

Was ändert sich mit dem neuen „Pflegestärkungsgesetz 1“?	1
Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?	2
Wo und wie werden Pflegeversicherungsleistungen beantragt?.....	2
Nach welchen Kriterien wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?	4
Nach welchen Kriterien wird die Einstufung in die drei Pflegestufen vorgenommen?	5
Was zahlt die Pflegeversicherung für die Pflegestufen?	6
Was kostet ein Pflegeheimplatz, wer gibt Auskunft?.....	7
Zusätzliche Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. bei Demenz ..	7

Was ändert sich mit dem neuen „Pflegestärkungsgesetz 1“?

Seit dem 1. Januar 2015 ist im Rahmen der Pflegeversicherung das neue „Pflegestärkungsgesetz 1“ in Kraft, das die Geldleistungen in der ambulanten, teilstationären und der stationären Pflege erhöht. Eine besondere Neuerung ist, dass nun alle Menschen mit Pflegebedarf gemäß Pflegeversicherung einen Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen geltend machen können. Diese besonderen Betreuungsleistungen stehen nun auch allen Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen zu, auch wenn sie keine eingeschränkte Alltagskompetenz haben, also z. B. nicht desorientiert sind.

Ab 2009 erhielten diese Leistungen nur diejenigen Personen in der stationären Pflege, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz diagnostiziert worden war.

Im Folgenden erhalten Sie eine kurze Übersicht über gesetzliche Neuerungen und was im Falle der Pflegebedürftigkeit, die in jedem Alter auftreten kann, zu tun ist.

Die PDF-Dateien finden Sie auch auf der Webseite des Frankfurter Forums unter "PDF-Downloads & Infos"

Link zur umfassenden Broschüre: „Ratgeber zur Pflege“ über das „Pflegestärkungsgesetz 1“ 2015 aus dem Bundesministerium für Gesundheit - BMG

Bundesministerium für Gesundheit - BMG

www.bmg.bund.de/presse/pressemittelungen/2015-01/ratgeber-zur-pflege.html

Link über die Leistungstabellen zum „Pflegestärkungsgesetz 1“ 2015 aus dem Bundesministerium für Gesundheit - BMG

Bundesministerium für Gesundheit - BMG

www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Pflegeleistungen_BRat_071114.pdf

Tipp für Pflegeberatung im Pflegestützpunkt Frankfurt am Main

Die 2008 gesetzlich verankerten Pflegestützpunkte sind neutrale und kompetente Anlaufstellen für Menschen, die umfassende Auskunft über alle Fragen der Pflege erhalten wollen. Diese Beratungen sind besetzt von Personal, das aus dem Bereich der Pflegekassen und den Kommunen kommt. Der Pflegestützpunkt in Frankfurt am Main befindet sich im Rathaus für Senioren - Jugend und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main – Hansaallee 150 - 60320 Frankfurt am Main

Telefon: +49 (0)69 212 49911

Telefax: +49 (0)69 212 30741

E-Mail: rathaus-fuer-senioren@stadt-frankfurt.de

web: [www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2778&_ffmpar\[_id_inhalt\]=8287644](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2778&_ffmpar[_id_inhalt]=8287644)

Informationen zum „Pflegestärkungsgesetz 2“

Das „Pflegestärkungsgesetz 2“, das noch nicht beschlossen ist, wird die 1995 eingeführte Systematik der Pflegeversicherung verändern. „Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Ausschlaggebend dafür, ob jemand pflegebedürftig ist, wird der Grad der Selbstständigkeit sein: Was kann jemand noch alleine und wo benötigt er oder sie Unterstützung?“, so das Bundesgesundheitsministerium. Differenziertere Informationen des BMG bietet der folgende LINK:

Bundesgesundheitsministerium
[www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/
pflegestaerkungsgesetz-ii.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html)

Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 hat sich die gesamte Altenpflege bundesweit sehr verändert. Sie ist zu einer Dienstleistung geworden, die Pflegeleistungen an Pflegestandards orientiert erbringt. Damals wurden jene Kriterien systematisch eingeführt, nach denen Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität ermittelt werden.

Der Gesetzgeber definiert Pflegebedürftigkeit folgendermaßen:

„Pflegebedürftig sind Personen, wenn sie 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 Maße der Hilfe bedürfen.“

Für die Einstufung in eine der drei Pflegestufen wird nach Einschränkungen im körperlichen, aber auch geistigen, psychischen Bereich der Schweregrad des Pflegebedarfs festgestellt. Dieser entscheidet darüber, in welche der drei Pflegestufen eingruppiert wird. Diese bestimmen den Zuschuss, den die Pflegekasse pro Monat an den Menschen mit Pflegebedarf zahlt.

Wo und wie werden Pflegeversicherungsleistungen beantragt?

Die gesetzliche oder private Pflegekasse ist für Pflegeversicherungsleistungen der erste Ansprechpartner. Er informiert, wie die Einstufung zu beantragen ist, die die Höhe der Leistungen bestimmt. Die Versicherten müssen ihrer jeweiligen Kranken- und Pflegekasse die eingetretene Pflegebedürftigkeit mit einem formlosen Anschreiben mitteilen. Die Kasse veranlasst dann alle weiteren Schritte.

Gesetzlich Versicherte

Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung, das bedeutet, dass die für die Versicherten zuständige Pflegeversicherung organisatorisch bei der Krankenkasse angesiedelt ist. Das heißt: Alle Versicherten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse Mitglied sind, gehören damit zur gesetzlichen Pflegeversicherung. Der MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen – stellt den Pflegebedarf fest.

Privat Versicherte

Privat versicherte Krankenkassenmitglieder schließen mit ihrer Versicherung eine private Pflegeversicherung ab, die dann im Bedarfsfall in Kraft tritt. Für die Einstufung ist federführend Medicproof zuständig.

Vor der Begutachtung kann ein Pfl egetagebuch sinnvoll sein.

Darin können Pflegepersonen dokumentieren, bei welchen Verrichtungen der Pflegebedürftige Hilfe braucht und wie viel Zeit diese beansprucht. An diesen Daten kann der MDK bzw. der Medicproof-Gutachter gegebenenfalls sein Urteil überprüfen.

Hier finden Sie ein Muster für ein Pfl egetagebuch

Internet: www.aok.de/assets/media/bundesweit/Haeusliche_Pflege.pdf

Der Gutachter (in der Regel ist es eine Person), der im Auftrag der Pflegekassen, aber überparteilich handelt, untersucht den betreffenden Menschen in der häuslichen Umgebung oder im Pflegeheim. Er stellt bei ihm fest, ob Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorliegt und wenn ja, in welcher der drei Pflegestufen. Der Gutachter teilt der entsprechenden Pflegekasse mit, welche Pflegestufe von ihm ermittelt wurde, ob die Pflege zu Hause möglich oder ein Umzug ins Altenpflegeheim erforderlich ist.

Die Richtlinien zur Begutachtung durch den MDK können Sie unter diesem Link herunterladen

Internet: www.mdk-hessen.de/41.htm

Die Pflegekasse leitet das erstellte Gutachten an den Pflegebedürftigen bzw. dessen zuständige Pflegeperson oder seinen gesetzlichen Betreuer weiter. Gegen das Einstufungsergebnis kann innerhalb einer bestimmten Frist Widerspruch bei der gesetzlichen Pflegeversicherung eingelegt werden. Es erfolgt dann in der Regel eine zweite Begutachtung des MDK. Das Widerspruchsverfahren ist dabei Voraussetzung für die Klage beim Sozialgericht.

Gegen den Einstufungsbescheid der privaten Pflegeversicherung kann der Pflegebedürftige bzw. die Pflegeperson oder sein gesetzlicher Betreuer direkt beim Sozialgericht klagen. Doch auch die privaten Versicherungsunternehmen führen bei Beanstandung der Leistungsmittelung eine zweite Begutachtung durch.

Nach welchen Kriterien wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Wenn der Gutachter des MDK den Hilfebedarf ermittelt, dann überprüft er, inwieweit der Pflegebedürftige die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens noch leisten kann oder nicht.

Im Bereich der **Körperpflege** sind das folgende Verrichtungen:

1. Waschen
2. Duschen
3. Baden
4. Zahnpflege
5. Kämmen
6. Rasieren
7. Darm- und Blasenleerung

Im Bereich der **Ernährung** sind die überprüften Grundverrichtungen:

8. mundgerechte Zubereitung der Nahrung
9. Aufnahme der Nahrung

In Bezug auf die **Mobilität** wird gesehen auf:

10. Aufstehen und Zubettgehen
11. An- und Auskleiden
12. Gehen
13. Stehen
14. Treppensteigen
15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Im Bereich **Hauswirtschaft** sind die Grundverrichtungen:

16. Einkaufen
17. Kochen
18. Reinigen der Wohnung
19. Spülen
20. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
21. sowie das Beheizen der Räume

Nach welchen Kriterien wird die Einstufung in die drei Pflegestufen vorgenommen?**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.

Pflegebedürftige der 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 ein Familienangehöriger oder eine andere, nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, 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.

Wann gilt die Härtefallregelung?

Sind die Voraussetzungen für die Pflegestufe III erfüllt und es liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall können höhere Leistungen beantragt werden. Auch hier findet eine Begutachtung statt.

Welche Hilfen stehen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bereit?

Menschen jeder Altersgruppe mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein. Für den damit verbundenen Betreuungsbedarf können besondere Betreuungs- und Entlastungsleistungen beantragt werden. Je nach Ausmaß und Schwere der Beeinträchtigungen der Betroffenen können diese zusätzliche Leistungen gewährt werden in Höhe bis zu 104,00 EUR bzw. bis zu 208,00 EUR pro Monat. Auch für Personen, die noch keine Pflegestufe –sogenannte Pflegestufe 0 - haben, können diese Hilfen beantragt werden.

Was zahlt die Pflegeversicherung für die Pflegestufen?

Ob nun die Pflege im familiären Umfeld, in einer betreuten Wohnung, in Zusammenarbeit mit einer teilstationären Tagespflegeeinrichtung, in einer ambulant betreuten Wohngruppe oder im Pflegeheim erbracht wird: In allen Fällen muss entschieden werden, welche Institution die Pflege übernimmt.

Das Pflegeversicherungsgesetz teilt die Pflegebedürftigkeitsgrade in die Pflegestufen eins, zwei und drei ein. Darüber hinaus gibt es die Härtefallregelung.

Die Tabelle zeigt, was die Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2015 monatlich in den drei Pflegestufen zahlt:

Pflegestufe	Pflegegeld	Ambulante Pflege	Teilstationäre Pflege	Stationäre Pflege
	bis zu	bis zu	bis zu	bis zu
1	244,- EUR	468,- EUR	468,- EUR	1.064,- EUR
2	458,- EUR	1.144,- EUR	1.144,- EUR	1.330,- EUR
3	728,- EUR	1.612,- EUR	1.612,- EUR	1.612,- EUR

Als Härtefall anerkannt – in der stationären Pflege - 1.995,- EUR

Leistungen für die Kurzzeitpflege werden pro Jahr mit bis zu 1.612,- EUR von den Kassen gewährt. Kurzzeitpflege bedeutet, dass der in der häuslichen Pflege betreute Mensch für eine bestimmte Zeit – maximal vier Wochen – in einer stationären Altenpflegeeinrichtung versorgt wird, sodass die hauptverantwortliche Pflegeperson z. B. in den Urlaub fahren kann.

Eine besondere Neuerung besteht auch in der Kombination der Leistungen für die Verhinderungspflege (Ersatzpflege für Ausfall der ambulanten Pflegeperson) und die Kurzzeitpflege (z. B. bei Urlaubsanspruch der ambulanten Pflegeperson).

„Der Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. In diesem Fall ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.“ Zitat aus der Broschüre „Ratgeber zur Pflege“ 2015 BMG.

Neu ist, dass der Gesetzgeber auch ambulant betreute Wohngruppen zusätzlich unterstützt.

Er folgt damit dem Pflegeversicherungsgrundsatz: AMBULANT VOR STATIONÄR, der dem Wunsch entgegen kommt, dass Menschen mit Pflegebedarf zumeist lange in der eigenen Häuslichkeit leben möchten.

Ferner kann im ambulanten Bereich auch die Kombination von Geld- und Sachleistung beantragt werden. Das heißt, dass der Mensch mit Pflegebedarf die Sachleistung – z. B. der Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes - nur zu einem Teil beansprucht und ein anteiliges Pflegegeld erhält - z. B. für die Pflegeperson in seinem Haushalt.

Was kostet ein Pflegeheimplatz, wer gibt Auskunft?

Wer gibt darüber Auskunft, was ein Pflegeheimplatz kostet?

Die Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, ihre Kunden über die Preise der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegedienste zu informieren. Sie führen Listen über Pflegeeinrichtungen des jeweiligen Bundeslandes, anhand derer sich ihre Mitglieder einen Überblick verschaffen können.

Internetportale wie z. B. die AOK informieren über Preise, spezifische Angebote und Pflegequalität der Altenpflegeheime in Deutschland.

AOK Internet: www.aok-pflegeheimnavigator.de

Alle Altenpflegeheime in Frankfurt geben auf Nachfrage ebenfalls Auskunft über ihre aktuellen Heimkosten. Da sich die Preise für die Pflegeplätze durch Pflegesatzverhandlungen ständig verändern, ist es ratsam, diese in der Einrichtung der engeren Wahl zu erfragen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse, bei der Sie Mitglied sind. Diese berät in allen Fragen der Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung.

Wie setzen sich die Heimkosten zusammen?

Die Altenpflegeheime haben mit den Verbänden der Pflegekassen einen Versorgungsvertrag für die Versicherten abgeschlossen. Die Heimträger verhandeln mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern die Entgeltsätze für die das jeweilige Heim, die Kosten der Pflege (Pflegestufen) sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung.

Zwischen dem Sozialhilfeträger und den Trägern von Altenpflegeheimen werden die gesondert berechenbaren Investitionskosten vereinbart.

Adressen Tagespflegeeinrichtungen

Tagespflegeeinrichtungen bieten eine teilstationäre Leistung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes. Tagsüber werden dort Menschen mit Pflegebedarf betreut und gepflegt, die ansonsten in ihrer Wohnung oder bei ihren Familien leben. Häufig ist das Tagespflegeangebot mitten in Pflegeheimen integriert. Tagespflegeheime bestehen aber auch selbstständig im Quartier.

Zusätzliche Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. bei Demenz

Zusätzliche Leistungen in der ambulanten Pflege

„Menschen jeder Altersgruppe mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein. Für den damit verbundenen besonderen Betreuungsbedarf können sie besondere Unterstützung erhalten. Die Betroffenen bekommen dafür, je nach dem Ausmaß und der Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen, bis zu 104 Euro beziehungsweise bis zu 208 Euro monatlich. Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, jedoch noch keine Pflegestufe haben, können diese zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen erhalten. Man spricht hier von der sogenannten „Pflegestufe 0“. Darüber hinaus wurden durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz und das Erste Pflegestärkungsgesetz weitere Leistungsverbesserungen für demenziell erkrankte Menschen eingeführt.“

(Bundesministerium für Gesundheit)

BMG-Broschüre „Ratgeber Pflege“ 2015 Seite 35

Zusätzliche Leistungen in der teilstationären Pflege

„Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 231 Euro pro Monat in Anspruch nehmen (siehe Kapitel 2.2 b). Zudem werden für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II mit

dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Zuschläge auf die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen in gleicher Höhe auch auf die Ansprüche auf die Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege ausgedehnt. Damit haben Pflegebedürftige mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegestufe I Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 689 Euro und in der Pflegestufe II von bis zu 1.298 Euro monatlich.“

(Bundesministerium für Gesundheit)

BMG-Broschüre „Ratgeber Pflege“ 2015 Seite 70/71

Zusätzliche Leistungen in der stationären Pflege

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

(Bundesministerium für Gesundheit)

BMG-Broschüre „Ratgeber Pflege“ 2015 Seite 71/72