und Patienten erhöht.

- **Versorgungsstärkungsgesetz:** Menschen im ländlichen Raum profitieren von einer verbesserten medizinischen Versorgung.

Was ist neu?

- Das **Krankenhausstrukturgesetz** bringt mehr finanzielle Mittel für die Kliniken, insbesondere für eine verlässliche Finanzierung der Betriebskosten und für die Pflege am Bett, sowie umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Hygieneförderung.
- Kernelemente des **Versorgungsstärkungsgesetzes** sind eine bessere ärztliche und psychotherapeutische Versorgung insbesondere auf dem Land sowie gestärkte Patientenrechte. So werden u. a. mehr Anreize für Ärztinnen und Ärzte in ländlichen Regionen geschaffen. Neue Terminservicestellen sollen Patientinnen und Patienten eine zeitnahe Vermittlung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt gewährleisten. Hinzu kommen Verbesserungen für chronisch kranke Menschen und Pflegebedürftige.

Was heißt das praktisch?

Die Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes mit Blick auf die Pflege

Wesentlicher Bestandteil des Gesetzes ist eine bessere **finanzielle Ausstattung** der Kliniken:

- Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen



Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Dadurch können rund 6.300 neue Stellen geschaffen werden, die ausschließlich der Pflege am Bett zugutekommen.

→ Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 1. Januar 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonal-kosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

→ Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds mit insgesamt 500 Millionen Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet. Die Länder können zur Finanzierung bestimmter strukturverbessernder Maßnahmen, etwa die Umwandlung ungenutzter Kapazitäten in Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize, Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, müssen sich jedoch hälftig an der Finanzierung der Einzelmaßnahmen beteiligen. Insgesamt steht somit ein Betrag von einer Milliarde Euro zur Verfügung.

Darüber hinaus schließt das Gesetz eine Versorgungslücke durch die Schaffung eines Anspruchs auf **Übergangspflege**:

→ Patientinnen und Patienten, die bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, außerhalb eines Krankenhauses, vorübergehend pflegerisch weiter versorgt werden müssen, können künftig eine Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Auch die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe werden dahin gehend erweitert. Der Anspruch gilt für Patientinnen und Patienten, die noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und deshalb keine Pflegeleistungen beziehen können. Die neue Leistung wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Die **Qualität der Krankenhausversorgung** spielt zukünftig eine noch größere Rolle und wird noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert:

→ Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird gestärkt. Qualitätsmängel müssen zum Schutz der Patientinnen und Patienten schnellstmöglich beseitigt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass ein Krankenhaus Qualitätsvorgaben nicht beachtet.

→ Patientinnen und Patienten können sich künftig einfacher ein Bild über die Versorgungsqualität im Krankenhaus machen. Besonders wichtige Informationen des Qualitätsberichts der Krankenhäuser werden in einem gesonderten Berichtsteil zusammengefasst. Versicherte finden hier insbesondere Angaben zur Patientensicherheit in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache. Die Qualitätsberichte müssen künftig von den Krankenhäusern – neben der Veröffentlichung auf den Portalen der Kassenverbände – auch obligatorisch auf ihren eigenen Internetseiten veröffentlicht werden.

→ Das Hygieneförderprogramm wird fortgeführt und erweitert. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte ausgebildet und eingestellt werden. Zudem soll die Weiterbildung im Bereich Infektiologie ausgebaut werden, damit künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Die Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes im Überblick

Zur Gewährleistung einer besseren ärztlichen Versorgung enthält das Gesetz folgende **strukturelle Maßnahmen**:

→ Ärztinnen und Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. In manchen unterversorgten Gebieten gibt es schon heute Strukturfonds als Anreiz für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Künftig kann ein Strukturfonds zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region schon eingerichtet werden, wenn eine Unterversorgung droht. Ärztinnen und Ärzte, die sich in schlecht versorgten Gebieten niederlassen, erhalten dann zum Beispiel eine



Wo ist es geregelt?

§ 12 KHG Strukturfonds

§ 8 Abs. 10 KHEntgG Pflegezuschlag (ab 2017)

§ 37 Abs. 1a, § 38 Abs. 1, § 39c SGB V Übergangspflege

§ 136a, 136b SGB V Qualitätssicherung im Krankenhaus, Qualitätsberichte

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

bessere Vergütung. In einem überversorgten Gebiet werden Praxen künftig nur nachbesetzt, wenn dies für die Versorgung der Menschen vor Ort auch sinnvoll ist.

- Krankenhäusern wird es ermöglicht, ambulante ärztliche Versorgung zu leisten, wenn der Bedarf von niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten nicht abgedeckt werden kann.
- Die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden weiterentwickelt. So sind nun auch arztgruppengleiche MVZ erlaubt, zum Beispiel reine Hausarzt-MVZ oder spezialisierte fachgruppengleiche MVZ. Auch den Kommunen wird die Möglichkeit eingeräumt, MVZ zu gründen und damit aktiv die Versorgung in der Region zu verbessern.

Daneben bringt das Gesetz zahlreiche allgemeine **Verbesserungen für Patientinnen und Patienten:**

- Seit Januar 2016 gibt es bundesweit Terminservicestellen, die von den Krankenkassen getragen werden. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt vermitteln.

→ Verbessert wird das Krankenhaus-Entlassmanagement: Beim Übergang von der Klinik zu niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten dürfen Krankenhausärztinnen und -ärzte künftig für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

→ Bei medizinischen Rehabilitationen erhalten Versicherte ein größeres Wunsch- und Wahlrecht. Sie können jetzt auch zertifizierte Reha-Einrichtungen frei wählen, die einen Versorgungsvertrag mit ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben. Mehrkosten müssen jedoch selbst getragen werden, wenn sie nicht im Hinblick auf das gesetzliche Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch angemessen sind.

→ In bestimmten Fällen haben Versicherte künftig Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Für welche Krankheitsbilder die Zweitmeinung obligatorisch sein soll, wird der G-BA festlegen.



→ Der Regressanspruch von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen wird eingeschränkt.

Verbessert wird außerdem die Versorgung von **chronisch Kranken, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen**:

→ Für chronisch Kranke werden weitere strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt. In diesen Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammen und behandeln Patientinnen bzw. Patienten nach neuesten Methoden. Derzeit gibt es Programme zum Beispiel für an Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit oder chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) Erkrankte. Der G-BA hat den Auftrag, bis Ende 2016 weitere chronische

Erkrankungen zu benennen sowie Richtlinien zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen zu erlassen.

→ Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können künftig Behandlungszentren eingerichtet werden, die auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sind.

→ Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention. Neben dem regelmäßigen Zahnarztbesuch, zum Beispiel in der Pflegeeinrichtung, haben sie künftig Anspruch auf zahnärztliche Prophylaxeleistungen und individuelle Beratung zur Mund- und Prothesenpflege.

Wo ist es geregelt?

§ 22a SGB V

Zahnprophylaxe bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

§ 27b SGB V

Recht auf ärztliche Zweitmeinung

§ 39 Abs. 1a SGB V

Krankenhaus-Entlassmanagement

§ 75 Abs. 1a SGB V

Terminservicestellen

§ 92b SGB V

Neue Versorgungsformen (z.B. Medizinische Versorgungszentren)

§ 119c SGB V

Medizinische Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung

§ 137f SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke

§ 140a SGB V

Besondere Versorgungsleistungen für Krankenhäuser

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)



Vorsorge weiter stärken

Neuerungen im Rahmen des Präventionsgesetzes

Worum geht es?

Neben den Pflegestärkungsgesetzen I und II profitieren die Versicherten auch vom „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (**Präventionsgesetz**). Das Gesetz setzt einen Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb, Kommune und Pflegeheim.

Wen betrifft es?

Alle Versicherten werden dabei unterstützt, ihre Gesundheit zu erhalten und sie zu stärken. Im Fokus stehen insbesondere Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind oder einen erschwerten Zugang zu Präventionsangeboten haben. Dazu können insbesondere auch ältere Menschen gehören.

Was ist neu?

Mit dem **Präventionsgesetz** vom Juli 2015 wird die Prävention vor Ort, in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen ausgebaut und die Zusammenarbeit der Akteure verbessert. Zudem werden das Impfwesen gestärkt und die ärztlichen Früherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene präventionsorientiert weiterentwickelt.

Was heißt das praktisch?

Die Krankenkassen sind verpflichtet, Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) sowie zur Förderung des gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) zu erbringen. Dieser Präventionsauftrag wurde durch das Präventionsgesetz ausgeweitet:

- Die Krankenkassen müssen einen großen Anteil ihrer Präventionsausgaben für Leistungen in Betrieben und anderen Lebenswelten verwenden (siehe Infobox).
- Sie sind verpflichtet, im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie mit den beteiligten Akteuren Handlungsfelder und Vorgehensweisen abzustimmen (siehe Infobox).
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A) hat durch das Präventionsgesetz den Auftrag erhalten, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene weiterzuentwickeln. Dabei sollen die Altersgrenzen künftig flexibler gehandhabt bzw. bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ausgeweitet werden.
- Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen – zum Beispiel Kurse zur Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung – in Form einer ärztlichen Bescheinigung auszustellen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten beizutragen. Die Krankenkassen müssen diese Präventionsbescheinigungen berücksichtigen.
- Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten vorbeugenden Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten. Die Überprüfung des Impfstatus soll zukünftig Bestandteil aller Früherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sein. Darüber hinaus muss bei Erstaufnahme eines Kindes in die Kita künftig eine ärztliche Impfberatung nachgewiesen werden. Auch Betriebsärztinnen und -ärzte erhalten in Zukunft die Möglichkeit, allgemeine Schutzimpfungen durchzuführen und mit den Krankenkassen abzurechnen.

**Verbesserungen für Pflegebedürftige:**

- Die soziale Pflegeversicherung erhält einen spezifischen Präventionsauftrag zur Leistungserbringung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dabei geht es darum, gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitsförderlichen Situation sowie der Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und ihre Umsetzung zu unterstützen. Das könnten beispielsweise Angebote sein, die auf die Förderung der Selbstständigkeit, Mobilität und auf die Eigeninitiative der Bewohnerinnen und Bewohner zielen, und solche, die soziale Kontakte innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung fördern.
- Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wird künftig immer auch ermittelt, ob krankheitsvorbeugende Präventionsleistungen angezeigt sind. Die Gutachterinnen und Gutachter des

Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) können eine Präventionsempfehlung ausstellen.

Verbesserungen für Pflegende:

- Menschen, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, über einen längeren Zeitraum an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen (beispielsweise pflegende Angehörige oder Arbeitnehmende im Schichtdienst), können diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrnehmen. Hierfür erhöht sich der mögliche tägliche Zuschuss von der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung auf bis zu 16 Euro (bisher 13 Euro), bei chronisch kranken Kleinkindern auf bis zu 25 Euro (bisher 21 Euro).

Kurz erklärt: die nationale Präventionsstrategie

Das Präventionsgesetz trägt zu einer besseren Zusammenarbeit aller Akteure bei und soll gesundheitsförderliches Verhalten und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützen. Deshalb werden neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung, die Soziale Pflegeversicherung sowie die Unternehmen der privaten Krankenversicherung eingebunden. In einer Nationalen Präventionskonferenz legen diese unter Beteiligung insbesondere der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sowie von Bund, Ländern, den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein konkretes gemeinsames Vorgehen. Zudem veröffentlichen sie

alle vier Jahre einen umfassenden Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Krankenkassen und Pflegekassen werden zur Umsetzung mehr als 500 Millionen Euro jährlich für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommune, Betrieb und Pflegeeinrichtung mit insgesamt mindestens 300 Millionen Euro jährlich. Auch die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird erhöht – um rund 30 Millionen Euro. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je versicherter Person 1,05 Euro jährlich zur Verfügung.



Wo ist es geregelt?

§ 20 SGB V Präventionsauftrag der Krankenkassen

§ 20a SGB V Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

§§ 20d, 20e SGB V
Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz

§ 23 Abs. 2, Satz 2 SGB V in Verbindung mit

§ 20 Abs. 5, Satz 5 SGB V
Zuschuss zu wohnortfernen individuellen Vorsorge- und Präventionsleistungen

§ 25 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (sog. Check-up) zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten, Überprüfung Impfstatus, ärztliche Präventionsempfehlung

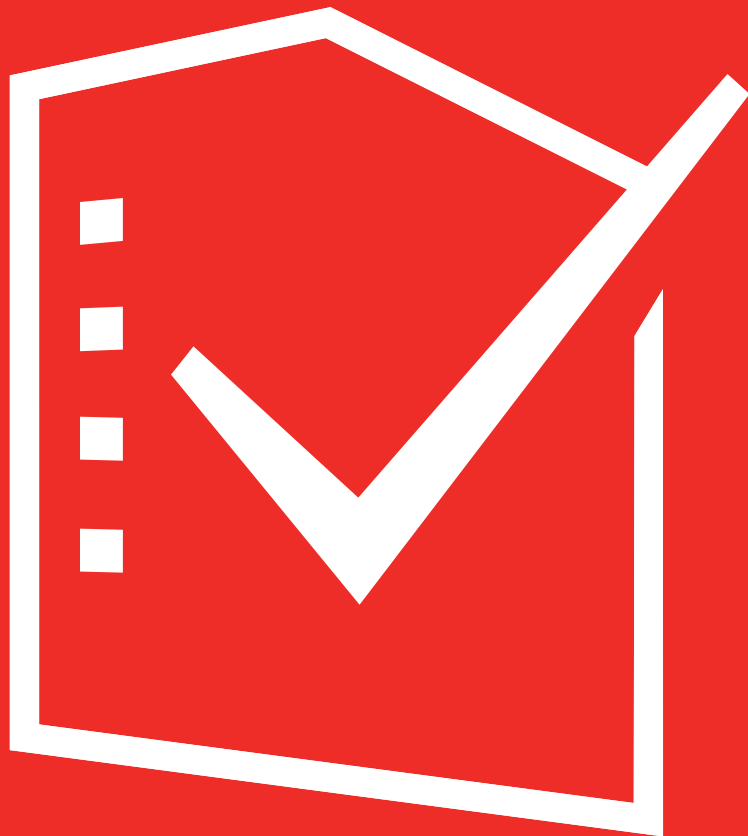
§ 26 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen, Erfassung gesundheitlicher Risiken, Überprüfung Impfstatus, ärztliche Präventionsempfehlung

§ 5 Abs. 1 SGB XI Präventionsauftrag der Pflegekassen

§ 18 Abs. 1 und 6 SGB XI
Präventionsempfehlung im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(Siehe Kapitel IX: „Gesetzliche Grundlagen“)

VI. Begutachtung, Pflegeplanung, Dokumentation





Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA)

Persönliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einschätzen

Worum geht es?

Der **neue Pflegebedürftigkeitsbegriff**, der durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eingeführt werden soll, erfasst die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Um zukünftig die Pflegebedürftigkeit einzuschätzen, wird in sechs Lebensbereichen der Grad der Selbständigkeit, also das Ausmaß, in dem die pflegebedürftige Person sich noch selbst ohne fremde Hilfe versorgen kann, eingeschätzt. Mit dem **Neuen Begutachtungsassessment (NBA)** ist dazu ein umfassender, pflegewissenschaftlich fundierter Begutachtungsansatz geschaffen worden. In zwei Erprobungsstudien wurde das neue Verfahren bereits erfolgreich auf seine Praxistauglichkeit getestet.

Die Gutachterinnen und Gutachter ermitteln für die Einschätzung der Schwere der Pflegebedürftigkeit jeweils das Ausmaß, in dem Pflegebedürftige Hilfe anderer Personen benötigen. Das Ergebnis ist die Einstufung in einen von **fünf Pflegegraden**, die die bisherigen drei Pflegestufen (und die sogenannte „Pflegestufe 0“*) ersetzen. Das NBA berücksichtigt körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen bei der Einstufung gleichermaßen. Ausschlaggebend für die Höhe der Pflegeleistungen ist allein der Pflegegrad. Demenzerkrankungen und andere Einschränkungen der Alltagskompetenz werden nicht mehr wie bisher gesondert erfasst, sondern bereits mit dem NBA.

Mit dem NBA wird außerdem der Grundsatz gestärkt, Pflegebedürftigkeit mit Präventions-

und Rehabilitationsmaßnahmen möglichst zu verhindern oder zu verzögern. Das Begutachtungsverfahren ermöglicht daher den Gutachterinnen und Gutachtern, gezielte Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen abzugeben. Damit werden auch wichtige Informationen für die Pflegeplanung erhoben.

Wen betrifft es?

Die weitreichenden Neuerungen betreffen somit insbesondere Pflegebedürftige sowie die Gutachterinnen und Gutachter, aber auch die Pflegekräfte, die Pflegebedürftige versorgen und betreuen. Vom neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff profitieren alle Pflegebedürftigen: Mit den neuen Pflegegraden ergeben sich für die große Mehrheit der heutigen und zukünftigen Leistungsbezieher deutliche Leistungsverbesserungen. Kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige werden bei den Leistungsbeträgen gleichgestellt. Kein Pflegebedürftiger, der zum Zeitpunkt der Umstellung Leistungen bezieht, wird durch die Umstellung schlechter gestellt. Auch die pflegerische Versorgung wird auf neue fachliche Füße gestellt: So ist das Neue Begutachtungsassessment der fachliche Bezugsrahmen z. B. für die neue Pflegedokumentation („Strukturierte Informationssammlung – SIS“) und für die Ergebnisindikatoren für stationäre Pflegequalität.

Wenn die Gutachterinnen bzw. Gutachter Rehabilitationsmaßnahmen vor oder bei Pflegebedürftigkeit empfehlen, können auf dieser Grundlage Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen werden.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Was ist neu?

- Fünf Pflegegrade sollen die drei Pflegestufen voraussichtlich ab 2017 ersetzen.
- Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) ermittelt dann die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten in sechs pflegerelevanten Modulen bzw. Lebensbereichen, um den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen.

Wo wird es geregelt?

§ 17a SGB XI

Ermächtigung des GKV-Spitzenverbands zum zeitgerechten Beginn der Erarbeitung der neuen Begutachtungsrichtlinie.

Was heißt das praktisch?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter oder – bei knappschaftlich Versicherten – der Sozialmedizinische Dienst (SMD) erstellen ein Gutachten, das den Grad der Selbständigkeit in pflegerelevanten Lebensbereichen erfasst und beschreibt. Das geschieht in der Regel bei einem im Vorfeld vereinbarten Hausbesuch durch einen Gutachter oder eine Gutachterin. Hierbei werden die Fähigkeiten der Menschen in den folgenden acht **Lebensbereichen** begutachtet:

1. **Mobilität:** Körperliche Beweglichkeit, z. B., ob die Person allein aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen kann oder ob sie sich selbständig im Wohnbereich fortbewegen und Treppen steigen kann.
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Verstehen und Reden, z. B., ob die Person sich zeitlich und räumlich orientieren kann, ob sie

Wo wird es nach Inkrafttreten des PSG II geregelt?

§§ 14, 15 SGB XI

sowie **Anlage 1 und 2** zu

§ 15 SGB XI

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, neues Begutachtungsinstrument und Pflegegrade sowie Einzelpunkte und Bewertungssystematik des neuen Begutachtungsinstruments.

Wo wird es geregelt?

§ 18 Abs. 5a SGB XI

Erhebung zusätzlicher Informationen für die Pflegeplanung ohne Berücksichtigung bei den Pflegegraden.

Sachverhalte versteht, Risiken erkennen und Gespräche mit anderen Menschen führen kann.

3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person und andere belastend sind, aber auch die Abwehr pflegerischer Maßnahmen.
4. **Selbstversorgung:** Z. B. inwieweit sich die Person selbständig waschen, ankleiden, die Toilette aufsuchen, sowie essen und trinken kann.



- 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen:** Z. B., ob die Person die Fähigkeit hat, Medikamente selbst einzunehmen, Blutzuckermessungen selbst durchzuführen, zu deuten, ob sie mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder einem Rollator zurechtkommt und den Arzt aufsucht.
- 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Z. B. die Fähigkeit, den Tagesablauf selbständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder die Skatrunde ohne Hilfe zu besuchen.

Die Module 7 und 8 werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen. Sie ermöglichen den Pflegeberaterinnen und -beratern, die Pflegebedürftigen in Bezug auf weitere Angebote oder Sozialleistungen zu beraten oder einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen. Für die Pflegekräfte enthalten sie Informationen für eine individuellere Pflegeplanung.

- 7. Außerhäusliche Aktivitäten:** In diesem Feld wird erhoben, ob sich die Person selbständig im öffentlichen Raum bewegen, an Veranstaltungen teilnehmen und welche Transportmittel sie selbständig nutzen kann.
- 8. Haushaltsführung:** In diesem Modul wird die Selbständigkeit bei Tätigkeiten wie Einkaufen, Behördengängen oder der Regelung finanzieller Angelegenheiten ermittelt.

Erst aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade. In den einzelnen Modulen bzw. Lebensbereichen werden für jedes erhobene Kriterium je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen Punkte vergeben, zusammengezählt und gewichtet. Denn die Module fließen unterschiedlich gewichtet in die Gesamtwertung ein: „Selbstversorgung“ mit 40 Prozent, „Bewältigung von und Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ mit 20 Prozent, „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ mit 15 Prozent und „Mobilität“ mit 10 Prozent. Eine Besonderheit betrifft die beiden Module „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychi-

sche Problemlagen“: Hier fließt der jeweils höhere Punktwert in die Gesamtwertung ein, der mit 15 Prozent gewichtet wird (siehe Schaubild auf Seite 4). Aus dem Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad anhand der gesetzlichen Bestimmung des § 15 Abs. 3 SGB XI abgeleitet.

Eine Zeiterfassung spielt in der neuen Begutachtung für die Einstufung keine Rolle mehr. Stattdessen werden den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit den Pflegestärkungsgesetzen mehr Möglichkeiten gegeben, die Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend ihren Wünschen und ihrer Lebenssituation zu nutzen.

Das folgt aus der Umstellung

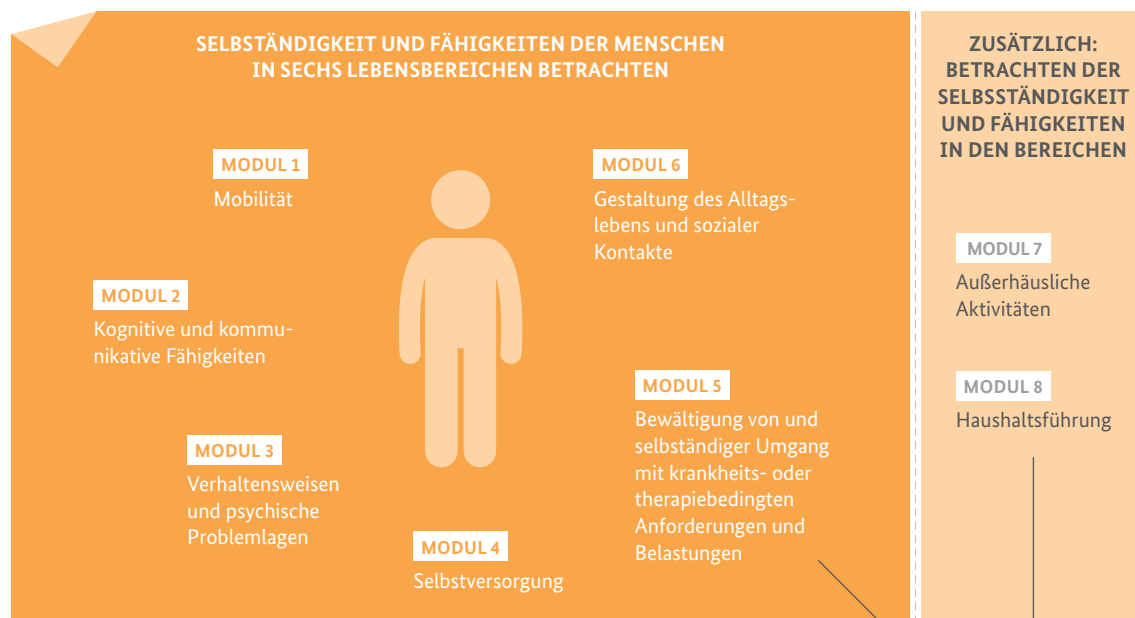
Wer zum Zeitpunkt der Umsetzung bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird ohne neuerliche Begutachtung automatisch in das neue System übergeleitet. Es gilt die Formel: Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen erhalten den nächsthöheren Pflegegrad. So erhalten Menschen mit Pflegestufe I nach der Überleitung Pflegegrad 2, Menschen mit Pflegestufe III den Pflegegrad 4. Menschen mit geistigen Einschränkungen kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad: sogenannte „Pflegestufe 0“ wird in Pflegegrad 2, Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird in Pflegegrad 4 übergeleitet.

Bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen führt die Einstufung in eine höhere Pflegestufe bislang dazu, dass die Pflegeversicherung zwar höhere Leistungen zahlt, aber der pflegebedingte Eigenanteil, den die Betroffenen selbst zu tragen haben, ebenfalls steigt. Deshalb verwehren sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil oft einer Neubegutachtung, obwohl sie mehr Pflege brauchen. Das soll künftig anders werden: Mit dem PSG II kommt in vollstationären Pflegeeinrichtungen ein einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5, der von der jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Dieser Eigenanteil wird nicht mehr steigen, wenn jemand in seiner Pflegeeinrichtung in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

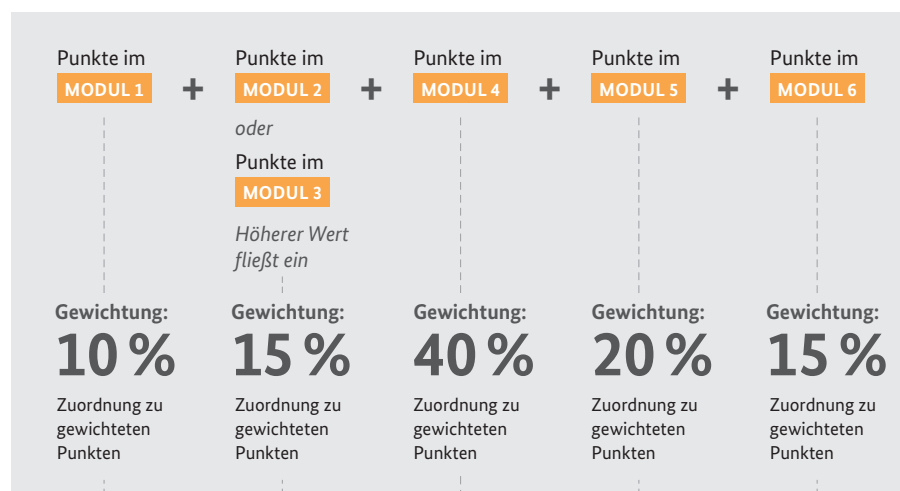


Neues Begutachtungsassessment (NBA) und Einstufung in die Pflegegrade

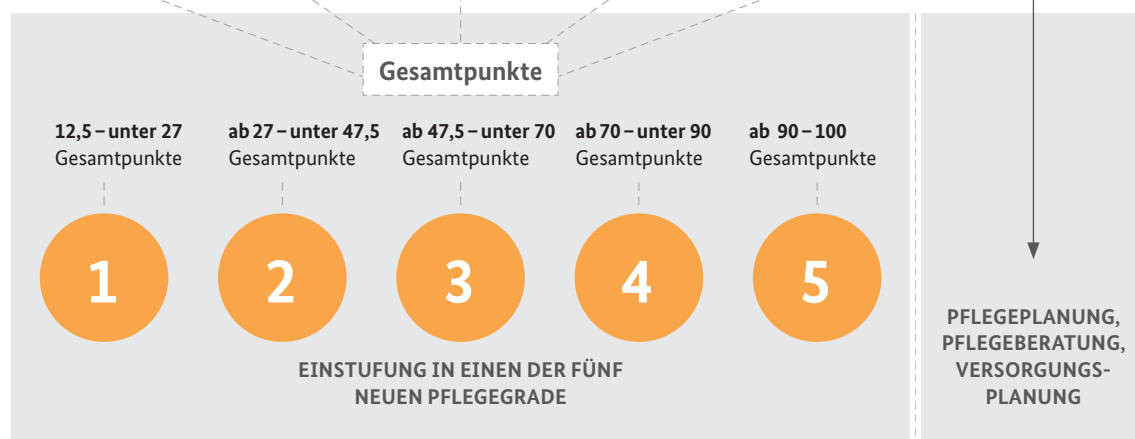
1. ERFASSUNG DER SELBSTÄNDIGKEIT UND DER FÄHIGKEITEN IN SECHS LEBENSBEREICHEN UND ZWEI ZUSÄTZLICHEN BEREICHEN



2. BERECHNUNG UND GEWICHTUNG DER PUNKTE



3. EINSTUFUNG





Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

*Informationen strukturiert sammeln –
Pflege effizient planen und dokumentieren*

Worum geht es?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem entsprechenden Begutachtungsverfahren, die schon lange gefordert waren, bringt das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) weitreichende Verbesserungen für das Pflegesystem (siehe VI.1).

Für die Pflegepraxis in der Langzeitpflege wird gleichzeitig ein weiteres drängendes Anliegen in Angriff genommen: Schon lange wird der hohe bürokratische Aufwand im Pflegealltag beklagt. Mit der Einführung eines neuen Konzepts zur Pflegedokumentation wird jetzt Abhilfe geschaffen.

Nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes wenden Pflegekräfte rund 13 Prozent ihrer Arbeitszeit für die Pflegedokumentation auf. Dadurch entstehen pro Jahr Kosten in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro. Künftig können die Pflegeeinrichtungen überflüssigen Dokumentationsaufwand vermeiden und somit Entlastung für die Pflegekräfte schaffen. 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 „Strukturmodell“ entwickelt. Nachdem es sich in einem umfassenden Praxistest bewährt hat, erfolgt seit Anfang 2015 die bundesweite Einführung. Mit dem Strukturmodell wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Das Projekt wird vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Einrichtungs- und Kostenträger sowie der

Kommunen, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung, dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung, den Pflegeberufsverbänden sowie den Bundesländern durchgeführt.

Wen betrifft es?

Das Strukturmodell eignet sich sowohl für stationäre als auch für ambulante Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege. Von der Einführung profitieren Pflegekräfte und Pflegebedürftige gleichermaßen, weil durch den Abbau von unnötigem Dokumentationsaufwand mehr Zeit für die unmittelbare Pflege und Betreuung zur Verfügung steht. Interessierte ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollten sich als Teilnehmer der Implementierung registrieren lassen. Seit Beginn der Implementierung machen bundesweit bereits über 8.500 Pflegeeinrichtungen mit, das heißt mehr als ein Drittel aller Einrichtungen (Stand: Februar 2016). Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat zur Unterstützung dieses Prozesses eigens ein Projektbüro eingerichtet. Auf der Website des Projektbüros www.ein-step.de finden Sie alle weiterführenden Informationen.

Was ist neu?

- Die Dokumentationspraxis wird auf einen vierstufigen Pflegeprozess und eine systematische Berücksichtigung der persönlichen Perspektiven der Pflegebedürftigen ausgerichtet.
- Den Einstieg in den Pflegeprozess bildet die neue **Strukturierte Informationssammlung (SIS)**. In der SIS werden die Wünsche der Pflegebedürftigen, die Beurteilung der Pflege- und Betreuungsbedarfe durch die Pflegefachkraft sowie die individuellen pflegerelevanten Risiken dokumentiert.



- Die fachliche Beurteilung zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation erfolgt anhand von fünf Themenfeldern, in die sich nach Ergebnissen der Pflegeforschung alle relevanten Hilfe- und Pflegebedarfe einordnen lassen.
- Die Benennung dieser Themenfelder nimmt bewusst Bezug auf die Module des Neuen Begutachtungsassessments (NBA), um die Orientierung der Pflegeeinrichtungen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu unterstützen. Die Erfassung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs im Rahmen des Pflegeprozesses nimmt jedoch eine breitere Perspektive ein als die Begutachtung.
- Das sechste Themenfeld gilt im ambulanten Sektor der Pflegeorganisation in Absprache mit der Familie („Haushaltsführung“), im stationären Bereich liegt der Schwerpunkt auf Aspekten einer individuellen Wohnsituation („Wohnen/Häuslichkeit“).
- Aus den in der SIS dokumentierten Erkenntnissen ergeben sich im nächsten Schritt die Maßnahmenplanung sowie die Festlegung von Evaluationsdaten.
- Im Berichtblatt werden vor allem auftretende Abweichungen von der geplanten grundpflegerischen Versorgung und Betreuung dokumentiert – dadurch wird nicht nur „Schreibaufwand“ gespart, sondern tatsächlich relevante akute Veränderungen können schneller erkannt werden.
- In der Folge kann in der stationären Pflege auf die Einzeldokumentation von wiederkehrenden Abläufen der Grundpflege und Betreuung verzichtet werden, sofern diese im Qualitäts-handbuch beschrieben sind.
- An die Stelle von schematischen Dokumentationsroutinen setzt das Konzept des Strukturmodells auf die fachliche Kompetenz der Pflegenden.

Was heißt das praktisch?

Zum Strukturmodell mit seinen vier Elementen stehen eine Reihe von schriftlichen Darstellungen und Zusammenfassungen auf der Website des Implementierungsprojekts www.ein-step.de zur Verfügung.



Strukturmodell Dokumentationssysteme



Quelle: Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2015): Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen



Andreas Reeg

Weniger Bürokratie: Die effiziente Dokumentation der Pflegetätigkeit ist für die Qualitätssicherung wichtig.

Die Umstellung von der bestehenden Dokumentationspraxis auf das Strukturmodell geht in den meisten Fällen mit Veränderungen wichtiger Steuerungs- und Kommunikationsprozesse in den Pflegeeinrichtungen einher. Die bisherigen Praxiserfahrungen zeigen, dass Einrichtungen leichter zum Ziel kommen, wenn sie auf eine qualifizierte Schulung und Begleitung zurückgreifen können. Das Projektbüro des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung hat deshalb in Zusammenarbeit mit den Verbänden über 650 Multiplikatoren der Trägerverbände und Prüfinstanzen geschult. Die Einführung des Strukturmodells wird auf Bundes- sowie auf Landesebene von gemeinsamen Koordinierungsgremien der beteiligten Partner begleitet.

Für eine reibungslose Einführung des Strukturmodells können Pflegeeinrichtungen umfangreiche Unterstützungsangebote nutzen:

- Das schriftliche Informationsmaterial auf **www.ein-step.de** ermöglicht eine erste Orientierung zum Strukturmodell, zu den Voraussetzungen für die Umsetzung – aber auch zu pflegfachlichen und juristischen Fragen im Detail.

- Pflegeeinrichtungen, die sich für eine Einführung des Strukturmodells entscheiden, sollten sich auf der Website des Projekts als Teilnehmer registrieren – auch wenn die Umsetzung nicht sofort erfolgt, sondern erst im Laufe der kommenden Monate geplant ist.

- Mit der Anmeldung erhält die Pflegeeinrichtung die vom Projektbüro entwickelten speziellen Schulungsunterlagen einschließlich eines exemplarischen Projektplans.

- Darüber hinaus unterstützt der jeweilige Verband durch eigens geschulte Multiplikatoren bei der weiteren Umsetzung. Die Verbände haben dafür eigene Programme aufgelegt, die Schulungen, regionale Reflexionstreffen und Beratungsangebote beinhalten.

Die Umstellung auf das Strukturmodell darf nicht mit der Einführung neuer Formulare verwechselt werden. Sie bedeutet eine umfassende Neuausrichtung der bisherigen Dokumentationspraxis. Die Verantwortlichen in der Einrichtung müssen den Prozess aktiv begleiten und sich darauf einstellen, dass zum Beispiel bisherige Verfahrensanweisungen und das Qualitätshandbuch schrittweise überarbeitet und angepasst werden. Das



Thema Pflegedokumentation betrifft fast alle Funktionen und Beschäftigten in den Einrichtungen. Für den Erfolg ist es entscheidend, dass alle Beteiligten durch transparente Kommunikation und interne Fortbildungen in den Prozess einbezogen werden.

Zusammenfassend ergeben sich durch die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation neue Perspektiven:

- Entlastung und Motivationssteigerung der Pflegekräfte durch eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien standhält und gleichzeitig übersichtlich, praxistauglich und zeitschonend ist
- Mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Impulse zur Gesundheitsförderung, weil die Pflegedokumentation die Kompetenz der Pflegekräfte stärkt und nicht mehr zusätzlicher Belastungsfaktor im beruflichen Alltag ist

Wo wird es geregelt?

Dem Strukturmodell wurde 2014 durch einen Beschluss der Vertragspartner nach **§ 113 SGB XI** bescheinigt, dass es mit den geltenden „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ (**§ 113 SGB XI**) sowie mit den Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen vereinbart ist.

Das bedeutet konkret, dass es sich bei dem Strukturmodell um „[...] eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation [...]“ handelt, die „[...] über ein für die Pflegeeinrichtung vertretbares und wirtschaftliches Maß [...]“ nicht hinausgeht (**§ 113 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI**).

Darüber hinaus gibt es in landesrechtlichen Regelungen Hinweise zur Gestaltung der Pflegedokumentation. Auch diese Regelungen stehen einer Einführung des Strukturmodells nicht entgegen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen sowie die Länder unterstützen das Projekt vorbehaltlos und haben ein umfangreiches, vom Projektbüro des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung unterstütztes Schulungsprogramm für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsichten) aufgelegt.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde außerdem gesetzlich klargestellt, dass aufgrund des Strukturmodells erreichte Zeiteinsparungen in den Vergütungsverhandlungen nicht von den Kostenträgern gegen gerechnet werden dürfen, sondern der Arbeitsverdichtung entgegenwirken sollen (**§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI**).



Ansichtsexemplare der SIS-Bögen für ambulante wie stationäre Pflege finden Sie auf den folgenden Seiten.

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Name der pflegebedürftigen Person		Geburtsdatum		Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft		pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer	
-----------------------------------	--	--------------	--	---	--	--	--

Themenfeld 4 – Selbstversorgung													

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen													

Themenfeld 6 – Haushaltsführung													

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene													
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Dekubitus		Beratung		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges		
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		
2. Mobilität und Beweglichkeit													
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen													
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
4. Selbstversorgung													
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
5. Leben in sozialen Beziehungen													
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Themenfeld 4 – Selbstversorgung	
Name der pflegebedürftigen Person	
Geburtsdatum	
Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	
pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer	

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Sample

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

sexer

Themenfeld 6 – Wohnen/Häuslichkeit

sicht

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

[illegible]



NBA-Wissen kompakt

Die Pflegebegutachtung – Selbständigkeit erfassen

Worum geht es?

Die Pflegebegutachtung verändert sich! Im Zentrum der neuen Regelungen stehen Aktivitäten und Lebensbereiche, die jeden Menschen jeden Tag betreffen. Dabei wird der Grad der Selbständigkeit abgebildet. Mit dem „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA) gibt es ab 2017 ein neues Begutachtungsinstrument, mit dem der individuelle Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit gemessen wird. Bei der Einstufung in die neuen Pflegegrade wird bewertet, ob die antragstellende Person den Alltag selbständig meistern kann. Wer noch sehr selbständig ist, wird niedriger eingestuft als jemand, der auf Unterstützung durch eine helfende Person angewiesen ist. Dabei werden die Auswirkungen psychisch-kognitiver und körperlicher Beeinträchtigungen gleichermaßen berücksichtigt. Am Ende soll ein möglichst umfassendes Bild der pflegebedürftigen Person stehen.

Mit dem neuen Pflegegrad 1 können auch Personen, die nur geringfügig eingeschränkt sind, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Durch die frühzeitige Einbeziehung von Pflegeberatung und z. B. die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen kann ggfs. einer Verschlechterung vorgebeugt werden.

Wie wird begutachtet?

- Die Gutachterinnen und Gutachter sind ausgebildete Pflegefachkräfte und Ärztinnen bzw. Ärzte, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), vom sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft (SMD) oder vom Medizinischen Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen (Medicproof) beauftragt werden.
- Die Gutachterin oder der Gutachter macht sich im Rahmen des Hausbesuches ein Bild von der Selbständigkeit und den Fähigkeiten, der aktuellen Versorgungssituation und dem Wohnbereich der Antragstellerin oder des Antragstellers. Die Versorgungssituation wird erfragt und der Wohnbereich wird angesehen.
- Im Gutachten wird auch festgehalten, ob Hilfsmittel vorhanden sind und die Antragstellerin oder der Antragsteller damit umgehen kann.
- In den Modulen **Mobilität, Selbstversorgung und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ist gutachterlich zu beurteilen, inwieweit die Person wesentliche Aktivitäten aus dem jeweiligen Lebensbereich selbständig durchführen kann.
- Die Beurteilung in Modul 2 **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** bezieht sich darauf, ob die Fähigkeiten vorhanden bzw. nicht vorhanden sind.
- In Modul 3 **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** ist zu erheben, wie häufig Ereignisse mit personellem Unterstützungsbedarf auftreten.
- In Modul 5 kommt es auf die Häufigkeit der Hilfe bei der **Bewältigung von und dem selbständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** an.



Wie wird bewertet?

- Je nach Ausprägung der Beeinträchtigung wird bei jedem Kriterium ein Punktwert ermittelt.
- Aus der Summe der Einzelpunkte wird für jedes Modul ein gewichteter Punktwert ermittelt, der den Schweregrad der Beeinträchtigungen im jeweiligen Modul abbildet.
- Jedem Punktbereich werden gewichtete Punktwerte zugeordnet.
- Die gewichteten Punktwerte aus den Modulen werden zu einem Gesamtwert addiert. Die Skala dafür liegt zwischen 0 und 100 Punkten. Daraus ergibt sich der Pflegegrad. Ab 12,5 Punkten erfolgt beispielsweise die Einordnung in den Pflegegrad 1. Mithilfe der Summe der gewichteten Modulpunkte lässt sich der Pflegegrad aus der unteren Tabelle ablesen.

Von den gewichteten Modulpunkten zum Pflegegrad

Gewichtet	Ab 12,5–27	Ab 27–47,5	Ab 47,5–70	Ab 70–90	Ab 90–100
Pflegegrad	1	2	3	4	5

Kurz erklärt: Was ist mit Selbständigkeit gemeint?

Die Bewertung in den einzelnen Modulen erfolgt anhand einer vierstufigen Skala. In den meisten Modulen umfasst sie die Ausprägungen:

0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität ohne eine helfende Person durchführen. Das gilt auch, wenn sie Hilfsmittel benötigt oder die Tätigkeit nur langsam ausführen kann.

1 = überwiegend selbständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Für die Pflegeperson besteht nur ein geringer Aufwand.

2 = überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen, eine Beteiligung ist aber möglich.

3 = unselbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen beziehungsweise steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Auch Motivation, Anleitung und ständige Beaufsichtigung reichen nicht aus.



Reha vor Pflege und Beratung

Worum geht es?

Im Rahmen der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument geht es nicht nur um die Feststellung des Pflegegrades. Die Gutachterinnen und Gutachter geben auch Empfehlungen zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen. Im Mittelpunkt steht dabei 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 und von der Pflegekasse eingeleitet werden. Das ist eine Vereinfachung für die Pflegebedürftigen.

Wie wird begutachtet?

→ Mit § 31 des SGB XI wird den Pflegekassen zur Aufgabe gemacht, die Möglichkeit von Rehabilitationsmaßnahmen zu prüfen.

→ Beim Hausbesuch überprüft die Gutachterin oder der Gutachter nicht nur die individuellen Fähigkeiten, sondern auch, ob durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Verminderung der Beeinträchtigungen erreicht oder eine Verschlimmerung verhindert werden kann.

→ Rehabilitationsmaßnahmen können empfohlen werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Rehabilitationsfähigkeit,
- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- realistische, für die Versicherte bzw. den Versicherten alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

→ Die im Gutachten empfohlenen Hilfsmittel werden mit Zustimmung der bzw. des Versicherten direkt als Antrag für Hilfsmittel gewertet.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Heinz Schneider ist 65 Jahre alt und hat seit fünf Jahren Parkinson. Petra Fischer ist Gutachterin und besucht Herrn Schneider in seiner Wohnung für eine Erstbegutachtung.

Herr Schneider öffnet die Tür und begrüßt Frau Fischer freundlich. Er bittet sie einzutreten und geht – langsam und auf einen Stock gestützt – in die Wohnung. Gemeinsam betreten sie das Wohnzimmer, in dem Ursula Schneider auf ihren Mann und Frau Fischer wartet. Auf dem Tisch liegen, wie vorab besprochen, die Unterlagen, die den bisherigen Krankheitsverlauf und die aktuelle Pflegesituation dokumentieren. Beim Kaffee unterhalten sich die drei über Heinz Schneiders Erkrankung und die Lebensumstände der Schneiders. Frau Fischer lässt das Ehepaar zunächst berichten und stellt dann Nachfragen. Im Anschluss lässt sie sich in der

Wohnung einige Alltagsverrichtungen zeigen. Nach ungefähr einer Stunde verabschiedet sie sich von Familie Schneider.

Frau Fischer kann viele Punkte ihres umfangreichen Begutachtungsbogens abhaken, ohne konkrete Fragen stellen zu müssen. Bereits bei der Begrüßung ist ihr aufgefallen, dass Herr Schneider selbständig zur Tür gehen kann und ihr die Hand schüttelt; er kann – wenn auch unter Zittern – einen Löffel halten und sich Zucker in den Kaffee geben. Im Gespräch erfährt sie viel über den Alltag der Schneiders.

Der Hausbesuch ermöglicht Frau Fischer einen sensiblen Umgang mit den pflegerelevanten Themen. Familie Schneider bietet der Besuch die Möglichkeit, ihre Fragen zu stellen und Unsicherheiten zu klären.



Modul 1: Mobilität

Worum geht es?

Im ersten Modul des Begutachtungsinstruments **Mobilität** werden ausschließlich die motorischen Fähigkeiten der Person begutachtet. Die Gutachterin oder der Gutachter wird verschiedene Funktionsprüfungen durchführen, etwa um zu beurteilen, ob die Person allein aufstehen, sich umsetzen oder gehen kann. Dabei geht es nur um die körperlichen Aspekte wie Kraft, Balance und Koordination. Können die Bewegungen eigentlich ausgeführt werden, sind aber nicht zielgerichtet, fließt dies nicht in das erste Modul ein. Hier werden demnach nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen abgebildet.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 1 geht es um die Mobilität der pflegebedürftigen Person. Kann sie ohne personelle Unterstützung eine bestimmte Körperhaltung einnehmen und wechseln und sich eigenständig fortbewegen?
- Bei einem Hausbesuch kann sich die Gutachterin oder der Gutachter vom Zustand der pflegebedürftigen Person überzeugen.
- Für die Bewertung der motorischen Fähigkeiten ist es unerheblich, ob sie im Alltag der versicherten Person eine Rolle spielen, beispielsweise ob Treppen tatsächlich bewältigt werden müssen.
- Es können auch Hilfsmittel eingesetzt werden. Ist die antragstellende Person in der Lage, die jeweilige Tätigkeit mit Hilfsmitteln ohne personelle Unterstützung auszuführen, gilt sie als selbständig.

Zudem trifft die Gutachterin oder der Gutachter Feststellungen darüber, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt, also ob eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt. Ist dies der Fall, wird die versicherte Person unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 1.1 Positionswechsel im Bett
- 1.2 Halten einer stabilen Sitzposition
- 1.3 Umsetzen
- 1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- 1.5 Treppensteigen

Die vierstufige Skala in Modul 1 reicht von 0 (selbständig) über 1 (überwiegend selbständig), 2 (überwiegend unselbständig) bis 3 (unselbständig).



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 1	Gewichtete Modulpunkte Modul 1
Keine	0–1	0
Geringe	2–3	2,5
Erhebliche	4–5	5
Schwere	6–9	7,5
Schwerste	10–15	10

Das Modul fließt mit 10 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Renate Becker ist 50 Jahre alt und an multipler Sklerose erkrankt. Vor 15 Jahren hatte sie ihren ersten Schub. Als die Gutachterin Petra Fischer sie besucht, ist sie seit einem halben Jahr schubfrei; doch die Krankheit hat Spuren hinterlassen. Frau Becker leidet unter Tremor und Lähmungen im Bein.

Frau Becker und ihr Mann führen Frau Fischer durch das Einfamilienhaus. Renate Becker bewegt sich etwas unsicher und geht auf einen Stock gestützt, aber allein. Nur an der

Treppe wartet sie auf ihren Mann, der sie beim Treppensteigen stützen muss. Frau Fischer kreuzt deshalb im Kriterium 1.5 *überwiegend unselbständig* an. Sie hätte das Treppensteigen auch bewertet, wenn im Haus gar keine Treppe vorhanden gewesen wäre. Bei den anderen Kriterien ist Frau Becker selbständig.

Frau Becker hat 2 Einzelpunkte in Modul 1. In die Gesamtwertung fließt das erste Modul daher mit 2,5 gewichteten Modulpunkten ein.



Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Worum geht es?

Während es in Modul 1 ausschließlich um motorische, also körperliche Fähigkeiten geht, werden im zweiten Modul kognitive und kommunikative Fähigkeiten begutachtet. Zum einen geht es um kognitive Funktionen und Aktivitäten, wie beispielsweise das Erkennen, Entscheiden oder Steuern, und nicht um die motorische Umsetzung. Ist die Person in der Lage, sich mit der Umwelt auszutauschen: Kann der Mensch mit seinen Mitmenschen kommunizieren? Erkennt er sie? Kann er sich räumlich und zeitlich orientieren und – wichtig für die Alltagsbewältigung – kann er Situationen bewerten, Gefahren erkennen und Bedürfnisse kommunizieren?

Wie wird begutachtet?

- In Modul 2 geht es unter anderem um die Fähigkeiten, sich räumlich und zeitlich zu orientieren, sich zu beteiligen und eigene Alltagsentscheidungen zu treffen.
- Beim Hausbesuch wird sich die Gutachterin oder der Gutachter ein Bild von den geistigen Fähigkeiten des Gegenübers machen.
- Da das Thema eine hohe Sensibilität erfordert, wird sie oder er dabei behutsam vorgehen und insbesondere im Gespräch feststellen, welche Fähigkeiten vorhanden sind und wo möglicherweise eine Beeinträchtigung vorliegt.
- Die Bewertungsskala in Modul 2 verwendet eine vergleichbare Abstufung wie in den anderen Modulen, sie bewertet aber nicht Selbständigkeit, sondern das Vorhandensein einer Fähigkeit.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- 2.2 Örtliche Orientierung
- 2.3 Zeitliche Orientierung
- 2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- 2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- 2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- 2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- 2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren
- 2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- 2.10 Verstehen von Aufforderungen
- 2.11 Beteiligen an einem Gespräch



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 2	Summe der Einzelpunkte Modul 3	Gewichtete Punkte Modul 2/3
Keine	0–1	0	0
Geringe	2–5	1–2	3,75
Erhebliche	6–10	3–4	7,5
Schwere	11–16	5–6	11,25
Schwerste	17–33	7–65	15

Aus den Modulen 2 und 3 fließt immer nur der jeweils höhere gewichtete Punktwert mit 15 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Bewertungssystem Modul 2

Das Bewertungssystem ist ähnlich wie in den anderen Modulen, allerdings wird in Modul 2 keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt. Das Ergebnis wird – je nach Ausprägung – in einer Bewertungsskala folgendermaßen abgebildet:

Eine Fähigkeit ist

→ **vorhanden/unbeeinträchtigt (0)**,

wenn die Fähigkeit (nahezu) vollständig vorhanden ist.

→ **größtenteils vorhanden (1)**,

die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen, beispielsweise, wenn im Rahmen von Alltagsroutinen oder in zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen

getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten in unbekannten Situationen hat.

→ **in geringem Maße vorhanden (2)**,

die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden, etwa wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese aber meist nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

→ **nicht vorhanden (3)**,

die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Person Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten treffen kann.



Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Die Gutachterin Petra Fischer kommt heute zu Maria Meyer, 78 Jahre alt, die an Demenz erkrankt ist. Frau Meyer lebt allein. Als Frau Fischer das Grundstück des kleinen Einfamilienhauses betritt, kommt Frau Meyer zur Tür. Sie öffnet und begrüßt die Nachbarin, die im Vorgarten Blumen gießt. Während sie an der Küche vorbeilaufen, sieht Frau Fischer, dass ein kleiner Fernseher auf der Arbeitsplatte steht, in dem gerade Nachrichten laufen. Im Gespräch unterhalten sich die beiden über die Krankheit und zurückliegende Arztbesuche. Frau Fischer stellt aber auch Fragen nach dem verstorbenen Wolfgang Meyer, der Hochzeit und den Enkeln.

Frau Meyer ist noch gut in der Lage, ihre unmittelbaren Bedürfnisse zu kommunizieren. Sie versteht Aufforderungen und kann die alltäglichen Entscheidungen selbst treffen. Bei der zeitlichen und räumlichen

Orientierung hat sie hingegen Probleme. Je weiter die Dinge zurückliegen, desto leichter fällt es ihr, die Ereignisse in eine Chronologie zu bringen, auf die Frage, wen sie gerade begrüßt habe oder was im Fernsehen lief, als Frau Fischer kam, antwortet sie ausweichend. Frau Fischer zeigt auf die Nachbarin, die durchs Fenster zu sehen ist. Frau Meyer kann sich nicht erinnern, wer das ist. Die meisten Fähigkeiten von Frau Meyer in Modul 2 sind **unbeeinträchtigt**. Das Erkennen von Personen, Verstehen von Sachverhalten und Information und die örtliche und zeitliche Orientierung sind jedoch nur **größtenteils vorhanden**.

Frau Meyer hat 4 Einzelpunkte in Modul 2, in Modul 3 hat sie keine Einzelpunkte. In die Gesamtwertung fließen die Module 2 und 3 daher mit 3,75 gewichteten Modulpunkten ein.



Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Worum geht es?

In Modul 3 erfasst die Gutachterin oder der Gutachter, ob und mit welcher Häufigkeit die pflegebedürftige Person Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zeigt, die als Folge von Gesundheitsproblemen immer wieder auftreten. Verhaltensauffälligkeiten können als Folge von äußeren Einflüssen oder als Begleitsymptome anderer Erkrankungen auftreten. Bei der Einschätzung geht es vor allem um die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Die Gutachterin oder der Gutachter bewertet dabei nicht nur den aktuellen Zustand, sondern muss hier auch die Angaben der Pflegepersonen zu den Verhaltensauffälligkeiten in den letzten Wochen und Monaten einbeziehen.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 3 geht es um Selbststeuerung. Gibt es Auffälligkeiten? Schädigt der Mensch sich oder andere durch Aggression, ist er depressiv oder leidet unter Ängsten?
- Auch Aggressionen sind psychische Problemlagen, sie können sowohl verbal als auch nonverbal auftreten.
- Wichtig für die Begutachtung und die anschließende Bewertung ist immer, ob aufgrund der Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich ist.
- Auch in diesem Modul wird eine vierstufige Bewertungsskala verwendet. Bewertet wird die Häufigkeit des Auftretens von Symptomen mit personellem Unterstützungsbedarf.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- 3.2 Nächtliche Unruhe
- 3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- 3.4 Beschädigen von Gegenständen
- 3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- 3.6 Verbale Aggression
- 3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- 3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- 3.9 Wahnvorstellungen
- 3.10 Ängste
- 3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- 3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- 3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Die vierstufige Skala reicht von nie oder sehr selten vorkommenden (0) bis zu täglichem (5) Auftreten. Als selten (1) wird eine Auffälligkeit, die nur ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen auftritt, bewertet, als häufig (3) gelten Verhaltensweisen, die zwei- bis mehrmals wöchentlich auftreten.



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 2	Summe der Einzelpunkte Modul 3	Gewichtete Punkte Modul 2/3
Keine	0–1	0	0
Geringe	2–5	1–2	3,75
Erhebliche	6–10	3–4	7,5
Schwere	11–16	5–6	11,25
Schwerste	17–33	7–65	15

Aus den Modulen 2 und 3 fließt immer nur der jeweils höhere gewichtete Punktwert mit 15 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Maria Wagner ist 72 Jahre alt und an Demenz erkrankt. Sie kann ihren Alltag mit der Hilfe ihres Mannes Jürgen noch gut bewältigen. Im Gespräch zeigt Frau Wagner selbst keine Auffälligkeiten. Erst durch den Mann Jürgen Wagner erfährt die Gutachterin Petra Fischer, dass Frau Wagner sich außerhalb des Hauses nicht mehr auskennt. Er berichtet außerdem von verbalen Aggressionen und aggressivem Verhalten den Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften gegenüber, welches durch beruhigende Ansprache unterbrochen werden kann. Frau Fischer könnte das Verhalten als **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen** einordnen. Da es

sich aber nicht nur gegen Pflegekräfte richtet, sondern generell vorkommt, ordnet sie es als verbale Aggression ein. Auch wenn Herr Wagner unter dem aggressiven Verhalten leidet, kommt es glücklicherweise nicht wöchentlich vor und wird von Frau Fischer deshalb als selten eingestuft.

Frau Wagner hat in der Summe 1 Punkt in Modul 3 und ebenfalls 1 Punkt in Modul 2. Gewertet wird hier nur das Modul mit den höheren gewichteten Modulpunkten, in diesem Fall also Modul 3 mit 3,75 gewichteten Modulpunkten.



Modul 4: Selbstversorgung

Worum geht es?

Wer sich selbst versorgt, muss sich selbst anziehen und selbständig essen und trinken können. Auch die Körperpflege darf nicht zu kurz kommen. In Modul 4 wird begutachtet, ob die Person die anfallenden pflegerischen Tätigkeiten praktisch durchführen kann.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 4 bewertet die Gutachterin oder der Gutachter die Fähigkeit zur selbständigen Körperpflege, die Fähigkeit, selbst zu essen und zu trinken und auf die Toilette zu gehen. Es muss bewertet werden, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Dabei ist es unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.
- Im Vorfeld wird erhoben, ob Besonderheiten wie Sondenernährung, Harn- oder Stuhlinkontinenz bestehen.
- Zur Körperpflege im Bereich des Kopfes gehören das Kämmen, Rasieren und Zähneputzen. Die Gutachterin oder der Gutachter bezieht bei der Begutachtung auch mit ein, ob Zahnprothesen selbst gereinigt werden können.
- Zur Selbstversorgung gehört auch das Anziehen; die Fähigkeit zur Auswahl situationsgerechter Kleidung hingegen wird in Modul 2 begutachtet.
- Die Ernährung wird in die Bestandteile **Mundgerechte Zubereitung und Eingießen von Getränken** und **Essen** und **Trinken** aufgeteilt und getrennt beurteilt. Diese Aktivitäten werden auch bewertet, wenn die Person über eine Sonde ernährt wird. Es wird dann festgehalten, ob die Person zusätzlich zur Sondennahrung noch isst und trinkt.

- Zum Toilettengang zählen sämtliche Verrichtungen, die damit im Zusammenhang stehen, also auch das Hinsetzen und Aufstehen und Richten der Bekleidung.
- Der Umgang mit Inkontinenzprodukten wird ebenfalls in Modul 4 begutachtet. Dazu gehören auch das Leeren von Urin- oder Stomabeuteln. Die Versorgung und Pflege eines Stomas hingegen wird in Modul 5 berücksichtigt.
- Die Selbständigkeit in diesem Modul wird mittels einer vierstufigen Skala bewertet.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers
- 4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes
- 4.3 Waschen des Intimbereichs
- 4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- 4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers
- 4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers
- 4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- 4.8 Essen
- 4.9 Trinken
- 4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettensitzes
- 4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma



4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma

4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde

Die vierstufige Bewertungsskala in Modul 4 reicht von 0 (selbständig) über 1 (überwiegend selbständig), 2 (überwiegend unselbständig) bis 3

(unselbständig). Das Kriterium 8 *Essen* zählt dreifach, die Kriterien 9 *Trinken* und 10 *Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls* zählen doppelt. Kriterium 13 *Ernährung parenteral oder über Sonde* wird bei nicht regelmäßiger oder nicht dauerhafter Versorgung mit 0 Punkten bewertet, bei ausschließlicher Sondenernährung mit 3, bei zusätzlicher mit 6 Punkten.

Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 4	Gewichtete Modulpunkte Modul 4
Keine	0–2	0
Geringe	3–7	10
Erhebliche	8–18	20
Schwere	19–36	30
Schwerste	37–54	40

Das Modul fließt mit 40 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Nach einem Schlaganfall ist Werner Maier (75 Jahre) eingeschränkt. Die Gutachterin Frau Fischer beobachtet bei ihrem Besuch, dass er zwar isst und trinkt, seine Frau ihn aber häufig dazu ermutigen muss und auch das Essen für ihn schneidet und ihm Getränke einschenkt. Sie berichtet, dass er auch im Bad Hilfe braucht. Frau Fischer lässt sich die Zahnpflege zeigen. Renate Maier reicht ihrem Mann die Zahnbürste und zeigt ihm, was er tun soll. Mit dieser Demonstration ist er in der Lage, sich selbst die Zähne zu putzen. Frau Fischer notiert sich, dass Herr Maier in fast allen Bereichen überwiegend selbständig

ist, nach Aufforderung und mit kleinen Hilfestellungen ist er in der Lage, die Tätigkeiten selbst auszuführen. Das ergibt je einen Punkt bei den Kriterien 1 bis 6 (in Summe 6 Punkte). Essen wird dreifach, Trinken und Toilettengang doppelt bewertet (in Summe 7 Punkte). Nur im Bereich der mundgerechten Essenszubereitung ist Herr Maier überwiegend unselbständig, womit weitere 2 Punkte hinzukommen.

Herr Maier hat 15 Einzelpunkte in Modul 4, dies fließt mit 20 gewichteten Modulpunkten in die Gesamtwertung ein.



Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Worum geht es?

Pflegebedürftige benötigen häufig auch medizinische Versorgung. Das kann die regelmäßige Insulinspritze, das Messen des Blutdrucks oder die regelmäßige Einnahme von Tabletten sein. Was für manche Patientinnen und Patienten zum Alltag gehört, fällt anderen deutlich schwerer und sie sind auf Hilfe angewiesen. Auch bei therapeutischen Anwendungen wie Inhalationen oder beim Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen bzw. Therapeuten ist der pflegerische Unterstützungsbedarf unterschiedlich hoch.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 5 bewertet die Gutachterin oder der Gutachter den selbständigen Umgang mit krankheits- und therapiebedingten medizinischen Anforderungen.
- Dazu gehören Medikamenteneinnahmen – auch durch Injektionen –, Messungen von Blutdruck und therapeutische Anwendungen.
- Auch die Pflege eines künstlichen Darmausgangs oder das regelmäßige Einmalkatheterisieren wird in Modul 5 bewertet.
- Intravenöse Zugänge müssen oft durch eine Pflegefachkraft versorgt werden.
- Die notwendige Unterstützung bei regelmäßigen Terminen außer Haus, wie Arztbesuche oder Physiotherapie, gehören ebenso zu Modul 5.
- Bei allen bewerteten Kriterien ist anzugeben, wie häufig andere Personen bei der jeweiligen Aktivität helfen müssen.
- Einige Maßnahmen mit hohem Aufwand, wie zum Beispiel die Betreuung bei Beatmung oder Dialyse im häuslichen Bereich, werden höher als etwa die Medikamentengabe bewertet. Die Punktevergabe erfolgt deshalb nach einem anderen Muster als in den vorangegangenen Modulen.



Das Modul im Überblick

Kriterien

5.1 Medikation

5.2 Injektionen subcutan (s.c.)/intramuskulär (i.m.)

5.3 Versorgung intravenöser Zugänge
(zum Beispiel Port)

5.4 Absaugen und Sauerstoffgabe

5.5 Einreibungen oder Kälte- und
Wärmeanwendungen

5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

5.7 Körpernahe Hilfsmittel

5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung

5.9 Versorgung mit Stoma

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und
Nutzung von Abführmethoden

5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in
häuslicher Umgebung

5.13 Arztbesuche

5.14 Besuche anderer medizinischer oder
therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)

5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer
medizinischer oder therapeutischer
Einrichtungen (länger als 3 Std.)

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits-
oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

**Die Bewertungsskala unterscheidet sich von den
anderen Modulen (siehe Infobox).**

Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 5	Gewichtete Modulpunkte Modul 5
Keine	0	0
Geringe	1	5
Erhebliche	2–3	10
Schwere	4–5	15
Schwerste	6–15	20

Das Modul fließt mit 20 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.



Die Punktwertung in Modul 5

Je nach Komplexität der unter Modul 5 erfassten Maßnahmen gelten unterschiedliche Regeln für die Berechnung des Summenwertes in diesem Modul. Das Modul ist in vier Bereiche aufgeteilt, die zunächst einzeln berechnet werden.

Bereich 1 (5.1–5.7)

Für die Kriterien 5.1–5.7, die überwiegend täglich vorkommen, werden die Häufigkeiten summiert und in einen Tagesdurchschnittswert umgerechnet (bei sieben Tagen pro Woche und 30 Tagen im Monat). Das Zwischenergebnis wird wie folgt gewertet:

Hilfestellung ist insgesamt erforderlich...	Einzelpunkte
... keine oder seltener als einmal täglich	0
... mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	1
... mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	2
... mehr als achtmal täglich	3

Bereich 2 (5.8–5.11)

Für die Kriterien 5.8–5.11, die überwiegend wöchentlich vorkommen, werden die Häufigkeiten zusammengefasst und in einen Durchschnittswert pro Tag (bei sieben Tagen pro Woche und 30 Tagen im Monat) umgerechnet. Das Zwischenergebnis wird wie folgt gewertet:

Hilfestellung ist insgesamt erforderlich...	Einzelpunkte
... keine oder seltener als einmal wöchentlich	0
... ein- bis mehrmals wöchentlich	1
... ein- bis zweimal täglich	2
... mindestens dreimal täglich	3

Bereich 3 (5.12–5.15)

Für die Kriterien 5.12–5.15, die überwiegend mehrmals im Monat vorkommen, wird zwischen zeitintensiveren und weniger zeitintensiven Maßnahmen unterschieden. Für die Kriterien 5.12 und 5.15 wird jede Maßnahme, die monatlich erfolgt, mit 2 Punkten und jede Maßnahme, die wöchentlich erfolgt, mit 8,6 Punkten bewertet. Das Kriterium 5.12 (zeit- und technikintensive Maßnahmen) kann regelmäßig täglich vorkommen, zum Beispiel bei invasiver Beatmung. In diesem Fall werden 60 Punkte berücksichtigt.



Für die Kriterien 5.13 und 5.14 wird jede Maßnahme, die monatlich erfolgt, mit 1 Punkt und jede Maßnahme, die wöchentlich erfolgt, mit 4,3 Punkten bewertet. Die zeitintensiven Kriterien 5.12 und 5.15 werden also wie ein doppelter Aufwand gewertet. Anschließend werden Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 zu einem Zwischenergebnis zusammengefasst. Das Zwischenergebnis wird wie folgt gewertet:

Summierte Punkte	Einzelpunkte
< 4,3	0
4,3– unter 8,6	1
8,6– unter 12,9	2
12,9– unter 60	3
60 und mehr	6

Bereich 4 (5.16)

Das Kriterium 5.16 wird je nach Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit berücksichtigt.

Hilfestellung ist insgesamt erforderlich...	Einzelpunkte
... entfällt, nicht erforderlich oder selbständig	0
... überwiegend selbständig	1
... überwiegend unselbständig	2
... unselbständig	3

Abschließend wird der gewichtete Punktwert für Modul 5 berechnet. Dieser ergibt sich aus der Addition der Einzelpunkte. Der Summe der Einzelpunkte für Modul 5 werden die gewichteten Punkte folgendermaßen zugeordnet:

- 0 Punkte:** gewichteter Punkt = 0
1 Punkt: gewichtete Punkte = 5
2 bis 3 Punkte: gewichtete Punkte = 10
4 bis 5 Punkte: gewichtete Punkte = 15
6 bis 15 Punkte: gewichtete Punkte = 20



Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Das Modul 5 umfasst eine Reihe medizinisch indizierter Maßnahmen, die sehr unterschiedlich ins Gewicht fallen. Zur Verdeutlichung einige Rechenbeispiele:

Im ersten Bereich (5.1–5.7) werden Kriterien erfasst, die wenig Aufwand machen, aber

meist mehrfach täglich anfallen.

Die 82-jährige Monika Weber hat Bluthochdruck und Diabetes. Die Medikamente kann sie selbst nehmen, bei der Gabe von Insulin und dem Messen ihres Blutzuckers braucht sie jedoch Hilfe.

Kriterium	Beispiel Frau Weber	Wert
5.1 Medikation	dreimal mal täglich Blutdrucksenker, selbständige Einnahme	0
5.2 Injektionen s. c./i. m.	dreimal mal täglich Hilfe beim Insulinspritzen	3
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge	entfällt	0
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgaben	entfällt	0
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	entfällt	0
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen	dreimal mal täglich Hilfe bei Blutzuckermessung	3
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln	entfällt	0
Summe		6

Frau Weber benötigt sechsmal täglich Hilfe, in der Modulberechnung werden deshalb 2 Einzelpunkte für den ersten Bereich einbezogen.



Im zweiten Bereich (5.8–5.11) werden Kriterien erfasst, die im Einzelnen aufwendiger sind als die Maßnahmen aus dem vorherigen Bereich, aber nur einmal täglich oder mehrmals wöchentlich vorkommen.

Peter Wagner ist 52 Jahre alt und ab der Hüfte querschnittsgelähmt. Er hat einen künstlichen Darmausgang und führt selbstständig seine Einmalkatheterisierungen durch.

Kriterium	Beispiel Herr Wagner	Wert
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	entfällt	0
5.9 Versorgung bei Stoma	dreimal mal wöchentlich wird die Grundplatte des Stomas gewechselt	3/7
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung/Nutzung von Abführmethoden	Herr Wagner katheterisiert sich selbst	0
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	entfällt	0
Summe		3/7

Herr Wagner braucht mehrmals wöchentlich Hilfe, der zweite Bereich fließt bei ihm daher mit 1 Punkt in die Wertung ein. Bräuchte er zum Beispiel beim Einmalkatheterisieren Hilfe, würden im zweiten Bereich 2 Einzelpunkte (für tägliche Hilfe) berechnet.



Im dritten Bereich (5.12–5.15) werden Kriterien erfasst, die einen hohen zeitlichen Aufwand verursachen, aber meist nur einmal wöchentlich oder mehrmals monatlich vorkommen.

Hertha Meier, 68 Jahre alt, hat eine Niereninsuffizienz, sie muss einmal

wöchentlich von der Tochter zum Hausarzt im Ort begleitet werden und einmal monatlich in die Nieren-Spezialambulanz in die Großstadt gebracht werden. Mit Fahrt- und Wartezeit ist die Tochter über drei Stunden gebunden.

Kriterium	Beispiel Frau Meier	Wert
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	entfällt	0
5.13 Arztbesuche	einmal wöchentlich	4,3
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	entfällt	0
5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	einmal monatlich	2
Summe		6,3

Der dritte Bereich des fünften Moduls wird bei Frau Meier mit 1 Punkt gewertet.



Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Worum geht es?

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff steht erstmals nicht mehr nur der pflegerische Zeitaufwand, sondern die pflegebedürftige Person mit ihrer Selbständigkeit im Zentrum der Begutachtung. Modul 6 fokussiert auf die Alltagsgestaltung. Damit wird auch die Frage, ob eine pflegebedürftige Person ihren Alltag strukturieren kann, zur Einstufung in die neuen Pflegegrade herangezogen.

Wie wird begutachtet?

- In Modul 6 werden die Fähigkeit zur selbständigen Gestaltung des Alltagslebens und die Interaktion mit Personen im direkten Umfeld sowie die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte außerhalb des direkten Umfeldes der pflegebedürftigen Person begutachtet.
- Es wird beurteilt, ob die Person den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten und ggf. an äußere Veränderungen anpassen kann.
- Die Person benötigt hierzu planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen, um von sich aus festzulegen, ob und welche Aktivitäten sie im Tagesverlauf durchführen möchte; beispielweise wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie fernsehen oder spazieren gehen möchte. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Einigen Pflegebedürftigen fällt es schwer, die ihnen zur Verfügung stehende freie Zeit auszufüllen. Auch ob sich jemand beschäftigen kann, gehört deshalb zu den Kriterien dieses Moduls.

→ Kontakte mit Personen außerhalb des Wohnumfeldes sind für viele Menschen wichtig. In diesem Modul geht es deshalb auch um die Frage, ob solche Kontakte aufrechterhalten werden können.

Das Modul im Überblick

Kriterien

- 6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- 6.2 Ruhen und Schlafen
- 6.3 Sichbeschäftigen
- 6.4 Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- 6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- 6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Die vierstufige Skala in Modul 6 reicht von 0 (selbständig) über 1 (überwiegend selbständig), 2 (überwiegend unselbständig) bis 3 (unselbständig).



Modulbewertung

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	Summe der Einzelpunkte Modul 6	Gewichtete Modulpunkte Modul 6
Keine	0	0
Geringe	1–3	3,75
Erhebliche	4–6	7,5
Schwere	7–11	11,25
Schwerste	12–18	15

Das Modul fließt mit 15 % in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Wie sieht ein typisches Fallbeispiel aus?

Thomas Schulz, 80 Jahre alt, lebt seit dem Tod seiner Frau in einem Seniorenheim. Wegen seiner beginnenden Demenz braucht er Hilfe dabei, sein Alltagsleben und seine sozialen Kontakte zu gestalten. Im Gespräch erfährt die Gutachterin Frau Fischer, dass das Heim und die festen Routinen ihm Stabilität geben. Der gleichmäßige Tagesablauf hilft ihm, lange genug zu schlafen, und dank der Freizeitangebote des Heims kann er auch seine Freizeit gut gestalten. Wenn Herr Schulz sich etwas für den nächsten Tag vornimmt, vergisst er es wieder. Im Heim wird er an seine eigenen Pläne erinnert. Seine Tochter,

die ihn regelmäßig besucht, legt ihm häufig kleine Kärtchen mit Bildern von Bekannten und die dazugehörigen Telefonnummern auf den Schreibtisch. Diese helfen ihm, daran zu denken, alte Freunde anzurufen. Frau Fischer kommt zu dem Schluss, dass Herr Schulz überwiegend selbständig ist, bei den grundlegenden Aktivitäten (6.1–6.3) sogar selbständig.

Herr Schulz hat in der Summe 3 Punkte in Modul 6, dies fließt mit 3,75 gewichteten Modulpunkten in die Gesamtwertung ein.



Module Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Worum geht es?

Kurze Spaziergänge, der Besuch beim Bäcker oder beim Hausarzt – zu einem eigenständigen Leben gehört nicht nur das Zurechtfinden in der eigenen Wohnung, sondern auch der Gang vor die Tür. In den zwei Modulen **Außerhäusliche Aktivitäten** und **Haushaltsführung** werden diese Fähigkeiten erhoben. Das Verlassen des eigenen Wohnraums und die Teilnahme an Veranstaltungen oder Aktivitäten mit anderen Menschen fließen hier ebenso ein wie die Selbständigkeit etwa in den Bereichen Staubsaugen, Einkaufen und Haushaltsführung. Die Bereiche fließen nicht in die Berechnung des Pflegegrades ein, sondern dienen vor allem als Beratungsgrundlage für eine Versorgungsplanung.

Wie wird begutachtet?

- Die beiden Bereiche beziehen weitere versorgungsrelevante Informationen mit ein.
- Es wird bewertet, ob und in welchem Umfang die Person außerhäusliche Aktivitäten praktisch durchführen kann.
- Außerdem wird die Haushaltsführung begutachtet.
- Auch in diesem Modul gibt es eine Bewertungsskala, um den Grad der Selbständigkeit zu beschreiben.
- Die Bewertung ist jedoch unerheblich für die Feststellung des Pflegegrades.
- In diesem Modul geht es beispielsweise darum, ob die Person sich selbständig oder nur mit Hilfe in einer größeren Ansammlung von Menschen aufhalten kann; etwa bei sportlichen und kulturellen Veranstaltungen.

Die Module im Überblick

Außerhäusliche Aktivitäten

- Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung
- Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung
- Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr
- Mitfahren in einem Kraftfahrzeug
- Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
- Besuch eines Arbeitsplatzes, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes
- Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Haushaltsführung

- Einkaufen für den täglichen Bedarf
- Zubereitung einfacher Mahlzeiten
- Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten
- Aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege
- Nutzung von Dienstleistungen
- Umgang mit finanziellen Angelegenheiten
- Umgang mit Behördenangelegenheiten

VII. Praxisbeispiele





Thomas Köhler/photothek.net

Gut beraten: Familie Hartmann aus Berlin hat Anfang 2015 die Wohnung umrüsten lassen und vom Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen profitiert.

„Beide Seiten müssen das Hilfsmittel wollen“

Interview mit Karin Dieckmann vom Hamburger Verein „Barrierefrei Leben e.V.“

Damit Pflegebedürftige in den eigenen vier Wänden bleiben können und die Pflege zu Hause gelingt, braucht es oft Hilfsmittel oder die Wohnung muss baulich den veränderten Bedürfnissen angepasst werden. Mit dem Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG 1) am 1. Januar 2015 wurde deshalb der Zuschuss der Pflegeversicherung für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes von 2.557 Euro auf 4.000 Euro pro Maßnahme erhöht. Worauf man bei der Wohnungsanpassung achten sollte, erklärt Karin Dieckmann vom Hamburger Verein „Barrierefrei Leben e.V.“, der unabhängig und kostenfrei beim Wohnungsumbau berät.

Frau Dieckmann, was sollten Betroffene und Pflegekräfte vorweg in Sachen Wohnungsanpassung wissen?

Wir stellen immer wieder fest, dass viele unserer Kundinnen und Kunden zu spät zu uns in die Beratung kommen. Ein klassischer Fall ist, dass bereits umgebaut wurde und die Kosten dann nicht von der Pflegeversicherung erstattet werden. Und so ein Umbau kann ganz schön teuer werden, zum Beispiel wenn sie breitere Türen brauchen. Das Wichtigste ist deshalb, besser früher als später eine Wohnberatung in Anspruch zu nehmen. Dafür gibt es über 250 Wohnberatungsstellen in ganz Deutschland.



Kurz erklärt: Warum lohnt sich eine Wohnberatung?

- Eine frühzeitige Beratung ist das A und O. So können passende Hilfsmittel gefunden und unnötige Umbauten und Kosten vermieden werden. Die Beratung bei einer Wohnberatungsstelle ist kostenlos und unabhängig.
www.bag-wohnungsanpassung.de
- Pflegebedürftige zu einer Wohnberatung zu animieren, baut nicht nur Ängste ab, sondern ist eine konkrete Hilfestellung, wenn es darum geht, das Wohnumfeld barrierefrei zu gestalten.
- Im Rahmen einer Beratung können die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Pflegekräften gleichermaßen ermittelt werden. Denn ein Hilfsmittel muss nicht nur der bzw. dem Betroffenen dienen, sondern auch die Ressourcen der Pflegekraft berücksichtigen, z. B. rückenschonend sein.
- Informieren kann man sich in 250 Beratungsstellen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnanpassung e.V. (BAG), anschaulich wird es in vielen Musterwohnungen in Deutschland.

Warum ist eine frühe Beratung noch wichtig?

Sie kann dazu beitragen, unnötige große Umbauten zu vermeiden. Denn manchmal reichen schon wenige Veränderungen, um die Situation deutlich zu verbessern. Die Ausgangsfrage ist: Welche Bedürfnisse habe ich künftig, um mein Leben zu Hause zu gestalten – und was muss

dem ersten Schritt zu machen. Erster Schritt ist, dass ein Pflegebedürftiger eine Pflegestufe vorweisen kann. Dann sollte er oder sie gut beraten den Antrag stellen, um die Zuschüsse zu erhalten. Sind diese bewilligt, kann es im dritten Schritt losgehen.

Tipp



In Hamburg hat man die Erfahrung gemacht, dass auch Pflegekräfte von einer Wohnberatung profitieren können. Sie bleiben nicht nur auf dem aktuellen Wissensstand, sondern können beim Beratungsteam Hilfsmittel ausprobieren und kennenlernen, z. B. Pflegebetten oder Lifter. Nachmachen erwünscht!

ich dafür tun? Hierfür bieten die Wohnberatungsstellen übrigens auch einen kostenlosen Hausbesuch an, um zu prüfen, welche Umbauten sinnvoll sind und ob sich die Wohnung überhaupt barrierearm gestalten lässt. Außerdem gibt es bei Baumaßnahmen kein Geld im Nachhinein, alles muss vorher beantragt werden. Eine frühe Beratung hilft herauszufinden, was wirklich nötig ist. Und sie trägt dazu bei, dass der Antrag korrekt und möglichst mit Aussicht auf Erfolg gestellt wird. Entscheidend ist also, nicht den zweiten vor

Wer kann Wohnberatung in Anspruch nehmen?

Prinzipiell jeder. Wir beraten Pflegebedürftige, die zu Hause leben oder in betreutem Wohnen untergebracht sind, ältere und behinderte Menschen, Angehörige und Pflegekräfte.



„Wir haben im Bekanntenkreis gehört, dass es über die Pflegekasse eine Unterstützung gibt, wenn man umbauen muss. Da wir uns gar nicht auskannten, haben wir uns an das Amt für Soziales gewandt. Dort haben wir dann den Kontakt zu einer Beraterin vom Pflegestützpunkt Pankow erhalten, die ganz schnell zu einer Sprechstunde bei uns vorbeikam.“ Peter Hartmann

Inwiefern ist eine Beratung denn auch für Pflegekräfte sinnvoll?

Gerade die Pflegenden brauchen oft Unterstützung, weil es Barrieren im Haushalt gibt, die die Pflege für sie erschweren. Zum Beispiel wenn sie im Badezimmer mit der oder dem Pflegebedürftigen nicht mehr klar kommen und dann von uns wissen wollen, welche Hilfsmittel es dafür gibt. Darüber hinaus haben wir die Erfahrung gemacht, dass Maßnahmen nur dann wirklich sinnvoll und von Erfolg gekrönt sind, wenn sie von den Pflegebedürftigen und Pflegekräften gemeinsam gewollt werden. Bleiben wir beim Beispiel Badezimmer: Die oder der Pflegebedürftige kommt schlecht von der Toilette hoch. Eine Toilettensitzerhöhung wäre eine sehr gute Unterstützung für den Betroffenen. Sie ist aber für kleine pflegende Angehörige überhaupt nicht geeignet. Darauf muss man bei der Auswahl der Hilfsmittel eben auch achten. Hier käme also besser ein bewegbarer Toilettensitz

in Frage. Er hilft der oder dem Pflegebedürftigen beim Aufstehen, berücksichtigt aber gleichzeitig die Größe der Angehörigen, die die Toilette ja auch nutzen.

Woher wissen Pflegebedürftige und Pflegende, was sie gemeinsam wollen?

Da hilft Ausprobieren – auf beiden Seiten. Pflegekräfte können zum Beispiel Betroffenen vorschlagen, bestimmte Hilfsmittel zu testen, um ihnen die Angst zu nehmen und sie vorzubereiten. Gleiches gilt aber auch andersherum: Wenn eine Pflegebedürftige oder ein Pflegebedürftiger beispielsweise partout keinen Lifter möchte, kann es helfen, wenn sich die Pflegeperson selbst einmal hineinsetzt, um das Gefühl nachzuempfinden, das Unbehagen zu verstehen. Dann kann man besser darauf reagieren oder eine Alternative finden, die als angenehmer empfunden wird.



Barrierearm wohnen: Ein genauer Check steht am Anfang aller Planungen.



Thomas Köhler/photothek.net
Familie Hartmann/privat

Aus alt mach neu: Jetzt können die Hartmanns ihr Badezimmer besser nutzen.

Und welche Hilfsmittel oder Umbauten werden am meisten nachgefragt?

Ziel der Umgestaltungen ist es, die Selbständigkeit zu erhalten und die Pflege zu erleichtern. Dazu gehört auch, Stolperfallen wie Türschwellen und Duscheinsteige sowie die Rutschgefahr auf Treppen und Fliesen zu beseitigen. Oft gefragt sind außerdem Haltegriffe oder Handläufe an Hausaufgängen, Treppen, WCs, Badewannen oder Duschen. Und Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer brauchen Platz zum Rangieren. Daneben gibt es aber eine ganze Reihe von Hilfsmitteln, die sehr effektiv sind und oft teure Umbauten ersparen können. Das gilt zum Beispiel für Toilettensitzerhöhungen oder Badewannenlifter.

Wer bezahlt diese Maßnahmen?

Das kommt darauf an. Die Kosten für Hilfsmittel werden, sofern sie bewilligt werden, in der Regel vollständig übernommen. Oder die Kassen stellen die Hilfsmittel selbst leihweise zur Verfügung. Dabei ist bei der Finanzierung zwischen Kranken- und Pflegekasse zu unterscheiden: Hilfsmittel, die eine Behinderung ausgleichen wie

ein Rollstuhl, zahlt die Krankenkasse. Hilfsmittel, die die Pflege erleichtern oder die Selbständigkeit beibehalten sollen, werden von der Pflegekasse finanziert. Für Umbaumaßnahmen gibt es ebenfalls Geld aus der Pflegekasse. Seit dem 1. Januar 2015 sind das bis zu 4.000 Euro für die gesamte Wohnungsanpassung.

Welche anderen Finanzierungswege gibt es?

Es gibt unzählige Fördertöpfe bei Bund, Ländern und Kommunen. Es ist gut, diese zu kennen und gegebenenfalls zu kombinieren. So gibt es im Land Hamburg beispielsweise bis zu 15.000 Euro für altersgerechtes und barrierefreies Umbauen. Was genau vor Ort möglich ist, beispielsweise im Rahmen von Landeswohnungsbauprogrammen, kann man bei den Kommunen oder den regionalen Verbraucherzentralen erfragen. Bundesweit gibt es außerdem das Programm „Altersgerecht Umbauen“ der KfW-Bank mit Zuschüssen von bis zu 5.000 Euro und Darlehen bis 50.000 Euro pro Wohneinheit.



Thomas Köhler/photothek.net



Selbständigkeit erhalten: dank Duschhocker und Steuerung im Haltegriff

Weiterlesen

Hintergründe zu den erhöhten Zuschüssen zu Maßnahmen, die das Wohnumfeld verbessern, finden sich unter II.2.



NÜTZLICHE INTERNETANGEBOTE

- www.online-wohn-beratung.de
Umfangreiches Beratungsangebot zu Hilfsmitteln und barrierefreien Umbauten des Vereins Barrierefrei Leben e.V.
- www.bag-wohnungsanpassung.de
Regionale Ansprechstellen zur Wohnberatung
- www.kfw.de/barrierereduzierung
Informationen zum Förderprogramm „Altersgerecht Umbauen“

Kurz erklärt: Was ist bei der Beantragung zu beachten?

- Wer ein Hilfsmittel bei der Krankenkasse beantragt, braucht ein ärztliches Rezept. Bei einer Finanzierung durch die Pflegekasse gibt es keine Rezeptpflicht, die oder der Betroffene muss jedoch in eine Pflegestufe eingruppiert sein.
- Bei Anträgen an die Pflegekasse ist es oft empfehlenswert, dennoch ein Rezept beizulegen. Das bestätigt nicht nur den Bedarf gegenüber der Pflegekasse, sondern sie kann das Rezept auch an die Krankenkasse zur Finanzierung weiterleiten. Das erhöht die Chancen, dass der Antrag bewilligt wird.
- In Wohngruppen kann es sinnvoll sein, bestimmte Hilfsmittel, die mehrere Bewohnerinnen und Bewohner nutzen können, nur einmal zu beantragen, z. B. wenn Platzmangel herrscht.
- In Sachen Umbau gilt: Die gezahlte Förderung von bis zu 4.000 Euro zählt für die Wohnungsanpassung insgesamt, also für alle Umbaumaßnahmen zusammen. Der Antrag muss im Vorhinein gestellt werden.
- Ein neuer Zuschuss kann nur erneut beantragt werden, wenn sich am Gesundheitszustand der oder des Pflegebedürftigen gravierend etwas verändert hat.



BMG/Claas Abraham

Regelmäßige Treffen: Petra Dunkel (rechts) und ihr Team planen die Tagespflege.

Das Potenzial von teilstationären Angeboten ausschöpfen

Uhlenhaus Tagespflege in der Memo Clinic Stralsund

Pflegeangebote sollen flexibler nutzbar werden und sich stärker ergänzen – das ist ein Wunsch vieler betroffener Menschen und auch das Ziel von immer mehr Anbietern von Pflegeleistungen in Deutschland. Ein wichtiger Baustein für pflegende Angehörige wie auch Pflegebedürftige sind teilstationäre Leistungen wie die Tagespflege. In der Praxis ist die steigende Nachfrage nach teilstationären Leistungen spürbar, zum Beispiel in der Hansestadt Stralsund an der Ostsee.

Die Memo Clinic ist keine stationäre Einrichtung, insbesondere kein Krankenhaus, sondern ein Versorgungsnetzwerk mit ambulantem Schwerpunkt, das unter einem Dach eine Gedächtnis-

ambulanz sowie Tages-, Wohn- und Schwerstpflege anbietet und mit einem ambulanten Pflegedienst zusammenarbeitet. Kern der Konzeption der Memo Clinic ist das integrierte Angebot, das die Alltagskompetenz der demenziell erkrankten Menschen stärken und möglichst lange erhalten soll. Um diese integrierte Versorgung zu gewährleisten, kooperieren die verschiedenen Leistungsanbieter eng miteinander, bleiben aber rechtlich eigenständig.

Die Uhlenhaus Tagespflege ist ein Versorgungsbaustein des Netzwerks mit großem Potenzial insbesondere für Menschen mit Demenz. In der Memo Clinic werden alle Angebote der Tagespflege für Menschen mit Demenz dicht an deren Alltag

ausgerichtet. Durch das regelmäßige Zusammen- sein mit anderen Betroffenen in der Gruppe wird die soziale Kompetenz gestärkt, die im Verlauf einer Demenzerkrankung teilweise verloren gehen kann. Die an Demenz erkrankten Pflegegäste sind dadurch lange in eine Gemeinschaft integriert.

Pflegebedürftige können in der Tagespflege für ein paar Stunden am Tag versorgt werden, um im Anschluss wieder Zeit in ihrer gewohnten häus- lichen Umgebung mit ihren Angehörigen verbrin- gen zu können. Das entspricht dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger. „Wir schließen hier eine Lücke zwischen der häuslichen

Versorgung durch Angehörige oder einen ambu- lanten Pflegedienst und einer stationären Betreu- ungs- oder Wohnform“, sagt die Bereichsleiterin der Tagespflege in der Memo Clinic, Petra Dunkel. Ein großer Vorteil der Tagespflege sei es, dass auf Wunsch und bei Bedarf ergänzende ambulante ärztliche und therapeutische Leistungen, zum Beispiel die speziell für demenziell Erkrankte eingerichtete Gedächtnissprechstunde sowie Ergo- und Physiotherapie, in Anspruch genom- men werden können. Damit lassen sich nicht nur die Pflege, sondern auch Rehabilitation und Therapie in die Versorgung integrieren.



BMG/Claas Abraham

Alltagskompetenz stärken: Das vielfältige Beschäftigungsangebot in der Tagespflege stärkt die Fähigkeiten der Pflegegäste und ermöglicht so, dass sie lange im häuslichen Umfeld versorgt werden können.

Nachfrage wächst

„Durch das Pflegestärkungsgesetz hat sich die Nachfrage Interessierter an teilstationären Leistungen deutlich erhöht“, sagt Petra Dunkel. Die finanzielle Situation sei für Betroffene und Angehörige nun deutlich entspannter. Hinter- grund sind die neuen gesetzlichen Regelungen, nach denen Leistungen der Tagespflege nicht mehr mit den ambulanten Sachleistungen oder Pflegegeldleistungen verrechnet werden müssen. Die sogenannte „Pflegestufe 0“ erhielt eine Neubewertung. Denn diese Pflegebedürftigen

haben seit Januar 2015 Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie Leistungen im ambulanten Bereich. „Wir sind zu 97 Prozent ausgelastet“, so Petra Dunkel. „Begrenzt wird das Angebot kaum noch durch den finanziellen Rahmen, sondern durch die Kapazitäten der Einrichtung.“ Wenn Pflegebedürftige Angebote flexibler nutzen wollen, müssen Anbieter dieser Leistungen darauf reagieren – mit flexibleren Abläufen. Petra Dunkel und ihr Team managen deshalb die erhöhte Nachfrage auf bedarfs-



orientierte Art und Weise. „Wir führen weitere Interessenten jetzt auf einer Warteliste und bemühen uns um ein effizientes Belegungsmanagement. Beispielsweise räumen wir den Interessenten ein, als Springer zu uns zu kommen, um auf Absagen z. B. aus Krankheitsgründen reagieren zu können. Wir setzen uns in diesen Fällen mit Interessenten der Warteliste in Verbindung und bieten einen der Plätze als Springer an.“

Gute Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz als Wettbewerbsvorteil

Ein weiterer Faktor sind die neuen Bedingungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte, die dabei helfen, die Betreuung in der Tagespflege zu verbessern. Zum einen wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten auf alle Tagespflegegäste erweitert und zum anderen die Vergütung der

zusätzlichen Betreuungskraft durch die Pflegekasse erhöht. „Diese Erhöhung und ein geänderter Personalschlüssel, Betreuungskraft zu Tagespflegegast, führen zu einem erhöhten Stundenaufkommen für die Einzel- und Kleingruppenbetreuung. Das kommt unseren betreuungsbedürftigeren Klienten sehr zugute“, berichtet Petra Dunkel. Denn die Gäste und ihre Angehörigen achten bei der Wahl der Einrichtung immer früher auf eine hohe Qualität der Angebote zur Pflege, Aktivierung und Betreuung. Im Wettbewerb vor Ort sind gut ausgestattete, abwechslungsreiche und anregende Betreuungsangebote überzeugende Argumente, um sich für eine bestimmte Einrichtung zu entscheiden. In Stralsund hat sich die Uhlenhaus Tagespflege der Memo Clinic mit ihrem speziellen Angebot für Menschen mit Demenz etabliert.

Das führt dazu, dass Angehörige sich gerne für diese Angebote entscheiden, um einerseits die

„Ich führe bei Frau Marschner regelmäßig eine basale Stimulation durch. Damit das nicht so medizinisch klingt, nenne ich es den Tagespflegegästen gegenüber gerne ‚Kosmetik‘. Dadurch wird eine solche Behandlung eher akzeptiert.“ Gerlinde Gauerke



Mehr Zeit für „Kosmetik“: Gerlinde Gauerke ist Einzelbetreuerin in der Uhlenhaus Tagespflege und hat gerade eine basale Stimulation bei der Klientin durchgeführt.



BMG/Claas Abraham

An Biografien anknüpfen: In der Uhlenhaus Tagespflege gibt es auch tiergestützte Therapie als Teil der Biografiearbeit mit den Tagespflegegästen.

häusliche Pflege möglichst lange zu gewähren und andererseits genau die teilstationäre Versorgung zu finden, die optimal auf den Verlauf der Demenzerkrankung eingehen kann. „Ich würde mir wünschen, dass wir nicht nur etwas über Eltern und ihre Erwartungen an die Kita der Kinder in der Zeitung lesen, sondern auch viel mehr über Qualität von Tagespflegeeinrichtungen für ältere Menschen geschrieben wird: Wir brauchen mehr gute Tagespflege vor Ort – und abwechslungsreichere, passgenaue Angebote vor allem für Menschen mit Demenz. Wir stellen uns mit unserem integrierten Angebot an therapeutischer, betreuender und pflegerischer Versorgung hier bewusst stark auf.“

Von diesem speziellen Mix aus Angeboten in der Tagespflege, profitieren die Menschen mit Demenz, weil so ihre vorhandenen Fähigkeiten individuell gestärkt und so lange als möglich erhalten werden. Damit können auch im Verlauf einer Demenzerkrankung die persönliche Integrität und Selbständigkeit lange erhalten bleiben.

Kommunikation ist alles

Daher komme es jetzt darauf an, die Angehörigen gut über die verbesserten Möglichkeiten zu informieren, sagt Petra Dunkel. „Ein Beispiel ist, darauf aufmerksam zu machen, dass auch die Leistungen für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege gestiegen sind. Wir wollen den Angehörigen beratend zur Seite stehen und veranstalten deshalb neben unseren Gesprächen im Alltag regelmäßige Angehörigentreffen.“ In der von der Tagespflege organisierten und begleiteten fachärztlichen Sprechstunde wird bei jedem Termin die Belastung der Angehörigen besprochen. Die Angehörigen von Menschen mit Demenz sind zu Hause besonders gefordert und das Risiko, dass es hier zu einer Überforderung kommt, ist sehr hoch. In der Angehörigenberatung wird abgewogen, welche Form der Entlastung aus dem Netzwerk der integrierten Versorgung für die Betroffenen hilfreich sein könnte – und wie diese organisiert werden kann. Hier wird beispielsweise die Kurzzeit- und Verhinderungspflege in der Memo Clinic gerne genutzt. Dieses Angebot innerhalb der Einrichtung erleichtert den Angehörigen ihre Entscheidung. „Die Angehörigenarbeit spielt für uns eine zentrale Rolle: Wenn wir dabei helfen, Angehörige zu entlasten, dann sichern wir den Tagespflegegästen die Möglichkeit, in der häuslichen Umgebung zu bleiben“, sagt Petra Dunkel mit Nachdruck. „Denn sind die Angehörigen ausgebrannt, dann steht ein Einzug der Pflegebedürftigen in eine stationäre Einrichtung bald an.“ Teilstationäre Angebote bergen ein enormes Potenzial – für die Angehörigen, für eine Pflegeeinrichtung, aber vor allem für die Menschen, die so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld leben können.



Hintergründe zu teilstationären Angeboten finden Sie auf der Praxisseite IV.1.



Leben wie ich bin e. V. / Birgitta Neumann

Ausreichend Platz für Pflege und Besuch: Die Potsdamer Pflege-WG bietet nach dem Umbau genug Raum für die pflegerische Versorgung und für die Besuche der Angehörigen.

Gemeinschaftsprojekt Pflege-WG

*Der Aufbau einer von Angehörigen
selbstorganisierten Pflege-Wohngemeinschaft
in Potsdam*

Die Pflege-WG ist eine echte Alternative für die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger. Das Projekt sollte jedoch gut vorbereitet und verantwortungsvoll weitergeführt werden. Wie das geht, zeigt ein Beispiel aus Potsdam.

Im Jahr 2009 stand Birgitta Neumann vor der großen Frage, wie sie für ihren an Demenz erkrankten Vater eine neue Form der pflegerischen Versorgung finden kann. „Wir wollten etwas entwickeln, das sich von der üblichen Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim unterscheidet“, so

beschreibt Birgitta Neumann ihre ersten Überlegungen. „Uns ging es darum, die Lebendigkeit und Persönlichkeit gerade von Demenzerkrankten zu bewahren, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen und zu gestalten.“

Ein Leitfaden der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V. brachte sie auf die Idee, eine Pflege-WG zu gründen. Auf einer Infoveranstaltung der Alzheimer-Gesellschaft in Potsdam lernte sie zwei weitere pflegende Angehörige kennen. Die ersten drei Mitglieder der zukünftigen Angehörigengemeinschaft hatten sich gefunden.

Lebendigkeit und Persönlichkeit bewahren

Ihnen allen ging es darum, dass ihre Angehörigen trotz der Demenzerkrankung soweit wie möglich ihr normales Leben weiterführen können – wie zu Hause. Die pflegebedürftigen Verwandten sollten täglich spüren, so der Wunsch, dass sie wichtig sind, gebraucht werden und noch viele Fähigkeiten besitzen. Die Idee der Pflege-WG überzeugte, denn sie ermöglicht eine Rund-um-die-Uhr-Begleitung und bietet gleichzeitig einen offenen, freien und häuslichen Rahmen, in dem die Bewohnerinnen und Bewohner aktiv in alle Alltagsaktivitäten einbezogen sind. Dazu zählen u. a. das Zubereiten der Mahlzeiten, Abwaschen, Aufräumen, Wäsche waschen. Aber wichtig war den Gründerinnen und Gründern auch, dass die

Pflegebedürftigen weiterhin wie zu Hause mit ihren persönlichen Interessen wahrgenommen werden. Wer gerne Zeitung liest, spazieren geht, singt und musiziert, erzählt oder Gedichte liest, soll dabei unterstützt werden. „Auch wenn die Pflegebedürftigen dies aufgrund ihrer Demenzerkrankung nicht mehr vollständig umsetzen können – jede noch so kleine Beschäftigung mit ihren Lieblingsthemen bringt ihnen Freude“, betont Birgitta Neumann, die mittlerweile auf die Erfahrung aus vielen Jahren bauen kann, in denen sie die Pflege-WG begleitet hat. „Solche Beschäftigungsangebote wirken sich positiv auf ihre schwankenden Stimmungen aus, sie sind ein guter Ausgleich“, so Birgitta Neumann.



Leben wie ich bin e. V. / Birgitta Neumann

Ganz normaler WG-Alltag: Auch lästige Aufgaben wie Aufräumen und Staubsaugen des eigenen Zimmers müssen erledigt werden.

Doppelbelastung bei der Gründung

Doch von der Idee zur Verwirklichung war es wie so häufig kein einfacher Weg. Allen fiel es nicht leicht, die häusliche Betreuung aufzugeben. Denn die vertraute Wohnung oder das eigene Haus bieten Stabilität und Geborgenheit, die so wichtig für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz

sind. Doch der zeitliche Betreuungsaufwand stieg und bestand teilweise auch nachts. Auch angesichts der übergroßen emotionalen Belastung, die den Umgang mit den Angehörigen täglich prägt, suchte jeder nach einer würdigen Alternative, die das „zu Hause leben“ ersetzen könnte.



Als die Pflege-WG vorbereitet wurde, verdoppelte sich die Belastung: Alle mussten die Pflege zu Hause weiterhin sicherstellen und gleichzeitig die Aufgaben bewältigen, die mit der Gründung einer Pflege-WG verbunden sind. Welche Wohnung eignet sich? Woher kommen weitere WG-Mitglieder?

Als endlich eine passende Wohnung gefunden wurde – eine ehemalige Büroetage in Potsdam – veröffentlichten die Angehörigen eine Pressemitteilung. Prompt meldeten sich weitere Interessierte. Und als klar wurde, wann der Einzug in die Wohngemeinschaft voraussichtlich stattfinden konnte, waren drei weitere Angehörige zusätzlich an Bord. Sie waren dankbar, sich an ein solches Projekt anschließen zu können.

Auf einer Fläche von 300 Quadratmetern wurden nun zehn Räume so gestaltet, dass für acht Bewohnerinnen und Bewohner jeweils ein Zimmer vorhanden war, um es selbständig zu möblieren. Im 60 Quadratmeter großen Wohnzimmer wurde eine Wohnküche integriert. Der Vermieter erklärte sich bereit, die Wohnung entsprechend den Vorstellungen mit zwei Bädern und drei behindertengerechten Toiletten umzubauen. Herausfordernd waren für die Potsdamer Pflege-WG beim Umbau die entsprechenden bau- und brandschutzrechtlichen Vorschriften. Denn Wohngemeinschaften werden ab einer bestimmten Größe – ab sechs Bewohnerinnen und Bewohnern – als Sonderbau und „heimähnliche Einrichtung“ eingestuft. Die Angehörigen mussten sich daher auch um den Einbau eines zweiten Rettungswegs, einer Brandmeldeanlage und von Rauchabzugstüren kümmern.

Organisation, Verantwortung und Engagement

Doch der Aufbau einer Pflege-WG ist bei Weitem mehr als ein bauliches Projekt. Schon früh machte man sich nicht nur Gedanken, wie die Rund-um-die-Uhr-Pflege gelingt, sondern auch, wie ein abwechslungsreicher Alltag in der WG organisiert werden kann. Die Angehörigen schlossen sich zuerst zu einer Angehörigenauftraggebergemeinschaft zusammen. Mit der Mustervorlage „Vereinbarung der Angehörigen“ von der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. verständigten sie sich zu fünf Punkten:

- Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes
- Vorstellungen über die Alltagsgestaltung und Begleitung der demenzerkrankten Angehörigen
- Vereinbarung der Vorstellungen mit dem ambulanten Pflegedienst
- Klärung der Finanzierung der Rund-um-die-Uhr-Pflege und -Begleitung
- Verteilung der Aufgaben bzw. Verantwortlichkeiten

In der Regel werden zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Vermieter Einzelmietverträge geschlossen, gleiches gilt für die individuellen Pflege- und Betreuungsverträge (siehe Infokasten). Im Falle der Potsdamer Pflege-WG waren Einzelmietverträge nicht mehr möglich, da der Vermieter nicht bereit war, die hohen Umbaukosten auf eigenes Risiko zu tragen. Er wünschte einen Gesamtmietvertragspartner als verantwortlichen Ansprechpartner. Auch hier fanden die engagierten Potsdamerinnen und Potsdamer eine Lösung: Sie gründeten den Verein „Leben wie ich bin – Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Demenz“, der dann einen Gesamtmietvertrag mit dem Vermieter abschloss.

Untereinander legten die Angehörigen klare Verantwortungsbereiche für die Gemeinschaft fest. Dabei stand das Interesse am Mitwirken im Vordergrund und nicht die „gerechte“ Verteilung der Aufgaben untereinander. „Dies ist natürlich ein Prozess, der alle fordert und sich nicht von alleine einstellt, der jedoch neue Ressourcen und Gestaltungsspielräume für alle Beteiligten eröffnet“, so Birgitta Neumann.



Tipps aus der Praxis



- Die Mietverträge werden in der Regel als Einzelmietverträge der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Vermieter geschlossen.
- Das Gleiche gilt für individuelle Pflege- und Betreuungsverträge.
- Es muss darauf geachtet werden, dass Mietvertrag und Pflegevertrag getrennt geschlossen werden.
- So wird eine Unabhängigkeit vom Pflegedienst gewährleistet, denn dieser ist stets „Gast“ in der Wohnung, während die WG-Bewohnerinnen und -Bewohner sowie die Angehörigen die Verantwortung tragen und das Schlüssel- und Hausrecht haben. Dies ist ein ganz wesentlicher Teil der Selbstbestimmung.
- Zusätzlich ist es sinnvoll, Qualitätsvereinbarungen mit dem Pflegedienst zu treffen.

Alltag wie in einer Familie

Mehrere Jahre gibt es die WG nun schon. Birgitta Neumanns Vater verstarb. Daraufhin wechselte sie in eine neue Rolle: Als Moderatorin ist es nun ihre Aufgabe, unterschiedliche Interessen zwischen Angehörigen untereinander oder auch in Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst auszugleichen. Gerade wenn es um zeitliche oder emotionale Überforderungen geht, ist solch eine moderierende neutrale Person, die nicht in die unmittelbare Tagesorganisation eingebunden ist und einen kühlen Kopf mitbringt, äußerst wertvoll. In der WG wohnen acht Mitglieder und es ist für Birgitta Neumann „immer wieder beeindruckend, wie engagiert die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

des ambulanten Pflegedienstes den Alltag unserer an Demenz erkrankten Angehörigen gestalten.“ Je nach vorhandenen Fähigkeiten werden sie in die Essensvorbereitung oder das Abwaschen einbezogen, zudem wird gemeinsam die Freizeit gestaltet. Alles findet so statt, wie es auch sonst in normalen Familien gelebt wird. Neben der Pflege und Betreuung übernehmen die Angehörigen organisatorische Aufgaben und sind Teil des Ganzen. Gemeinsam kann dies nur gelingen, wenn in jeder Schicht tagsüber zwei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und in der Nacht eine Kraft des ausgewählten Pflegedienstes diese Form der Begleitung übernehmen.

Weiterlesen

Ihre gesammelten Erfahrungen hat Birgitta Neumann in dem umfangreichen Praxishandbuch „Es selbst in die Hand nehmen!“ zusammengefasst. Dort finden sich umfangreiche Checklisten, Tipps und Praxisbeispiele zu interessanten Schulungsthemen für pflegende Angehörige. Download unter:

→ www.leben-wie-ich-bin.de

Tipps und Erfahrungen für die Gründung und Organisation einer Pflege-WG bietet auch die Alzheimer Gesellschaft Brandenburg in der Informationsbroschüre „Leben wie ich bin“. Download unter:

→ www.alzheimer-brandenburg.de





Gemeinsame Schulungen schaffen Sicherheit

Die gemeinsame Verständigung zwischen Angehörigen und ambulantem Pflegedienst darüber, wie der Alltag in der Wohngemeinschaft gelebt werden soll und kann, ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz. Natürlich gibt es unterschiedliche Vorstellungen und Einstellungen von Angehörigen und Mitarbeitenden des Pflegedienstes – zum Beispiel mit Blick auf den Bedarf der Alltagsbegleitung und die Pflege von Menschen mit Demenz. Um das subjektive Wohlbefinden der Pflegebedürftigen zu fördern und ihre Rechte auf Selbstbestimmung zu stärken, müssen sich alle inhaltlich mit den verschiedensten Anforderungen auseinandersetzen und im Austausch bleiben. Auch gilt es, Fragen der „geteilten Verantwortung“ zu klären. Nach der Erfahrung von Birgitta Neumann ist es für jede Pflege-Wohngemeinschaft deshalb empfehlenswert, regelmäßige Schulungsabende

durchzuführen. So lassen sich die gemeinsamen Grundlagen zur „Praxis Wohngemeinschaft“ von Angehörigen und Mitarbeitenden des Pflegedienstes entwickeln und diskutieren. Die Potsdamer raten dazu, auch Expertinnen und Experten zu den verschiedenen Themen einzuladen. Diese Form der gemeinsamen Schulung fördert die Qualitätsentwicklung für die gesamte Pflege-WG.

Denn Qualität, so das Fazit des Gemeinschaftsprojektes Pflege-WG, legt man nicht zu Beginn fest, beim Bau der Pflege-WG – sie entwickelt sich im gemeinsamen Alltag und kann so einen Beitrag zu mehr Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner leisten.



Hintergründe zu den Unterstützungsmöglichkeiten für moderne Pflege-Wohngemeinschaften finden Sie auf der Praxisseite II.3.



Voneinander lernen: Rezepte wie bei Müttern können von den Pflegebedürftigen gelernt werden.

Leben wie ich bin e. V. / Birgitta Neumann



Rafael Herlich

Richtige Zusammensetzung: Wie beim Kuchen backen kommt es auch bei der Zusammenstellung von Betreuungsangeboten auf die richtige Mischung an.

Wie zusätzliche Betreuungskräfte qualifiziert und in das Team eingebunden werden

Strategien zur interdisziplinären Zusammenarbeit des Altenzentrums der jüdischen Gemeinde in Frankfurt am Main

Im Altenzentrum der jüdischen Gemeinde in Frankfurt am Main gehen Pflege und Betreuung Hand in Hand. Die Pflegeeinrichtung konnte in diesem Jahr zwei neue Betreuungskräfte einstellen, da die Mittel für zusätzliche Betreuungskräfte in stationären Einrichtungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz erhöht wurden.

Die Bewohnerinnen und Bewohner des Altenzentrums sind überwiegend jüdischen Glaubens. „Natürlich ist die jüdische Religion daher eine der wichtigen Säulen unserer Einrichtung“, sagt Mehrnaz Asgarian vom Pflegeleitungsteam. „Dazu gehören die Einhaltung der jüdischen Bräuche und Traditionen, aber auch die Tatsache, dass 40

Prozent unserer 174 Bewohnerinnen und Bewohner aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion stammen und teilweise nur Russisch sprechen“, ergänzt Patrick Wollbold, der stellvertretende Einrichtungsleiter und Koordinator der Pflege. „Eine noch größere Herausforderung liegt allerdings darin, dass viele Menschen hier Überlebende der Shoa sind. Sie sind oft traumatisiert, haben ihre schrecklichen Erfahrungen aber ihr ganzes Leben lang erfolgreich verdrängt. Im Alter oder bei einer beginnenden Demenzerkrankung gelingt die Verdrängung dann oft nicht mehr und die Traumata kehren ganz plötzlich zurück. Die Menschen werden retraumatisiert und benötigen in besonderem Maße unsere Begleitung“, so Wollbold weiter.

Besondere Herausforderungen für Pflege und Betreuung

Patrick Wollbold erzählt, dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen natürlich einige Herausforderungen für die Organisation des Pflegealltags mit sich bringt. Dazu zählt vor allem, dass man Personal braucht, das sich Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner nehmen kann. „Obwohl wir sehr gut mit Personal ausgestattet sind, kommt im Pflegealltag die eins zu eins Betreuung doch oft zu kurz“, sagt Mehrnaz Asgarian. „Nun haben wir noch zwei zusätzliche Betreuungskräfte einstellen können, die sich, ob in der Gruppen- oder der Einzelbetreuung, explizit und erweitert um die Interessen der Menschen kümmern können.“

Die Aufgaben der Betreuungskräfte unterscheiden sich grundsätzlich vom Arbeitsbereich der Pflegekräfte. Zu den Tätigkeiten der Betreuungskräfte gehört zum Beispiel die Ausrichtung von Gruppenangeboten oder die Einzelbetreuung bettlägeriger Bewohnerinnen und Bewohner.

Wie die Betreuung konkret aussieht, ist individuell ganz verschieden. Das kann der gemeinsame Einkauf sein, ein Friedhofsbesuch oder auch ein persönliches Gespräch im Garten. „Wir haben darauf geachtet, dass die Betreuerinnen und Betreuer die Pflegebedürftigen in ihren Gruppen einzeln kennengelernt und zu ihnen eine Beziehung aufgebaut haben“, sagt Natalie Haack, die die Leitung des Bereiches übernommen hat. Die Betreuung fängt dabei oft mit kleinen Dingen an, wie das Vorlesen aus einem Buch oder das Sortieren von Fotos. „Dabei können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schauen, wo die Bedürfnisse der Menschen liegen und was sie als Betreuungskraft beitragen können, um deren Leben zu vereinfachen. Wir schauen jeweils danach, wie man die Pflegebedürftigen unterstützen kann, wie man ihnen eine Freude machen und auch, wie man sie zu mehr Aktivität anregen kann.“



Rafael Hertich

Vertrautheit: Schon bevor die eigentliche Betreuung beginnt, lernen die Bewohnerinnen und Bewohner die Betreuungskräfte kennen. So entsteht Vertrauen, das für den Alltag in der Einrichtung unabdingbar ist.



Bedarfsgerechte Weiterbildung

Das Altenzentrum bietet intern die Weiterbildung für Betreuungskräfte an und kooperiert dazu mit verschiedenen Ausbildungsträgern. Die Ausbildung umfasst mindestens 160 Stunden theoretischen Unterricht sowie zwei praktische Abschnitte, in denen die neuen Kräfte ihre Aufgaben im Haus erlernen können.

Um traumatisierte Menschen gut begleiten zu können, sind aber zusätzliche Ausbildungsinhalte wichtig. Die Einrichtung arbeitet daher für die Weiterbildungen der Mitarbeitenden eng mit der Fachhochschule Erfurt und weiteren Universitäten zusammen. „Die Erfurter Professorin Weitzel-Polzer beispielsweise, die einen Schwerpunkt in jüdischer Sozialarbeit hat, berät unsere Einrichtung schon lange. Sie kennt daher die besonderen Anforderungen für spezielle Weiterbildungsinhalte bei uns sehr gut“, so Wollbold. „Besonders bei uns ist, dass wir auch die Betreuungskräfte in Themen wie dem transkulturellen Austausch oder dem Umgang mit Traumatisierten schulen.“

Passgenaue Betreuungsangebote

Für Natalie Haack bedeuten die neuen Betreuungskräfte eine enorme Erleichterung. „Mit den beiden zusätzlichen Kräften können wir den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner viel angenehmer gestalten“, sagt sie. Durch die besondere Zusammensetzung der Wohn- und auch der Tagespflegegruppen ist ein breites Spektrum an Angeboten notwendig. „Unsere Tagespflege findet zum Beispiel abwechselnd auf Deutsch und auf Russisch statt, da unsere Tagespflegegäste unterschiedliche Sprachen sprechen und unterschiedliche Angebote nutzen wollen“, ergänzt Patrick Wollbold. „Unsere russischsprachigen Gäste können beispielsweise wenig mit den typischen Alltags- und Haushaltsangeboten, wie Kochen oder Backen, anfangen. Viele von ihnen waren immer berufstätig, haben nie zu Hause gekocht und möchten daher lieber intellektuelle Angebote wie philosophische Diskussionsrunden oder kreative Angebote nutzen“, so Wollbold. Für die Pflege- und Betreuungskräfte bedeutet das natürlich auch, dass sie sich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Sprachen einstellen können müssen.



Rafael Herlich

Gefällt mir: Die Gruppenbetreuung macht dann Freude, wenn sich die Teilnehmenden für das Angebot begeistern. Einige Menschen packen lieber beim Backen mit an, andere genießen Vorlese- oder Diskussionsrunden.

Als neue Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner wurde neben dem Chor und der bestehenden Sitz-Tanz-Gruppe eine Rhythmusgruppe ins Leben gerufen. Außerdem konnten die Bewohnerinnen und Bewohner auf ihren besonderen Wunsch hin erstmals die Kräuter des hauseigenen Gartens ernten. Aus denen fertigten sie dann Kräuterkissen und verschenkten sie an alle, die im Bett bleiben müssen. So etwas sei nur möglich, wenn die Zusammenarbeit der Betreuungskräfte mit den Pflegekräften funktioniere, sagt Natalie Haack. Frau Haacks Tür steht daher für die Betreuungskräfte immer offen. Sie können so jederzeit Fragen stellen oder auch die Leiterin bei der Arbeit begleiten, um von ihrer Erfahrung im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu profitieren. „Vor allem bin ich aber neugierig auf ihre Ideen“, sagt Natalie Haack. „Ich ermutige sie, Neues einzubringen und helfe auch bei der Planung. So möchte ich die Betreuungskräfte dazu motivieren, ihre eigenen Angebote zu entwickeln.“ Deren Erfolg hänge wiederum hauptsächlich davon ab, wie gut die Betreuungskräfte die Bewohnerinnen und Bewohner kennen. „Das theoretisch tollste Angebot bringt nichts, wenn es nicht auf die Bedürfnisse der Bewohner zugeschnitten ist“, so Frau Haack.



Strukturen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der Einsatz von Betreuungskräften birgt aber auch ein gewisses Potenzial für Konflikte in den Teams. „Die Pflegekräfte waren zunächst schon skeptisch, da sie besorgt waren, dass die ‚schönen‘ Situationen und Momente, in denen ein intensiver Austausch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern stattfindet, nun komplett von den Betreuungskräften übernommen werden“, berichtet Patrick Wollbold. „Viele haben befürchtet, dass die Pflege nur noch aus Behandlung und funktionalen Tätigkeiten bestehen könnte, wenn die Betreuungskräfte in die Teams kommen.“

Natalie Haack hat noch dies im Blick: „Es kommt darauf an, dass die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gut in das bestehende Team integriert sind und ein regelmäßiger Austausch stattfindet. So können alle von den Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen profitieren.“ Der Austausch ist auch wichtig, damit sich die unterschiedlichen Arbeitsbereiche von Pflege- und Betreuungskräften optimal ergänzen. Es braucht feste Strukturen, damit ein regelmäßiger Austausch aller Mitarbeitenden stattfinden kann. Die Betreuungskräfte bekommen oft andere Aspekte der Bewohnerinnen und Bewohner mit als die Pflegekräfte, die dennoch auch für die pflegerische Versorgung relevant sein können.

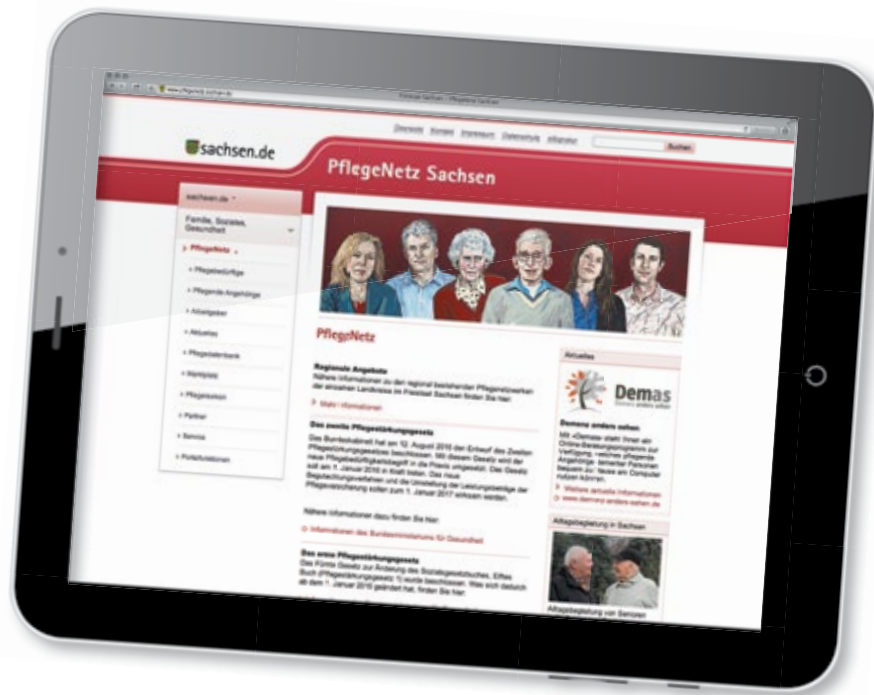
„Die Übergabe am Mittag findet zum Beispiel gemeinsam mit Pflege- und Betreuungskräften statt. Außerdem haben wir eine wöchentliche Übergabe, an der das gesamte Team teilnimmt“, erzählt Patrick Wollbold. „So ist es möglich, dass die Beobachtungen aller, die an der Versorgung beteiligt sind, einfließen und alle ein ganzheitliches Bild der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten.“

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Altenzentrum der jüdischen Gemeinde wird zusätzlich durch ein Mentoring-Programm und Supervisionsangebote gestärkt. „Wir haben monatliche Supervisionssitzungen, die gemeinsam und jeweils für die einzelnen Berufsgruppen mit ihren spezifischen Themen stattfinden“, berichtet Wollbold. „Außerdem können alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unsere Psychologin kontaktieren. Gerade in der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist diese Begleitung wichtig und wird auch genutzt. Damit unterstützen wir die einzelnen Mitarbeitenden und das gesamte Team.“

Diese Strukturen und das Hand in Hand von Pflege und Betreuung kommen vor allem den Bewohnerinnen und Bewohnern zugute, deren Bedürfnisse im Mittelpunkt der Planung von Pflege und Betreuungsangeboten stehen. „Die intensivere Betreuung wirkt sich auf die Pflege und auf das Zusammenleben äußerst positiv aus“, resümiert Natalie Haack. Die Bewohnerinnen und Bewohner, die sich mitteilen können, würden sich oft bedanken. „Sie sagen den Betreuungskräften, wie schön das sei, dass es sie gibt.“ Aber auch bei denjenigen, die sich nicht verbal äußern können, spürt man, dass sie die zusätzliche Betreuung genießen: etwa, wenn sie die Hand der Betreuerin einen Tick länger festhalten als nötig oder ihr Blick sich entspannt.



Hintergründe zur Erweiterung des stationären Betreuungsangebots und zur Erhöhung der Zahl zusätzlicher Betreuungskräfte finden Sie auf den Praxisseiten V.2 und V.3.



www.pflegenetz.sachsen.de

Digital vernetzt: Das Pflegenetzwerk Sachsen bietet auf dem Internetportal „PflegeNetz“ einen Überblick über alle Leistungserbringer des Netzwerks.

Wie funktioniert ein Pflegenetzwerk vor Ort?

Das Pflegenetzwerk Sachsen setzt auf vernetzte Pflegeberatung

Vielfalt, Subsidiarität, Selbstbestimmtheit – mit diesen drei Handlungsmaximen stellt man sich im Freistaat Sachsen dem demografischen Wandel. Das bedeutet, eine Vielfalt der Angebote sowie Wahlfreiheit zu erreichen, eine klare Verantwortung vor Ort zu verankern und den möglichst langen Erhalt eines eigenständigen Lebens Pflegebedürftiger zu fördern.

Der demografische Wandel stellt für Sachsen eine besondere Herausforderung dar. Dr. Judith Oexle, Referatsleiterin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, rechnet mit einem „bis 2050 flächendeckend ansteigenden Altenquotienten – in einigen Landkreisen bis auf

einen Wert von 90 – und einer deutlichen Zunahme von über achtzigjährigen Menschen mit einer hohen Pflegeprävalenz.“ Vor diesem Hintergrund hat sich das 2010 ins Leben gerufene Pflegenetzwerk Sachsen laut Dr. Judith Oexle zum Ziel gesetzt, „die professionelle ambulante und stationäre Pflege zu stärken und zugleich die informelle Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen weiter auszubauen.“ Das bedeutet, leistungsfähige ergänzende Strukturen zu entwickeln, die mit der professionellen Anbieterpalette gut vernetzt sind. „Dies ist vor allem in denjenigen Regionen wichtig, in denen das familiäre Pflegepotenzial wegen Wegzugs kontinuierlich schrumpft“, so Frau Dr. Oexle.

Vernetzung vor Ort und transparente Informationen im Internet

Daher hat man sich in Sachsen entschieden, eine vernetzte Pflegeberatung zu etablieren. Die Landkreise und kreisfreien Städte sollen in eigener Zuständigkeit mögliche Partner für eine vernetzte Pflegeberatung ansprechen und gewinnen. „Vor Ort sollten eigenständig Netzwerkkonferenzen durchgeführt werden, um die Angebote möglichst engmaschig miteinander zu verknüpfen“, so Frau Dr. Oexle. Ziel dabei ist, „vor Ort, in den Sozialräumen, passgerechte und schnittstellenorientierte Beratungen sowie ein leistungsfähiges Case and Care Management zu etablieren.“ Dabei kommt es darauf an, gleichzeitig die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungspflichten von Pflegekassen, Kommunen und Freistaat sorgfältig zu beachten.

Ergänzend dazu wurde das Internetportal „PflegeNetz“ (www.pflegenetz.sachsen.de) gestartet. In enger Zusammenarbeit mit den Pflegekassen sowie den Erbringern pflegerischer und anderer Leistungen bietet dieses Internetportal einen schnellen Zugriff auf alle professionellen und niedrigschwelligen Leistungen und Leistungsanbieter im Freistaat. Das Portal befindet sich weiter im Ausbau und soll zukünftig noch differenziertere Such- und Vergleichsmöglichkeiten bieten. Durch die Mitarbeit des Statistischen Landesamtes können die Landkreise und kreisfreien Städte das „PflegeNetz“ künftig auch für ihre eigene Bedarfsplanung nutzen.

Das Erfolgsmodell Vogtlandkreis

Doch wie funktioniert die Netzwerkarbeit praktisch vor Ort, jenseits der übergreifenden Landespolitik? Besonders gut gelungen ist der Aufbau eines leistungsstarken Netzwerks im Vogtlandkreis. Auch der Vogtlandkreis wird älter, während gleichzeitig die Bevölkerung schrumpft. Der Beratungsbedarf rund um das Thema Pflegebedürftigkeit wächst folglich stetig. Das dortige „Pflegenetzwerk Vogtlandkreis“ hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, eine wohnortnahe, unabhängige und kompetente Einzelfallberatung für



Persönlich vernetzt: Auf den regelmäßigen Netzwerkkonferenzen lernen sich die Netzwerkpartner beim fachlichen Austausch auch persönlich kennen.

die Bewohnerinnen und Bewohner des Vogtlandkreises zu gewährleisten“, so Netzwerk-Koordinatorin Silke Schwabe. Als Koordinatorin ist sie Ansprechpartnerin für die aktuell 91 Netzwerkpartner aus dem Vogtlandkreis und aus Sachsen. Und das Netzwerk wächst kontinuierlich weiter.

Für das „Pflegenetzwerk Vogtlandkreis“ steht im Mittelpunkt, dass Pflegebedürftige möglichst lange zu Hause versorgt werden können. Um sie und ihre Angehörigen hier zu unterstützen und zu beraten, ist das koordinierte Zusammenwirken von Kommune, Pflegeanbietern, Pflegekassen, Medizinischem Dienst der Krankenkassen, Ärzteschaft, Betroffenenorganisationen u. a. notwendig. Auch Öffentlichkeits- und Informationsarbeit gehören zum Aufgabenprofil des Netzwerks.

Ein starkes Netzwerk aufbauen

Der Startschuss für das „Pflegenetzwerk Vogtlandkreis“ fiel auf der ersten Netzwerkkonferenz im Jahr 2010.

- Nach einer konstituierenden Sitzung wurden vier themenbezogene Projektgruppen gebildet, die sich mit der Koordination, der Ist-Soll-Struktur, Schnittstellen und dem Überleitungsmanagement beschäftigten.
- Außerdem wurde die Rahmenvereinbarung des „Pflegenetzwerks Vogtlandkreis“ beschlossen, die für alle Netzwerkpartner eine wichtige Arbeitsgrundlage darstellt.



→ In weiteren Arbeitsschritten wurden ein Dienstleistungskatalog sowie ein Rahmenkonzept für die Nutzung einer Online-Plattform für Dienstleistungsangebote erarbeitet.

→ Zur Qualitätssicherung werden kostenlose Weiterbildungen angeboten und es gibt ein Qualitätshandbuch mit Standards für den Beratungsprozess.

Heute bietet das Pflegenetzwerk auf der eigenen Homepage **www.pflegenetz-vogtland.de** Übersichten über Beratungsangebote, Leistungsanbieter sowie Schulungsangebote der Netzwerkpartner. „Ein Netzwerk muss aber auch lebendig gehalten werden. Dazu müssen sich die Menschen auch persönlich kennen“, empfiehlt Silke Schwabe. Auf regelmäßig stattfindenden Pflegenetzkonferenzen und Pflegefachtagen können sich alle Netzwerkpartner fachlich informieren, diskutieren und sich persönlich begegnen. Jenseits dieser größeren Veranstaltungsformate gibt es zusätzlich regelmäßige Arbeitsgruppentreffen. „Das sorgt für zusätzliche Kontinuität“, so Silke Schwabe.

Den Pflege- und Versorgungsbedarf ermitteln

Damit die Angebote möglichst passgenau sind, nutzt das Netzwerk verschiedenste Quellen zur Bedarfsanalyse. Dazu können Daten der Pflegekassen oder des Gesundheitsamts genutzt werden. Eine weitere wichtige Quelle für die Analyse und Bedarfsplanung bildet die regelmäßige Datenabfrage bei allen Netzwerkpartnern durch die Sozialplanung und das Pflegenetzwerk des Vogtlandkreises, da die Netzwerkpartner die Angebotsvielfalt in ihrer Umgebung meist sehr genau kennen. Und noch ein Tipp der Expertin: „Auch die aktive Öffentlichkeitsarbeit ist eine ergiebige Quelle – nicht nur um neue Netzwerkpartner zu gewinnen, sondern vor allem, wenn sich die Anbieter selbst mit ihren Angeboten im Pflegenetz vorstellen und über ihre Dienste informieren.“



Fünf Tipps als Voraussetzung für eine gute Vernetzung der Pflege

1. Die Angebotsübersicht aller Dienstleister muss bekannt und einfach nutzbar sein – dies kann leicht über eine Internetseite realisiert werden.
2. Alle Netzwerkpartner müssen sich kennen und miteinander im Austausch sein, um kurze Kommunikationswege zu gewährleisten.
3. Die Ansprechpersonen der Netzwerkpartner sind bekannt und für alle Beteiligten erreichbar.
4. Es gibt Beratung vor Ort und die Netzwerkpartner übernehmen eine Lotsenfunktion, da sie die regionalen Angebote und Besonderheiten kennen und diese vermitteln können.
5. Die kontinuierliche Analyse der lokalen Angebote ermöglicht es, Initiativen gezielt zu fördern, um mögliche Versorgungslücken zu schließen.



Erfolgreiche Vernetzungsarbeit in der Kommune

Damit Netzwerke tragfähig sind, brauchen sie auch starke Knoten in den Kommunen. Ein Beispiel für so einen starken Knotenpunkt ist das Mehrgenerationenhaus „Buntes Haus“ im sächsischen Freiberg. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Mehrgenerationenhäuser sind offene Anlauf- und Begegnungsstätten für alle Generationen. Eine gute regionale Pflegelandschaft braucht solche Anlaufstellen für die Menschen vor Ort.

Weiterlesen

- Zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gehören bundesweit rund 450 Mehrgenerationenhäuser in nahezu allen Landkreisen und kreisfreien Städten.
- Einer von vier Schwerpunkten des Aktionsprogramms liegt im Bereich „Alter und Pflege“.
- Weitere Informationen zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser finden Sie unter www.mehrgenerationenhaeuser.de

Die Menschen in Freiberg kennen das Haus. Sie wissen, dass sie hier immer jemanden ansprechen können und haben über die Jahre das Vertrauen aufgebaut, um sich auch mit den sehr persönlichen Fragen rund um die eigene Pflegebedürftigkeit oder diejenige der Angehörigen an die haupt- und ehrenamtlich Tätigen zu wenden. Der Zugang zum Pflegenetzwerk Sachsen erfolgt in Freiberg also meist durch die Tür des Mehrgenerationenhauses.

Passgenaue Angebote werden vor Ort gemacht

„Um wirklich passende Angebote machen und koordinieren zu können, muss man ein offenes Ohr für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben und man braucht die richtigen Kooperationen“, so ein Rat von Birgitt Pasternak. Neben dem Haus ist direkt ein Pflegedienst angesiedelt, sodass sich hier eine Kooperation natürlich anbietet. „Wir bekommen über die Pflegekräfte viel fachliches Know-how vermittelt“, so Frau Pasternak weiter. „Wenn wir eine Betreuerin oder einen Betreuer an Menschen vermitteln, dann kennen sich die Pflege- und Betreuungskräfte. Sie können sich so absprechen und berichten sich gegenseitig, wenn es etwas Besonderes zu beachten gibt.“ Der ständige Kontakt zwischen Betreuung und Pflege schafft kurze Wege, die vor allem den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugutekommen. Neben der Kooperation mit dem Pflegedienst, gibt es eine Zusammenarbeit mit dem sozialen Dienst des Krankenhauses, der das Mehrgenerationenhaus kontaktiert, wenn jemand mit Betreuungsbedarf aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen wird. Mittlerweile empfehlen die unterschiedlichen Verbände in Freiberg schon das Mehrgenerationenhaus, wenn es darum geht, die Pflege und Betreuung zu Hause zu koordinieren.

Betreuung auswählen, ausbilden und begleiten

Das Mehrgenerationenhaus ist nicht nur für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein wichtiger Knotenpunkt im sächsischen Pflegenetz. Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren wollen, wenden sich an die Koordinatorin des Mehrgenerationenhauses. „Mittlerweile habe ich eine Warteliste mit Menschen, die gerne als Betreuungskräfte tätig werden wollen“, berichtet Frau Pasternak.

Für die Betreuungskräfte im Freiburger Mehrgenerationenhaus gibt es eine Weiterbildungsreihe, die für alle freiwillig ist und gemeinsam mit den verschiedenen Kooperationspartnerinnen und -partnern angeboten wird. „Diese Weiterbildungen und die Begleitung der ehrenamtlich Tätigen sind meiner Ansicht nach das Wichtigste“, meint Pasternak. „Die Leute brauchen eine feste



Birgitt Pasternak

Lokal vernetzt: Im Mehrgenerationenhaus in Freiberg hat man ein offenes Ohr für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen. Durch gute Kooperationen unter den Netzwerkpartnern können Pflege und Betreuung individuell geplant und koordiniert werden.

Ansprechperson für ihre Fragen und sie brauchen Begleitung in schwierigen Situationen. Da die Betreuung zum Teil über Jahre und über die verschiedenen Phasen der Pflegebedürftigkeit hinweg – oft auch bis zum Tod – besteht, gibt es das Risiko, dass die Engagierten ausbrennen und sich überfordert fühlen.“ Durch das funktionierende Netz kann die Koordinatorin hier schnell reagieren: „Wir können immer sehr leicht Gesprächsrunden anbieten oder auch Termine mit der Psychologin. Ein enger Kontakt zu den Engagierten, den Fachkräften, den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist das A und O, um ein funktionierendes Netzwerk zu haben. Dafür muss man vor Ort eine offene Anlaufstelle mit guten Kooperationen haben, sonst funktioniert es nicht“, so der Tipp von Birgitt Pasternak.

kreisfreien Städten befristet Pflegekoordinatoren an, die die vernetzte Pflegeberatung weiterentwickeln und weitere Angebote koordinieren sollen.

Zentral für den künftigen Erfolg des Pflegenetzwerks in Sachsen ist nach Frau Dr. Oexle aus dem Sozialministerium ein „sensibler Umgang mit den unterschiedlichen regionalen Bedarfen und Strukturen.“ Denn die Bedarfe in Nordsachsen sind andere als im mittleren Erzgebirge oder im Dresdner Speckgürtel. Daher setzt man in Sachsen auf Programme, die subsidiär ausgelegt sind, die Selbsthilfe stärken und das Leistungsprofil der professionellen Leistungserbringer ergänzen.

 **Hintergründe zu ambulanten Angeboten von Pflege und Betreuung finden Sie auf den Praxisseiten II. 1 – II. 7 und der Seite III. 1.**

Weitere Impulse für das Pflegenetzwerk Sachsen

Auch wenn viele Initiativen wie das Mehrgenerationenhaus in Freiberg oder das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis für das Pflegenetzwerk Sachsen wegweisend sind, ist für das Sozialministerium in Dresden erkennbar, dass auch nach fünf Jahren das Ziel noch nicht überall erreicht ist. Der Freistaat bietet daher den Landkreisen und



Julia Baier / BMG

Gut versorgt: Bundesweit wird die Versorgung von Menschen mit Demenz durch die Vernetzung von Angeboten verbessert.

Demenz-Netzwerke: Wie aus Wissen Praxis wird

Die DemNet-D-Studie und das Demenznetz Düsseldorf zeigen, welcher Nutzen im Netzwerk steckt

In vielen Regionen Deutschlands existieren bereits Netzwerke für Menschen mit Demenz oder Pflegenetzwerke. Sie leisten vielerorts einen wichtigen Beitrag, um die Versorgung zu verbessern, indem sie versuchen, das regionale Angebot und den tatsächlichen Bedarf besser in Einklang zu bringen. Doch was macht ein Netzwerk erfolgreich? Im Rahmen der Evaluationsstudie DemNet-D wurden Erfolgsfaktoren und Bedingungen genauer erforscht.

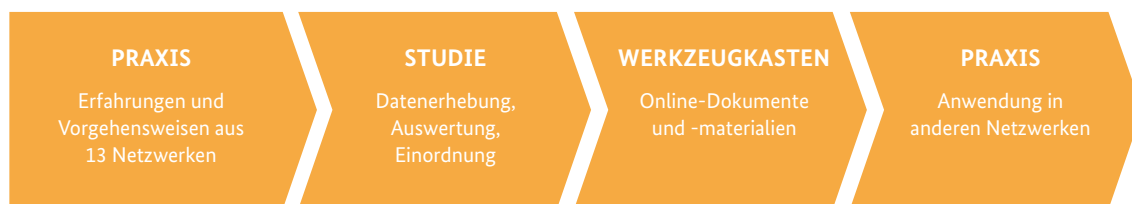
Von Anfang an war es das Ziel der Evaluationsstudie, die in den Jahren 2012 bis 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, eine Handreichung für die Praxis zu entwickeln. Dazu wurde das Wissen rund um die Gründung und den Erhalt von 13 regionalen Netzwerken für Menschen mit Demenz gesammelt und systematisiert. Aus der breiten Datenbasis von unterschiedlichen

Netzwerken und ihren Praxiserfahrungen konnten die Forscherinnen und Forscher übergreifende Erkenntnisse ableiten. Das Online-Angebot www.demenznetzwerke.de macht nun Ergebnisse und Dokumente nutzbar – mit einem Werkzeugkasten für den eigenen Arbeitsalltag vor Ort. Hier finden sich zahlreiche Materialien, die sich in der Praxis der evaluierten Netzwerke bewährt haben.

Studie und Internetangebot entwickelten die Standorte Rostock/Greifswald und Witten des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft (DZNE), das Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.



Wissenstransfer aus der Praxis in die Praxis



Wer sich vernetzt, verbessert die Versorgung in der Region

Eine umfassende Angebotslandschaft für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gibt es mittlerweile in vielen Regionen. Indem sie Versorgungslücken in der Region erkennen und darauf reagieren, können Anbieter die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Allerdings sind die Angebote oft nur wenig bekannt und kaum aufeinander abgestimmt. Das Potenzial der Netzwerke kann aber noch mehr ausgeschöpft werden.

Einer der an der Studie beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist Dr. René Thyrian vom DZNE in Greifswald. Er erklärt das Wirkungspotenzial der Netzwerkstruktur damit, dass auf eine besondere Weise Wissen und Synergien in der Versorgung gebündelt werden. Dadurch können Versorgungslücken überwunden werden. „Die positive Wirkung der Netzwerke auf die Betroffenen zeigte sich in der Studie bei allen Netzwerken – unabhängig davon, zu welchem Netzwerktyp sie gehören“, sagt Dr. René Thyrian. „In Netzwerken, die vor allem einen medizinischen Fokus haben, kann man feststellen, dass die fachmedizinische Versorgung gut aufeinander abgestimmt und für die Betroffenen übersichtlich ist. Andere Netzwerke koordinieren und verzahnen vor allem Angebote, die auf gesellschaftliche Integration abzielen. Diese sehr unterschiedlichen Angebotsstrukturen tragen aber gleichermaßen zu einer insgesamt besseren Versorgung und zur Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen bei“, so Thyrian weiter.

Wissen schneller fließen lassen

Ein wichtiger Aspekt, um Demenznetzwerke zu erhalten und zu optimieren, liegt darin, dass die Netzwerkarbeit die vorhandenen Strukturen immer wieder reflektieren und anpassen sollte. Wie man diese Prozesse in das eigene Netzwerk implementieren kann, lässt sich in den praktisch erprobten Tipps des Werkzeugkastens nachlesen. „Außerdem können die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aus den untersuchten Netzwerken kontaktiert werden“, ergänzt Dr. Bernhard Holle vom DZNE in Witten. „Ein wichtiger Punkt für erfolgreiche Netzwerkarbeit liegt auch in der Vernetzung der Netze. Dies ist oft nicht vorgesehen und kann bei den engen Finanzplänen auch nicht immer berücksichtigt werden. Aber auch dazu dient unser Portal: Uns war es wichtig, dass sich hier die Aktiven schnell finden und kontaktieren können, anstatt erst auf die nächste Konferenz warten zu müssen“, so Holle weiter.

Was treibt die Vernetzung an? Dr. Barbara Höft, Leiterin der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums in Düsseldorf, kann von den Anfängen des Düsseldorfer Demenz-Netzwerkes berichten: „Als wir 2004 mit unserer Arbeit begonnen haben, gab es in Düsseldorf lediglich einen Angehörigengesprächskreis der örtlichen Alzheimer Gesellschaft. Allen Verantwortlichen bei den Trägern für Unterstützungsangebote war bekannt, dass es im niedrighelligen Bereich eine Lücke gab, die dringend gefüllt werden musste. Die Kooperation für Versorgungsangebote und die Notwendigkeit zur Vernetzung lagen also für alle auf der Hand“, so Dr. Höft weiter.

Welche Schritte zuerst unternommen werden, hängt also von der gemeinsamen Problemdefinition und der Zielsetzung ab, die eine Netzwerkgründung prägt.



Welcher Netzwerktyp sind Sie?

Die DemNet-D-Studie konnte vier verschiedene Netzwerktypen identifizieren, denen sich die untersuchten Netzwerke zuordnen lassen.

- Dabei wurde festgestellt, dass einige Netzwerke ihre Arbeit und Organisation an ihrem Auftrag, meist der Verbesserung der Versorgungsleistungen, ausrichten.
- Andere Netzwerke sind darauf ausgerichtet, alle relevanten Stakeholder in das Netzwerk zu integrieren, um möglichst viele Ressourcen zu mobilisieren.
- Die dritte Gruppe von Netzwerken, die als organisationsorientierte Netzwerke bezeichnet werden, ist stark von den Organisationsstrukturen geprägt. In der Arbeit geht es vor allem darum, die Strukturen zu verbessern, um die Organisationsziele zu erreichen.
- Der vierte Netzwerktyp wird als hybrider Typ bezeichnet. Diese Netzwerke sind so ausgerichtet, dass sie schnell auf sich verändernde äußere Umstände reagieren können. Dadurch sind sie vor



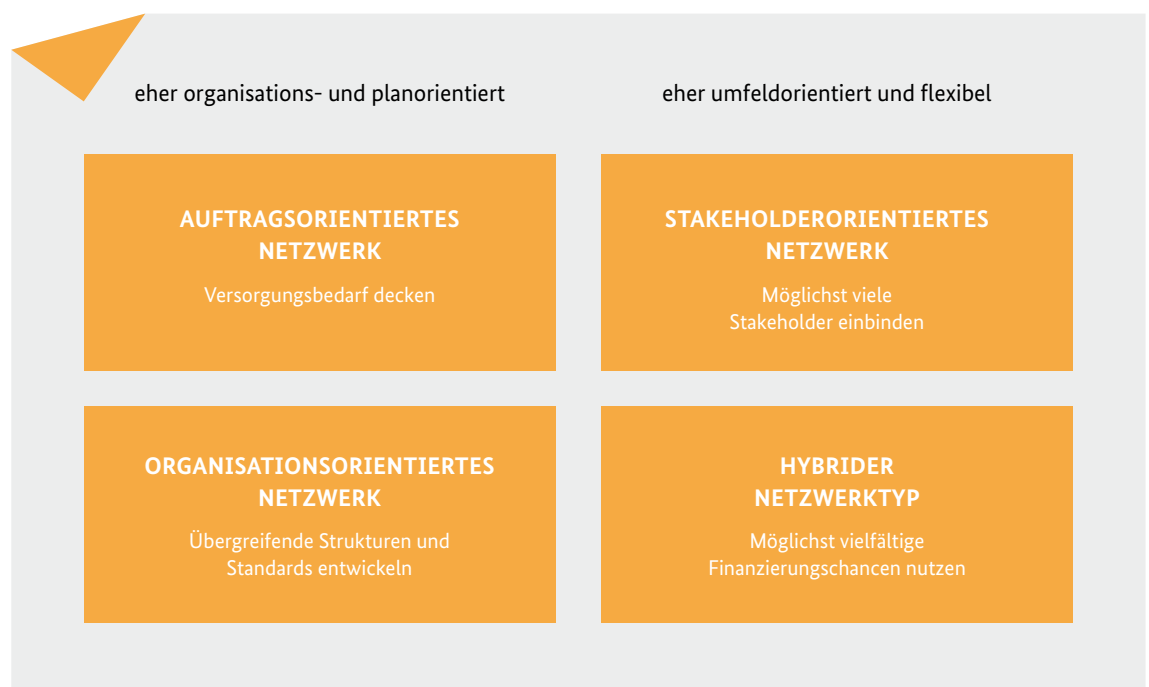
Julia Baier / BMG

Reflektieren und planen: Für eine gute Versorgungsstruktur müssen Angebote gut verzahnt werden.

allen in der Lage, schnell neue Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen und somit ihren Erhalt langfristig zu sichern.

Welche übergreifende Zielsetzung auch im Mittelpunkt steht – die Frage von Ressourcen und vor allem Finanzierungsmitteln ist für alle Netzwerke wichtig. Schließlich gilt es, Strukturen zu schaffen, die nachhaltig wirken, und die Situation in Stadt, Landkreis oder Region dauerhaft zu verbessern.

Netzwerktypen der DemNet-D-Studie im Überblick





„Netzwerke haben eine positive Wirkung auf die Betroffenen.“

Dr. René Thyrian

So gelingt die Finanzierung

Der Werkzeugkasten auf der Website

www.demenznetzwerke.de gibt viele Hinweise zu Finanzierungsmöglichkeiten, die sich in der Praxis bewährt haben.

Am Beispiel des Düsseldorfer Demenznetzwerkes lässt sich zeigen, welche Finanzierungsquellen genutzt werden können: BEAtE, die „Betreuungsgruppen zur Entlastung pflegender Angehöriger als trägerübergreifende Einrichtung“, bildeten die Basis von inzwischen mehr als acht differenzierten Betreuungs- und Fördermöglichkeiten (u. a. stundenweise Einzelbetreuung in der Häuslichkeit) und wurden zu den „Knoten“ des Netzes.

Seit 2007 fördert die Stadt die standardisierten und qualitativ hochwertigen Angebote, durch die die

Versorgung von Menschen mit Demenz in der Kommune insgesamt gestärkt und verbessert wird.

Schon zum Start der BEAtE-Gruppen in 2004 hat das Düsseldorfer Netzwerk trägerübergreifend Inhalte festgelegt, durch die die Qualität und der Rahmen der Angebote gesichert sind. „Wir haben beispielsweise vereinbart, dass zu dem dreistündigen Betreuungsangebot immer eine Mahlzeit gehört, gleich, ob die Treffen am Nachmittag oder auch am Vormittag stattfinden. Auch die Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer sind für alle Kooperationspartner abgestimmt. Derzeit werden von den Gästen für das dreistündige Angebot 25 Euro erhoben. Diese können über die Mittel für den erhöhten Betreuungsaufwand aus der Pflegeversicherung abgegolten werden“, erläutert Dr. Höft. (siehe auch III.1 und VII.4).



Neue Chancen zur besseren Finanzierung von Netzwerken

Um den Auf- und Ausbau von Netzwerken zu fördern und damit die regionalen Versorgungsstrukturen zu stärken, ist mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eine Neuerung in der finanziellen Unterstützung von Netzwerken vorgesehen. Ab dem 1. Januar 2017 haben die Pflegekassen die Möglichkeit, regionale Zusammenschlüsse oder Modellvorhaben mit bis zu 20.000 € pro Kalenderjahr zu fördern (§ 45c Abs. 9 SGB XI). Die Finanzierung erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Die Pflegekassen können regionale Netzwerke fördern, die eine hinreichende Organisationsstruktur aufweisen, die Selbsthilfegruppen und Gruppen ehrenamtlich Tätiger einbinden sowie den Beitritt des Kreises oder der kreisfreien Stadt ermöglichen.

Ziel ist es, die Versorgung Pflegebedürftiger durch eine strukturierte Zusammenarbeit möglichst vieler Akteure zu verbessern und die Bedarfe in der Versorgung besser zu decken. Dazu werden die Erkenntnisse aus der Zukunftswerkstatt Demenz auf Pflegebedürftige mit hohem Versorgungsbedarf übertragen. Die evaluierten Bausteine des Werkzeugkastens sollen genutzt werden, um in den Regionen wirksame Versorgungsnetzwerke auf- und auszubauen. Durch die Förderung wird eine wesentliche Verbesserung der Unterstützung und Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erwartet.



Wie arbeitet Ihr Netzwerk effektiver und effizienter?

Alle Angebote im Düsseldorfer Demenznetz, die mittlerweile von sieben kooperierenden Trägern unterbreitet werden, sind standardisiert. „Wir erreichen mit den unterschiedlichen Angeboten – von Bewegungsprogrammen über Kulturveranstaltungen bis hin zu Einzelbetreuungen zu Hause – jede Woche 350 Menschen mit Demenz“, berichtet Frau Dr. Höft. Das Düsseldorfer Netzwerk ist zudem an die Landesinitiative „Demenz Service“ angebunden. Mit der trägerübergreifenden Broschüre „Wegweiser für Menschen mit Demenz“ gibt es eine Übersicht über alle Angebote in der Region, sodass die Vernetzung auch ein Informationsdefizit behebt.

Für die „Ausbildung“ der ehrenamtlichen Betreuungskräfte wurde ebenfalls ein Standard vereinbart. Grundlage sind ein 30-stündiges Curriculum und ein „Praktikum“ in den Betreuungsgruppen. Jährlich finden weitere Qualifizierungsangebote statt, wie z. B. ein Erste-Hilfe-Kurs. „Seit 2004 haben wir so insgesamt ca. 500 Ehrenamtliche ausgebildet“, berichtet Dr. Höft. Zu den Standards der BEAtE-Angebote gehört außerdem, dass die Leitung eines Betreuungsangebotes immer durch eine qualifizierte Fachkraft erfolgt. „Dies sichert einerseits die Qualität in der Begleitung der an Demenz erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen, andererseits gibt es den ehrenamtlichen Helfern Sicherheit im Umgang mit den Gästen, da sie immer jemanden dabei haben, der sie beraten und unterstützen kann“, so Dr. Höft. „Diese Sicherheit ist den bürgerschaftlich Engagierten sehr wichtig und sie wird zudem durch die regelmäßigen Qualifizierungen weiter gestärkt. Wer sich sicher fühlt, bleibt mit Freude bei der Aufgabe – so haben wir nicht wenige Ehrenamtliche, die sich seit Jahren engagieren.“

Die Bindung gut geschulter Ehrenamtlicher ist auch für die Angehörigen der Menschen mit Demenz wichtig: So können diese in den Betreuungsgruppen erleben, wie geschulte Personen mit schwierigen Situationen umgehen, und daraus Anregungen für den persönlichen Umgang mit dem an Demenz erkrankten Familienmitglied

bekommen. Zudem finden sie für ihre Fragen und Sorgen regelmäßig qualifizierte Ansprechpersonen.

So kann aus Praxiserfahrung Wissen werden. Und Wissen zu stärken, heißt – im Netzwerk wie beim Engagement vor Ort – auch die Pflege zu stärken.

Kurz erklärt: Finanzierungsquellen für das Düsseldorfer Demenznetzwerk:

- Das Netzwerk hat Einnahmen aus den Kostenbeiträgen der Nutzerinnen und Nutzer der Angebote.
- Seit 2007 finanziert die Stadt Düsseldorf die Personalkosten für die Fachkräfte, die die Betreuungsgruppen-Angebote leiten und den Einsatz der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer in der Häuslichkeit koordinieren und supervidieren.
- Die Kooperationspartner im Düsseldorfer Netzwerk erbringen erhebliche Eigenleistungen für die Angebote, u. a. die Bereitstellung der Räume in Einrichtungen der Träger im Quartier.
- Zeitlich begrenzt konnten Personalressourcen aus gesondert akquirierten Projektmitteln zur Entwicklung differenzierter Hilfeangebote wie z. B. das Projekt GerHaRD (Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf) finanziert werden.



Jürgen Schulzki/MDK Nordrhein

Nie schematisch: Pflegebegutachtung ist für Ulrike Kissels auch Beratung.

Wir machen uns ein Gesamtbild des Menschen

Interview mit Ulrike Kissels vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein

Seit mehr als 18 Jahren ist Ulrike Kissels für den Medizinischen Dienst (MDK) Nordrhein tätig. Neben der sehr hohen Erfahrung in der Begutachtung in über 10.000 Hausbesuchen, regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen bringt sie Erfahrung und Kenntnisse aus ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, Leitungserfahrung in der ambulanten und stationären Pflege sowie als Qualitäts-Beauftragte mit, sodass sie alle wesentlichen Bereiche der Pflege aus den jeweils unterschiedlichen Perspektiven kennt. Ulrike Kissels ist die Fachbereichsleitung Pflege im MDK Nordrhein und unter anderem zuständig für die Schulung neuer Gutachterinnen und Gutachter und die Qualitätssicherung. Bei der Ausarbeitung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) war sie die zentrale Ansprechpartnerin im MDK Nordrhein und hat ihr Wissen eingebracht.

Frau Kissels, wie bereiten Sie sich auf eine Begutachtung vor?

Wir als Gutachterinnen und Gutachter wissen bereits im Vorfeld, ob es sich um einen Erstantrag, einen Höherstufungsantrag, eine Nachuntersuchung oder ein Widerspruchsverfahren handelt. Ich lese mich vor dem Hausbesuch in die Unterlagen, die ich von der Pflegekasse erhalten habe, ein, damit ich nach Möglichkeit alle relevanten Informationen, die für die Begutachtung wichtig sind, habe. Häufig liegt nur eine sehr dünne Informationslage vor und gerade bei Erstgutachten habe ich keinerlei Vorabinformationen. Das heißt, ich weiß dann nicht, was auf mich zukommt. Das kann ein schwerstkranker Mensch in seiner letzten Lebensphase sein, ein junger Mensch mit einer neurologischen Erkrankung, wie



Seit über 18 Jahren Gutachterin: Ulrike Kissels hat ihre Fachkompetenz in die Entwicklung des NBA eingebracht.

multipler Sklerose, oder ein Mensch mit einer Demenzerkrankung. Oder ich treffe auf eine Person, die keine Hilfe bei der Pflege, aber eine Haushaltshilfe braucht.

Wie läuft der Hausbesuch dann konkret ab?

Zunächst stelle ich mich vor und erkläre, wie ich beim Hausbesuch vorgehe: „Ich bin heute hier, weil Sie oder Ihre Angehörigen einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben und ich mir ein Bild in Ihrem Wohnbereich machen möchte, wie Sie versorgt werden und wo Sie Hilfe brauchen.“ Meine Kolleginnen und Kollegen und ich vermitteln, dass der Betroffene keine Angst haben muss, sondern dass es darum geht, uns ein möglichst genaues Bild von der Versorgungssituation der bzw. des Versicherten zu machen. Eine Begutachtung ist kein Test. Uns geht es darum herauszufinden, wie viel Hilfe die bzw. der Versicherte benötigt. Denn das ist unser gesetzlicher Auftrag.

Wie steigen Sie in das Gespräch ein?

Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind oft unsicher, deshalb geht es in den ersten Minuten darum, eine Vertrauensbasis aufzubauen, und das gelingt in fast allen Fällen. Nach der Vorstellung beginne ich, erste Informationen zu erfragen. Wie etwa: „Wer ist Ihr Hausarzt oder Ihre Hausärztin? Nehmen Sie Medikamente? Erhalten Sie Heilmit-

tel, also Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie? Haben Sie Hilfsmittel? Wenn ja, welche und nutzen Sie diese? Kommt ein Pflegedienst?“ Zudem frage ich die pflegenden Angehörigen, ob sie berufstätig sind. Pflegende Angehörige können unter bestimmten Bedingungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erhalten.

Wie geht es dann weiter?

Danach bitte ich die Versicherten oder die Angehörigen, mir die Wohnung zu zeigen. Zum einen sehe ich, wie sich der oder die Versicherte in seiner Wohnung bewegt. Zum anderen geht es um die Versorgung mit Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (wie z.B. Haltegriffe in der Dusche, Türverbreiterungen), die ich gegebenenfalls empfehle. Darüber hinaus erfasse ich grundlegende Informationen wie: Welche Krankheiten liegen vor? Welche therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen sind erfolgt? Wann war der letzte Krankenhausaufenthalt und wie ist er verlaufen? Was hat die Versicherten bewogen, den Antrag zu stellen? Was ist aus Sicht der bzw. des Betroffenen das Hauptproblem, wo braucht er Hilfe?

Was ist Ihnen persönlich im Umgang mit den Betroffenen besonders wichtig?

Ich selber habe von der Begutachtung im Wohnwagen bis zum sehr gut situierten Menschen die unterschiedlichsten Erfahrungen gemacht. Das Wichtigste ist, sich auf die betroffene Person einzustellen und zu erfahren, wo ihre schwerwiegenden Probleme liegen. Dafür muss ich die Sprache meines Gegenübers sprechen und



Immer situationsabhängig: Bei der Begutachtung geht es um die Bewältigung des individuellen Alltags.



verstehen. Der eine versucht, seine Defizite zu überspielen, und der andere versucht, sie zu verschlimmern, damit sein Problem auch wahrgenommen wird. Die Kunst der Begutachtung besteht darin, sein Gegenüber zu erreichen und dessen Probleme zu erkennen. Es geht darum zu erfassen, wie die individuelle Situation der bzw. des Betroffenen ist und was die pflegenden Angehörigen den ganzen Tag leisten.

Wie überprüfen Sie die Fähigkeiten?

Dies ist immer situationsabhängig. Nach Möglichkeit versuche ich, mit den Versicherten und ihren Angehörigen durch die Wohnung zu gehen. Damit kann ich die Mobilität, konkret die Gehfähigkeit der bzw. des Betroffenen, besser einschätzen; zum Beispiel wie die Bewegung in der Wohnung ist. Das geht aber nicht immer, zum Beispiel bei Menschen in der letzten Lebensphase. Kann sich die bzw. der Betroffene aber gut bewegen und ist normalerweise über Tag alleine, gehe ich mit ihr bzw. ihm durch die Wohnung und frage etwa: „Könnten Sie mir zeigen, wie Sie Ihre Strümpfe anziehen? Könnten Sie diesen Knopf schließen?“

Das ist aber nie schematisch, sondern immer abhängig von der individuellen Situation. Bei Menschen mit Demenz spreche ich über Inhalte aus dem direkten Umfeld: „Sie haben hier aber schöne Bilder. Wer ist denn die Person auf dem Bild?“ Werden die eigenen Enkelkinder nicht erkannt, weiß man schon, wie weit eine Demenz fortgeschritten ist. Auch wenn wir Kinder begutachten, müssen wir erst mal einen Zugang zu den Kindern bekommen. Manchmal setzen wir uns hierzu auf den Boden, spielen mit dem Kind oder lassen uns ein Bilderbuch zeigen, um einzuschätzen, was das Kind kann oder nicht kann.

Wie beenden Sie den Hausbesuch?

Am Ende des Hausbesuches habe ich mir ein Bild über die Fähigkeiten der bzw. des Betroffenen gemacht. Daraus leite ich den Hilfebedarf ab, den ich dann mit den Betroffenen bespreche. Ich sage zum Beispiel: „Ich habe gesehen, Sie brauchen Hilfe beim Waschen des Unterkörpers und des Rückens, Hände und Gesicht waschen Sie selber und auch die Zähne putzen Sie sich selbst.“ Ich frage zum Beispiel: „Wie oft duschen oder baden Sie?“

Kurz erklärt: Wie sind die Gutachterinnen und Gutachter ausgebildet?

→ Alle Gutachterinnen und Gutachter des MDK sind examinierte Pflegefachkräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege oder ärztliche Gutachterinnen und Gutachter. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens wird ihre fachliche Qualifikation geprüft. Neu eingestellte Gutachterinnen und Gutachter werden speziell geschult und eingearbeitet. Während der Einarbeitungszeit (Dauer zwischen acht und zwölf Monaten) gibt es verpflichtende Seminare beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie auch MDK-interne Seminare, um die Gutachterinnen und Gutachter umfassend auf ihre neue Aufgabe vorzubereiten. Zudem werden alle neuen Gutachterinnen und Gutachter in der ersten Zeit eng durch eine pflegefachliche Mentorin bzw. einen pflegefachlichen Mentor fachlich begleitet. Dies bedeutet, dass die Gutachten über einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr von der bzw. dem zuständigen Mentorin bzw. Mentor gegengelesen und dann erst freigegeben werden. Über die Einarbeitung hinaus gibt es permanente umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung.



Brauchen Sie Hilfe beim Toilettengang? Ich weiß, das sind unangenehme Fragen für Sie, aber es geht darum zu erfahren, wo Sie Unterstützung brauchen.“ Danach schauen wir, welche Maßnahmen wir empfehlen können, um die Situation für die Betroffenen zu verbessern; zum Beispiel durch Empfehlungen wie Hausnotruf, Toilettensstuhl, Badewannenlifter oder Rollstuhl. Wenn nötig empfehlen wir auch den Besuch einer Tagespflege. Bei Betroffenen mit Demenz sind die Angehörigen oft sehr belastet und wissen gar nicht, welche Hilfsangebote es gibt. Auch weisen wir auf Selbsthilfegruppen und Essen auf Rädern hin. Manchmal regen wir auch an, einzelne Fragen mit dem der Hausärztin bzw. dem Hausarzt zu besprechen.

Beraten Sie auch?

Im Hausbesuch sind wir fast eine Stunde vor Ort und da erfährt man vieles. Teilweise können wir auch den Angehörigen ganz praktische Pflegetipps geben. Manchmal ist es auch nur ein Versuch, mit einfachen Mitteln die Situationen zu erleichtern. Wenn sich beispielsweise die pflegebedürftige Person häufig verschluckt, ist ein Becher mit Aufsatz nicht immer die beste Wahl, da geben wir zum Beispiel den Tipp, einmal einen Strohhalm auszuprobieren. Viele Betroffene kommen damit besser zurecht. Abschließend fragen wir, ob noch Fragen offengeblieben sind. Dann informieren wir über den weiteren Verlauf des Verfahrens. Wir erstellen ein Gutachten, das zur Pflegekasse gesendet wird. Die Kasse entscheidet über die Leistung und wird die Versicherten dann zeitnah informieren.



LeventeGyori/shutterstock

Konkrete Hilfe: Die Gutachterinnen und Gutachter geben auch Empfehlungen ab.

Was wird sich mit dem Neuen Begutachtungsinstrument in der Praxis ab 2017 ändern?

Was ich sehr positiv finde, ist, dass wir den Hilfebedarf nicht mehr in Minuten erfassen müssen. Die Zeitwerte bei den alten Pflegestufen waren von Beginn an in der Kritik. Mit dem NBA steht die Selbständigkeit der Versicherten im Vordergrund. Dies verändert die pflegfachliche Perspektive. Es liegt im Interesse der Betroffenen, einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit wiederzuerlangen. Der Empfehlungsteil – die Prävention und die Empfehlungen zur Rehabilitation – bekommen auch noch mal einen besonderen Stellenwert. Gesundheitsförderndes Verhalten rückt stärker in den Fokus. Das muss von allen verinnerlicht werden. Daher sehe ich in dem Instrument eine Chance für die Pflege.



Jörn Meisterjahn/Helios

Herausforderung Rehabilitation: Auch die Angehörigen brauchen Unterstützung.

Wie Rehabilitation gelingen kann

Multidisziplinäre Therapie-Teams, robotergestützte Behandlung und ein besonderes Angehörigenkonzept in den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg

Wenn es darum geht, Menschen nach einem Unfall, einer Operation oder einer schweren Krankheit wieder fit für den Alltag zu machen und Pflegebedürftigkeit zu verringern oder zu verhindern, kommt der Rehabilitation eine entscheidende Bedeutung zu. Die HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg setzen bei der Behandlung neurologischer Erkrankungen auf einen Mix aus ärztlicher und pflegerischer Betreuung, Therapie und Angehörigenarbeit.

Ein Schlaganfall kann einen heftigen Einschnitt ins Leben bedeuten. Ob Lähmungen, Schluck-, Sprach- und Sprechstörungen oder Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentration – die Liste der möglichen Einschränkungen ist lang und damit oft auch der Weg der Rehabilitation. Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten, die einen Schlaganfall überleben, sind auch nach Akutversorgung und anschließender Heilbehandlung noch auf fremde Hilfe angewiesen. Das macht die Rehabilitation in diesem Bereich zu

einer besonderen Herausforderung – auch für die Angehörigen, die plötzlich einen Pflegefall in der Familie haben.

In den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg im Kreis Siegen-Wittgenstein ist man unter anderem auf die Rehabilitation neurologischer Krankheiten spezialisiert. Neben Schlaganfällen sind das beispielsweise auch Schädel-Hirn-Traumata und chronische Erkrankungen wie Parkinson und multiple Sklerose. Damit die Betroffenen so lange wie möglich eigenständig leben können und bestmöglich genesen, bauen die Kliniken auf ein breit angelegtes Rehabilitationskonzept und eine aktivierende Pflege. Diese soll die Patientinnen und Patienten im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen, ihre vorhandenen Fähigkeiten zu stärken und verloren gegangene zu aktivieren.

Ein Team von Spezialisten

„Am Anfang steht die Anamnese durch eine Ärztin oder einen Arzt“, erklärt Therapieleiter Michael Klein das Procedere für neue Patientinnen und Patienten in der Rehaklinik. „Auf dieser Grundlage definieren wir ein Rehaziell, das während des Aufenthalts bei uns erreicht werden soll. Hierfür steht ein Therapeutenteam aus den unterschiedlichsten Fachrichtungen bereit.“ So soll den Patientinnen und Patienten beispielsweise geholfen werden, wieder gehen oder sprechen zu lernen, ihre Koordination zurückzugewinnen oder ihre Konzentrations- und Gedächtnisleistungen zu verbessern. Wichtige Instrumentarien sind dabei Physio- und Ergotherapie, Logopädie, neuropsychologische und physikalische Therapie. Je nach Bedarf kommen aber auch Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater und Musiktherapeutinnen bzw. Musiktherapeuten zum Einsatz. Auch die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und -akzeptanz ist zentraler Bestandteil des Reha-Aufenthaltes.

Auch Roboter können zur Unterstützung der Bewegungs- und Physiotherapie eingesetzt werden. Dabei stehen in den HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg gleich zwei robotikgestützte Therapiesysteme zur neurologischen Rehabilitation zur Verfügung: Armeo® hilft Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel halbseitig gelähmt sind, beim Trainieren von Schultern, Armen und



Jörn Meisterjahn/Helios

Laufen lernen: Der Lokomat unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Verbesserung der Gehfähigkeit.

Händen. Zur Verbesserung der Gehfähigkeit dient der Lokomat®, bei dem die Betroffenen, gestützt durch ein Halfter und geführt durch Beinschienen, auf dem Laufband das Gehen neu erlernen. „Laufen zu können, steigert den Grad der Selbstständigkeit und die Lebensqualität enorm“, weiß Michael Klein. „Mit dem Lokomat® können wir dem Gehirn die verlernten Abläufe wieder beibringen. Der Vorteil des Roboters liegt vor allem in der effektiveren Behandlung, da sich der Computer individuell auf die Kraft und die Bewegungsabläufe der Patientin bzw. des Patienten einstellt.“

Erfolgreiche Rehabilitation basiert dabei nicht auf einer einzelnen Maßnahme. „Gerade in der Neurologie ist der Mix aus Medizin und Therapie wichtig, da wir es oft mit komplexen und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu tun haben“, so Klein. Die Fachärztinnen und Fachärzte sind deshalb in jeden Behandlungsschritt involviert. Zudem finden regelmäßige Besprechungen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Patienten-Service-Centers statt, um die Entwicklung der Patientinnen und Patienten im Blick zu behalten. „Manche machen sehr schnell Fortschritte, bei anderen geht es langsamer voran als erwartet und bei einigen lässt das Krankheitsbild nur eine eingeschränkte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu. In allen Fällen müssen wir unsere Therapie anpassen, zum Beispiel Maßnahmen austauschen oder das Setting verändern, beispielsweise von Gruppen- auf Einzelübungen umsteigen.“



Michael Mutzberg/Helios

Mehr als 250 Betten: Die Odebornklinik der HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg ist auf Neurologie spezialisiert.

Immer nah am Patienten

Weil zudem jede Versorgungssituation individuell und mit der Entlassung aus der Rehaklinik oft nicht abgeschlossen ist, haben die HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg ein eigenes Patienten-Service-Center eingerichtet. „Damit sind wir in der Lage, unsere Patientinnen und Patienten vom Aufnahmetag bis zur Entlassung und sogar darüber hinaus intensiv zu begleiten“, erläutert Regina Specht, Leiterin des Centers. „Das Rehaziell ist es nicht nur, den Gesundheitszustand unserer Patientinnen und Patienten zu verbessern, sondern sie auch auf die spätere Versorgung zu Hause vorzubereiten.“

Damit das gelingt, suchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Patienten-Service-Centers die Erkrankten innerhalb der ersten drei Tage nach der Aufnahme auf. Mit einem Fragebogen werden zunächst in einer ausführlichen Sozial- und Arbeitsanamnese die individuellen Problemlagen ermittelt: Wie ist die Wohnsituation? Wie sehen die Möglichkeiten einer häuslichen Versorgung aus? Welcher Beruf wurde ausgeübt? Ist eine Rückkehr in den Job möglich oder braucht es eine

Neuorientierung? Anhand dieser und weiterer Fragen machen sie sich ein umfassendes Bild. Zugleich werden die gesammelten Informationen in einem Computersystem auch für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen und Therapeuten zugänglich gemacht, da davon auch Ziele und Maßnahmen der Rehabilitation abhängen. So brauchen Berufstätige, die am Schreibtisch arbeiten und eine Tastatur bedienen müssen, eine andere Therapie als Menschen im Ruhestand, bei denen das eigenständige An- und Ausziehen wieder erlernt werden muss.

Wie entscheidend das Ziel der Rehabilitation ist, weiß Regina Specht: „Viele Patientinnen und Patienten können ihre Lage zu Beginn gar nicht einschätzen. Wir helfen ihnen, die Situation zu verstehen und sich realistische Ziele für die Zukunft zu setzen.“ Neben der Therapie in der Klinik gehört dazu vor allem eine ehrliche Auseinandersetzung mit der Situation nach der Entlassung. „Schon kleine Treppen in der Wohnung können für die Betroffenen eine Hürde sein. Auch die Körperpflege oder das



Brötchenschmieren können zum Hindernis werden, wenn man zum Beispiel nur eine Hand nutzen kann“, so Specht. In enger Abstimmung mit den Therapeutinnen und Therapeuten berät das Patienten-Service-Center auch zu der Vielzahl von Hilfsmitteln, die zur Verfügung stehen.

Angehörige ins Boot holen

Da die Versorgung und Betreuung zu Hause auch stark von der Familie abhängt, werden die Angehörigen von Anfang an eng einbezogen. In sogenannten Angehörigenschulungen werden sie auf die unterschiedlichen Aspekte der häuslichen Versorgung und Pflege vorbereitet, zum Beispiel durch Pflegetrainings am Bett oder Pflegekurse, in denen über die Leistungen der Pflegeversicherung, das Betreuungsrecht oder die richtige Prophylaxe informiert wird.

„Indem wir die Angehörigen befähigen, sich in Sachen Pflege etwas zuzutrauen, aber auch zu erkennen, wo die eigenen Grenzen der Belastbarkeit liegen, schaffen wir realistische Erwartungen. Außerdem tragen wir dazu bei, dass Patientinnen und Patienten, die dauerhaft der Pflege bedürfen, nach ihrer Entlassung nicht gleich wieder im Krankenhaus landen oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen müssen, weil die Pflege zu Hause nicht funktioniert. Auch das gehört für uns zu einer gelingenden Rehabilitation“, begründet Specht den Ansatz.

Deshalb geht die Begleitung auch über den Entlassungstag hinaus, um die häufigen Versorgungsbrüche beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu vermeiden. Auf Wunsch macht eine Pflegetrainerin oder ein Pflegetrainer einen Qualitätscheck zu Hause: Ist der Rollstuhl da? Ist das Equipment für die Sondenkost vorhanden? Sind die notwendigen Medikamente vor Ort? Bis zu sechs Wochen können die Angehörigen zudem Pflegetrainings in Anspruch nehmen – sooft sie es wünschen und bis sie sich sicher fühlen.

Dass Angehörigenarbeit und Rehabilitation gut ineinandergreifen, davon ist Regina Specht überzeugt: „Heutzutage wechseln die Patientinnen und Patienten schneller aus den Krankenhäusern in die Reha. Das stellt uns vor allem im neurologischen Bereich vor große Herausforderungen, weil der Grad der Pflegebedürftigkeit höher ist und mehr Patientinnen und Patienten unsere Klinik wieder verlassen, während sie noch der Pflege bedürfen. Im Gegensatz zur Orthopädie oder Psychosomatik können viele Schwerstbetroffene mit neurologischen Erkrankungen nicht mehr in ein vollkommen eigenständiges Leben zurück. Darauf wollen wir mit unserem Reha- und Angehörigenkonzept eine passende Antwort geben.“

Weiterlesen

→ HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg: www.helios-kliniken.de/rehakliniken-bad-berleburg



Alexander Rath / shutterstock

Guter Standard: Das neue Strukturmodell vereinfacht die Dokumentationspraxis.

Das neue Strukturmodell in der Praxis

Die ambulante Pflege VICA in Coesfeld setzt auf die vereinfachte Pflegedokumentation

Seit Anfang 2015 wird ein neues Konzept umgesetzt, mit dem der Aufwand in der Pflegedokumentation erheblich minimiert wird. Der ambulante Pflegedienst VICA im Raum Coesfeld hat an der Erprobungsphase des Strukturmodells teilgenommen und seither gute Erfahrungen damit gemacht. Christa Korte ist Vorsitzende der Mitarbeitervertretung der VICA und war an der Implementation der neuen Dokumentationspraxis bei ihrem Arbeitgeber beteiligt.

Christa Korte, die seit 30 Jahren Krankenschwester ist, erinnert sich: „Wenn man früher eine Mappe für eine neue Pflegeperson erstellt hat, dauerte das mindestens vier Stunden. Ich habe das nie an einem Tag geschafft, sondern auf

zwei oder drei Tage aufgeteilt. Inzwischen hat sich die Zeit dafür halbiert.“

Die Zeitersparnis resultiert aus einer schlanken Dokumentationspraxis, die sich auf wesentliche Aspekte der pflegerischen Versorgung konzentriert und eine bessere Orientierung bei Abweichungen von der grundpflegerischen Versorgung bietet. Mit diesem Vorgehen wird die Dokumentationspraxis vereinfacht, ohne fachliche Standards abzusenken. Das Strukturmodell gliedert sich in vier Elemente, die alle pflegerelevanten Informationen zur Steuerung des individuellen Pflegeprozesses sicherstellen und eine gezielte Evaluation ermöglichen. Am Anfang steht die Strukturierte Informationssammlung (SIS), die den Zustand der



CREATISTA / shutterstock

Mehr Effizienz: Die neue Dokumentation geht besser auf die Pflegebedürftigen ein.

pflegebedürftigen Person anhand festgelegter Themenfelder erhebt. Diese orientieren sich an den Modulen des Neuen Begutachtungsinstruments.

In einer zweiten Phase werden auf Grundlage der erhobenen Daten die Maßnahmen geplant. Eine wesentliche Neuerung ist das Berichteblatt, das in der dritten Phase, dem Pflegeverlauf, zur Dokumentation von Abweichungen der durchgeführten Maßnahmen oder aktueller Ereignisse dient. Früher wurde jede durchgeführte Maßnahme trotz der vorliegenden Pflegeplanung zusätzlich tagesaktuell dokumentiert. Davon unberührt bleiben in der ambulanten Pflege die Einzelleistungsnachweise zu Abrechnungszwecken. Die Evaluation stellt die vierte Phase der Pflegedokumentation im Rahmen des Pflegeprozesses dar.

Christa Korte lobt die neue, strukturiertere Erfassungsmethode: „Die Erhebung ist effektiver geworden; ich muss mich nicht mehr an Dingen aufhalten, die für die einzelne Pflegebedürftige oder den einzelnen Pflegebedürftigen nicht wesentlich sind. Im SIS-Bogen kann ich direkt sehen, in welchem Bereich die größten Einschränkungen vorliegen.“ Auch die Erhebung der Risiken sei nun nicht mehr formalisiert, sondern entspricht der individuellen Situation der pflegebedürftigen Person: „Früher haben wir zum Beispiel die Braden-Skala zur Dekubitusrisikoeinschätzung angelegt.

Manche Menschen sind aber überhaupt nicht risikogefährdet. In der Risikomatrix auf dem SIS-Bogen kreuze ich heute einfach den entsprechenden Bereich mit ‚nein‘ an. Ich habe aber auch die Möglichkeit, eine Einschätzung zu einem späteren Zeitpunkt zu treffen. In diesem Zeitraum, vielleicht drei Wochen, nehme ich ein zusätzliches Formular zur Hilfe. Nach einer täglichen Überprüfung kann ich am Ende der drei Wochen eine verlässliche Einschätzung abgeben.“

Die SIS ist zentraler Bestandteil des neuen Dokumentationssystems, aber auch in den anderen Bereichen hat sich einiges geändert. „Nach der ersten Woche habe ich die neue pflegebedürftige Person kennengelernt. In dieser Zeit habe ich sie oder ihn mehrfach grundpflegerisch versorgt und die Situation hat sich eingespielt. Danach erstelle ich einen individuellen Pflegeablaufplan (Maßnahmenplan)“, so Christa Korte. Hier hat eine Vereinfachung stattgefunden. Während früher eine Einschätzung zu allen sogenannten Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) vorgenommen wurde, können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter heute frei formulieren. Auch die im Ablaufplan enthaltene Dokumentation der Beratung zu Risiken ist einfacher geworden: „Wir haben zu allen Risiken fertige Informationsblätter. Mit den Pflegebedürftigen werden natürlich nur die relevanten besprochen. Auch die



Angehörigen beziehen wir hier ein, oft geht es schließlich um Maßnahmen, die das wohnliche Umfeld verändern“, sagt Christa Korte. Zur Dokumentation der Beratung muss die Pflegefachkraft nun nur noch die Aushändigung der besprochenen Standardblätter vermerken.

Im Bereich des Pflegeberichtes hat mit dem neuen Modell die größte Erleichterung stattgefunden. Früher musste jeden Tag ein Bericht geschrieben werden. Nun muss nur noch alles, was von der Norm abweicht, dokumentiert werden. „Es kann sein, dass wochenlang nichts passiert, das heißt aber nicht, dass wir nicht gut gepflegt haben, sondern nur, dass nichts Außergewöhnliches passiert ist“, so Christa Korte.

Der Großteil der Dokumentation findet im Büro des ambulanten Pflegedienstes statt, aber auch vor Ort musste früher täglich detailliert dokumentiert werden. Nicht alle Pflegebedürftigen hatten Verständnis für diesen erhöhten Aufwand. Auch in Bereichen wie der Behandlungspflege hat Christa Korte das Gefühl, besser auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen zu können: „Bei manchen Menschen sind wir nur da, um ihnen morgens Kompressionsstrümpfe anzuziehen oder Tabletten zu geben. Früher hatten wir die Auflage, eine vollständige Anamnese zu erstellen.“ Christa Korte ist froh, dass durch die Entbürokratisierung die Pflegedokumentation für die Gepflegten nachvollziehbarer wird und sie so auch von den Reformen profitieren.

Mehr als ein Drittel der Pflegedienstleister haben bis 2016 ihre Dokumentationspraxis umgestellt. Die VICA war eines von 60 Pflegeunternehmen, die an der Erprobungsphase des Strukturmodells teilgenommen haben. „Nach der Einführungsveranstaltung haben wir die neue Pflegedokumentation sehr schnell im Betrieb umgesetzt. Die jungen Kolleginnen und Kollegen waren sofort begeistert, aber auch die älteren waren erleichtert, den alten Ballast abzuwerfen.“ Durch den strukturierten Aufbau der Dokumentation können sich neue Kolleginnen und Kollegen schnell einen Überblick über eine pflegebedürftige Person verschaffen.



Zeit für die Pflege: Christa Korte freut sich über freigewordene Kapazitäten.

Christa Korte / VICA Die ambulante Pflege GmbH

Die Implementierung der neuen Dokumentationspraxis muss dabei nicht unbedingt mit einem erhöhten Aufwand einhergehen. „Wir haben am Praxistest teilgenommen und in diesem Zuge auch gleich unsere Formulare ausgemistet. Wir hatten den Vorteil, dass unser Chef mit im Boot saß, sodass wir für unsere Einrichtung anschließend sehr intensiv an der Umsetzung arbeiten konnten. Wir bieten auch interne Schulungen zur Anwendung der SIS an.“

Christa Korte zieht ein positives Gesamtfazit: „Ich kann nicht sagen, dass ich anders pflege als früher, aber die Bürokratie hat nachgelassen und meine Fachkompetenz ist wieder mehr gefragt. Ich denke, es braucht seine Zeit, aber der Nutzen ist einfach viel größer als die Nachteile.“



Caritas Bad Kissingen

Angehörige unterstützen: Die Fachstellen beraten Angehörige auch in schwierigen Situationen.

Beratung, Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige

Angehörigenarbeit der Caritas Kissingen im Bayerischen Netzwerk Pflege

Die eigenen Angehörigen zu pflegen, ist keine leichte Aufgabe. Nicht selten erkranken die Pflegenden bei lang andauernder Pflegetätigkeit selbst oder werden zum Pflegefall. Mit der „Fachstelle für pflegende Angehörige“ trägt der Caritasverband für den Landkreis Bad Kissingen dazu bei, pflegende Angehörige zu entlasten und ihre Bereitschaft und Fähigkeit zur Pflege zu erhalten.

Erschöpfung, Überforderung, Verzweiflung – Daniela Wehner kennt diese Gemütszustände aus ihrer täglichen Arbeit. Seit mehr als 15 Jahren ist sie in der Fachstelle für pflegende Angehörige in Bad Kissingen tätig. Dort betreut, berät und unterstützt sie Menschen, die ihre Angehörigen

pflegen und Hilfe bei ihr suchen. „Oft kommen pflegende Angehörige weinend in unsere Fachstelle und wissen nicht mehr weiter“, erklärt sie. „Unsere Aufgabe ist es, für sie da zu sein und ihnen ganz konkret im Pflegealltag beizustehen.“ Für diese Angehörigenarbeit stellt der Freistaat Bayern im Rahmen des Förderprogramms „Bayerisches Netzwerk Pflege“ jährlich über 1,3 Millionen Euro zur Verfügung – für insgesamt rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige bayernweit.

Die Fachstelle der Caritas Kissingen ist eine davon. Wie bei allen anderen Fachstellen besteht ihre Kernaufgabe in der psychosozialen Beratung, der begleitenden Unterstützung und der Entlastung pflegender Angehöriger. „Der Hauptteil unserer

Arbeit ist darauf ausgerichtet, die Pflegenden in ihrer Pflegebereitschaft zu stärken und sie in ihren Ängsten und Sorgen ernst zu nehmen“, so Wehner. Gerade wenn die Pflegebedürftigen an Demenz erkrankt seien und damit verbundene krankhafte Verhaltensweisen zeigten, führe das bei den Angehörigen oft zu Leidensdruck und Überforderung. „Wir wollen aber, dass die Pflegenden nicht selbst erkranken, zum Beispiel weil sie nachts nicht zur Ruhe kommen, kein eigenes Leben mehr führen, die Pflegebedürftige bzw. den Pflegebedürftigen ständig beaufsichtigen und sich dann noch Sorgen machen, wie es wird, wenn die Krankheit voranschreitet.“

Neutrale Beratung vor Ort

In solchen Situationen ist die Fachstelle mit konkreten Hilfsangeboten zur Stelle – und das nicht nur in der Beratungsstelle, sondern insbesondere am Telefon und bei Hausbesuchen. „Grundsätzlich lehnen wir niemanden ab, der Hilfe bei uns sucht. Wo wir selbst nicht weiterhelfen können, vermitteln wir Kontakte. Vor allem aber gehen wir direkt zu den Menschen nach Hause. Denn über 80 Prozent der Angehörigen sind selbst nicht mobil. Oder sie betreuen zum Beispiel eine demenzkranke Person, die sie zu Hause nicht allein lassen können oder die nicht reisefähig ist, weil sie unterwegs aggressiv wird oder aus dem Bus aussteigen will“, erläutert Wehner.

Die Beratung und Unterstützung umfasst im Wesentlichen die Vermittlung von Hilfsangeboten



Immer ansprechbar: Angehörige können sich auch telefonisch Rat bei Daniela Wehner holen.

Caritas Bad Kissingen

vor Ort, zum Beispiel zu einer Tagespflege-Einrichtung oder zu einem niedrigschwelligen Betreuungsangebot. Die Fachstelle ist dabei stets nur Vermittler, nicht Anbieter einer Leistung. „Wir beraten immer neutral und empfehlen deshalb auch nicht einen bestimmten Pflegedienst“, betont Wehner. Vielmehr würde den Angehörigen dabei geholfen, überhaupt Möglichkeiten der Unterstützung im Alltag zu finden sowie den Kontakt zu Anbietern herzustellen.

Die Bandbreite der Entlastungsangebote ist vielen Angehörigen dabei oft gar nicht bewusst. Sie reicht von Angehörigengruppen, einer Art angeleiteter Selbsthilfe, über Betreuungsnachmittage, bei denen Angehörige ihre Pflegebedürftigen für eine stundenweise Betreuung in eine Einrichtung geben können, um Zeit für sich selbst zu gewinnen, bis hin zu Helferkreisen, bei denen geschulte Laienhelferinnen und Laienhelfer Angehörige im Haushalt entlasten, damit diese eigene Dinge tun können wie zum Friseur zu gehen, ein Buch zu lesen oder einzukaufen.

Darüber hinaus beantwortet die Fachstelle fachliche Fragen und hilft Angehörigen bei Anträgen und Behördenangelegenheiten. Nicht zu vernachlässigen sei zudem die Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten, wie sie auch die Caritas Kissingen vorhält. „Wir haben zum Beispiel auch eine eigene Beratungsstelle für Suchtprobleme. Das kann auch im Alter ein wichtiges Thema sein, wenn Pflegenden sich mit Alkohol und Medikamenten betäuben“, erklärt Wehner.



Alles dabei: Daniela Wehner bringt zur Beratung von Angehörigen Informationsmaterialien mit, um ihnen die passenden Angebote vorstellen zu können.

Caritas Bad Kissingen



Anlaufstelle für professionell Pflegende

Die Fachstelle ist jedoch nicht nur Anlaufstelle für Angehörige, sondern für alle Menschen, die pflegen, ob ehrenamtlich oder professionell. Im Sinne einer besseren Vernetzung aller professionell in der Pflege Tätigen sucht die Fachstelle deshalb regelmäßig den Kontakt zu Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten. Mit Anschreiben und Flyern wendet sie sich zweimal im Jahr an die bekannten Einrichtungen in der Region und informiert über ihre Arbeit. „Gerade bei Kliniken und deren Sozialdiensten ist es wichtig, sich regelmäßig ins Gedächtnis zu rufen, da es dort eine hohe Mitarbeiterfluktuation

gibt“, so Daniela Wehner. „Wir wollen einfach, dass die Kliniken uns im Blick haben, wenn es um das Thema Pflege geht, sodass sie Angehörige zu uns schicken können. Genauso aber wollen wir mit unserem Wissen weiterhelfen, zum Beispiel indem wir Fachkräfte in den Kliniken über Krankheitsbilder wie Demenz aufklären.“

Dass die Arbeit der Fachstelle der Caritas Kissingen prinzipiell weiter an Bedeutung gewinnen wird, da ist sich Daniela Wehner sicher: „Die Anforderungen an uns sind in den letzten Jahren enorm gewachsen. Und die demografische Entwicklung ist eindeutig: Mehr Ältere bedeutet mehr Pflegebedürftige und damit mehr pflegende Angehörige.“



„Ich nutze die Praxisseiten Pflege als ständigen Begleiter bei meinen Hausbesuchen oder bei Beratungen in unseren Räumlichkeiten. Dazu habe ich den Ordner auch mit eigenen Unterlagen ergänzt, die ich für meine tägliche Arbeit brauche, zum Beispiel mit einer Liste regionaler Angebote und Ansprechpartner. So habe ich eine praktische Arbeitshilfe stets griffbereit.“

Daniela Wehner, Fachstelle für pflegende Angehörige, Caritas Bad Kissingen

Weiterlesen

- Fachstelle für pflegende Angehörige der Caritas Kissingen: www.caritas-kissingen.de
- Informationen und Rechtsgrundlagen zum Bayerischen Netzwerk Pflege sowie Adressen der Fachstellen: www.pflege.bayern.de › Pflege › Pflege zu Hause › Hilfen für Angehörige



Gudrun Arndt / Wannsee Schule e.V.

Breit aufgestellt: das Team der Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe in Berlin.

Wir schaffen eine umfassende Identifikation mit dem Pflegeberuf

*Interview mit Christine Vogler,
Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe in Berlin*

Die Weichen sind gestellt: Ab 2018 sollen die bisherigen Ausbildungen in der Altenpflege, der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ beziehungsweise „Pflegefachmann“ zusammengefasst werden. So sieht es der Entwurf des Pflegeberufgesetzes vor, der aktuell im Deutschen Bundestag beraten wird. Die Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe setzt bereits seit Jahren auf eine generalistische Ausbildung. Im Interview spricht Christine Vogler, Leiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Wannsee-Schule, von den Vorteilen und Besonderheiten.

Frau Vogler, was heißt „generalistische Pflegeausbildung“ überhaupt?

Kurz gesagt: Wer bei uns die dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert hat, kann danach überall in der Pflege arbeiten, ob in der Klinik, im Pflegeheim, im Hospiz, bei einem Pflegedienst, in der Demenz-WG – wo auch immer. Denn unser Curriculum umfasst die Pflege vom Säugling bis zum hochbetagten Menschen. Wir trennen nicht nach Lebensalter oder Sektor. Unsere Auszubildenden lernen alle Facetten gleichberechtigt kennen. Sie erwerben einen einheitlichen Grundstock an Wissen und Kompetenzen und können sich dann

später entscheiden, in welche Richtung sie gehen wollen. Im Prinzip machen wir bereits das, was die Politik ab 2018 flächendeckend einführen will.

Wie geht das, bisher drei verschiedene Ausbildungswege in nur einem anzubieten?

Das geht und ist sogar sinnvoll. Unsere Auszubildenden lernen bei uns alle das Gleiche, am Ende ihrer Ausbildung werden aber nicht alle das Gleiche gesehen haben. Das heißt: Wir bringen allen die gleichen pflegerischen Grundlagen und sozialen Kompetenzen bei. Da wir aber für einen Verbund von Krankenhäusern, Sozialstationen und anderen Gesundheitseinrichtungen ausbilden, sammeln die Schülerinnen und Schüler durchaus unterschiedliche Praxiserfahrungen. Unsere Azubis lernen bis zu zehn verschiedene Einrichtungen im Rahmen der Ausbildung kennen, aber nicht alle gehen in die gleichen Einrichtungen. Unser Fokus liegt deshalb darauf, die Kernelemente zu identifizieren und zu vermitteln, die unbedingt in die Ausbildung gehören und die jede und jeder Azubi können muss.

Welche Kernelemente sind das?

Wir lassen uns dabei von zwei Fragen leiten: Was müssen Pflegende in allen Pflegesettings können? Und welchen Pflegesituationen begegnen sie



Gudrun Arndt/Wannsee Schule e.V.

Verantwortung fördern: Christine Vogler wünscht sich mehr Selbstbewusstsein von Pflegenden.

immer wieder? Wir gehen exemplarisch vor und haben nicht den ohnehin unerfüllbaren Anspruch auf Vollständigkeit. Uns ist es wichtig, unseren Auszubildenden Wissen anhand typischer Situationen zu vermitteln. Sie lernen zum Beispiel, welche Pflegephänomene bei der stationären Langzeitpflege oder bei der ambulanten Pflege wiederkehrend sind. Mit diesem anwendungsbezogenen Wissen entlassen wir sie in die Praxis.



Gudrun Arndt/Wannsee Schule e.V.

Kein Anspruch auf Vollständigkeit: In der Wannsee-Schule wird exemplarisch gelernt.



Kurz erklärt:

Das Pflegeberufsgesetz: auf dem Weg zur generalistischen Pflegeausbildung

→ Mehr Qualität in der Pflege und eine höhere Attraktivität des Pflegeberufs: Mit diesen Zielen will die Bundesregierung die Pflegeausbildung reformieren und hat dazu den Entwurf des Pflegeberufsgesetzes vorgelegt. Der Kern: Ab 2018 sollen die bisherigen Ausbildungswege in der Pflege – die Altenpflege, die Krankenpflege sowie die Kinderkrankenpflege – zu einer einheitlichen Pflegeausbildung zusammengefasst werden. Die neue, generalistische Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ bzw. zum „Pflegefachmann“ soll auf einen Einsatz in allen

Arbeitsfeldern der Pflege vorbereiten, einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen erleichtern und den Pflegekräften selbst wohnortnahe Beschäftigungsmöglichkeiten und zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Zudem soll das Schulgeld flächendeckend abgeschafft werden. Der Gesetzentwurf wird aktuell im Deutschen Bundestag beraten.

→ Weitere Informationen:

www.bundesgesundheitsministerium.de ›
Themen › Pflege › Pflegekräfte

Aber wie stellen Sie sicher, dass die Auszubildenden wirklich auf das vorbereitet sind, was sie in der Praxis erwartet?

Indem wir niemanden ins kalte Wasser werfen. Wir bereiten alle Einsätze unserer Auszubildenden in den Einrichtungen vor, indem wir vorher das jeweils notwendige Theoriewissen vermitteln. Wenn jemand also auf eine Operative Station oder in eine Demenz-WG geht, dann haben wir die Besonderheiten, die dort gelten, bereits als Schulstoff behandelt. Diese Verknüpfung von Theorie und Praxis zeichnet uns aus. Unsere Azubis wissen, was sie vor Ort erwartet.

In den bisherigen drei Ausbildungswegen sind die Einsatzgebiete klar umgrenzt, Ihre Auszubildenden müssen „alles“ können. Verlangen Sie ihnen nicht zu viel ab?

Das glaube ich nicht. Richtig ist, dass unsere Schülerinnen und Schüler ein hohes Maß an Flexibilität brauchen, da sie sich in ständig wechselnden Teams und Arbeitsstrukturen zurechtfinden müssen. Das hat aber einen unschlagbaren Vorteil: Sie haben am Ende einen viel besseren Überblick über die verschiedensten Facetten der Pflege und ein ganz anderes Verständnis für die spezifische Situation



Gudrun Arndt/Wannsee Schule e.V.

Gut ausgebildet: Wer den Abschluss an der Wannsee-Schule macht, kann in allen Pflegebereichen arbeiten.

von Pflegebedürftigen. Zum Beispiel beim Entlassungsmanagement: Wenn eine Patientin bzw. ein Patient aus dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung entlassen wird, wissen unsere Azubis eher, woran es zu denken gilt, was übergeben werden muss. Weil sie im besten Fall beide Pflegesituationen in der Ausbildung erlebt haben. Das führt zu einer viel engeren Verzahnung verschiedener Einrichtungen. Und davon profitieren vor allem die Patientinnen bzw. Patienten und Pflegebedürftigen.



Das heißt, die generalistische Ausbildung fördert Verantwortung und eigenständiges Handeln?

Auf jeden Fall! Zum einen führt unsere alternde Bevölkerung dazu, dass immer mehr Menschen versorgt werden müssen, die mehrfach und chronisch krank sind, Stichwort Multimorbidität. Auch die Demenzerkrankungen nehmen zu. Das stellt Pflegekräfte vor ganz neue Herausforderungen, für die sie besser gewappnet sind, wenn sie als Generalisten ausgebildet wurden. Zum anderen aber fördert die einheitliche Ausbildung eine neue Berufsidentität, einen gemeinsamen Berufsstand

„Pflege“. Denn wenn die Schülerinnen und Schüler die Pflege umfassend und nicht mehr getrennt nach Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege kennenlernen, dann wächst das Berufsfeld zusammen. Es führt zu mehr Selbstbewusstsein der in der Pflege Tätigen. Damit kann auch der Pflegeberuf wieder an Attraktivität gewinnen. Und das haben wir nötig, denn wir alle kennen die demografische Entwicklung und wissen, was das für die Pflegesituation bedeutet. Die generalistische Pflegeausbildung ist deshalb eine große Chance.

Weiterlesen

→ Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe:

www.wannseeschule.de › Schule für Gesundheits- und Krankenpflege

→ Aufruf „Generalistik jetzt!“ des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für die Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann: **www.patientenbeauftragter.de › Generalistik jetzt!**

VIII. Glossar





Glossar

A bis D

Ambulante Pflegesachleistung

Pflegebedürftige, die weiterhin zu Hause leben, können einen zugelassenen professionellen Pflegedienst engagieren und erhalten dann die sogenannte „Pflegesachleistung“. Dazu zählen Unterstützung bei der **↗ Grundpflege** und hauswirtschaftlichen Versorgung durch geeignete Pflegekräfte. **↗ Betreuungsleistungen** wie beispielsweise Spaziergänge, Hilfe beim Einkaufen oder soziale Aktivitäten können auch übernommen werden. Anspruchsberechtigt sind auch Menschen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“*.

Die Pflegeleistungen können entsprechend der individuellen Pflegesituation bedarfsgerecht zusammengestellt werden. Sind die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt, kann auch die Betreuung als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

→ Lesen Sie dazu unsere **Praxisseite II.5** in diesem Ordner sowie unseren Glossar-Eintrag „**Pflegesachleistungen**“.

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** z. B. 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 es Betroffenen, trotz **↗ Pflegebedürftigkeit** in der vertrauten Umgebung zu bleiben.

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Dies sind vor allem:

- grundpflegerische Tätigkeiten wie z. B. Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

→ hauswirtschaftliche Versorgung, z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung.

Seit dem 1. Januar 2013 bieten ambulante Pflegedienste neben der [↗ Grundpflege](#) und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielt [↗ Betreuungsleistungen](#) (Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie z. B. Spazierengehen oder Vorlesen) an.

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 z. B. Medikamentengabe, Verbandswechsel und Injektionen.

Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen. Die ambulanten Sachleistungen der [↗ Pflegeversicherung](#) für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung) betragen seit dem 1. Januar 2015 monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro). Für Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf liegen die Leistungen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ bei 231 Euro, in Pflegestufe I bei 689 Euro, in Pflegestufe II bei 1.298 Euro und in Pflegestufe III bei 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro).

→ Seit dem 1. Januar 2015 gibt es Leistungsverbesserungen. Mehr dazu unter den Glossar-Einträgen [„Pflegestärkungsgesetz I“](#) und [„Pflegestärkungsgesetz II“](#).

Anschubfinanzierung für Wohngruppen

Der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige aus der [↗ Pflegeversicherung](#) erhalten, wenn sie eine gemeinsam beauftragte Person in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen oder drei Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ beschäftigen, beträgt seit dem 1. Januar 2015 205 Euro pro Monat. Außerdem können Berechtigte des Wohngruppenzuschlags eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftiger Person, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe) für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die nun einfacher in Anspruch genommen werden kann, beantragen. Diese Leistungen stehen auch Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ (z. B. demenziell Erkrankte) zur Verfügung. Auch der Zuschuss für [↗ Umbaumaßnahmen](#) wird deutlich aufgestockt, Wohngruppen können jetzt bis zu 16.000 Euro erhalten.

→ Lesen Sie dazu auch unsere [Praxisseite II.3](#) in diesem Ordner.



Begutachtung (Pflegeversicherung)

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

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den **➤ Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von **➤ Pflegezeit** gegenüber dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin angekündigt wurde.

Befindet sich der Antragsteller bzw. die Antragstellerin in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin angekündigt oder eine **➤ Familienpflegezeit** mit dem Unternehmen vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Die Pflegekasse ist zudem verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen 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 den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die antragstellende Person in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

Privatversicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

→ Weiterführende Informationen finden Sie auch auf unserer **Praxisseite VI.1** in diesem Ordner.

Beitragssatz und Beitragshöhe

Seit dem 1. Januar 2015 ist der Beitragssatz der [Pflegeversicherung](#) um 0,3 Prozentpunkte angehoben worden. In der zweiten Stufe der Pflegereform wird der Beitragssatz um weitere 0,2 Prozentpunkte erhöht. Damit können die Leistungen aus der Pflegeversicherung um 20 Prozent verbessert werden.

Besondere Regelung für die Beitragstragung in Sachsen: In Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil bei der Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass dort zur Finanzierung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Von den 2,35 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,675 Prozent auf den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlern) und 0,675 Prozent auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 1,175 Prozent für Arbeitgeber und -nehmer sind.

→ Mehr dazu erfahren Sie auf der [Praxisseite I.5](#) sowie unter den Glossar-Einträgen „[Pflegestärkungsgesetz I](#)“ und „[Pflegestärkungsgesetz II](#)“.

Beratungseinsätze

Pflegebedürftige, die [Pflegegeld](#) beziehen, müssen in den [Pflegestufen](#) I und II einmal halbjährlich sowie in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Diese Beratungsbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den [Pflegeberaterinnen und -beratern](#) der Pflegekassen. Pflegebedürftige mit erheblich [eingeschränkter Alltagskompetenz](#) können diese Beratungsbesuche zweimal im oben genannten Zeitraum in Anspruch nehmen. Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, also in der sogenannten „Pflegestufe 0“ sind, können einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesen Fällen kann die Beratung von einem zugelassenen Pflegedienst, aber auch von einer anerkannten unabhängigen Beratungsstelle mit oder ohne pflegfachliche Kompetenz durchgeführt werden. Letzteres soll ermöglichen, dass z. B. Alzheimer-Patienten auch eine Beratung durch die Alzheimer-Gesellschaft in Anspruch nehmen können.

→ Mehr dazu erfahren Sie auf unserer [Praxisseite II.4 \(S. 5\)](#).

Betreuungsdienste

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der Gesetzgeber ein Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch neuartige



Betreuungsdienste vorgesehen, die sich ausschließlich auf Leistungen der häuslichen Betreuung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung konzentrieren. Ziel ist es, mit Hilfe einer wissenschaftlichen Begleitung wichtige Erkenntnisse zu erhalten, inwieweit die häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung auf eine breitere fachliche und personelle Basis gestellt werden können.

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

Nach sorgfältiger Prüfung aller eingegangenen Unterlagen durch den GKV-Spitzenverband wurden bundesweit mittlerweile 48 geeignete Betreuungsdienste durch die Landesverbände der Pflegekassen für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen. Die Umsetzung der Modellvorhaben wird vom IGES Institut Berlin wissenschaftlich begleitet. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es, die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend zu untersuchen, um so festzustellen, ob künftig ggf. solche ambulanten Dienste in der Regelversorgung zugelassen werden können.

→ Weiterführende Informationen darüber, wer seit dem 1. Januar 2015 die neuen Betreuungsdienste in Anspruch nehmen kann und welche Leistungen sie erbringen, finden Sie auch auf unserer [Praxisseite III.1](#) in diesem Ordner.

Betreuungskraft, zusätzliche

Voll- und teilstationäre [Pflegeeinrichtungen](#) konnten schon bisher zusätzliche Betreuungskräfte anstellen, die das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige mit [eingeschränkter Alltagskompetenz](#) ergänzten. Im Rahmen des [Ersten Pflegestärkungsgesetzes \(PSG 1\)](#), das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, stehen diese zusätzlichen Betreuungsangebote allen pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegegästen offen.

In enger Kooperation und fachlicher Absprache mit den Pflegekräften und den Pflegeteams betreuen und begleiten die zusätzlichen Betreuungskräfte z. B. beim Lesen, beim Basteln, beim Spazierengehen oder zu kulturellen Veranstaltungen. Es soll erreicht werden, dass den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegegästen durch zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung und eine höhere Wertschätzung entgegengebracht, mehr Austausch mit anderen

Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht wird. Zusätzliche Betreuungskräfte können die Arbeit qualifizierter Pflegefachkräfte nicht ersetzen, sie können diese aber entlasten, damit den Fachkräften mehr Zeit für die eigentlichen Pflegeaufgaben bleibt. Pflegerische Aufgaben gehören hingegen nicht zum Aufgabenbereich der zusätzlichen Betreuungskräfte.

Die Kosten für das Zusatzpersonal werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen getragen. Die Pflegekassen haben mit den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Vergütungszuschläge nach § 87b Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Finanzierung der Personalaufwendungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der erforderlichen Höhe vertraglich zu vereinbaren.

Die Grundsätze der Arbeit und Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sind in den Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) nach § 87b Abs. 3 SGB XI geregelt. Diese werden vom GKV-Spitzenverband beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt (zuletzt am 29. Dezember 2014). Die angepassten Richtlinien sind am 1. Januar 2015 in Kraft getreten.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde auch die Betreuungsrelation von 1:24 auf 1:20 verbessert. Damit wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass sich die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtung von heute rund 25.000 auf bis zu 45.000 erhöhen kann.

→ Weiterführende Informationen dazu finden Sie auch auf der [Praxisseite V.2](#) hier in diesem Ordner.

Betreuungs- und Entlastungsleistungen, ambulant

Seit dem 1. Januar 2015 haben alle Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, neben ihrem Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- nun auch einen Anspruch auf zusätzliche Entlastungsleistungen. Pflegebedürftigen Personen ohne [↗ eingeschränkte Alltagskompetenz](#) wird ein Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich für die Inanspruchnahme der gesetzlich festgelegten Leistungen zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen erstattet.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der [↗ Kurzzeitpflege](#), von zugelassenen Pflegediensten (sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der [↗ Grundpflege](#) handelt) oder



von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten entstehen.

Zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen zählen unter anderem Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helfer- bzw. Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen bzw. Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie familienentlastende Dienste.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der oben genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der [↗ Verhinderungspflege](#) eingesetzt werden.

→ Weitere Information finden Sie auch auf unserer [Praxisseite III.1](#) hier in diesem Ordner.

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

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

Ziel aller empfohlenen Maßnahmen ist es, Sozialräume so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Hierfür sind Maßnahmen in vier Themenfeldern empfohlen worden, deren Umsetzung zugesagt wurde. Erstens werden zur Sicherstellung der Versorgung unter anderem neue Beratungsstrukturen wie das Konzept der „Modellkommune Pflege“ erprobt. Dadurch sollen Information, Beratung und Zusammenarbeit vor Ort effizienter gestaltet werden. Getestet wird auch ein Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von [↗ Pflegestützpunkten](#). Weiterhin sollen die Länder regionale Pflegeausschüsse einrichten können. Das stärkt regionale Pflegestrukturen. Zweitens wird die Beteiligung der Kommunen am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote weiterentwickelt und vereinfacht. Drittens werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen getroffen, die Zusammenarbeit und Transparenz zwischen den Akteursebenen verbessern sollen, wenn es um die Beratung von pflegebedürftigen Menschen geht. Viertens soll altersgerechtes

Wohnen vorangebracht werden: Bund, Länder und Kommunen sagen zu, in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen die Vielfalt an Wohnungsformen zu fördern und das Angebot an alternativen Wohnformen und bezahlbarem altersgerechten Wohnraum zu erhöhen.

Damit die verbesserte Zusammenarbeit vor allem zwischen Pflegekassen und kommunalen Hilfs- und Betreuungsangeboten und damit insgesamt zwischen Bund, Ländern und Kommunen funktionieren kann, müssen Daten über vorhandene Angebote und entsprechende Kosten für alle Akteure zugänglich sein. In diesem Zusammenhang ist eine Reihe von neuen Studien und Erhebungen empfohlen worden. Ein regelmäßiger Austausch zu den empfohlenen Maßnahmen im Sinne eines Monitorings, in das die kommunalen Spitzenverbände einbezogen werden, ist vereinbart.

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

Demenz

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

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

Demenzerkrankungen können eine Vielzahl von Ursachen haben. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen primären und sekundären Formen der Demenz. Letztgenannte sind Folgeerscheinungen anderer, meist außerhalb des Gehirns angesiedelter Grunderkrankungen wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände und chronische 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 ca. 10 Prozent aller Krankheitsfälle aus, 90 Prozent entfallen auf die primären und in der Regel irreversibel („unumkehrbar“) verlaufenden Demenzen. Hier wiederum dominiert der Typ Alzheimer. Dieser ist für rund zwei Drittel aller Demenzerkrankungen verantwortlich. Es folgen mit ca. 20 Prozent die sogenannten vaskulären, d. h. gefäßbedingten Demenzen, wobei Wissenschaftler davon ausgehen, dass auch Mischformen eine nicht



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

Mit den neuen Pflegestärkungsgesetzen, insbesondere dem [↗ Pflegestärkungsgesetz I](#), werden Menschen, die an Demenz erkrankt sind, in den Kreis der Leistungsberechtigten der [↗ Pflegeversicherung](#) aufgenommen, wenn der [↗ Medizinische Dienst der Krankenkassen](#) oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen bzw. Gutachter im Rahmen ihrer Begutachtung als Folge ihrer Krankheit Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen [↗ Einschränkung ihrer Alltagskompetenz](#) geführt haben (§ 45 SGB XI).

→ Siehe dazu Glossar-Eintrag „[Kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige](#)“.



Glossar

E bis J

Ehrenamtliches Engagement

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege weiter gestärkt. Denn mit der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen steigt sowohl der Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften als auch der Bedarf an Menschen, die ehrenamtlich in der Pflege tätig sind.

Ehrenamtlich aktive Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen werden in die Versorgungsnetze vor Ort eingebunden. Das betrifft z. B. niedrigschwellige Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen, die Entlastung von Pflegepersonen durch die stundenweise Übernahme der Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Person zu Hause oder auch die Zusammenarbeit engagierter Bürgerinnen und Bürger oder Angehöriger von Selbsthilfegruppen mit den [Pflegestützpunkten](#) zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

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

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

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

Eingeschränkte Alltagskompetenz

Aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können Menschen in ihrer

Alltagskompetenz auf Dauer erheblich eingeschränkt sein. Sie sind dann in erheblichem Maße auf Betreuung und – insbesondere zur Verhütung von Gefahren – oft auch auf allgemeine Beaufsichtigung angewiesen.

Um diesem Betreuungsbedarf Rechnung zu tragen, erhalten sie von der **➤ Pflegeversicherung** besondere Unterstützung. Je nach Umfang und Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen erhalten sie einen Betreuungsbetrag in Höhe von monatlich 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag), also je nach Ausprägung der Einschränkung 1.248 Euro bzw. 2.496 Euro im Jahr, für sogenannte zusätzliche **➤ Betreuungs- und Entlastungsleistungen**.

Auch Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Bedarf an **➤ Grundpflege** und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und die daher keine Pflegestufe haben, können den Betreuungs- und Entlastungsbetrag erhalten. Man spricht hier von der sogenannten „Pflegestufe 0“*. Diese Personen haben außerdem entweder einen Anspruch auf ein **➤ Pflegegeld** in Höhe von 123 Euro im Monat oder auf **➤ ambulante Pflegesachleistungen** bis zu 231 Euro im Monat bzw. eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen. Zudem haben sie seit dem 1. Januar 2015 neben diesen Ansprüchen auch Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag, Verhinderungspflegeleistungen, **➤ Pflegehilfsmittel** und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Tages- und Nachtpflegeleistungen, Kurzzeitpflegeleistungen sowie Leistungen der **➤ Anschubfinanzierung** zur Gründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der **➤ Tages- und Nachtpflegeleistungen** wird für diesen Personenkreis von der Pflegekasse mit bis zu 231 Euro je Kalendermonat finanziert.

Auf der anderen Seite erhalten nun auch Pflegebedürftige ohne Einschränkung der Alltagskompetenz die Möglichkeit, die gesetzlich festgelegten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen und sich die hierfür entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von 104 Euro im Monat erstatten zu lassen.

→ Weitere Informationen finden Sie auch auf unseren **Praxisseiten II.1–II.7, III.1, IV.1 sowie VI.1** hier in diesem Ordner.

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, selbständige Pflegekräfte zur häuslichen Pflege durch Einzelpersonen in

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



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 selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen oder den besonderen Wünschen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung zu tragen. Erfolgt die Pflege durch Einzelpflegekräfte, müssen diese mit 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.

→ Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer [Praxisseite II.4](#) hier in diesem Ordner.

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

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

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

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

Zentral für das Strukturmodell ist einerseits die systematische Berücksichtigung der persönlichen Perspektive der pflegebedürftigen Person. Andererseits erfolgt eine Rückbesinnung auf die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte: Auf schematische Dokumentationsroutinen und Einzelleistungsnachweise für wiederkehrende Abläufe in der **↗ Grundpflege** und Betreuung im Berichteblatt wird verzichtet, stattdessen wird stärker der professionellen Einschätzung der Pflegefachkraft vertraut.

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

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

Interessierte [↗ Pflegeeinrichtungen](#) können sich auf der Projektwebsite www.Ein-STEP.de für die Teilnahme am Projekt anmelden. Sie erhalten dann Unterstützung durch die Multiplikatoren ihrer Trägerverbände und das vom Projektbüro entwickelte Schulungs- und Informationsmaterial. Schon mehrere tausend Pflegeeinrichtungen haben sich auf diesem Weg zur Einführung des neuen Modells entschlossen.

→ Lesen Sie dazu auch den Glossar-Eintrag „[Strukturierte Informations-sammlung \(SIS\)](#)“ sowie die [Praxisseiten VI.1 und VI.2](#) zu Begutachtung, Pflegeplanung und Dokumentation hier in diesem Ordner.

Entlastungsbeitrag

Seit dem 1. Januar 2015 werden die zusätzlichen [↗ Betreuungsleistungen](#) um die Möglichkeit ergänzt, zusätzliche Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Sie beinhalten nach § 45b, c SGB XI:

- die Erbringung von Dienstleistungen,
- eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende und stabilisierende Alltagsbegleitung,
- organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende, insbesondere zur Bewältigung des Pflegealltags,
- andere geeignete Maßnahmen, die der vorgenannten Bedarfsdeckung bzw. Entlastung dienen.

Als grundsätzlich förderungsfähige [↗ niedrigschwellige Hilfen](#) kommen insbesondere Serviceangebote für [↗ haushaltsnahe Dienstleistungen](#), Alltagsbegleitung sowie Pflegebegleitung in Betracht. Die Entlastungsleistungen richten sich an alle Anspruchsberechtigten, denen die Gestaltung eines gewöhnlichen Alltags nicht mehr möglich ist und die auf entlastende Service-Leistungen im Bereich des Haushalts oder der unmittelbaren häuslichen Umgebung angewiesen sind.

Dazu zählen beispielsweise: die Inanspruchnahme von Fahr- und Begleitdiensten, Einkaufs- und Botengänge, die Beratung oder praktische Hilfe bei Anträgen und Korrespondenzen. Außerdem erhalten nun auch Pflegebedürftige ohne erheblich [↗ eingeschränkte Alltagskompetenz](#) einen Anspruch in Höhe des Grundbetrages. Wer seinen Anspruch auf [↗ ambulante Pflegesachleistungen](#) nicht voll ausschöpft, kann zudem seit dem 1. Januar 2015 den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag – maximal aber 40 Prozent des hierfür



vorgesehenen Leistungsbetrages – für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden.

→ Weitere Informationen finden Sie auch auf unseren [Praxisseiten II.1, II.5 und III.1](#) hier in diesem Ordner. Siehe dazu auch die Glossar-Einträge „[Betreuungs- und Entlastungsleistungen](#)“ sowie „[Haushaltsnahe Dienstleistungen](#)“ und „[Niedrigschwellige Hilfen](#)“.

Fallmanagement

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

- Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über Leistungen;
 - Erarbeitung entscheidungsreifer Anträge und Erledigung sonstiger Formalien;
 - Aufklärung über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder anderer von der Pflegekasse beauftragter Gutachterinnen bzw. 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.
- Lesen Sie hierzu die Glossar-Einträge „[Die Pflegeberaterin/der Pflegeberater](#)“ und „[Pflegeberaterinnen und Pflegeberater – ,Pflegeberatung nach § 7a SGB XI‘](#)“.

Familienpflegezeit

Beschäftigte haben seit dem 1. Januar 2015 einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, d.h. 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 Monate).

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.

→ Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer [Praxisseite II.4](#) hier in diesem Ordner und auf der Seite www.wege-zur-pflege.de

Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ist mit den Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz deutlich verbessert worden. Beschäftigte erhalten seit dem 1. Januar 2015 mehr zeitliche Flexibilität und Sicherheit, um nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen.

Beschäftigte, die in einer akut aufgetretenen Pflegesituation Zeit für die Organisation oder Sicherstellung der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen benötigen, können bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben. Seit dem 1. Januar 2015 können sie in diesen Fällen [↗ Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung](#) erhalten. Diese wird auf Antrag von der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung des Pflegebedürftigen gewährt.

Beschäftigte, die 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 bis zu drei Monaten für die Begleitung einer/eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase beanspruchen. Auch in diesem Fall müssen Beschäftigte die entsprechende Erkrankung des/der nahen Angehörigen durch eine ärztliche Bescheinigung gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber nachweisen. Auf diese Freistellungen haben Beschäftigte einen Anspruch gegenüber Arbeitgeberinnen oder Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten.

Zudem haben Beschäftigte in Betrieben mit in der Regel 25 oder mehr Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten seit dem 1. Januar 2015 einen Anspruch auf [7 Familienpflegezeit](#), d.h. auf eine teilweise Freistellung für die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden.

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

→ Siehe dazu auch Glossar-Eintrag „[Familienpflegezeit](#)“ und „[Pflegezeit](#)“ sowie [Praxisseite II.4](#) hier in diesem Ordner.

Grundpflege

Im Rahmen der [7 Pflegeversicherung](#) umfasst die Grundpflege pflegerische Hilfen aus folgenden Bereichen:

- Bereich der Körperpflege: Hilfe beim Waschen, Duschen, Baden, bei der Zahnpflege, beim Kämmen, Rasieren sowie bei der Darm- und Blasenentleerung;
- Bereich der Ernährung: Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung und Nahrungsaufnahme;
- Bereich Mobilität: Hilfe beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung/[7 Pflegeeinrichtung](#).

Die hauswirtschaftliche Versorgung und Hilfen bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen (z. B.: Versorgung mit Medikamenten) zählen nicht dazu.

Haushaltsnahe Dienstleistungen

Zu den zusätzlichen Entlastungsleistungen zählen insbesondere haushaltsnahe Dienstleistungen, die der Bewältigung des Alltags und der Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen. Dazu können gehören: Wäschepflege, Blumenpflege, Putz- und Reinigungsarbeiten, Erledigung des Wocheneinkaufs, aber auch Botengänge zur Post und Apotheke oder Korrespondenzen mit Behörden und Banken.

→ Weitere Informationen hierzu finden Sie auch auf unserer [Praxisseite III.1](#) hier in diesem Ordner. Siehe dazu auch die Glossar-Einträge „[Betreuungs- und Entlastungsleistungen](#)“, „[Entlastungsbeitrag](#)“ sowie „[Haushaltsnahe Dienstleistungen](#)“ und „[Niedrigschwellige Hilfen](#)“.

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 (z. B. Verbandswechsel) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang.

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

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

Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht. Ausnahmsweise kann medizinische Behandlungspflege Versicherten in Pflegeheimen verordnet werden, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.



Der besonders hohe Bedarf ist insbesondere 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 bzw. den Krankenhausarzt verordnet werden – die als zuletzt Behandelnde meistens am besten über die Situation der Patientin oder des Patienten informiert sind. Für sie besteht die Möglichkeit, aus dem Krankenhaus entlassenen Patientinnen oder Patienten für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Die verantwortliche Krankenhausärztin bzw. der verantwortliche Krankenhausarzt hat die zuständige Vertragsärztin bzw. den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren. Für die **➔ ambulanten Pflegedienste** bedeutet diese Neuregelung eine wichtige Verwaltungsentlastung.

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

Hilfsmittel

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

Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten: von Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfen über Schuheinlagen, Prothesen und Orthesen bis hin zu Rollstühlen und Hörgeräten. Die Versorgung mit einem Hilfsmittel muss von der Krankenkasse grundsätzlich vorher genehmigt werden, soweit diese nicht (z. B. für bestimmte Hilfsmittel oder bis zu einer bestimmten Wertgrenze) darauf verzichtet hat. Dies gilt auch dann, wenn das Hilfsmittel von der Ärztin oder dem Arzt verordnet wurde.

→ Siehe auch den Glossar-Eintrag „**Pflegehilfsmittel**“ zur Unterscheidung.



Glossar

K bis O

Kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige

Das neue **➤ Pflegestärkungsgesetz I** weitet den Kreis der Leistungsberechtigten insbesondere auf Personen mit demenzbedingten Funktionsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen aus, bei denen der **➤ Medizinische Dienst der Krankenversicherung** oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen bzw. Gutachter Krankheiten oder Behinderungen festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen **➤ Einschränkung ihrer Alltagskompetenz** geführt haben. Für die Bewertung sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;

12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

→ Siehe dazu auch den Glossar-Eintrag „**Demenz**“.

Kombinationsleistungen

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

→ Siehe dazu auch **Praxisseite II.4 und II.5** hier in diesem Ordner.

Körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige

Bislang hatten nur Menschen mit einer auf Dauer erheblich **➤ eingeschränkten Alltagskompetenz** (also insbesondere an **➤ Demenz** Erkrankte) einen Anspruch auf zusätzliche **➤ Betreuungs- und Entlastungsleistungen** nach § 45b SGB XI. Hier gab es eine wichtige Änderung: Pflegebedürftige, die stärker körperlich eingeschränkt sind – z. B. nach einem Schlaganfall – erhalten jetzt ebenfalls einen Anspruch auf entsprechende Leistungen.

Damit bekommen die Betroffenen nun auch erstmals einen Anspruch auf **➤ niedrigschwellige Hilfen**, d. h., sie können sich vor Ort ein Angebot suchen, das nach Landesrecht anerkannt ist, und bekommen die Kosten bis zur Höhe von 104 Euro monatlich bzw. 1.248 Euro pro Jahr erstattet. Zudem steht ihnen ebenfalls die Möglichkeit zu, zusätzlich maximal 40 Prozent des Anspruchs auf ambulante Sachleistungen für solche niedrigschwelligen Angebote zu verwenden.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei einer akut aufgetretenen Pflegesituation, in der die Pflege eines nahen Angehörigen zu organisieren bzw. sicherzustellen ist, haben Beschäftigte das Recht, kurzzeitig (bis zu zehn Arbeitstage) der Arbeit fernzubleiben. Für diese Auszeit kann ihnen seit dem 1. Januar 2015 ein



auf bis zu zehn Tage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden. Dabei handelt es sich um eine [↗ Lohnersatzleistung](#) der Pflegekasse. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten für die Überwindung einer plötzlich auftretenden akuten „Pflegekrisensituation“, in der die Pflege naher Angehöriger zu organisieren bzw. sicherzustellen ist, nach Maßgabe des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen. Nahe Angehörige können diese zehn Tage auch untereinander aufteilen.

1. Wichtig ist, dass es sich bei den pflegebedürftigen Angehörigen um nahe Angehörige handelt (wie z. B. Eltern, Großeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder);
2. Relevant ist außerdem, dass davon auszugehen ist, dass die pflegebedürftigen Angehörigen voraussichtlich Pflegestufe I bis III zuerkannt bekommen;
3. Die Beschäftigten sind verpflichtet, der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber die Verhinderung an der Arbeitsleitung und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers müssen Beschäftigte eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche [↗ Pflegebedürftigkeit](#) des oder der 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 bzw. dem Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gestellt werden. Dazu muss eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden.

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

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

→ Weitere Informationen hierzu finden Sie auch auf unserer [Praxisseite II.4](#) hier in diesem Ordner. Lesen Sie dazu auch die Glossar-Einträge „[Betreuungs- und Entlastungsleistungen](#)“, „[Entlastungsbeitrag](#)“ sowie „[Niedrigschwellige Hilfen](#)“ und „[Haushaltsnahe Dienstleistungen](#)“.

Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige (im Sinne des Rechts der [↗ Pflegeversicherung](#)) sind für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, z. B. weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen. Die [↗ Leistung der Pflegeversicherung](#) für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach [↗ Pflegestufen](#), sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro im Jahr für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr.

Seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes wird während der Kurzzeitpflege für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen [↗ Pflegegeldes](#) weitergezahlt. Außerdem kann seitdem die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der [↗ pflege-gende Angehörige](#) in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen.

→ Lesen Sie dazu unsere [Praxisseite II.6](#) hier in diesem Ordner oder auch die Glossar-Einträge „[Betreuungs- und Entlastungsleistungen](#)“, „[Entlastungsbeitrag](#)“ sowie „[Niedrigschwellige Hilfen](#)“ und „[Haushaltsnahe Dienstleistungen](#)“.

Leistungen der Pflegeversicherung

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

Die Bundesregierung plant, im Rahmen einer Pflegereform und der Einführung der neuen Pflegestärkungsgesetze die Leistungen zu verbessern. Insgesamt sollen für Verbesserungen in der Pflege in zwei Stufen fünf Milliarden Euro mehr pro Jahr zur Verfügung gestellt werden. Damit können die Leistungen aus der [↗ Pflegeversicherung](#) um 20 Prozent verbessert werden. Durch das erste Pflegestärkungsgesetz wurden bereits seit dem 1. Januar 2015 die Leistungen für



Pflegebedürftige und ihre Angehörigen spürbar ausgeweitet und die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht.

Leistungsanspruch

Die **➤ Pflegeversicherung** gewährt in der Hauptsache folgende Leistungen:

- **➤ Pflegesachleistung**, d.h. **➤ Grundpflege** und hauswirtschaftliche Versorgung z. B. durch einen zugelassenen Pflegedienst (§ 36),
- **➤ Pflegegeld** für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
- **➤ Kombination** von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
- **➤ Pflegehilfsmittel** und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
- **➤ Tagespflege und Nachtpflege** (§ 41),
- **➤ Kurzzeitpflege** (§ 42),
- vollstationäre Pflege (§ 43),
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
- zusätzliche Leistungen bei **➤ Pflegezeit** und **➤ kurzzeitiger Arbeitsverhinderung** (§ 44a),
- **➤ Pflegekurse** für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
- zusätzliche **➤ Betreuungs- und Entlastungsleistungen** (§ 45b),
- Leistungen des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
- **➤ Anschubfinanzierung** zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e).

Zusätzlich gibt es Ansprüche auf Beratung wie z. B. die Pflegeberatung nach § 7a oder Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3.

Versicherte mit erheblich **↗ eingeschränkter Alltagskompetenz** (dazu gehören auch Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“*) haben bis zum Inkrafttreten des **↗ Pflegestärkungsgesetzes II**, das die Leistungsgewährung aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123 SGB XI). Damit ist sichergestellt, dass auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ im Übergangszeitraum Zugang zu **↗ ambulanten Pflegesachleistungen**, Pflegegeld, **↗ Kombinationsleistungen**, **↗ Verhinderungspflege**, Pflegehilfsmitteln sowie Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfelds haben. Auch der Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen sowie die Anschubfinanzierung für die Gründung ambulanter Wohngruppen, Leistungen der teilstationären **↗ Tages- und Nachtpflege** und Leistungen der Kurzzeitpflege können von diesem Personenkreis bezogen werden. Liegt bei Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bereits Pflegestufe I oder II vor, führt die Übergangsvorschrift zu einer Anhebung von Leistungsansprüchen.

Daneben gibt es eine weitere Übergangsvorschrift. Diese sieht Leistungen der häuslichen Betreuung vor (§ 124). Diese **↗ Betreuungsleistungen** können sowohl Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als auch alle anderen Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen.

Leistungsbeträge der Pflegeversicherung

Durch zwei Pflegestärkungsgesetze werden deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung umgesetzt. Durch das erste Pflegestärkungsgesetz wurden bereits seit dem 1. Januar 2015 die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen spürbar ausgeweitet und die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären **↗ Pflegeeinrichtungen** erhöht. Zudem wurde ein **↗ Pflegevorsorgefonds** eingerichtet.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen noch in dieser Wahlperiode der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken soll dadurch wegfallen. Im Zentrum steht der individuelle Unterstützungsbedarf jeder bzw. jedes Einzelnen. Dadurch wird die **↗ Pflegeversicherung** auf eine neue Grundlage gestellt.

Durch die Pflegestärkungsgesetze werden die Beiträge für die Pflegeversicherung in zwei Schritten um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben. Dadurch stehen fünf Milliarden Euro mehr pro Jahr für Verbesserungen der Pflegeleistungen zur Verfügung. 1,2 Milliarden Euro fließen in einen Pflegevorsorgefonds. Insgesamt können die Leistungen aus der Pflegeversicherung um 20 Prozent erhöht werden. Die Bundesregierung prüft künftig alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



Anpassung der **Leistungen der Pflegeversicherung**. Als Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren. Zuletzt wurden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 um 4 Prozent angehoben, um die Entwicklung der Preise in den letzten drei Jahren zu berücksichtigen.

Lohnersatzleistung

Im Falle einer akut auftretenden Pflegesituation haben Angehörige das Recht, von ihrer Arbeit eine kurzzeitige Auszeit von zehn Tagen zu nehmen. Seit dem 1. Januar 2015 kann dafür ein neues, auf zehn Tage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden. Dabei handelt es sich um eine Lohnersatzleistung der Pflegekasse an die betreuenden Angehörigen. Die neue Regelung dient der besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Die Höhe der neuen Lohnersatzleistung orientiert sich an der Berechnung des Kinderkrankengeldes.

→ Weiterführende Informationen finden Sie auch auf unserer [Praxisseite II.4](#). Siehe dazu auch den Glossar-Eintrag „[Kurzzeitige Arbeitsverhinderung](#)“.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und **Pflegeversicherung**. Im Auftrag der Pflegekassen überprüft der MDK oder überprüfen andere unabhängige Gutachter, ob die Voraussetzungen der **Pflegebedürftigkeit** erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Im Rahmen der Begutachtung hat der MDK durch eine Untersuchung des Versicherten die Einschränkungen bei den Verrichtungen der **Grundpflege** (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit und das dauerhafte Vorliegen einer erheblich **eingeschränkten Alltagskompetenz** zu ermitteln. Bei knappschaftlich Versicherten erstellt das Gutachten der Sozialmedizinische Dienst (SMD). Bei Privatversicherten erfolgt die Begutachtung durch MEDICPROOF.

Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Die angemeldete Begutachtung erfolgt in der Regel im Wohnbereich des Antragstellers durch eine Gutachterin bzw. einen Gutachter (Pflegefachkraft oder Ärztin bzw. Arzt).

Die Gutachterin bzw. der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die Verrichtungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung. Es gelten bundesweit

einheitliche Begutachtungs-Richtlinien (www.mds-ev.de). Dabei gibt es für jede einzelne Tätigkeit Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer **➤ Pflegestufe** ist allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf maßgeblich. Die Orientierungswerte sind nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Zeitkorridors. Sie sind für die Gutachterin bzw. den Gutachter lediglich ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs.

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen bzw. Gutachter des Medizinischen Dienstes mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin bzw. Kinderarzt vorzunehmen. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird das hilfebedürftige Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst sind gestärkt worden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wurde verpflichtet, für die Medizinischen Dienste verbindliche Servicegrundsätze zu erlassen. Dieser „Verhaltenscodex“ stellt sicher, dass ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist.

Leistungsentscheidung und Leistungsbescheid: Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für die Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Die Antragstellenden haben ein Recht darauf, mit dem Bescheid der Pflegekasse das Gutachten zu erhalten, wenn sie sich für eine Zusage entschieden haben. Bei der Begutachtung ist bereits zu erfassen, ob von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Darüber hinaus erhalten die Antragstellenden von der Pflegekasse spätestens mit dem Bescheid 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 die Antragstellenden damit einverstanden sind.

Bearbeitungsfristen: Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von **➤ Pflegezeit** gegenüber der



Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befinden sich die Antragstellenden in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber angekündigt oder eine [↗ Familienpflegezeit](#) vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Niedrigschwellige Hilfen

Bei niedrigschwelligen Betreuungsangeboten unterstützen häufig ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sowie Betreuungsgruppen Pflegebedürftige beispielsweise bei der Bewältigung von täglichen Aufgaben im Haushalt. Diese Angebote, die sich aus § 45b und c SGB XI ableiten, müssen von den zuständigen Bundesländern anerkannt sein.

Durch das [↗ Pflegestärkungsgesetz I](#) werden die zusätzlichen [↗ Betreuungs- und Entlastungsleistungen](#) ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt. Demenzkranke bekommen seit dem 1. Januar 2015 bis zu 104 oder 208 Euro pro Monat. Jetzt werden auch bei rein körperlicher Beeinträchtigung 104 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Damit können Leistungen von [↗ Kurzzeitpflege](#), [↗ Tages- und Nachtpflege](#) und Betreuungsleistungen durch [↗ ambulante Pflegedienste](#) oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote finanziert werden.

Es können aber auch anerkannte Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleitungen finanziert werden, die bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Bewältigung sonstiger Alltagsanforderungen im Haushalt helfen. Das können auch Pflegebegleitungen der Angehörigen sein, die bei der Organisation und Bewältigung des Pflegealltags helfen. Und auch die Aufwandsentschädigung für nach Landesrecht anerkannte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die z. B. beim Gang auf den Friedhof begleiten oder beim Behördengang unterstützen, kann damit bezahlt werden. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote können künftig auch anstelle eines Teils der [↗ Pflegesachleistung](#) in Anspruch genommen werden (neue „[↗ Umwidlungsmöglichkeit](#)“ in Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Pflegesachleistungsbetrags).

→ Weiterführende Informationen finden Sie auch auf unseren [Praxisseiten III.1](#) hier in diesem Ordner.



Glossar

P

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Nach der Definition des elften Buches des Sozialgesetzbuches sind damit Personen erfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Der Koalitionsvertrag von November 2013 sieht vor, dass Pflegebedürftigkeit neu und differenzierter definiert werden soll. Die heutige, stark verrichtungsbezogene Beurteilung, welcher **7 Pflegestufe** eine pflegebedürftige Person zuzuordnen ist, wird der konkreten Lebenssituation vieler Pflegebedürftiger nicht ausreichend gerecht. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument sollen daher alle wesentlichen Aspekte der Pflegebedürftigkeit berücksichtigen. Das heißt konkret, neben körperlichen Einschränkungen werden auch solche Einschränkungen einbezogen, die bei Demenzkranken häufig vorkommen.

Vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen neuen Begutachtungssystematik wurde diese auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erprobt und wissenschaftlich ausgewertet. Dazu wurden zwei Modellprojekte durchgeführt.

Die Ergebnisse der Projekte liegen seit April 2015 vor und können auf der Website des GKV-Spitzenverbandes heruntergeladen werden. Sie stellen eine wichtige Grundlage für die gesetzgeberischen Arbeiten zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im **7 Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** dar, dessen Entwurf im August 2015 vom Bundeskabinett beschlossen wurde.

→ Lesen Sie dazu auch die **Praxisseiten I.5 und VI.1** sowie die Glossar-Einträge „**Pflegestärkungsgesetz I**“ und „**Pflegestärkungsgesetz II**“.

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

Versicherte, die **Leistungen der Pflegeversicherung** erhalten, haben gegenüber ihrer 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.

Die Beratung erfolgt durch speziell geschulte Pflegeberaterinnen und -berater mit umfassendem Wissen, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht. Die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind bei Pflegekassen beschäftigt.

Pflegeberatung kann daher bei der Pflegekasse in Anspruch genommen werden. Aber auch bei einem **Pflegestützpunkt** ist die Beratung möglich. Die Pflegekasse erteilt Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. Manche Pflegekassen stellen auch Beratungsgutscheine aus, für die eine Pflegeberatung in unabhängigen Beratungsstellen in Anspruch genommen werden kann. Die Pflegekasse teilt den Versicherten mit, wo der Gutschein eingelöst werden kann. Informationen zum Thema Pflege liefern auch Service- und Beratungsstellen in den Kommunen.

Die Pflegeberaterin/der Pflegeberater

- ermittelt auf Wunsch den individuellen Hilfebedarf,
- berät auf Wunsch bei der Auswahl und Zusammenstellung von Leistungen,
- erstellt auf Wunsch einen individuellen Versorgungsplan mit den erforderlichen Hilfen und
- unterstützt bei der Umsetzung dieses Versorgungsplans.

Sobald ein erstmaliger Antrag auf Leistungen bei der Pflegekasse eingeht, muss diese dem Antragsteller entweder

- unter Angabe einer Kontaktperson einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages anbieten oder
- einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind.

Ein Beratungsgutschein kann innerhalb einer Frist von zwei Wochen bei einer Beratungsstelle eingelöst werden. Die Kosten der Beratung werden von der Pflegekasse übernommen.



Pflegeberaterinnen und -berater führen die Beratung auch auf Wunsch zu Hause durch. Sie nehmen sich der Sorgen und Fragen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen an, beraten umfassend über das vorhandene Leistungsangebot und begleiten in der jeweiligen Pflegesituation. Die Pflegeberatung kann auch – wenn gewünscht – zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden.

Ziel der Pflegeberatung ist es, durch das Zusammenwirken aller Beteiligten für eine optimale Pflege zu sorgen. Je besser die ambulante Versorgung, desto größer die Chance, dass die vollstationäre Versorgung vermieden werden kann.

Die komplexe Tätigkeit der Pflegeberatung setzt entsprechend qualifiziertes Personal voraus. Als Erstausbildungen kommen, neben einer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte oder einem Studium der Sozialarbeit, vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflege- oder nach dem Krankenpflegegesetz in Betracht. Daneben sind auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen für diese Aufgabe geeignet.

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

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

Pflegeeinrichtungen (stationär)

Wenn die häusliche Pflege nicht mehr in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann, gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten, die Pflege eines Angehörigen zu sichern. Wesentlicher Baustein ist die teilstationäre Betreuung in einer Pflegeeinrichtung, die die **7 Tages- und Nachtpflege** übernimmt. Diese Angebote werden in der Regel dann in Anspruch genommen, wenn **7 pflegende Angehörige** tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht.

Reichen aufgrund der gesundheitlichen Situation der Pflegebedürftigen diese Angebote nicht mehr aus, muss auf die vollstationäre Versorgung in einem Pflegeheim zurückgegriffen werden. Dies betrifft häufig auch Menschen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden und deren Gesundheitszustand sich gravierend verschlechtert. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit dafür vom **7 Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** oder vom Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) prüfen lassen.

Immer mehr Menschen haben jedoch den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Neue Wohnformen, wie z. B. eine Senioren-WG, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen bzw. 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 Apartements oder Wohnungen noch lange ein eigenständiges Leben zu führen, ohne auf die notwendige pflegerische Betreuung zu verzichten.

→ Weiterführende Informationen zu Pflegeeinrichtungen finden sich in den Glossar-Beiträgen „[Stationäre Pflege](#)“, „[Tages- und Nachtpflege/ Teilstationäre Versorgung](#)“, „[Pflege-Wohngemeinschaft](#)“.

Pflegefall

Grundsätzlich kann ein Pflegefall in jeder Phase des Lebens auftreten, mit immensen Auswirkungen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für Angehörige. Durch das Elfte Buch des Sozialgesetzbuches erfasst sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

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 Ihnen die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser zu Lasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann. Auf Wunsch kann die Pflegeberatung auch zu Hause erfolgen. Die [private Pflege-Pflichtversicherung](#) bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder -berater zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.



Sobald Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt wurden, beauftragt die Pflegekasse den **➤ Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der **➤ Pflegebedürftigkeit**. Zur Vorbereitung auf diesen Termin sollte man ein Pflegetagebuch darüber führen, bei welchen Verrichtungen Hilfe benötigt wird (z. B. beim Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit diese Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter.

Zu diesem Begutachtungstermin sollte auch die eigene Pflegeperson gebeten werden, damit sie bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter anwesend ist. 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** – ggf. auch unter Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so kann man sich über geeignete stationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

Bei allen Fragen stehen die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der **➤ Pflegestützpunkte** vor Ort zur Verfügung. Informationen erhalten Betroffene auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter 030/3406066-02. 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 mancher selbst darüber entscheiden will, wie und von wem er gepflegt werden möchte, gibt es die Möglichkeit, Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist, z. B. durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Eine vorgeschriebene regelmäßige pflegfachliche Beratung soll helfen, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und den Pflegenden Hilfestellung zu geben.

Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn 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 **➤ Sachleistungen** (Hilfe von Pflegediensten) zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

→ Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer **Praxisseite II.4.**

Pflegegrade; neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit dem [7 Zweiten Pflegestärkungsgesetz \(PSG II\)](#) soll ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit verbunden ein neues Begutachtungsinstrument (neues Begutachtungsassessment – NBA) zur Feststellung von [7 Pflegebedürftigkeit](#) eingeführt werden. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (insbesondere Demenzzranke) andererseits wird dadurch wegfallen. Im Zentrum stehen die persönlichen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten jeder oder jedes Einzelnen. Dadurch wird die [7 Pflegeversicherung](#) auf eine neue Grundlage gestellt mit dem Ziel, eine bessere Berücksichtigung der individuellen Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und einen Abbau von Unterschieden im Umgang mit körperlichen und geistigen Einschränkungen zu ermöglichen.

Statt drei [7 Pflegestufen](#) wird es künftig fünf Pflegegrade geben, die der individuellen Pflegebedürftigkeit besser gerecht werden. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Für die Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend ist der Grad der Selbständigkeit und damit verbunden die Frage, was jemand noch alleine kann und wo er oder sie Unterstützung benötigt – unabhängig davon, ob es Demenzzranke oder Menschen mit körperlichen Einschränkungen betrifft. Ausgehend von der Selbständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von geringer Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Pflegegrad 5).

Um den Grad der Selbständigkeit einer Person zu messen, wird das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach pflegfachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen untersucht. Das NBA berücksichtigt erstmals auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Bei dem neuen Begutachtungsinstrument wird nicht wie bei der bisher geltenden Methode die Zeit gemessen, die zur Pflege der jeweiligen Person durch Familienangehörige oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson benötigt wird, sondern es wird nach einer pflegfachlich begründeten Systematik durch Punkte abgebildet, wie weit die Selbständigkeit und die Fähigkeiten einer Person eingeschränkt sind. Anhand der Ergebnisse der Prüfung werden die Pflegebedürftigen in einen der fünf Pflegegrade eingeordnet. Dies bestimmt auch die Leistungen der Pflegekassen.

→ Siehe dazu auch [Praxisseite VI.1](#) hier in diesem Ordner.



Pflegehilfsmittel

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

→ technischen Pflegehilfsmitteln, wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem;

→ zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, wie z. B. Einmalhandschuhen oder Betteinlagen.

Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“* mit erheblich **↗ eingeschränkter Alltagskompetenz** können Pflegehilfsmittel erhalten.

Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der **↗ Pflegeversicherung** übernommen, wenn die Produkte im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen gelistet sind. Das Verzeichnis informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt bzw. leihweise überlassen werden können.

Zu den Kosten für technische Pflegehilfen müssen Pflegebedürftige ab dem 18. Lebensjahr einen Eigenanteil von 10 Prozent, maximal jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, so dass eine Zuzahlung entfällt.

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

→ Siehe dazu auch **Praxisseite II.5** hier in diesem Ordner.

Pflegekurse

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

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 soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Bei Menschen, die ausschließlich [↗ Pflegegeld](#) beziehen, sowie bei Personen mit erheblich [↗ eingeschränkter Alltagskompetenz](#) finden darüber hinaus [↗ Beratungseinsätze](#) zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und zur regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der Pflegepersonen statt.

→ Siehe dazu auch [Praxisseite II.4 \(S. 6\)](#).

Pflegende Angehörige

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. Die [↗ Pflegeversicherung](#) bietet verschiedene Leistungen, Hilfestellungen und Absicherungen, um den pflegenden Angehörigen die [↗ Pflege zu Hause](#) zu erleichtern.

Soziale Absicherung von Pflegenden – Rentenanspruch

Wer einen Angehörigen für mindestens 14 Stunden in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt und diese Pflege nicht erwerbsmäßig ausführt, ist eine sogenannte Pflegeperson im Sinne der Pflegeversicherung. Die Zeiten, die diese für die ehrenamtliche Pflege von mehreren Pflegebedürftigen aufwenden, werden dabei zusammenge-rechnet, wenn ansonsten der Mindestumfang von 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche nicht erreicht wird.

Sind die Pflegepersonen neben der Pflege nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung, falls diese nicht bereits eine Vollrente wegen Alters beziehen. Die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge richtet sich dabei nach dem Schweregrad der [↗ Pflegebedürftigkeit](#) und dem Umfang der Pflegetätigkeit.

In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt in Höhe von zwischen 26 Prozent und 80 Prozent der Bezugsgröße (d. h. eines auf bestimmte Weise berechneten Durchschnittsentgelts, auf das die Rentenversicherung abstellt) beziehen, je nach [↗ Pflegestufe](#) des Pflegebedürftigen und zeitlichem Umfang der Pflegetätigkeit. Damit ist eine Pflegeperson, die eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mindestens 28 Stunden in der Woche pflegt, nach derzeitigen Werten etwa auf der Basis von 80 Prozent des aktuellen Durchschnittsentgelts der gesetzlich Rentenversicherten abgesichert.

Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 7,26 Euro und 21,79 Euro (alte Bundesländer) bzw. zwischen 6,75 Euro und 20,24 Euro (neue Bundesländer).

Unfallversicherung

Wenn Pflegepersonen einen anderen Menschen pflegen, sind sie während der Pflegetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen,



die mit der Pflege unmittelbar zusammenhängen, gesetzlich unfallversichert.

Arbeitslosenversicherung

Pflegepersonen können freiwillig Mitglied in der Arbeitslosenversicherung bleiben, wenn sie sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern. Dazu müssen sie einen Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit stellen, dass sie sich freiwillig versichern möchten. Voraussetzung dafür ist, dass sie in den letzten 24 Monaten vor Aufnahme der Pflege Tätigkeit bereits mindestens zwölf Monate lang der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung unterlegen haben (also in der Regel: Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben) oder unmittelbar vor Aufnahme der Pflege Tätigkeit Arbeitslosengeld bezogen haben oder an einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme teilgenommen haben, der ein Versicherungspflichtverhältnis oder ein Arbeitslosengeldbezug vorausgegangen ist. Außerdem dürfen sie weder anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitslosenversicherung sein noch nach den Vorschriften der Arbeitslosenversicherung generell versicherungsfrei (eine geringfügige Beschäftigung ist aber parallel möglich).

Der Antrag auf Versicherung muss bei der Bundesagentur für Arbeit spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Pflege Tätigkeit oder nach Beendigung einer [Pflegezeit](#) im Sinne des Pflegezeitgesetzes gestellt werden. Der Beitrag zur freiwilligen Weiterversicherung ist allein von der Pflegeperson zu tragen.

Pflegekurse für Angehörige

Wenn Pflegepersonen eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern möchten, können sie kostenlos an einem [Pflegekurs](#) ihrer Pflegekasse teilnehmen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Die Kurse bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen.

Wohnungsanpassung im [Pflegefall](#)

Die Pflegekasse zahlt unabhängig von der Pflegestufe auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Wohnungsanpassungsmaßnahmen, die die Pflege zu Hause ermöglichen, erheblich erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen. Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann seit dem 1. Januar 2015 jede bzw. jeder von ihnen einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro für die Anpassung des gemeinsamen Wohnumfelds beantragen; maximal beträgt der Zuschuss allerdings 16.000 Euro pro Wohngemeinschaft. Ziel solcher Maßnahmen ist es insbesondere auch, eine Überforderung der Pflegepersonen zu verhindern.

Die Pflegekasse zahlt dabei einen Zuschuss zu verschiedenen Arten der individuellen Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es z. B. für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie z. B. Türverbreiterungen, fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Darüber hinaus kann beispielsweise ebenfalls der Ein- und Umbau einer speziellen Kücheneinrichtung oder von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, unterstützt werden. Dabei sind alle Maßnahmen, die auf Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs notwendig sind und zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Maßnahme zu werten.

Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung ist immer dann möglich, wenn sich die Pflegesituation so verändert hat, dass erneute Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung nötig werden.

→ Siehe dazu auch unsere [Praxisseiten II.1–II.7, III.1 und IV.1](#) hier in diesem Ordner.

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. Folgende [↗ Leistungen der Pflegeversicherung](#) unterstützen sie bei der Verwirklichung dieses Wunsches:

Pflegebedürftige sowie Personen mit auf Dauer erheblich [↗ eingeschränkter Alltagskompetenz](#), deren Bedarf an [↗ Grundpflege](#) und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (sogenannte „Pflegestufe 0“), hatten bisher bereits die Möglichkeit, Sachleistungen (Hilfe von Pflegediensten) oder [↗ Pflegegeld](#) oder eine Kombination aus beidem (sogenannte Kombinationsleistung) in Anspruch zu nehmen.

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

Hilfe für die Pflege zu Hause können neben der Unterstützung durch pflegende Angehörige zudem auch [↗ ambulante Pflegedienste](#) oder [↗ Einzelpflegekräfte](#) bieten.

Die Höhe der Leistungen unterscheidet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. Zusätzlich können Entlastungs- und [↗ Betreuungsleistungen](#) beansprucht werden.



Die Pflegeversicherung ermöglicht pflegenden Angehörigen durch verschiedene Leistungen, Hilfestellungen und Absicherungen, die Pflege zu Hause zu erleichtern. Berufstätige pflegende Angehörige können außerdem durch die [↗ Pflegezeit](#) und [↗ Familienpflegezeit](#) unterstützt werden.

Sind pflegende Angehörige durch einen Urlaub oder Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung im Rahmen der sogenannten [↗ Verhinderungspflege](#) die Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr.

Seit dem 1. Januar 2015 haben sie darüber hinaus neben diesen Ansprüchen auch einen Anspruch auf Entlastungsleistungen, auf den Wohngruppenzuschlag, [↗ Pflegehilfsmittel](#) und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Tages- und Nachtpflegeleistungen, Kurzzeitpflegeleistungen sowie Leistungen der [↗ Anschubfinanzierung](#) zur Gründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der [↗ Tages- und Nachtpflegeleistungen](#) wird für diesen Personenkreis von der Pflegekasse mit bis zu 231 Euro je Kalendermonat finanziert.

Außerdem kann zur Überbrückung von Krisensituationen oder in einer Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung von Pflegebedürftigen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr vollstationäre [↗ Kurzzeitpflege](#) in Anspruch genommen werden. Seit Januar 2015 ist außerdem die Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege möglich.

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

→ Siehe dazu auch unsere [Praxisseiten II.1–II.7, III.1 und IV.1](#).

Pflegequalität

Im SGB XI sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass die Qualität der von den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Pflegeleistungen erhalten und verbessert 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 unangemeldeter (ambulant: Ankündigung am Tag zuvor) Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bzw. den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (§§ 114 ff. SGB XI);
- Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen des **➤ Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung** und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. 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. 1 a 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).

Neue Entwicklungen und Ausblick

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

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

Diese Entwicklung wird durch die Pflegestärkungsgesetze fortgeschrieben. Wichtige Bausteine des **➤ Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II)** sind daher einerseits die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner, ein neues wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisqualität – zu entwickeln bzw. einzuführen. Andererseits wird eine umfassende Änderung der Entscheidungsstrukturen angelegt. Im Ergebnis wird vorgesehen, dass die bestehenden



Pflege-Transparenzvereinbarungen für den stationären Bereich im Jahr 2018 und für den ambulanten Bereich im Jahr 2019 durch einen grundlegend neuen Ansatz abgelöst werden.

→ Siehe dazu auch [Praxisseite VI.2](#) hier in diesem Ordner.

Pflegesachleistungen

Um Unterstützung bei der [Pflege zu Hause](#) zu erhalten, können Pflege- und Betreuungsbedürftige die Hilfen [ambulanter Pflegedienste](#) nutzen. Sind diese durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zugelassen, können sie Leistungen der [Grundpflege](#), der hauswirtschaftlichen Versorgung und der häuslichen Betreuung erbringen, deren Kosten innerhalb der geltenden gesetzlichen Höchstbeträge von der [Pflegeversicherung](#) übernommen werden.

Bis zu welchem Betrag pro Monat die Pflegekassen diese Leistungen finanzieren, hängt davon ab, welche [Pflegestufe](#) vorliegt sowie ob ggf. eine dauerhafte erhebliche [Einschränkung der Alltagskompetenz](#) festgestellt worden ist. Überschreiten die Kosten die monatlichen Höchstbeträge, sind die nicht abgedeckten Kosten von den Versicherten selbst zu tragen.

Ist es aus finanziellen Gründen nicht möglich, die verbleibenden Pflegekosten selbst zu tragen, kann ggf. ein Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten bestehen. Es kann auch auf Leistungen der staatlich geförderten privaten Pflegevorsorge zurückgegriffen werden, wenn ein entsprechender Vertrag abgeschlossen worden ist.

→ Siehe dazu auch [Praxisseite II.5](#) hier in diesem Ordner.

Pflegestärkungsgesetz, Erstes (PSG I)

Etwa 2,7 Millionen Menschen in Deutschland sind derzeit pflegebedürftig. Durch das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene [Erste Pflegestärkungsgesetz \(PSG I\)](#) erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen deutlich mehr Unterstützung. So wurden alle [Leistungsbeträge der Pflegeversicherung](#) angehoben. Allein für die häusliche Pflege wurden zusätzliche Mittel in Höhe von 1,4 Milliarden Euro pro Jahr bereitgestellt. Zudem wurden die Mittel für [Umbaumaßnahmen](#) – beispielsweise den Einbau barrierefreier Duschen – auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme erhöht, damit Pflegebedürftige künftig länger in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.

Der Anspruch auf [niedrigschwellige Hilfen](#) in der ambulanten Pflege wurde ausgeweitet und sogenannte zusätzliche Entlastungsleistungen wie etwa Alltags- oder Pflegebegleiter wurden neu eingefügt. Die

Leistungen der Kurzzeit- und [↗ Verhinderungspflege](#) wurden ausgebaut und können künftig besser miteinander kombiniert werden.

Neuerungen gab es insbesondere für Menschen, die an [↗ Demenz](#) erkrankt sind. Demenzkranke mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ haben durch das PSG I erstmals die Möglichkeit, auch Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege sowie der [↗ Kurzzeitpflege](#) in Anspruch zu nehmen. Zudem können sie jetzt auch die zusätzlichen Leistungen für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen und Zuschüsse für neu gegründete Wohngruppen erhalten.

Auch für [↗ pflegende Angehörige](#) brachte das PSG I wichtige Veränderungen. Sie bekommen seither mehr Unterstützung, wenn sie selbst einmal krank sind oder Urlaub machen wollen. Sie können in solchen Fällen für sechs Wochen statt wie bisher vier Wochen eine Vertretung in Anspruch nehmen. Für die sogenannte Verhinderungspflege stehen jährlich bis zu 1.612 Euro zur Verfügung. Zudem können nunmehr bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags als häusliche Verhinderungspflege genutzt werden. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

Künftig können bis zu 40 Prozent der Mittel für ambulante Sachleistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote umgewidmet werden. Damit steigt die Flexibilität für pflegende Angehörige.

Beschäftigte, die kurzfristig die Pflege eines nahen Angehörigen organisieren müssen, können bereits jetzt eine bis zu zehntägige Auszeit vom Beruf nehmen. Neu ist der Anspruch auf eine [↗ Lohnersatzleistung](#) während dieser Zeit, ebenfalls begrenzt auf zehn Tage.

→ Siehe dazu auch die [Praxisseiten I.5–V.3](#) in diesem Ordner.

Pflegestärkungsgesetz, Zweites (PSG II)

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) bringt ab 2016 und 2017 grundlegende Veränderungen und Verbesserungen im Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige sowie Pflegekräfte. Eckpfeiler des neuen Gesetzes ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich stärker an den Bedürfnissen jedes einzelnen Menschen, an seiner individuellen Lebenssituation und an seinen individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten orientiert.

Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und Pflegebedürftigen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (insbesondere Demenzkranken) andererseits fällt dadurch weg. Bislang basierten die Begutachtung und die Zuordnung zu drei [↗ Pflegestufen](#) vorrangig auf der Betrachtung von Verrichtungen, die bei körperlich beeinträchtigten Menschen häufiger auftreten. Statt der bisherigen drei Pflegestufen und der sogenannten



„Pflegestufe 0“ soll es künftig fünf **➤ Pflegegrade** geben. Ausschlaggebend dafür, ob jemand pflegebedürftig ist, wird in Zukunft allein der Grad der Selbständigkeit (Pflegegrad) sein.

Durch ein neues Begutachtungsinstrument soll in Zukunft auf die „Minutenzählerei“ bei der Zeiterfassung verzichtet werden. Grundlage der Einstufung in die Pflegegrade ist der mit Hilfe des neuen Begutachtungsinstruments ermittelte Gesamtpunktwert, der zwischen 0 und 100 liegt. Bei der neuen Begutachtung spielen die Beeinträchtigungen in zentralen Lebensbereichen wie z. B. der Selbstversorgung, Mobilität oder dem Umgang mit psychosozialen oder medizinisch-therapeutischen Herausforderungen eine Rolle. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit verbundene neue Begutachtungsinstrument werden künftig beispielsweise auch die Beeinträchtigungen von Alzheimer-Patienten besser in der Begutachtung abgebildet. Damit erhalten diese Patienten häufig höhere **➤ Leistungen der Pflegeversicherung**.

Das Bundeskabinett hat am 12. August 2015 den Entwurf des PSG II beschlossen. Mit diesem Gesetz werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das Neue Begutachtungsassessment (NBA) in die Praxis umgesetzt. Das Gesetz soll am 1. Januar 2016 in Kraft treten. Das neue Begutachtungsinstrument und die Umstellung der **➤ Leistungsbeträge der Pflegeversicherung** sollen zum 1. Januar 2017 wirksam werden.

Die Erprobung des Begutachtungsinstruments wurde im Rahmen von zwei Modellprojekten durchgeführt, die durch den GKV-Spitzenverband koordiniert wurden. Mit der „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ sollten mögliche Probleme bei der Begutachtung frühzeitig aufgedeckt werden, damit ggf. notwendige Änderungen und Anpassungen bereits vor der Einführung des neuen Instruments vorgenommen werden können. Diese Studie wurde vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen in Essen unter Beteiligung der Hochschule für Gesundheit in Bochum durchgeführt. Die Stichprobe im Projekt umfasste etwa 1.700 pflegebedürftige Menschen in ganz Deutschland, bei denen eine Begutachtung mit dem neuen Instrument und nach dem derzeit gültigen Verfahren durchgeführt wurde. Alle Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Deutschland beteiligten sich an dem Projekt.

Parallel fand die „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ statt. Mit ihr sollte eine solide und aktuelle empirische Grundlage geschaffen werden, um Hinweise für künftige Leistungshöhen der Pflegegrade in Abhängigkeit vom Pflegeaufwand zu gewinnen. Bei der von der Universität Bremen unter Beteiligung der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg durchgeführten Studie wurde in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung in rund 40 Pflegeheimen bei knapp 1.600 Personen erfasst, welche Leistungen sie heute bekommen.

→ Siehe dazu auch die **Praxisseiten VI.1 und VI.2** in diesem Ordner.

Pflegestufen

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I, II oder III) zugeordnet. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann in der Pflegestufe III auch ein sogenannter Härtefall vorliegen.

Die Versicherten haben die Möglichkeit, gegen die Entscheidung der Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Personen mit dauerhaft erheblich **↗ eingeschränkter Alltagskompetenz**, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der **↗ Grundpflege** und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, haben Anspruch auf **↗ Betreuungs- und Entlastungsleistungen** in Höhe von 104 oder 208 Euro im Monat. Man spricht hier von der sogenannten „Pflegestufe 0“. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf **↗ Pflegegeld** oder **↗ Pflegesachleistungen**. Seit dem 1. Januar 2015 können auch **↗ Verhinderungspflege**, **↗ Kurzzeitpflege** sowie **↗ Pflegehilfsmittel**, Leistungen der **↗ Tages- und Nachtpflege**, Wohngruppenzuschläge und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds in Anspruch genommen werden.

Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

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

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

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

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

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



Härtefallregelung

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Sachleistungen.

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung, dass:

→ die Hilfe bei der **Grundpflege** (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären **Pflegeeinrichtungen** ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

→ die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes hier tätig werden müssen.

Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines qualitativ und quantitativ weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

→ Zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff siehe Glossar-Eintrag „**Pflegegrade; neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**“. Siehe dazu auch **Praxisseite I.5 und VI.1** hier in diesem Ordner.

Pflegestützpunkte

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

Wenn Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen etwa eine Wohnung altengerecht umbauen möchten, informieren sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn ein geeignetes Pflegeheim gefunden werden soll, hat

das Beratungspersonal den Überblick und kann helfen. Eine Übersicht über ehrenamtliche Angebote in der Kommune kann ebenfalls von den Pflegestützpunkten bereitgestellt werden.

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

Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung

Beschäftigte, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation einer oder eines nahen Angehörigen benötigen, können bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben. Die neue Regelung dient der besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Seit dem 1. Januar 2015 haben Angehörige nach § 44a SGB XI in diesen Fällen Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld als **↗ Lohnersatzleistung**. Diese wird auf Antrag von der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung der oder des Pflegebedürftigen gewährt. Wenn mehrere Beschäftigte diesen Anspruch für eine pflegebedürftige Angehörige oder einen pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenzt. Die neue Regelung dient der besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Die Höhe der neuen Lohnersatzleistung orientiert sich an der Berechnung des Kinderkrankengeldes.

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 bzw. 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.

→ Siehe dazu auch die Glossar-Einträge „**Familienpflegezeit**“, „**Lohnersatzleistung**“ und „**Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“ sowie die **Praxisseite II.4** hier in diesem Ordner.

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.

Seit dem 1. Januar 2015 ist der Beitragssatz der Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte angehoben worden. In der zweiten Stufe der Pflegereform wird der Beitragssatz um weitere 0,2 Prozentpunkte erhöht. Damit können die Leistungen aus der Pflegeversicherung um 20 Prozent verbessert werden.

private Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastung, zumal sich die Familienstrukturen verändert haben. In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war. Um Pflegebedürftige und ihre Familien zu entlasten, wurde deshalb die Pflegeversicherung eingeführt. Denn gemäß der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland ist Deutschland ein sozialer Rechtsstaat, der seinen Bürgerinnen und Bürgern für die wesentlichen Lebensrisiken einen angemessenen Schutz garantieren muss.

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Dabei muss mindestens täglicher Hilfebedarf bei wenigstens zwei der – im Gesetz genannten – Verrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität sowie ergänzend der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen.

Je nach Umfang des Hilfebedarfs gibt es drei **Pflegestufen**. Zusätzlich wird danach differenziert, ob bei dem pflegebedürftigen Menschen eine erheblich **eingeschränkte Alltagskompetenz** besteht, weil er z. B. an einer Demenzerkrankung leidet.

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

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmerinnen bzw. -nehmer und Arbeitgeberinnen bzw. -geber je zur Hälfte entrichten, genau wie bei der Arbeitslosen-, der Kranken- und der Rentenversicherung. Dabei deckt die soziale Pflegeversicherung nicht alle Kosten der Pflege ab und der oder die Pflegebedürftige oder seine oder ihre Familie müssen einen Teil der Kosten selbst tragen. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilleistungs-Versicherung“ oder Kernsicherungssystem bezeichnet. Eine vollständige Finanzierung aller Pflegeleistungen würde einen deutlich höheren [↗ Beitragssatz](#) erfordern.

Im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung. Mit den [↗ Pflegestärkungsgesetzen I und II](#) sind wesentliche Reformen des Pflegerechts verbunden, beispielsweise die Erarbeitung und Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich noch stärker als bisher an der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Betroffenen orientiert.

→ Siehe dazu auch die Glossar-Einträge „[Pflegestärkungsgesetz, Erstes \(PSG I\)](#)“, „[Pflegestärkungsgesetz, Zweites \(PSG II\)](#)“ und „[Pflegegrade; neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff](#)“.

Pflegevorsorgefonds

Die steigende Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger sowie die gleichbleibend niedrigen Geburtenraten der letzten Jahrzehnte stellen die [↗ Pflegeversicherung](#) vor eine Herausforderung. Mehr Menschen werden in den kommenden Jahren pflegebedürftig, gleichzeitig werden weniger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in die Pflegeversicherung einzahlen. Die Bundesregierung plant daher, sich auf die Kostenentwicklung der kommenden Jahre vorzubereiten und eine staatliche Rücklage zu bilden. Dafür hat die Bundesregierung einen Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank angelegt.

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

Der vorgeschlagene Ansparzeitraum von 20 Jahren ergibt sich daraus, dass die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 mit 1,24 Millionen bis 1,36 Millionen Menschen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge (Baby-Boomer). 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 Beitragssatzsteigerungen gerade in dieser Zeit abgefedert werden.

→ Siehe dazu auch [Praxisseiten I.5](#) im Ordner.



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 dient daher der 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. Die Pflege-Zusatzversicherung muss für jede Pflegestufe Leistungen anbieten, in der Pflegestufe III mindestens ein Pflegemonatsgeld von 600 Euro. 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.

Die wichtigsten gesetzlichen Fördervoraussetzungen, die für eine private Pflege-Zusatzversicherung erfüllt sein müssen, um als förderfähig zu gelten und die staatliche Zulage in Höhe von 5 Euro monatlich zu erhalten, sind:

- ➔ Für die Versicherer gilt Kontrahierungszwang. Sie müssen daher allen erwachsenen Antragstellenden, die in der gesetzlichen (d. h. in der sozialen oder privaten) Pflegeversicherung versichert sind und noch keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen haben, einen Versicherungsvertrag anbieten.
- ➔ Gesundheitsprüfungen, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht zulässig. Die Höhe der Versicherungsprämie hängt daher ausschließlich vom Eintrittsalter der Versicherungsnehmenden bei Vertragsabschluss und vom vertraglich vereinbarten Leistungsumfang ab.
- ➔ Die Versicherungsleistungen sind Geldleistungen (Pflegemonatsgeld oder Pfl egetagegeld), die in jeder **➤ Pflegestufe** und bei erheblich **➤ eingeschränkter Alltagskompetenz** ausgezahlt werden. Es müssen für jede Pflegestufe Leistungen vorgesehen sein, in der Pflegestufe III mindestens ein Pflegemonatsgeld von 600 Euro. Die vertraglich vereinbarten Leistungen dürfen nicht höher sein als die Leistungen, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.
- ➔ Bei der Feststellung des Leistungsfalls müssen sich die Versicherungsunternehmen an die Feststellungen der zuständigen Pflegekasse halten. Kommt es zum Leistungsfall, kann die oder der Versicherte frei über das Geld verfügen.
- ➔ Die Wartezeit bis zum Beginn einer Leistungspflicht des Versicherers darf höchstens fünf Jahre betragen.

- Der monatliche Mindestbetrag, der von der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer selbst zu zahlen ist, um die staatliche Zulage in Höhe von 5 Euro zu erhalten, beträgt 10 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 bzw. mit 10 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt. Hiernach muss der Leistungsumfang in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mindestens 10 Prozent, in der Pflegestufe I mindestens 20 Prozent und in der Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des vereinbarten Pflegemonatsgelds der Pflegestufe III betragen.

Die staatliche Zulage beträgt monatlich 5 Euro bzw. 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. Auf entsprechenden Antrag des Versicherungsunternehmens wird die staatliche Zulage für das zurückliegende Beitragsjahr durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ausgezahlt 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 ambulant betreuten Wohngruppe leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können, haben zugleich aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen, wie beispielsweise zusammen kochen und essen, Schach spielen oder Gymnastikübungen



machen. Damit wird auch der Gefahr der Vereinsamung vorgebeugt, die mit der [↗ Pflegebedürftigkeit](#) leider oft einhergeht.

→ Zu den Förderungsmöglichkeiten für ambulante Wohngruppen siehe auch [Praxisseite II.2 und II.3](#) hier in diesem Ordner sowie Glossar-Eintrag „[Umbaumaßnahmen](#)“.

Pflegezeit

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](#) des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des [↗ Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung \(MDK\)](#) nachweisen. In der [↗ privaten Pflege-Pflichtversicherung](#) versicherte Pflegebedürftige haben ebenfalls einen entsprechenden Nachweis zu erbringen.

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

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

Darüber hinaus können Beschäftigte eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu drei Monaten für die Begleitung einer/eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase beanspruchen. Auch in diesem Fall müssen Beschäftigte die entsprechende Erkrankung des/der 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 eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase ein zinsloses staatliches Darlehen erhalten, das beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden kann.

→ Siehe dazu auch die Glossar-Einträge „[Familienpflegezeit](#)“ und „[Reduzierung der Arbeitszeit bzw. Freistellung](#)“ sowie die [Praxisseite II.4](#) hier in diesem Ordner.

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 bzw. der aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten, sondern unter anderem auch nach dem Lebensalter und dem Gesundheitszustand, also dem individuellen Versicherungsrisiko bei Versicherungsbeginn. Daneben müssen private Versicherungsunternehmen bei der Gestaltung ihrer Prämien eine Reihe gesetzlicher Vorgaben beachten. So dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Für Versicherte, die bereits seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung ohne Unterbrechung privat pflegeversichert sind, ist die Prämie zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden. Für Ehepartner ohne oder nur mit geringfügigem Einkommen (405 Euro bzw. bei geringfügig Beschäftigten 450 Euro) wurde die Mitgliedschaft in der privaten Pflege-Pflichtversicherung vergünstigt: Beide Ehegatten zusammen zahlen nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung.

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

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



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



Glossar

Q bis Z

Stationäre Pflege

Vollstationäre Versorgung, vollstationäre Pflege

Die vollstationäre Pflege wird gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit der individuellen Pflegesituation nicht in Betracht kommt. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom **➤ Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** oder vom Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) prüfen lassen.

Die Pflegekasse übernimmt für die vollstationäre Versorgung in einem Pflegeheim einen pauschalen Sachleistungsbetrag, dessen Höhe von der jeweiligen **➤ Pflegestufe** abhängt. Er beträgt seit dem 1. Januar 2015 monatlich in der Pflegestufe I 1.064 Euro, in der Pflegestufe II 1.330 Euro und in der Pflegestufe III 1.612 Euro (in Härtefällen 1.995 Euro). Die Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim bestimmt.

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

Kosten, die bei der vollstationären Pflege nicht abgedeckt sind: Die in der **➤ Pflegeeinrichtung** versorgte Person muss die über den **➤ Leistungsbeitrag der Pflegeversicherung** hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten sowie die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, die Investitionskosten und die eventuell anfallenden Kosten für besondere Komfortleistungen selbst tragen. Außerdem darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Zum Heimentgelt gehören der Pflegesatz, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten.

Unterschiedliche Heimtypen

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

→ In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen.

→ Altenheime gewährleisten älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht

mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung. Hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in ihren eigenen 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.

Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen

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

Die Frage der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Bewohner ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für eine stationäre **➤ Pflegeeinrichtung**. Daher können stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, den Pflegekassen mitzuteilen, wie die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert sind. Diese Informationen beinhalten z. B. die Häufigkeit der entsprechenden Visiten sowie die ärztliche Rufbereitschaft und Versorgung insbesondere nach 22 Uhr und an Wochenenden.

Dabei soll insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen mit Haus-, Fach- und Zahnärztinnen bzw. -ärzten oder die Einbindung in Ärztinnen- und Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken hingewiesen werden. Die freie Arztwahl des Bewohners bleibt unberührt.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Informationen der stationären Pflegeeinrichtung im Internet und in anderer geeigneter Form verständlich, übersichtlich, vergleichbar und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Heimen

Stationäre Pflegeeinrichtungen können eine Ärztin oder einen Arzt anstellen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung in der Einrichtung nicht über einen Kooperationsvertrag mit niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umgebung sichergestellt werden kann. In diesem Fall wird die stationäre Pflegeeinrichtung zur vertragsärztlichen Versorgung ihrer Heimbewohner ermächtigt. Von der stationären



Pflegeeinrichtung angestellte Ärztinnen und Ärzte verteuern die Pflege nicht. Soll die Versorgung der Versicherten durch eine Ärztin oder einen Arzt, die oder der in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellt ist, erfolgen, sind angestellte Ärztinnen oder Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. In beiden Fällen erfolgt eine Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Gesamtvergütung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Aufwendungen für ihre Beschäftigung dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.

→ Siehe dazu auch die [Praxisseiten V.1 und V.3](#) hier in diesem Ordner.

Strukturierte Informationssammlung (SIS) als Element des Strukturmodells

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist das erste Element des Strukturmodells und ein neues Konzept zum Einstieg in einen vierstufigen Pflegeprozess. Sie ermöglicht, dass eine konsequent an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person orientierte Maßnahmenplanung erfolgen kann. Die Strukturierte Informationssammlung erfolgt in der Regel im Rahmen eines Erst- oder Aufnahmegesprächs im Dialog zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft. Es werden fachliche Einschätzungen zur individuellen Pflegesituation in fünf Themenfeldern vorgenommen.

1. Kognition und Kommunikation
2. Mobilität und Bewegung
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen

Diese Themenfelder nehmen bewusst Bezug auf die Module des Neuen Begutachtungssassessments (NBA). Im Rahmen des Pflegeprozesses muss jedoch durch die Pflegefachkraft eine breitere Perspektive eingenommen werden. Für den ambulanten Sektor wurde die Thematik „Haushaltsführung“ als sechste pflegerelevante Kategorie hinzugenommen und für den stationären Sektor die Thematik „Wohnen / Häuslichkeit“. Durch die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft werden zusätzlich in einer speziellen Matrix die jeweiligen Pflegerisiken im Zusammenhang mit den Themenfeldern wie z. B. Sturz mit Bewegung/ Mobilität ermittelt. Im Anschluss daran kann – auf Grundlage der SIS (inkl. Matrix zur Risikoeinschätzung) – der Handlungsbedarf in der Maßnahmenplanung dokumentiert werden. Der fachlich begründeten Entscheidung zum Umgang mit individuellen Versorgungssituationen wird somit Raum gegeben.

→ Lesen Sie dazu auch die [Praxisseiten VI.1 und VI.2](#) zu Begutachtung, Pflegeplanung und Dokumentation und den Glossar-Eintrag „Entbürokratisierung der Pflege“.

Tages- und Nachtpflege – teilstationäre Versorgung

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

Gewährt wird teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Darüber hinaus bietet sie für [7 pflegende Angehörige](#) von Menschen mit einer Demenzerkrankung oft eine bedeutende Entlastungsmöglichkeit. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht.

Die Höhe der [7 Leistung der Pflegeversicherung](#) für die teilstationäre Tages- und Nachtpflege Pflegebedürftiger beträgt monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro. Für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf liegen die Sätze für die sogenannte „Pflegestufe 0“* bei 231 Euro, in Pflegestufe I bei 689 Euro, in Pflegestufe II bei 1.298 Euro und in Pflegestufe III bei 1.612 Euro.

Seit dem 01. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit [7 ambulanten Pflegesachleistungen](#) und/oder dem [7 Pflegegeld](#) ohne eine Anrechnung aufeinander kombiniert werden.

→ Siehe dazu auch die [Praxisseiten IV.1](#) hier in diesem Ordner.

Umbaumaßnahmen

Wenn Pflegebedürftige mit Pflegestufe I–III oder Menschen, deren Bedarf an [7 Grundpflege](#) und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind (sogenannte „Pflegestufe 0“), zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das

* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.



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

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

Es ist ratsam, den Antrag zu stellen und den Bescheid der Pflegekasse abzuwarten, noch bevor man mit der Durchführung der Anpassung des Wohnumfelds beginnt. Ausgezahlt wird ein bewilligter Zuschuss in der Regel, wenn die Maßnahme abgeschlossen ist und die entstandenen Kosten belegt werden können. Wenn die Pflegesituation sich so gravierend verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden, können erneut Zuschüsse bewilligt werden.

Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss auch zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds genutzt werden. Als Obergrenze gilt dann allerdings 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 ggf. entsprechend anteilig auf die Versicherungsträger umgelegt.

Diese Zuschüsse zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds können Bewohner in ambulant betreuten Wohngruppen von Pflegebedürftigen erhalten – zusätzlich zu dem pauschalen Zuschlag für die Wohngruppenmitglieder in Höhe von 205 Euro monatlich und ggf. der [↗ Anschubfinanzierung](#) für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen (je pflegebedürftige Person einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 Euro, je Wohngruppe begrenzt auf maximal 10.000 Euro).

→ Siehe dazu auch die [Praxisseiten II.2](#) hier in diesem Ordner.

Umwidmungsmöglichkeiten

Niedrigschwellige [↗ Betreuungs- und Entlastungsangebote](#) können künftig auch anstelle eines Teils der [↗ Pflegesachleistung](#) in Anspruch genommen werden (neue „Umwidmungsmöglichkeit“ in Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Pflegesachleistungsbetrags).

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt. Menschen mit erheblich [↗ eingeschränkter Alltagskompetenz](#) bekommen seit dem

1. Januar 2015 je nach Ausprägung der eingeschränkten Alltagskompetenz bis zu 104 oder 208 Euro monatlich. Seit Januar 2015 werden auch bei rein körperlicher Beeinträchtigung 104 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Damit können Leistungen von [↗ Kurzzeitpflege](#), [↗ Tages- und Nachtpflege](#) und Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote finanziert werden.

Es können aber auch anerkannte Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleitungen finanziert werden, die bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Bewältigung sonstiger Alltagsanforderungen im Haushalt helfen. Das können auch Pflegebegleitungen der Angehörigen sein, die bei der Organisation und Bewältigung des Pflegealltags helfen. Auch die Aufwandsentschädigung für nach Landesrecht anerkannte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die z. B. beim Gang auf den Friedhof begleiten oder beim Behördengang unterstützen, kann damit bezahlt werden.

→ Siehe dazu auch die [Praxisseiten II.1, II.5 sowie III.1](#) hier in diesem Ordner.

Verhinderungspflege/Urlaubsvertretung

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die [↗ Pflegeversicherung](#) die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege.

Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich [↗ eingeschränkter Alltagskompetenz](#) können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

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

→ Siehe dazu auch die [Praxisseiten II.7](#) hier in diesem Ordner.

IX. Gesetzliche Grundlagen





SGB XI: Änderungen im Gesetz

Auszüge aus dem aktuellen Gesetzestext:

Sozialgesetzbuch (SGB)
Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
(Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) (SGB)

Diese Fassung basiert auf dem im Internet veröffentlichten Gesetzestext des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (www.juris.de, Stand: August 2015). Es handelt sich nicht um die amtliche Fassung des SGB XI. Die amtliche Fassung eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung enthält nach geltendem Recht nur die Papiausgabe des Bundesgesetzblattes, das vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegeben wird.

§ 7 Aufklärung und Beratung

(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Pflegebedürftige sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.

Erweiterung der Informationspflicht über niedrigschwellige Betreuungs- auch auf Entlastungsangebote und gegenüber allen Pflegebedürftigen

§ 8 Gemeinsame Verantwortung

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr **Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen** zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung **der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen.**

Erweiterte Möglichkeiten zur Förderung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung; Berücksichtigung regionaler Modellvorhaben

Die **Maßnahmen** sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Abs. 4 Satz 6 gilt entsprechend.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

Einfügung eines Ausnahmetatbestands bezüglich der Verpflichtung zur Benennung unabhängiger Gutachter, wenn die Pflegekasse die Verzögerung (über vier Wochen) nicht zu vertreten hat

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
13. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b),

Redaktionelle Folgeänderungen wegen Einführung des Pflegeunterstützungsgeldes und zusätzlicher Entlastungsleistungen

14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches,

15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).

(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123).

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

(3) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, daß die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

(4) Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

§ 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, **erneut im Jahre 2017**, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.

Nach Erhöhung der Leistungsbeträge durch PSG II: nächste Überprüfung 2017

→ § 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 36 Pflegesachleistung

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 1.144 Euro ab 1. Januar 2015,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 1.612 Euro ab 1. Januar 2015.

Erhöhung der ambulanten Pflegesachleistungen

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

Erhöhung des Pflegegeldes und der Vergütung der Beratungseinsätze

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I

- a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 244 Euro ab 1. Januar 2015,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 458 Euro ab 1. Januar 2015,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

- a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 700 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 728 Euro ab 1. Januar 2015.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

- 1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
- 2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 32 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz

→ § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von **205 Euro** monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 beziehen,
3. eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

- › Erhöhung des Wohngruppenzuschlags
- › Neustrukturierung der Anspruchsvoraussetzungen mit dem Ziel der Vereinfachung und Entbürokratisierung
- › Ausweitung der Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen auch auf Menschen in der sogenannten „Pflegestufe 0“

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und
5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1.510 Euro ab 1. Januar 2010, auf bis zu 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1.612 Euro ab 1. Januar 2015 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen zusammen den in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

(3) Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 kann der Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

- › Ausbau und flexiblere Gestaltung der Verhinderungspflege
- › Erhöhung der Leistungen
- › Bessere Kombinationsmöglichkeiten
- › Klarstellung zur Nachweispflicht

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von **40 Euro** nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von **4.000 Euro** je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von **4.000 Euro** je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf **16.000 Euro** begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

- › Erhöhung des Leistungsbetrages für Pflegehilfsmittel
- › Deutliche Erhöhung der Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfaßt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) **468 Euro ab 1. Januar 2015,**

- › Erhöhung der Leistungen für teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- › Kein Nachrang zu bzw. keine Anrechnung mehr von Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen und damit ungekürzte Gewährung

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 1.144 Euro ab 1. Januar 2015.

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 1.612 Euro ab 1. Januar 2015.

(3) Pflegebedürftige können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

(4) (weggefallen)

(5) (weggefallen)

(6) (weggefallen)

(7) (weggefallen)

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

- 1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010, 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 und 1.612 Euro ab 1. Januar 2015 im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Abweichend von Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens acht

› Erhöhung der Leistungen zur Kurzzeitpflege

› Entfallen der Altersgrenze von 25 Jahren für zu Hause gepflegte Pflegebedürftige, die Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen müssen

→ § 42 Kurzzeitpflege

Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten **Pflegebedürftigen** auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

§ 43 Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Erhöhung der Leistungen zur vollstationären Pflege

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I **1.064 Euro**,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II **1.330 Euro**,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
 - d) **1.612 Euro ab 1. Januar 2015**,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
 - a) 1.750 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.825 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.918 Euro ab 1. Januar 2012,
 - d) **1.995 Euro ab 1. Januar 2015**.

§ 44a Zusätzliche Leistung bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.

Einfügung der neuen Lohnersatzleistung „Pflegeunterstützungsgeld“

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.

→ § 44a Zusätzliche Leistung bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(5) Die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Leistungsbezieher nach Absatz 3 mit der Leistungsbewilligung eine Bescheinigung über den Zeitraum des Bezugs und die Höhe des gewährten Pflegeunterstützungsgeldes aus. Der Leistungsbezieher hat diese Bescheinigung unverzüglich seinem Arbeitgeber vorzulegen. In den Fällen des § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches bescheinigt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die gesamte Höhe der Leistung.

(6) Landwirtschaftlichen Unternehmern im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet; innerhalb der sozialen Pflegeversicherung wird von einer Erstattung abgesehen. Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, erhalten von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen oder in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes von dem privaten Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe; dabei werden nicht die tatsächlichen Kosten, sondern ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro je Tag Betriebshilfe zugrunde gelegt.

(7) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen ein Leistungsbezieher nach Absatz 3 einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für den Beiträge anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Pflegeunterstützungsgeld von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Information dieser Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem angegebenen Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht folgende Angaben zum Leistungsbezieher mitzuteilen:

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. der Familien- und der Vorname,
3. das Geburtsdatum,
4. die Staatsangehörigkeit,
5. die Anschrift,
6. der Beginn des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld und
7. die Höhe des dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegenden ausgefallenen Arbeitsentgelts.

Fünfter Abschnitt

Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, **zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen** und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) **Soweit nichts anderes bestimmt ist**, betreffen die Leistungen in diesem Abschnitt Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Folgeänderung
wegen der Einführung
von zusätzlichen
Betreuungs- und
Entlastungsleistungen

§ 45b **Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungs- ermächtigung**

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche **Betreuungs- und Entlastungsleistungen** in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch **104 Euro** monatlich (Grundbetrag) oder **208 Euro** monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über

› Erhöhung der Leistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen
› Einführung von zusätzlichen Entlastungsleistungen und eines Betreuungs- und Entlastungsbudgets
› Ausweitung des Anspruchs auf alle Pflegebedürftigen

einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des **Betreuungs- und Entlastungsbetrages**; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte **Leistungen der Betreuung oder Entlastung**. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung **oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung** und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen **Betreuungs- und Entlastungsangebote**, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 6 genannten **Betreuungs- und Entlastungsleistungen** Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können ebenfalls zusätzliche **Betreuungs- und Entlastungsleistungen** nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.

(2) Die **Anspruchsberechtigten** erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten **Leistungen**. Die Leistung nach den **Absätzen 1 und 1a** kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche **Betreuungsleistungen** nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigten Versicherten unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen **Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote** zusätzlich zu den in den Absätzen 1 und 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der

- › Bessere Kombinationsmöglichkeiten und flexiblere Inanspruchnahme
- › Umwidmungsmöglichkeit von 40 Prozent der Pflegesachleistung für **Betreuungs- und Entlastungsleistungen**

→ § 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen,
Verordnungsermächtigung

nach Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sind sicherzustellen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 4 erfolgt. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in den §§ 36 und 123 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote nach den Sätzen 1 bis 8 spätestens innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Niedrigschwellige Angebote, die sowohl die Voraussetzungen des § 45c Absatz 3 als auch des § 45c Absatz 3a erfüllen, können unter Beachtung der jeweiligen Anerkennungsbedingungen eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot erhalten.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Ebenso gefördert werden können aus den in Satz 1 genannten Mitteln niedrigschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die

- › Definition und Ausgestaltung niedrigschwelliger Entlastungsangebote
- › Ausweitung von Modellförderung und Inanspruchnahme von Fördermitteln auf Entlastungsangebote

wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen **Betreuungs- und Entlastungsangebote** und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für **Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I** sowie für **Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen**, durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung **von Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegestufe I** sowie von **Versicherten ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen**, in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige und **vergleichbar nahestehende Pflegepersonen** entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen **insbesondere** in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für **Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I** sowie für **Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen**, sowie Familienentlastende Dienste.



→ § 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,
Verordnungsermächtigung

(3a) Niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sind Angebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, die der Deckung des Bedarfs der Anspruchsberechtigten an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige oder vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere in Betracht Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige und die Voraussetzungen des § 45a erfüllende Versicherte ohne Pflegestufe in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen oder die Voraussetzungen des § 45a erfüllenden Versicherten ohne Pflegestufe erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungs- und

Entlastungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen **Betreuungs- und Entlastungsangebote** und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. **Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.** Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Abschaffung der zeitlichen Befristung der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

§ 46 Pflegekassen

(3) Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3,5 vom Hundert des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3b zu vermindern. Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung. Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 147 Abs. 2 des Fünften Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

Beitragsmittel, die in den Vorsorgefonds fließen, bleiben bei der Berechnung der Höhe der Verwaltungskostenpauschale unberücksichtigt

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,35 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

Erhöhung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung

§ 56 Beitragsfreiheit

(1) bis (4) unverändert

(5) Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen

§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen.

Folgeänderung zur Beitragsfreiheit wegen Inanspruchnahme von Pflegeunterstützungsgeld

(2) Bei Beziehern von Krankengeld gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrundeliegt. Dies gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen arbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers. Beim Krankengeldbezug eines nicht rentenversicherungspflichtigen arbeitenden Familienangehörigen ist der Zahlbetrag der Leistung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen. Bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, wird das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gelten die Sätze 1 bis 3. Bei Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben erhalten, wird das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt. Bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

(3) Für die Beitragsbemessung der in § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 genannten Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

§ 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

(3) Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom Hundert allein, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. In Fällen des § 55 Abs. 1 Satz 2 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen. Im Übrigen findet Absatz 1 Anwendung, soweit es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches handelt, für die Absatz 5 Satz 2 Anwendung findet. Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahr 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.

Klarstellung, dass die beabsichtigte Einführung eines einmaligen Feiertags zur Feier des Reformationstages im Jahr 2017 nicht zu einer Anhebung des Arbeitnehmeranteils zum Beitragssatz führt

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen; für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.

(3) Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner des Pflegeheimes nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(4) Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

- › Sicherstellung der Anerkennung bzw. Berücksichtigung von Tariflöhnen in Vergütungsverhandlungen bzw. -vereinbarungen durch den Kostenträger
- › Für den oben genannten Fall Einführung einer Nachweispflicht der Einrichtungsträger, dass entsprechende Löhne auch gezahlt werden

(5) In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.

(7) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dieses nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Das Nähere zur Durchführung des Nachweises wird in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 geregelt.

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von **1.597 Euro**, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird.

Erhöhung des finanziellen Anerkennungsbetrages im Falle der Rückstufung von Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe

§ 87b Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner **sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, (anspruchsberechtigten Personen)** Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die **anspruchsberechtigten Personen** über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. die **stationäre Pflegeeinrichtung** für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der **anspruchsberechtigten Personen** über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für **jede anspruchsberechtigte Person der zwanzigste Teil** der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für **anspruchsberechtigte Personen** nicht erbracht wird.

› Ausweitung der Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung auf alle (versicherten) pflegebedürftigen Bewohner in stationären Einrichtungen

› Deutliche Verbesserung der Betreuungsrelation

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit stationären Pflegeeinrichtungen getroffen werden, die anspruchsberechtigte Personen und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für anspruchsberechtigte Personen im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die anspruchsberechtigten Personen und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat die anspruchsberechtigte Person Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

- › Sicherstellung der Anerkennung bzw. Berücksichtigung von Tariflöhnen (siehe auch § 84)
- › Entfallen der Verpflichtung, zwei alternative Vergütungssysteme gegenüberzustellen



→ § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

§ 114 Qualitätsprüfungen

(5) Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.

Im Falle sachlich begründeter Hinweise auf nicht fachgerechte Pflege Einbeziehung der davon betroffenen Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung

Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederho-

lungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen. Kosten im Sinne der Sätze 4 und 5 sind nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären. Pauschalen oder Durchschnittswerte können nicht angesetzt werden.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben;

Umsetzung der Ergänzung des § 114 Abs. 5 in der Qualitätsprüfung und -darstellung

→ § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von sechs Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Mehrheit der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden **oder den obersten Landesbehörden** ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden **oder den obersten Landesbehörden** weder eingeschränkt noch erweitert werden.

Ergänzung um die obersten Landesbehörden als mögliche Vereinbarungspartner

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten **Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert** zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung **in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten.**

Entfallen der Verpflichtung, zwei alternative Vergütungssysteme gegenüberzustellen (Komplex- oder Zeitvergütung)

§ 122 Übergangsregelung

(3) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

Besitzstandsregelung
zum Wohngruppen-
zuschlag

§ 123 Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 123 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 231 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie Ansprüche nach den §§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege für Versicherte ohne Pflegestufe umfasst einen Gesamtwert von bis zu 231 Euro je Kalendermonat.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 72 Euro auf 316 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 sowie § 41 um 221 Euro auf bis zu 689 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 87 Euro auf 545 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 sowie § 41 um 154 Euro auf bis zu 1.298 Euro.

› Leistungserhöhung
› Ausweitung der Ansprüche von Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ auf Pflegeleistungen (ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationsleistungen, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)

X. Service-Material





Wissenstest

zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA)

Teilweise sind mehrere Antwortmöglichkeiten richtig.

FRAGE 1: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst

- ☐ a) die individuellen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen.
- ☐ b) die genaue zeitliche Dauer, die für einzelne pflegerische Aufgaben anzusetzen ist.
- ☐ c) den Grad der Selbständigkeit und die Fähigkeit der Pflegebedürftigen, sich selbst zu versorgen.

FRAGE 2: Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) stellt fest,

- ☐ a) was der Pflegebedürftige noch kann.
- ☐ b) wie häufig der oder die Pflegebedürftige in bestimmten Situationen Hilfe benötigt.
- ☐ c) welche Pflegemaßnahmen konkret nötig sind.

FRAGE 3: Zu welchem der genannten Themenfelder werden in der Begutachtung Beeinträchtigungen erhoben, aber nicht für die Eingruppierung in einen Pflegegrad, sondern für die Pflegeplanung und Pflegeberatung herangezogen?

- ☐ a) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- ☐ b) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen
- ☐ c) Haushaltsführung

FRAGE 4: Auf welcher Basis erfolgt die Einordnung in einen der fünf Pflegegrade?

- ☐ a) Durch eine zusätzliche Einschätzung der Pflegekräfte
- ☐ b) Durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder anderer unabhängiger Gutachterinnen oder Gutachter
- ☐ c) Durch die notwendige Bewertung der körperlichen Fähigkeiten der Betroffenen

FRAGE 5: Pflegebedürftige, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen,

- ☐ a) erhalten mit der neuen Regelung automatisch einen höheren Pflegegrad.
- ☐ b) müssen in jedem Fall neu begutachtet werden.
- ☐ c) werden ohne erneute Begutachtung in das neue System übergeleitet, ohne schlechtergestellt zu werden.



→ Testen Sie Ihr Wissen auch zu anderen Themen im E-Learning-Bereich unter www.praxisseiten-pflege.de



RICHTIGE LÖSUNGEN:

Frage 1: a und c

Frage 2: a und b

Frage 3: c

Frage 4: b

Frage 5: c



Wichtige Ansprechpartner und Adressen

Die folgende Liste enthält Kontaktdaten und Informationen zu Akteuren, die in der Pflege aktiv sind. Die Liste bietet erste Orientierung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit und anderer Bundesministerien

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

→ www.bmg.bund.de

Fach- und Detailinformationen rund um das Thema Pflege sowie die Pflegestärkungsgesetze bieten Ihnen folgende Websites:

→ www.pflegestaerkungsgesetz.de

→ www.bmg.bund.de/themen/pflege

Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit, z.B. zu den Pflegestärkungsgesetzen, können Sie hier bestellen:

→ www.bmg.bund.de/service/publikationen.html

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege

Staatssekretär Karl-Josef Laumann

Friedrichstraße 108

10117 Berlin

Telefon: 030/184413425 (Pflege)

Telefon: 030/184413424 (Patientenrechte)

Fax: 030/184413422

E-Mail: pflege-patientenrechte@bmg.bund.de

Aktuelle Informationen des Pflegebevollmächtigten finden Sie hier:

→ www.patientenbeauftragter.de

**Pflegeleistungs-Helfer**

Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums. Er zeigt, welche Pflegeleistungen genutzt werden können, und gibt Hilfestellung, wenn sich die Frage nach der Pflege von Angehörigen zum ersten Mal stellt.

→ www.bmg.bund.de/pflegeleistungs-helfer

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit

Das Bürgertelefon zur Pflegeversicherung bietet Bürgerinnen und Bürgern erste Orientierung und Beratung – auch mit einem Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte. Sie erreichen die Pflege-Beraterinnen und -Berater montags bis donnerstags von 8.00 bis 18.00 Uhr, freitags von 8.00 bis 12.00 Uhr.

Das Bürgertelefon zur Pflegeversicherung: 030/3406066-02

Pflegewelten-Magazin

Das Magazin Pflegewelten schaut einmal anders auf die Pflege. Das Bundesministerium für Gesundheit möchte damit dazu beitragen, Pflege in unserer Gesellschaft noch sichtbarer zu machen. Das Magazin sowie weitere Fotos, Videos und Informationen finden Sie online:

→ www.pflegewelten.de

Ein-STEP

Ein-STEP steht für die Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und ist eine Initiative des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Staatssekretär Karl-Josef Laumann zur Neuausrichtung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Ein-STEP Projektbüro
c/o IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
Telefon: 030/2308099841
E-Mail: projektbuero@ein-step.de

→ www.ein-step.de

**Allianz für Menschen mit Demenz**

Das Bundesprogramm „Allianz für Menschen mit Demenz“ ist ein Kooperationsprojekt mehrerer Bundesministerien und gehört zur Demografiestrategie der Bundesregierung. Die Geschäftsstelle kommuniziert und kooperiert mit allen Gestaltungspartnern der Allianz und weiteren beteiligten Partnern. Konkret bedeutet dies Koordinierung der ministeriellen Zusammenarbeit, Betreuung der Arbeitsgruppen, Begleitung der Projekte, Ausschreibung und Verwaltung von Fördermitteln.

Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ führt die öffentlichen Stellen und die Organisationen der Zivilgesellschaft einschließlich der Selbsthilfe zusammen, die sich auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene für Menschen mit Demenz engagieren, und bündelt die Kräfte aller Verantwortlichen.

**Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
Geschäftsstelle Allianz für Menschen mit Demenz**

50969 Köln

Telefon: 0221/36731308

Fax: 0221/367351038

E-Mail: gst-demenz@bafza.bund.de

→ www.allianz-fuer-demenz.de

Lokale Allianzen

Die Website informiert über die geförderten Lokalen Allianzen.

Die Projekte haben es sich zur Aufgabe gemacht, Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen helfend zur Seite zu stehen.

E-Mail: kontakt-la@bafza.bund.de

→ www.lokale-allianzen.de

Wegweiser Demenz

Das Informationsportal bietet Angehörigen, Erkrankten und Pflegenden zahlreiche Informationen rund um das Thema Demenz.

→ www.wegweiser-demenz.de

Familienpflegezeit

Informationen zum Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finden Sie unter:

→ www.wege-zur-pflege.de

Altenpflegeausbildung

Die Internetseite stellt Informationen zur Altenpflegeausbildung bereit – sowohl für junge Menschen in der Berufsorientierungsphase als auch für Personen, die sich beruflich neu ausrichten oder weiterqualifizieren wollen. Darüber hinaus erhalten Pflegeeinrichtungen



Hilfestellungen, damit diese verstärkt Ausbildungsplätze anbieten können.

→ www.altenpflegeausbildung.net

Gewaltprävention in der Pflege

Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) informiert die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) mit einem Informationsportal über das Thema „Gewaltprävention in der Pflege“.

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtthöfe
Reinhardtstraße 45
10117 Berlin
Telefon: 030/27593950
Hotline: 0180/2655566
E-Mail: info@zqp.de

→ www.pflege-gewalt.de

Mehrgenerationenhäuser

Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser ist ein Projekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und fördert deutschlandweit das generationsübergreifende Wohnen.

Glinkastraße 24
11018 Berlin
Telefon: 030/20179130
Fax: 030/185554400
E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de

→ www.mehrgenerationenhaeuser.de

Informationsangebote weiterer Organisationen

Weisse Liste

Staatssekretär Karl-Josef Laumann, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, ist der Schirmherr der Weissen Liste. Er unterstützt ihren Ansatz, Bürgerinnen und Bürgern im Gesundheitswesen Orientierung zu bieten und fundierte Wahlentscheidungen für Leistungsanbieter zu ermöglichen.

Mithilfe der Seite können Sie auch nach Pflegediensten, Pflegeheimen und weiteren Informationen suchen.

→ www.weisse-liste.de

**Datenbank Pflegeberatung (ZQP)**

Mithilfe der Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege kann themenbezogen nach Pflegeberatungsangeboten in der Nähe gesucht werden. Neben den Pflegestützpunkten finden sich weitere Beratungsangebote von Bund und Ländern, Kommunen sowie Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, Vereinen und weiteren Institutionen. Sie bieten Beratung zu Themen an, die für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen relevant sind.

→ www.bdb.zqp.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen

Die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. ist die Lobby der älteren Menschen in Deutschland. Unter ihrem Dach haben sich über 100 Verbände mit etwa 13 Millionen älteren Menschen zusammengeschlossen. Sie vertritt deren Interessen gegenüber Politik, Wirtschaft und Gesellschaft.

Bonnegasse 10
53111 Bonn
Telefon: 0228/24999311
Fax: 0228/24999320
E-Mail: kontakt@bagso.de

→ www.bagso.de

BIVA – Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V.

Die BIVA vertritt die Interessen von Menschen mit Pflege- oder Betreuungsbedarf im Alter und bei Behinderung. Sie setzt sich für die Stärkung der Rechte von Bewohnerinnen und Bewohnern aller Heimarten und Wohnformen ein und tritt für Menschenwürde und Selbstbestimmtheit im Alter und bei Behinderung ein. Die BIVA ist unabhängig und gemeinnützig.

Die BIVA ist Initiatorin des Projektes heimverzeichnis.de, eines gemeinnützigen Projektes mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nachhaltig zu fördern und zu verbessern. Zahlreiche Altenheime, Pflegeheime und Seniorenresidenzen haben sich bereits freiwillig für eine Begutachtung angemeldet.

Siebenmorgenweg 6–8
53229 Bonn

→ www.biva.de
→ www.heimverzeichnis.de

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. – Selbsthilfe Demenz**

Bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und ihren regionalen Mitgliedsgesellschaften finden Demenzkranke und ihre Angehörigen Rat und Unterstützung. Der gemeinnützige Verein wurde in den 1980er-Jahren als Selbsthilfeorganisation von Angehörigen Demenzkranker gegründet.

Friedrichstr. 236
10969 Berlin-Kreuzberg
Telefon: 030/2593795-0
Fax: 030/2593795-29
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

→ www.deutsche-alzheimer.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Solmsstraße 18
60486 Frankfurt/Main
Telefon: 069/605018-0
Fax: 069/605018-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de

→ www.bar-frankfurt.de

KfW-Förderungen

Die KfW-Bank bietet spezielle Finanzierungshilfen für den Umbau für altersgerechtes Wohnen an. Die Servicenummer ist von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr erreichbar.

Telefon: 0800/5399002

→ www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Barrierereduzierung
→ [www.kfw.de/inlandsfoerderung/Unternehmen/Wohnwirtschaft/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-\(159\)](http://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Unternehmen/Wohnwirtschaft/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-(159))

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen

Geschäftsstelle München
Waltherstraße 16a
80337 München
Telefon: 089/76755131
Fax: 089/7250474
E-Mail: mail@bagp.de

→ www.bagp.de

**Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

Bundesgeschäftsstelle
Littenstraße 10
10179 Berlin
Telefon: 030/20089233
Fax: 030/200892350
E-Mail: info@patientenberatung.de

→ www.patientenberatung.de

Kontaktadressen und Informationsportale der Krankenversicherungen

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030/206288-0
Fax: 030/20628888
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de

→ www.gkv-spitzenverband.de

Pflegekompass (Knappschaft, LSV, IKK)

Diese Datenbank unterstützt bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen und gibt die Möglichkeit, über die Angabe der Postleitzahl oder des Ortsnamens Einrichtungen vor Ort zu finden, die mit den Pflegekassen Verträge geschlossen haben.

→ www.der-pflegekompass.de/KBS/01_Home

AOK-Bundesverband: Pflege-Navigator

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Telefon: 030/34646-0
Fax: 030/346462502
E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

→ www.aok-bv.de

→ www.aok-gesundheitspartner.de/bund//pflege/navigator

Verband der Ersatzkassen: Pflegelotse**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Telefon: 030/269310
Fax: 030/269312900
E-Mail: info@vdek.com

→ www.pflegelotse.de

**BKK: Pflegefinder**

Mauerstraße 85
10117 Berlin
Telefon: 030/2700406-0
E-Mail: info@bkk-dv.de

→ www.bkk-pflegefinder.de

IKK-Bundesverband

Wilhelm-Breckow-Allee 6
51643 Gummersbach
Telefon: 02261/9699062
Fax: 02261/9699063

→ www.ikk.de

**Pflegeberatung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV)
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH**

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) und seine Tochterunternehmen COMPASS Private Pflegeberatung und MEDICPROOF haben die Website gemeinsam aufgebaut, um allen Verbraucherinnen und Verbrauchern Informationen rund um die Pflege zur Verfügung zu stellen.

Gustav-Heinemann-Ufer 74C
50968 Köln
Telefon: 0800/1018800
E-Mail: info@compass-pflegeberatung.de

→ www.compass-pflegeberatung.de
→ www.pflegeberatung.de

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG)**

Weißensteinstraße 70–72
34131 Kassel
Telefon: 0561/93590
Fax: 0561/9359217

→ www.svlfg.de

**Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See**

Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

Postanschrift:

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
44781 Bochum
Telefon: 0234/304-0
Fax: 0234/304-66050
E-Mail: zentrale@kbs.de
Service-Rufnummer Kranken- und Pflegeversicherung: 08000 200 501
(kostenfrei)

→ www.kbs.de

Begutachtung in der Pflege

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201/8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de

→ www.mds-ev.de

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und in jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert.

→ www.mdk.de

MEDICPROOF

Die MEDICPROOF nimmt die Aufgaben eines medizinischen Dienstes für die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen wahr.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 A
50968 Köln
Telefon: 0221/88844-0
Fax: 0221/88844-888
E-Mail: info@medicproof.de

→ www.medicproof.de

**MDK Baden-Württemberg**

Ahornweg 2

77933 Lahr/Schwarzwald

Telefon: 07821/938-0

Fax: 07821/938-200

E-Mail: katja.reichelt@mdkbw.de; erik.scherb@mdkbw.de

→ www.mdkbw.de

MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089/67008-0

Fax: 089/67008-444

E-Mail: geschaeftsfuehrung@mdk-bayern.de

→ www.mdk-bayern.de

MDK Berlin-Brandenburg

Konrad-Wolf-Allee 1-3, Treppenhaus III

14480 Potsdam

Telefon: 0331/50567-0

Fax: 0331/50567-11

E-Mail: geschaeftsfuehrung@mdk-bb.de

→ www.mdk-bb.de

MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9

28195 Bremen

Telefon: 0421/1628-0

Fax: 0421/1628-115

E-Mail: p.tittje@mdk-bremen.de; w.hauschild@mdk-bremen.de

→ www.mdk-bremen.de

MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23

61440 Oberursel

Telefon: 06171/634-00

Fax: 06171/634-155

E-Mail: k.jesgarek@mdk-hessen.de

→ www.mdk-hessen.de

**MDK Mecklenburg-Vorpommern**

Lessingstraße 31
19059 Schwerin
Telefon: 0385/7440-100
Fax: 0385/7440-199
E-Mail: r.lau@mdk-mv.de

→ www.mdk-mv.de

MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202
30519 Hannover
Telefon: 0511/8785-0
Fax: 0511/8785-91001
E-Mail: monika.weber@mdkn.de; carsten.cohrs@mdkn.de

→ www.mdkn.de

MDK Nord

Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg
Telefon: 040/25169-0
Fax: 040/25169-509
E-Mail: anja.dreyer@mdk-nord.de

→ www.mdk-nord.de

MDK Nordrhein

Bismarckstraße 43
40210 Düsseldorf
Telefon: 0211/1382-0
Fax: 0211/1382-330
E-Mail: ahustadt@mdk-nordrhein.de

→ www.mdk-nordrhein.de

MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Str. 19 d
55232 Alzey
Telefon: 06731/486-0
Fax: 06731/486-270
E-Mail: beatrix.bicking@mdk-rlp.de

→ www.mdk-rlp.de

**MDK Saarland**

Dudweiler Landstraße 151

66123 Saarbrücken

Telefon: 0681/93667-13

Fax: 0681/93667-49

E-Mail: gabriele.schlosser@mdk-saarland.de

→ www.mdk-saarland.de

MDK im Freistaat Sachsen

Bürohaus Mitte / Am Schießhaus 1

01067 Dresden

Telefon: 0351/4985-30

Fax: 0351/4963-157

E-Mail: kerstin.seerig@mdk-sachsen.de

→ www.mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt

Allee-Center, Breiter Weg 19c

39104 Magdeburg

Telefon: 0391/5661-0

Fax: 0391/5661-160

E-Mail: volker.rehboldt@mdk-san.de

→ www.mdk-san.de

MDK Thüringen

Richard-Wagner-Straße 2 a

99423 Weimar

Telefon: 03643/553-0

Fax: 03643/553-120

E-Mail: s.lachnitt@mdk-th.de; k.herber@mdk-th.de

→ www.mdk-th.de

MDK Westfalen-Lippe

Roddestr. 12

48153 Münster

Telefon: 0251/5354-0

Fax: 0251/5354-299

E-Mail: sfischer@mdk-wl.de; uheine@mdk-wl.de

→ www.mdk-wl.de



Kontaktadressen von Verbänden der Sozialwirtschaft und Wohlfahrtspflege

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Telefon: 030/24089-0
Fax: 030/24089-134
E-Mail: info@bag-wohlfahrt.de

→ www.bagfw.de

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Michaelkirchstraße 17/18
10179 Berlin-Mitte
Telefon: 030/62980-0
Fax: 030/62980-150
E-Mail: info@deutscher-verein.de

→ www.deutscher-verein.de

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V.

Sülzburgstraße 140
50937 Köln
Telefon: 0221/47605-0
Fax: 0221/47605-288
E-Mail: info@asb.de

→ www.asb.de

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Blücherstraße 62/63
10961 Berlin
Telefon: 030/26309-0
E-Mail: info@awo.org

→ www.awo.org

Deutscher Caritasverband e. V.

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon: 0761/200-0
E-Mail: info@caritas.de

→ www.caritas.de

**Der Paritätische Gesamtverband**

Oranienburger Str. 13–14
10178 Berlin
Telefon: 030/24636-0
Fax: 030/24636-110
info@paritaet.org

→ www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz

DRK Generalsekretariat
Carstennstr. 58
12205 Berlin
Telefon: 030/85404-0
Fax: 030/85404-450
E-Mail: drk@drk.de

→ www.drk.de

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: 030/65211-0
Fax: 030/65211-3333
E-Mail: diakonie@diakonie.de

→ www.diakonie.de

Volkssolidarität

Alte Schönhauser Straße 16
10119 Berlin
Telefon: 030/2789-70
Fax: 030/275939-59
E-Mail: bundesverband@volkssolidaritaet.de

→ www.volkssolidaritaet.de

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Hebelstraße 6
60318 Frankfurt am Main
Telefon: 069/944371-0
Fax: 069/494817
E-Mail: zentrale@zwst.org

→ www.zwst.org



Kontaktadressen weiterer Verbände

Bundesverband Pflegemanagement

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: 030/440376-93

Fax: 030/440376-96

E-Mail: info@bv-pflegemanagement.de

→ www.bv-pflegemanagement.de

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (BPA)

Friedrichstraße 148

10117 Berlin

Telefon: 030/8788-60

Fax: 030/8788-89

E-Mail: bund@bpa.de

→ www.bpa.de

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBFK)

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: 030/219157-0

Fax: 030/219157-77

E-Mail: dbfk@dbfk.de

→ www.dbfk.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Telefon: 030/39801-0

Fax: 030/39801-3000

E-Mail: dkgmail@dkgev.de

→ www.dkgev.de

Deutscher Pflegeverband (DPV)

Mittelstraße 1

56564 Neuwied

Telefon: 02631/8388-0

Fax: 02631/8388-20

E-Mail: info@DPV-online.de

→ www.dpv-online.de

**Deutscher Pflegerat e.V.**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: 030/39877-303

Fax: 030/39877-304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de[→ www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)

Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

An der Pauluskirche 3

50677 Köln

Telefon: 0221/931847-0

Fax: 0221/931847-6

E-Mail: info@kda.de[→ www.kda.de](http://www.kda.de)

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)

Im Teelbruch 132

45219 Essen

Telefon: 02054/9578-0

Fax: 02054/9578-40

E-Mail: info@vdab.de[→ www.vdab.de](http://www.vdab.de)



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE

Darauf kommt es an

Hätten Sie's gewusst?

Wie werden Leistungen der Tages- und Nachtpflege seit dem 1. Januar 2015 mit weiteren ambulanten Pflegesachleistungen oder dem Pflegegeld verrechnet?

Antwort: Gar nicht. Seit dem 1. Januar 2015 werden Leistungen aus der Tages- und Nachtpflege nicht mehr mit anderen Leistungen verrechnet, weder mit dem Pflegegeld noch mit den Pflegesachleistungen.

Stärken Sie Ihr Pflegewissen!



Diese und viele weitere Informationen rund um die Neuerungen der Pflegestärkungsgesetze finden Sie im Sammelordner Praxisseiten Pflege. Trainieren Sie Ihr Wissen auch im E-Learning-Bereich unter → www.praxisseiten-pflege.de

Ja, ich möchte per E-Mail den Newsletter der *Praxisseiten Pflege* erhalten und informiert werden, wenn neue Sammel-seiten zum Download bereitstehen.

Die E-Mail-Adresse wird ausschließlich zum oben genannten Informationszweck verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie uns die ausgefüllte Karte per **Post** oder per **Fax** an **030 / 18 10 272 2721**.

Sie können zur Bestellung auch eine E-Mail mit Ihren vollständigen Daten senden:

publikationen@bundesregierung.de

Oder füllen Sie das Bestellformular unter **www.praxisseiten-pflege.de** aus.

Vorname und Name

Funktion

Institution/Organisation/Einrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail

Ja, ich möchte mehr über die Neuerungen in der Pflege erfahren. Bitte lassen Sie mir ein Exemplar des Sammelordners *Praxisseiten Pflege* (Bestellnummer BMG-P-11016) kostenfrei an folgende Adresse zukommen:



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE PFLEGE

Darauf kommt es an

Hätten Sie's gewusst?

Wie werden Leistungen der Tages- und Nachtpflege seit dem 1. Januar 2015 mit weiteren ambulanten Pflegesachleistungen oder dem Pflegegeld verrechnet?

Antwort: Gar nicht. Seit dem 1. Januar 2015 werden Leistungen aus der Tages- und Nachtpflege nicht mehr mit anderen Leistungen verrechnet, weder mit dem Pflegegeld noch mit den Pflegesachleistungen.

Stärken Sie Ihr Pflegewissen!



Diese und viele weitere Informationen rund um die Neuerungen der Pflegestärkungsgesetze finden Sie im Sammelordner Praxisseiten Pflege. Trainieren Sie Ihr Wissen auch im E-Learning-Bereich unter → www.praxisseiten-pflege.de

Ja, ich möchte per E-Mail den Newsletter der *Praxisseiten Pflege* erhalten und informiert werden, wenn neue Sammel-seiten zum Download bereitstehen.

Die E-Mail-Adresse wird ausschließlich zum oben genannten Informationszweck verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie uns die ausgefüllte Karte per **Post** oder per **Fax** an **030 / 18 10 272 2721**.

Sie können zur Bestellung auch eine E-Mail mit Ihren vollständigen Daten senden:

publikationen@bundesregierung.de

Oder füllen Sie das Bestellformular unter **www.praxisseiten-pflege.de** aus.

Vorname und Name

Funktion

Institution/Organisation/Einrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail

Nützlich für Sie

Das finden Sie unter www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE — alle Praxisseiten zum Herunterladen und Ausdrucken, alle Ordnerinhalte als kompaktes E-Book und vieles mehr.



VIDEOREIHE — so können Sie Schlüsselbegriffe der Pflege einfach erklären.



E-LEARNING — testen Sie Ihr Wissen online.

Nützlich für andere

Bleiben Sie auf dem Laufenden und teilen Sie aktuelle Tipps, Beispiele und neue Praxisseiten mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflegepraxis.



INFO-SERVICE — Newsletterservice unter www.praxisseiten-pflege.de, Bundesgesundheitsministerium auf Facebook und Twitter, Neues unter #pspflege



EINSATZ DER PRAXISSEITEN IM TEAM — verteilen Sie interessante Infoseiten im Team, nutzen Sie Wissenstests für Schulungen oder setzen Sie das E-Learning auf Messen ein.



WEITEREMPFEHLEN — teilen Sie Inhalte über Ihre Social-Media-Plattformen oder YouTube-Kanäle und verlinken Sie auf www.praxisseiten-pflege.de

Nützlich für Sie

Das finden Sie unter www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE — alle Praxisseiten zum Herunterladen und Ausdrucken, alle Ordnerinhalte als kompaktes E-Book und vieles mehr.



VIDEOREIHE — so können Sie Schlüsselbegriffe der Pflege einfach erklären.



E-LEARNING — testen Sie Ihr Wissen online.

Nützlich für andere

Bleiben Sie auf dem Laufenden und teilen Sie aktuelle Tipps, Beispiele und neue Praxisseiten mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflegepraxis.



INFO-SERVICE — Newsletterservice unter www.praxisseiten-pflege.de, Bundesgesundheitsministerium auf Facebook und Twitter, Neues unter #pspflege



EINSATZ DER PRAXISSEITEN IM TEAM — verteilen Sie interessante Infoseiten im Team, nutzen Sie Wissenstests für Schulungen oder setzen Sie das E-Learning auf Messen ein.



WEITEREMPFEHLEN — teilen Sie Inhalte über Ihre Social-Media-Plattformen oder YouTube-Kanäle und verlinken Sie auf www.praxisseiten-pflege.de



Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Bitte
freimachen



Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Bitte
freimachen



Pflegetagebuch

Ein Pflegetagebuch hilft Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie Gutachterinnen und Gutachtern gleichermaßen. Es ist ein wichtiges Instrument, um bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), einen anderen Gutachter oder eine andere Gutachterin oder durch den Medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung (MEDICPROOF) den Zeitaufwand zu ermitteln, der für die Einstufung in eine Pflegestufe relevant ist. Dafür sollte das Pflegetagebuch mindestens eine, besser zwei Wochen vor dem Begutachtungstermin durch die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen geführt werden.

Die folgenden Seiten können als Vorlage zum Anlegen eines Pflegetagebuchs an interessierte Versicherte weitergereicht werden. Dabei dient das erste Blatt als Erklärung und Anleitung. Auf dem zweiten Blatt werden auf der Vorderseite die Daten der pflegebedürftigen Person erfasst. Dann folgt die Kopiervorlage für das eigentliche Tagebuch. Hier sollten im Dokumentationszeitraum regelmäßig, das heißt jeden Tag, Einträge erfolgen.



Ute Grabowsky / photothek.net

Gut vorbereitet: Wenn Angehörige zu Hause pflegen, hilft ein Pflegetagebuch, um bei der Begutachtung den wirklichen Zeitaufwand für die Pflege festzustellen.



Ihr eigenes Pflegetagebuch

Wofür ist ein Pflegetagebuch gut?

Ein Pflegetagebuch sollten Sie als pflegende Angehörige oder pflegender Angehöriger führen, wenn der Termin zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit einer betroffenen Person ansteht.

Um festzustellen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt, machen sich eine Gutachterin oder ein Gutachter – in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder von MEDICPROOF – bei einem Hausbesuch ein Bild von der Person, für die Leistungen bei ihrer Pflegekasse beantragt worden sind. Dabei werden die Minuten, die die pflegebedürftige Person für bestimmte Verrichtungen im Tagesdurchschnitt benötigt, erfasst. Selbstverständlich soll bei diesem Termin eine entspannte Atmosphäre hergestellt werden. Dennoch verhalten sich Pflegebedürftige in der ungewohnten Situation unter Umständen wie in einer Prüfung, bei der sie gut abschneiden wollen. Dadurch schildern sie die eigene Lage oft positiver, als sie ist.

Umso wichtiger ist es, dass Sie auf die Begutachtung vorbereitet sind und einen möglichst umfassenden Einblick in alle Hilfestellungen und Pflegeleistungen geben, die am Tag und in der Nacht erbracht werden.

Wie führt man ein Pflegetagebuch?

In einem Pflegetagebuch wird der tägliche Pflegeaufwand im Bereich der Grundpflege (wie Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung (wie Einkaufen, Kochen, Waschen der Wäsche) dokumentiert. Um darzustellen, dass es sich um einen regelmäßigen Hilfebedarf handelt, sollten Sie das Pflegetagebuch mindestens eine, besser noch zwei Wochen lang regelmäßig führen. Notieren Sie bei jeder Verrichtung neben ihrer Dauer alle Besonderheiten, auch solche, die zu einem erhöhten Pflegeaufwand führen können.

Bei jeder Beschreibung sollten Sie versuchen, die folgenden vier Fragen zu beantworten:

1. Was ist der Ablauf? Welche Schritte führen Sie nacheinander aus?
2. Müssen Sie der pflegebedürftigen Person erklären, was sie tun soll?
3. Was ist daran besonders schwierig?
4. Was kann die pflegebedürftige Person selbst machen? Warum ist es dennoch erforderlich, dass Sie währenddessen bei ihr bleiben?

Falls bestimmte Verrichtungen nur mithilfe von zwei Personen möglich sind, geben Sie das bitte ebenfalls an, da es den doppelten Zeitaufwand bedeutet.



Beschreiben Sie auch, was die Pflege erschweren kann. Das können z. B. folgende Faktoren sein:

- mehr als 80 Kilogramm Körpergewicht
- eingeschränkte Beweglichkeit, Versteifung oder Fehlstellung der Arm- und Beingelenke
- hochgradige Spastiken, z. B. Lähmungen nach einem Schlaganfall
- einschließende unkontrollierte Bewegungen
- eingeschränkte Belastbarkeit wegen einer schweren Herzschwäche mit Atemnot und Wassereinlagerungen
- Schluckstörungen oder Störungen der Mundmotorik, Atemstörungen
- Abwehrverhalten oder fehlende Kooperation mit Behinderung der Übernahme von Pflegetätigkeiten (beispielsweise bei geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen)
- stark eingeschränkte Sinneswahrnehmungen (Sehen, Hören)
- starke, andauernde Schmerzen
- pflegebehindernde räumliche Wohnverhältnisse
- Zeitaufwand durch notwendigen Hilfsmiteinsatz (beispielsweise fahrbare Lifter, Decken- oder Wand-Lifter)

Da das Pfl egetagebuch wichtige Hinweise für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit gibt, ist es entscheidend, dass Sie als Tagebuchführende oder Tagebuchführender und die pflegebedürftige Person selbst es unterschreiben.

Was ist über das Tagebuch hinaus wichtig?

Beim Begutachtungstermin sollten Sie als Pflegeperson auf jeden Fall anwesend sein, um eventuelle Rückfragen der Gutachterin oder des Gutachters zu beantworten. Neben dem Pfl egetagebuch sollten Sie zum Termin auch aktuelle Arzt- und Krankenhausberichte, eine Auflistung der

benötigten Pflegehilfsmittel und Medikamente sowie die Adresse der Hausärztin oder des Hausarztes bereithalten.

Hintergründe zur Zielsetzung des Pfl egetagebuchs

Wenn es darum geht, die Pflegebedürftigkeit einer Person im Sinne des Sozialgesetzbuches festzustellen und die Person einer Pflegestufe zuzuordnen, richtet sich der Blick auf den Hilfebedarf, der auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, erforderlich ist. Er macht sich an den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens fest. Dazu zählen die Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung und weitere Formen der Hilfe. Zusammengefasst wird dies als Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bezeichnet. Die Tabelle auf Seite 7 gibt einen Überblick über einzelne Aspekte in diesen Bereichen. Je nach Umfang der auf Dauer erforderlichen Hilfebedürftigkeit wird die pflegebedürftige Person in eine der drei Pflegestufen eingruppiert. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) werden perspektivisch aus den drei Pflegestufen fünf Pflegegrade, was die hier vorgestellte, derzeitige Systematik verändern wird.

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.



Der Zeitaufwand, den Familienangehörige oder andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegepersonen für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

→ in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

→ in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,

→ in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Überblick: Regelmäßige und wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

Bereiche der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung	Aspekte im Einzelnen
Körperpflege	› Waschen, Duschen, Baden (am Waschbecken, im Bett; inklusive Vorbereitungen sowie Abtrocknen) › Zahnpflege, Kämmen, Rasieren › Darm- und Blasenentleerung
Ernährung	› Mundgerechte Nahrungszubereitung (ohne Kochen, Tischdecken) › Nahrungsaufnahme (fest, breiig, flüssig, auch Verabreichung von Sondennahrung, Verwendung von Besteck)
Mobilität	› Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen (sowie Umlagern von bettlägerigen Personen) › An- und Auskleiden (auch Anlegen von Prothesen sowie Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2) › Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
Hauswirtschaftliche Versorgung	› Einkaufen inklusive Planen des Einkaufs › Kochen › Wohnungsreinigung (hierzu gehört auch das Bettenmachen) › Spülen (manuell oder maschinell) › Wechseln/Waschen der Kleidung und Wäsche (hierzu gehört auch das Bettenbeziehen) › Beheizen (hierzu gehört auch das Beschaffen und Entsorgen des Heizmaterials)



Formen der Hilfe

- › **Unterstützung:** Pflegebedürftige Person wird durch die Bereitstellung sächlicher Hilfen (z. B. Bereitstellung eines Rollators, Bereitlegen von Kleidungsstücken) in die Lage versetzt, eine Verrichtung selbständig durchzuführen.
- › **Teilweise Übernahme:** Die Pflegeperson übernimmt den Teil der Verrichtungen, den die Pflegebedürftige oder der selbst nicht mehr durchführen kann.
- › **Vollständige Übernahme:** Die Pflegeperson übernimmt alle Verrichtungen, die die oder der Pflegebedürftige selbst nicht durchführen kann. Das heißt, die oder der Pflegebedürftige liefert keinen eigenständigen Beitrag zur Verrichtung.
- › **Anleitung und Beaufsichtigung:** Ziel ist, dass die oder der Pflegebedürftige tägliche Verrichtungen selbst durchführt und die Pflegeperson sie dabei entweder anleitet (anregen, lenken, demonstrieren) oder beaufsichtigt (Sicherheit gewährleisten), damit die oder der Pflegebedürftige die Verrichtungen des täglichen Lebens in sinnvoller Weise selbst durchführen kann.



Weitere detaillierte Informationen finden Sie hier: MDS/GKV-Spitzenverband (2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.

Online unter: www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_2013_Lesezeichen.pdf



Persönliche Angaben

PFLEGETAGEBUCH FÜR

.....
Name, Vorname

.....
geboren am

.....
Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

.....
Telefon

GESETZLICHE/-R VERTRETER/-IN

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

DAS TAGEBUCH WIRD GEFÜHRT VON

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
vom

.....
bis

.....
Unterschrift Tagebuchführer/-in

Ich bin mit den Angaben der das Pflegetagebuch führenden Person einverstanden:

.....
Unterschrift Pflegebedürftige/-r

.....
Unterschrift gesetzliche/-r Vertreter/-in oder
Bevollmächtigte/-r¹

¹ Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind aufgrund der Bestimmungen der §§ 60 Sozialgesetzbuch (SGB) I und 50 SGB XI erforderlich.



Pflegetagebuch

Name:

Datum:

Hilfe erforderlich bei:	Zeitaufwand in Minuten				Art der Hilfe und weitere Bemerkungen
	morgens	mittags	abends	nachts 22 – 6 Uhr	
Körperpflege					
Ganzkörperwäsche					
Waschen Oberkörper					
Waschen Unterkörper					
Waschen Hände / Gesicht					
Duschen					
Baden					
Zahnpflege					
Kämmen					
Rasieren					
Darm- und Blasenentleerung					
Wasserlassen					
Stuhlgang					
Wechseln kleiner Vorlagen					
Wechsel der Inkontinenzprodukte nach Wasserlassen					
Wechsel der Inkontinenzprodukte nach Stuhlgang					
Richten der Kleidung					
Wechseln / Entleeren des Urinbeutels / Toilettenstuhls					
Wechseln / Entleeren des Stomabeutels					
Ernährung					
Mundgerechte Nahrungszubereitung					
Aufnahme der Nahrung					
Aufnahme der Nahrung über Ernährungssonde					
Mobilität					
Aufstehen / Zubettgehen					
Umlagern					
Ankleiden gesamt (Körper)					
Entkleiden gesamt (Körper)					
Ankleiden Ober-/Unterkörper					
Entkleiden Ober-/Unterkörper					
Gehen / Bewegen (innerhalb der Wohnung)					
Stehen / Transfer					
Treppensteigen (innerhalb der Wohnung)					
Wohnung verlassen und wieder aufsuchen					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
Einkaufen					
Kochen					
Reinigen der Wohnung					
Spülen					
Wechsel / Waschen der Wäsche + Kleidung					
Heizen der Wohnung					

Ausfüllhilfe: Arten der Hilfe

U = Unterstützung: Die oder der Pflegebedürftige kann die Verrichtung grundsätzlich selbständig erledigen, muss jedoch bei der Vor- oder Nachbereitung unterstützt werden.

TÜ = Teilweise Übernahme: Die oder der Pflegebedürftige benötigt Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung.

VÜ = Vollständige Übernahme: Die Pflegeperson übernimmt eine Verrichtung des täglichen Lebens vollständig.

B = Beaufsichtigung: Die Hilfe umfasst die Beaufsichtigung während einer gewöhnlichen Verrichtung.

A = Anleitung: Die Hilfe umfasst die Anleitung zu einer gewöhnlichen Verrichtung.



Präsentation zu den gesetzlichen Neuerungen mit Moderationskarten

Folien herunterladen, Moderationskarten herauslösen, passende Module für den eigenen Vortrag auswählen

Durch die zahlreichen und tief greifenden Neuerungen in der Pflege werden viele beruflich Pflegende in ihrem Alltag mit neuen Fragen konfrontiert. Die Praxisseiten Pflege bieten für Ihre Informations- und Beratungsarbeit als erste Grundlage u. a. eine Präsentation an, die Sie im Rahmen interner Weiterbildungen, Team-Besprechungen oder in Ihren öffentlichen Info-Veranstaltungen einsetzen können.

Sie können die Folien der Präsentation als PDF-Datei unter **www.praxisseiten-pflege.de** herunterladen. Auf den folgenden Seiten finden sich zu jeder Folie außerdem Textvorschläge, die dabei helfen, die jeweiligen Themen detaillierter vorzustellen. Sie können sie als praktische Moderationskarten herauslösen. Selbstverständlich gibt es diese Karten auch als PDF-Datei zum selbst nachdrucken.

Die Präsentation ist in fünf Module gegliedert, damit Sie die für Sie relevanten Themen schneller auswählen können. Das erste Modul beleuchtet die Pflegesituation in Deutschland mit Zahlen und Fakten rund um das Thema Pflege. Modul 2 verschafft einen Überblick über die Pflegestärkungsgesetze und in Modul 3 richtet sich der Fokus auf das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I). Was aktuell – also zwischen dem Inkrafttreten der beiden Pflegestärkungsgesetze – zur Stärkung der Pflege noch passiert, wird in Modul 4 thematisiert. Modul 5 gibt dann einen Ausblick auf die Neuerungen, die durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) kommen werden.

Wir wünschen Ihnen ein gutes Gelingen Ihrer Informationsveranstaltungen.

„Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.“

Ich begrüße Sie zum Informationsvortrag „Wir stärken die Pflege. Gemeinsam“.

Wie Sie vermutlich bereits wissen, ist das Erste Pflegestärkungsgesetz am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Damit sind bereits zahlreiche Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige verbessert worden.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist gerade in Bearbeitung und wird – so der Plan der Bundesregierung – für viele Betroffene nochmals spürbare Verbesserungen sowie Neuerungen für den Alltag von Pflegeeinrichtungen und Pflegekräften bringen und zu einer deutlichen Entlastung führen.

Über die wesentlichen Neuerungen soll dieser Vortrag in einem ersten Überblick informieren.

Inhalt – Modulübersicht

Im Vortrag sollen zunächst die Gründe, Motive und Ziele aufgeführt werden, die zu den neuen Pflegestärkungsgesetzen geführt haben.

Danach werden die Pflegestärkungsgesetze etwas genauer vorgestellt.

Welche Neuerungen ergeben sich? Was bedeuten diese Neuerungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte?

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die Pflegesituation in Deutschland

Zunächst eine kurze Bestandsaufnahme:
Wie sieht die Pflegesituation in Deutschland aus?

Herausforderung: Steigender Pflegebedarf

Mehr Pflegebedürftige durch demografischen Wandel

Die aktuelle Situation lässt sich mit wenigen Zahlen anschaulich beschreiben. Ende 2013 waren in Deutschland rund 2,6 Millionen Menschen pflegebedürftig. Diese Zahl wird sich bis 2030 voraussichtlich auf 3,5 Millionen Menschen erhöhen.

Auch die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen – zurzeit wohl etwa 1,5 Mio. – wird deutlich ansteigen und sich aller Voraussicht nach bis 2050 verdoppeln.

Dies ist eine enorme Herausforderung für das Pflegesystem. Die neuen Pflegestärkungsgesetze bedeuten dabei die wichtigste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die aktuelle Situation: Pflege in Deutschland

Wo Pflege in Deutschland stattfindet

Mit 71 Prozent wird die Mehrheit der Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause gepflegt.

Dabei werden 48 Prozent allein von Angehörigen versorgt und 23 Prozent nehmen einen Pflegedienst in Anspruch.

Die aktuelle Situation: Pflege in Deutschland

Berufliche Pflege in Deutschland

12.750 ambulante Pflegedienste helfen jeden Tag, damit Pflegebedürftige so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden versorgt werden können.

Die Pflegestärkungsgesetze setzen genau hier an. Sie sollen durch eine Flexibilisierung und Neujustierung von Leistungen den Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu Hause ermöglichen und pflegende Angehörige entlasten.

Aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den rund 13.000 Pflegeeinrichtungen der stationären Pflege sollen profitieren – zum Beispiel durch zusätzliche Betreuungskräfte sowie durch eine deutliche Entlastung bei der Pflegedokumentation.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die Pflegestärkungsgesetze im Überblick

Es geht also um die Verbesserung von Rahmenbedingungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte – und um ein neues Selbstverständnis in der Pflege.

Die Pflegestärkungsgesetze im Überblick: Ziele und Aufgaben

Mehr Unterstützung, mehr Leistungen

Mit den beiden Pflegestärkungsgesetzen trägt die Bundesregierung dem demografischen Wandel Rechnung.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wurden die Rahmenbedingungen für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte verbessert.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der Pflegebedürftigkeit in all ihren Ausprägungen noch besser erfasst als es heute der Fall ist.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die Pflegestärkungsgesetze im Überblick: Ziele und Aufgaben

Stärkung der individuellen Versorgung

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird künftig der Grad an Selbständigkeit, mit dem die individuelle Person sich versorgen kann, im Mittelpunkt stehen.

Dies ermöglicht passgenauere Leistungen in der Pflege.

So sollen aus den bisherigen drei Pflegestufen fünf Pflegegrade werden. Damit wird umgesetzt, was Fachleute aus Praxis, Wissenschaft und Politik empfehlen.

Die Pflegestärkungsgesetze im Überblick: Ziele und Aufgaben

Mehr Leistungen, stabile Finanzierung

Durch die Pflegestärkungsgesetze wird der Kreis der Menschen, die Leistungen beziehen können, ausgeweitet.

Um die Neuerungen zu finanzieren, steigen die Beiträge zur Pflegeversicherung in zwei Schritten. In 2015 wurden die Beiträge um 0,3 Prozentpunkte erhöht. 2017 folgt eine weitere Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte.

Zusätzlich wird ein sogenannter Pflegevorsorgefonds eingerichtet, in den jährlich das 0,1 Beitragssatzpunkten entsprechende Finanzvolumen (derzeit ca. 1,2 Mrd. Euro) fließt.

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.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Das Erste Pflegestärkungsgesetz: Die Neuerungen

Welche Neuerungen ergeben sich konkret aus den neuen Pflegestärkungsgesetzen?

Schauen wir uns zunächst das Pflegestärkungsgesetz I an, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist.

Das PSG I: Pflegebedürftige stärken

Leistungsbeträge steigen

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurden zunächst die Leistungsbeträge angehoben, sodass nun jährlich 2,4 Milliarden Euro zusätzliche Mittel für Leistungsverbesserungen zur Verfügung stehen.

Im Detail bedeutet das, dass die meisten Leistungsbeträge um 4 Prozent gestiegen sind.

Durch die Leistungssteigerungen sind beispielsweise Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die bisher nur für demenziell erkrankte Menschen zur Verfügung standen, auch von Menschen mit rein körperlicher Beeinträchtigung abrufbar.

Und wer seine Wohnung umbauen will, um als Pflegebedürftiger länger in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, profitiert von einer stärkeren Zuschussung von Umbaumaßnahmen zu Hause – zum Beispiel:

- für Rollstuhlrampen,
- begehbare Duschen oder
- Türverbreiterungen sowie
- für alltägliche Pflegehilfsmittel wie
 - Einmalhandschuhe,
 - Bettunterlagen oder
 - einem Pflegebett.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

PSG I: Pflegebedürftige stärken

Ausbau von Leistungen

Ein zentraler Aspekt des neuen Gesetzes liegt in der Stärkung der ambulanten Betreuung.

Hier wurden die Leistungen für die häusliche Pflege ausgebaut und mit mehr Möglichkeiten der Flexibilisierung versehen.

So können seit dem 1. Januar 2015 auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingesetzt werden, soweit der Betrag nicht bereits für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wurde.

Davon profitieren insbesondere demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen. Sie können flexibler und in größerem Umfang niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen.

Zudem können demenziell erkrankte Personen mit einem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaftlichen Versorgung, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (die sogenannte „Pflegestufe 0“), Leistungen der teilstationären Tags- und Nachtpflege in Anspruch nehmen.

PSG I: Pflegebedürftige stärken

Ausbau von Leistungen

Auch für moderne Wohnformen hat sich der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in Pflege-Wohngruppen stehen jetzt auch demenziell Erkrankten der sogenannten „Pflegestufe 0“ zur Verfügung.

Im stationären Bereich kommt die zusätzliche Betreuung jetzt allen Pflegebedürftigen zugute. Bisher standen diese Leistungen nur demenziell erkrankten Menschen der Pflegestufen I–III zur Verfügung.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

PSG I: Angehörige stärken

Ausbau von Leistungen

Wie werden darüber hinaus pflegende Angehörige durch das Erste Pflegestärkungsgesetz gestärkt?

Um Angehörige zu entlasten, können die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege nun flexibler und in größerem Umfang in Anspruch genommen werden.

Die bisherigen Betreuungsangebote wurden um Entlastungsangebote ergänzt.

Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen beispielsweise Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich oder die Tagesbetreuung in Kleingruppen.

Wer kurzfristig die Pflege eines Angehörigen organisieren muss, kann eine bis zu zehntägige Auszeit vom Beruf in Anspruch nehmen und erhält Lohnersatzleistungen. Das neue Pflegeunterstützungsgeld wurde mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zum 1. Januar 2015 eingeführt.

PSG I: Pflegekräfte stärken

Personalbasis stärken

Insgesamt rechnet die Bundesregierung aufgrund der Regelungen des PSG I mit einem Anstieg der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen auf bis zu 45.000 zusätzliche Betreuungskräfte.

Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, für alle in der stationären Pflege versorgten Pflegebedürftigen ein ergänzendes Angebot an Betreuung und Aktivierung zu bieten.

Zusätzliche Betreuungskräfte dürfen nicht regelmäßig in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen sie nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen und insoweit Pflegekräfte unterstützen.

Zudem verbessert sich die im Gesetz regelmäßig vorgesehene Betreuungsrelation von bisher 1:24 auf eine zusätzliche Betreuungskraft für 20 Pflegebedürftige.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die Stärkung der Pflege aktuell: Praktische Erprobung und Einführung

Im nächsten Modul geht es darum zu zeigen, welche Neuerungen schon umgesetzt werden und wie die Neuerungen, die mit dem Pflegestärkungsgesetz II kommen, bereits jetzt vorbereitet werden.

Die Stärkung der Pflege aktuell: Praktische Erprobung und Einführung

Rechtliche Grundlagen – Zeitplan

Im Rahmen des Präventionsgesetzes – dem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheit und der Prävention“ – wurde bereits die Grundlage für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geschaffen. Dadurch können schon im Vorgriff auf eine gesetzliche Verankerung durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz die notwendigen Änderungen für die Begutachtungsverfahren und -richtlinien in Angriff genommen werden.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zum 1. Januar 2017 wirksam werden.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die Stärkung der Pflege aktuell: Praktische Erprobung und Einführung

Die Grundlage: Modellprojekt zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der neuen Pflegegrade ist abgeschlossen.

Das PSG II ist das Ergebnis vieler Empfehlungen und Diskussionen mit Fachexperten, die die Formulierung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befürworten.

Die Ergebnisse dieser Gespräche und Fachdiskussionen waren Anlass für den GKV-Spitzenverband in zwei Modellprojekten das neue Begutachtungsinstrument auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundene Einstufung in neue Pflegegrade ausgiebig zu testen.

Dieser Praxistest wurde wesentlich von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung getragen sowie wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

Ein wichtiges Ergebnis dieses Prozesses war die Bestätigung, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das darauf fußende Begutachtungsinstrument die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen wesentlich besser als das heutige Verfahren abbilden.

Und es gab konkrete Hinweise darauf, wie sich Leistungen in den neuen Pflegegraden zueinander in Verhältnis bringen lassen und mit welchen Pflegeaufwänden sie verbunden sind.

Das passiert aktuell: Entbürokratisierung in der Umsetzungsphase

Was passiert aktuell? Ein drängendes Anliegen in der Langzeitpflege wird bereits in Angriff genommen, indem Belastungen durch Bürokratie, über die Pflegekräfte seit Jahren klagen, abgebaut werden.

Zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde ein neues Strukturmodell für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt.

Das Strukturmodell wird bereits in der Praxis eingeführt und daran interessierte Einrichtungen können sich an dem Projekt beteiligen.

Dazu finden Sie alle Informationen auf der Internetseite **www.ein-step.de**. Interessierte erhalten Unterstützung durch die Verbände, beispielsweise durch professionelle Schulungen.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Die Stärkung der Pflege aktuell: Entbürokratisierung in der Umsetzungsphase

Die Dokumentation wird auf einen vierstufigen Prozess reduziert, an dessen Beginn die sogenannte Strukturierte Informationssammlung „SIS“ steht.

Durch diese strukturierte Erhebung des individuellen Bedarfs lässt sich die Pflegeplanung so gestalten, dass im täglichen Berichtblatt nur noch die Abweichungen und nicht mehr die grundpflegerischen Routinen dokumentiert werden müssen.

Pflegekräfte werden so von einem hohen Zeitaufwand entlastet, der für die Dokumentation bislang aufgewendet wurde. Die Qualität der Pflege und die rechtliche Sicherheit des Pflegepersonals werden durch das neue Strukturmodell gewahrt bleiben und es wird mehr Zeit für die direkte Pflege frei.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz: Die geplanten Neuerungen

Welche Neuerungen kommen am 1. Januar 2017, wenn das Zweite Pflegestärkungsgesetz wirksam wird?

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

PSG II: Pflegebedürftige stärken

Passgenaue Leistungen für Pflegebedürftige

Zentral ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird sich künftig daran orientieren, was die Pflegebedürftigen können und über welchen Grad der Selbständigkeit sie verfügen. Dazu werden Aktivitäten in insgesamt sechs pflegerelevanten Bereichen wie beispielsweise „Mobilität“, „kognitive oder kommunikative Fähigkeiten“ oder „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ begutachtet.

Das bedeutet: In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Das neue Begutachtungssystem ermöglicht, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen Pflegebedürftiger individueller zu erfassen und führt

zu genaueren Pflegeleistungen, die auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmt sind.

Alle Pflegebedürftigen im jeweiligen Pflegegrad haben Anspruch auf die gleichen Leistungen – egal ob sie körperlich, demenziell oder psychisch beeinträchtigt sind. Der wichtigste Gradmesser für die Pflegeleistungen ist der vorhandene Grad der Selbstständigkeit.

Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird in diesem Zuge auch gestärkt. Die Gutachterinnen und Gutachter müssen die Möglichkeiten einer Rehabilitation beurteilen und eine entsprechende Empfehlung für Rehabilitationsmaßnahmen aussprechen.

PSG II: Pflegebedürftige stärken

Selbständigkeit steht im Vordergrund

Es steht also im Mittelpunkt, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen zu stärken und die Pflegebedürftigen individueller zu versorgen. Das gesamte Leistungsrecht wird auf diese zentrale Orientierungsmarke hin ausgerichtet und angepasst.

Das heißt: Das neue Leistungsrecht setzt das Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um, um Hilfen zum Erhalt der Selbstständigkeit und der verbliebenen Fähigkeiten bereitzustellen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bildet die Grundlage für die Einstufung in die einzelnen Pflegegrade.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

PSG II: Pflegebedürftige stärken

Einfache Überleitung in das neue System

Für Menschen, deren Pflegebedürftigkeit spätestens am 31. Dezember 2016 festgestellt wurde, gelten einfache Übergangsregeln.

Für die künftige Einstufung in Pflegegrade bedeutet das: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang – die allermeisten sogar deutlich mehr.

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet.

Es muss kein neuer Antrag auf Begutachtung gestellt werden. Für die Betroffenen wird damit unnötiger zusätzlicher Aufwand vermieden.

So werden z. B. Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet.

Pflegebedürftige der sogenannten „Pflegestufe 0“ oder in einer der Pflegestufen I–III werden, wenn sie in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet (sogenannter doppelter Stufensprung).

PSG II: Pflegekräfte stärken

Verbesserung durch zusätzliche Betreuungskräfte

In stationären Pflegeeinrichtungen hat künftig jede versicherte Person Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote.

Die Einrichtungen müssen mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen diese Betreuungskräfte nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen und insoweit Pflegekräfte unterstützen.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

PSG II: Angehörige stärken

Bessere Beratung und Schulung für Angehörige

Um Angehörigen verbesserte Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu gewähren, wurden die gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich ausgeweitet.

Zudem werden alle Pflegekassen verpflichtet, die kostenlosen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch tatsächlich anzubieten.

Durch eine stärkere Vernetzung von Pflegeberatung und anderen Beratungsstellen vor Ort wird die Zusammenarbeit dieser Stellen ausgebaut. So entsteht ein dichteres Beratungs- und Informationsnetz für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Es ist darüber hinaus vorgesehen, dass die Empfehlungen des MDK zur Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung von den Pflegekassen künftig gleich als Antrag zu werten sind. Sie müssen dann in der Regel durch die Pflege- bzw. Krankenkasse nicht erneut fachlich überprüft werden. Dadurch können Anträge schneller und unbürokratischer bearbeitet werden, wenn die Antragstellenden damit einverstanden sind.

PSG II: Finanzierung stärken

Sichere Finanzierungsbasis

All diese Neuerungen benötigen natürlich auch eine solide Finanzierungsbasis.

Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte angehoben werden.

Dadurch stehen dann insgesamt etwa fünf Milliarden Euro jährlich mehr für Pflegeleistungen zur Verfügung.

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Abschluss

Die Pflegestärkungsgesetze sind die weitreichendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung, da sie das Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte grundlegend verändern und verbessern.

Ziel aller Maßnahmen ist es, die Pflege vor Ort so zu unterstützen, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Diese Herausforderung muss in den nächsten Jahren gemeistert werden – und dies gelingt nur gemeinsam.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

Praxisseiten *Pflege*

Wir stärken die Pflege. Gemeinsam.

Das Fachangebot für die Pflegepraxis des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 09/2015

XI. Meine Seiten





Meine Praxisseite:



Meine Praxisseite:



Meine Empfehlung:

Meine Empfehlung:

Meine Empfehlung:

Meine Empfehlung:



Nützlich für Sie

Das Fachangebot des Bundesgesundheitsministeriums für die Pflegepraxis:
www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE – die Website bietet umfangreiches Informationsmaterial mit Vorlagen, Checklisten, Arbeitsblättern und Präsentationen zum Herunterladen.



VIDEOREIHE – in sechs kurzen Videos werden aktuelle Schlüsselbegriffe der Pflege anschaulich erklärt.



E-LEARNING – prüfen Sie Ihr Wissen rund um die Pflegestärkungsgesetze und Neuerungen in der Pflege mit interaktiven Fragenkatalogen zum besseren Verständnis.

Nützlich für Sie

Das Fachangebot des Bundesgesundheitsministeriums für die Pflegepraxis:
www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE – die Website bietet umfangreiches Informationsmaterial mit Vorlagen, Checklisten, Arbeitsblättern und Präsentationen zum Herunterladen.



VIDEOREIHE – in sechs kurzen Videos werden aktuelle Schlüsselbegriffe der Pflege anschaulich erklärt.



E-LEARNING – prüfen Sie Ihr Wissen rund um die Pflegestärkungsgesetze und Neuerungen in der Pflege mit interaktiven Fragenkatalogen zum besseren Verständnis.

Nützlich für Sie

Das Fachangebot des Bundesgesundheitsministeriums für die Pflegepraxis:
www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE – die Website bietet umfangreiches Informationsmaterial mit Vorlagen, Checklisten, Arbeitsblättern und Präsentationen zum Herunterladen.



VIDEOREIHE – in sechs kurzen Videos werden aktuelle Schlüsselbegriffe der Pflege anschaulich erklärt.



E-LEARNING – prüfen Sie Ihr Wissen rund um die Pflegestärkungsgesetze und Neuerungen in der Pflege mit interaktiven Fragenkatalogen zum besseren Verständnis.

Nützlich für Sie

Das Fachangebot des Bundesgesundheitsministeriums für die Pflegepraxis:
www.praxisseiten-pflege.de



WEBSITE – die Website bietet umfangreiches Informationsmaterial mit Vorlagen, Checklisten, Arbeitsblättern und Präsentationen zum Herunterladen.



VIDEOREIHE – in sechs kurzen Videos werden aktuelle Schlüsselbegriffe der Pflege anschaulich erklärt.



E-LEARNING – prüfen Sie Ihr Wissen rund um die Pflegestärkungsgesetze und Neuerungen in der Pflege mit interaktiven Fragenkatalogen zum besseren Verständnis.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4 Pflegesicherung, Prävention
11055 Berlin

Konzeption und Gestaltung:

neues handeln GmbH, Berlin

Titelbild:

Montage aus Fotos von Monika Höfler

Druck:

Druckerei Hachenburg GmbH

1. Auflage:

Stand: September 2015
Auflage: 27.000

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-11016
Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030/18 272 2721
Fax: 030/18 10 272 2721

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer

Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

www.bundesgesundheitsministerium.de

Praxisseiten *Pflege*

Das Wichtigste in einem Ordner: Mit den Praxisseiten Pflege haben Sie die nützlichsten Grundlagen, Informationen und Materialien immer griffbereit. So können Sie nach und nach die Neuerungen in der Pflege, zum Beispiel durch die Pflegestärkungsgesetze, abheften – praktisch zum Nachschlagen, für Beratungen oder Schulungen. Praxisbeispiele, ein Glossar, wichtige Paragraphen des SGB XI im Wortlaut sowie Service-Material runden das Angebot ab.

Das Bundesministerium für Gesundheit schafft mit einem zusätzlichen Online-Bereich unter www.praxisseiten-pflege.de die Möglichkeit, das eigene Wissen zu vertiefen und zu testen. Denn es gilt, Pflege in Deutschland zu stärken. Gemeinsam.

Praxisseiten Pflege – das Fachangebot zur Pflegepraxis



Praxisseiten Pflege – der Info-Service

Bleiben Sie auf dem Laufenden mit dem Newsletter-Abo auf der Website oder unter dem Hashtag **#pspflege**



Praxisseiten Pflege – das Online-Angebot

Alle Infos und Bestellmöglichkeiten für den kostenfreien Sammelordner, aktuelle Ergänzungsseiten zum Herunterladen sowie einen E-Learning-Bereich finden Sie unter **www.praxisseiten-pflege.de**