



Das Pflegestärkungsgesetz II – was es für die Pflege 2017 bedeutet



**Mit dem 1. Januar 2017 gilt das neue Gesetz zur
Stärkung der Pflege. Für Sie haben wir die wichtigsten
Änderungen übersichtlich und verständlich zusammen-
gefasst.**

Alles Wissenswerte zum Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

Das Wichtigste in Kürze

- Die bis Ende 2016 geltenden drei Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade abgelöst.
- Bewertungsmaßstab ist nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit sowie die individuellen Fähigkeiten und der Bedarf an Hilfe und Unterstützung.
- Die Umstellung auf das neue System, also die Überführung der Pflegebedürftigen von Pflegestufen in Pflegegrade, erfolgt automatisch durch die Pflegekassen.
- Großzügige gesetzliche Überleitungsregelungen und ein umfangreicher Besitzstandsschutz gewährleisten, dass kein Pflegebedürftiger bei der Umstellung schlechter gestellt wird; viele werden sogar von davon profitieren.



So werden die Pflegestufen in Pflegegrade umgewandelt:

Pflegestufe bisher	wird übergeleitet in		Pflegegrad neu
keine Pflegestufe	mit EA *		Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	ohne EA		Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	mit EA		Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	ohne EA		Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	mit EA		Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	ohne EA		Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	mit EA		Pflegegrad 5
Härtefälle			Pflegegrad 5

* erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, z. B. bei Demenz oder psychischer Erkrankung

Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Pflegegrade statt Pflegestufen



Fünf Pflegegrade ersetzen das bisherige System der drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Maßgeblich für die Einstufung in einen Pflegegrad sind künftig der Grad der Selbstständigkeit, die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und die benötigte personelle Unterstützung in diesen Bereichen:

1. **Mobilität**

z. B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppen steigen

2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

z. B. örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld

3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

z. B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Ängste, Antriebslosigkeit

4. **Selbstversorgung**

z. B. Körperpflege, Ernährung = bisherige „Grundpflege“

5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

z. B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinholung

6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

z. B. Gestaltung des Tagesablaufs, Kontaktpflege zu anderen Personen

i

Alle bereits 2016 anerkannten Pflegebedürftigen mit den Pflegestufen 0, 1, 2 oder 3 sowie Härtefälle haben Bestandsschutz. D. h. für diese Personengruppen ändert sich nichts; sie werden automatisch in die neuen Pflegegrade überführt und erhalten weiterhin ihre bisherigen Leistungen.

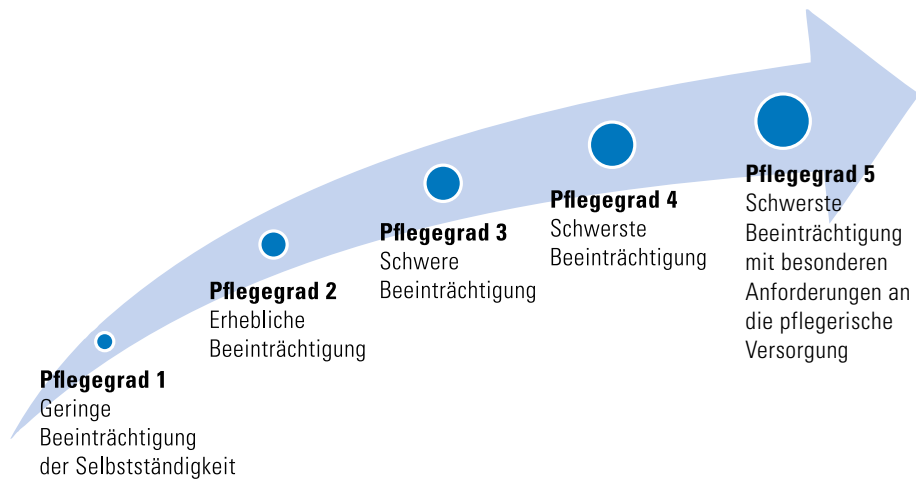
Antragstellung und Zuordnung des Pflegegrades

Wie schon bisher, wird auch der Pflegegrad durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bestimmt. Dieser stellt mithilfe eines Begutachtungsformulars fest, in welchem Ausmaß der Pflegebedürftige Hilfe von einer anderen Person in den sechs pflegerelevanten Bereichen benötigt.

In jedem dieser Bereiche werden je nach Stärke der Beeinträchtigung Punkte vergeben, die am Ende zusammengezählt werden. Die Gesamtpunktzahl entscheidet über den Pflegegrad.



Der Antrag auf Begutachtung ist vom Pflegebedürftigen selbst oder seinen Angehörigen bei dessen Pflegekasse zu stellen. Diese beauftragt dann den MDK mit der Begutachtung. Innerhalb von 25 Tagen muss dem Antragsteller der Bescheid der Pflegekasse vorliegen.



Die Zuordnung zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 erfolgt entsprechend der Schwere der Beeinträchtigung zur selbstständigen Bewältigung des Alltags.

Die wichtigsten Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Unabhängig vom Pflegegrad: Entlastungs- und Schulungsangebote

Zum 1. Januar 2017 stehen den noch weitgehend selbstständigen, geringfügig pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 1 Entlastungsangebote sowie Schulungs- und Beratungsangebote zur Verfügung.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten von der Pflegekasse darüber hinaus finanzielle Unterstützung für die ambulante Leistungserbringung.

Hierbei kann zwischen den folgenden Leistungsarten gewählt werden:

Pflegesachleistung

Die Sachleistungen für häusliche Pflege werden mit Hilfe eines ambulanten Dienstes erbracht.

Dazu zählen:

- **Körperbezogene Pflegemaßnahmen**
- **Pflegerische Betreuungsmaßnahmen**
- **Hilfen bei der Haushaltsführung**

Ein abgeschlossener Pflegevertrag bildet hierfür die Grundlage.

Der Pflegedienst rechnet den Erstattungsbetrag monatlich direkt mit der Kasse ab.

Pflegegeld



Das Pflegegeld ist ein finanzieller Ausgleich für Pflegepersonen, z. B. für pflegende Angehörige. Sie übernehmen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung und stellen so die Versorgung des Pflegebedürftigen (Pflegegrad 2 bis 5) sicher.



Gesamtübersicht der wichtigsten ambulanten Leistungsbereiche

Monatliche Leistungen in Euro	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5
Pflegegeld ambulant		316	545	728	901
Pflegesachleistung ambulant		689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag (zweckgebunden)	125	125	125	125	125

Kombinationsleistungen (Kombination von Geld- und Sachleistungen)

Die gesetzlich geregelte Kombinationsleistung ist ein Mix aus Sachleistungen und Pflegegeld. Der Pflegebedürftige kann die Leistungen nach seinen persönlichen Bedürfnissen kombinieren. Bei einem Verbrauch von 30 % Sachleistungen verbleibt dem Pflegebedürftigen beispielsweise 70 % anteiliges Pflegegeld. In der Regel ist er sechs Monate an die Entscheidung gebunden.

Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3 SGB XI

Wer Pflege und Betreuung durch Angehörige oder Freunde in der häuslichen Umgebung selbst erbringt und dafür Pflegegeld bezieht, ist verpflichtet, einen Beratungsbesuch von einem Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. So soll die Qualität der häuslichen Pflege gesichert und regelmäßige Hilfestellung angeboten werden.

In den Pflegegraden 2 und 3 müssen diese halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich erfolgen.

Pflegesachleistungsbezieher und Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können ebenfalls halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

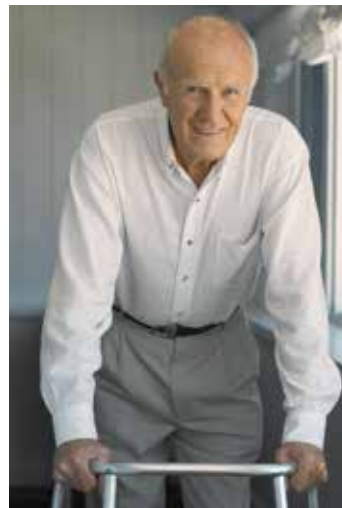
Schulungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekassen bieten unentgeltlich Schulungskurse für pflegende Angehörige an. Zudem beraten und unterstützen ambulante Dienste mit einer Pflegeschulung zu individuellen Fragen und Problemen vor Ort.

Hausnotruf und Pflegehilfsmittel

Bei anerkannter Pflegebedürftigkeit bezahlt die Pflegekasse auf Antrag einen Zuschuss zum **Hausnotruf**. Für den Anschluss ist eine einmalige Pauschale von 10,49 Euro festgelegt; die Nutzungsgebühren bezuschusst die Kasse mit bis zu 18,36 Euro monatlich.

Von den Kosten für **Pflegehilfsmittel zum Verbrauch** werden bis zu 40,- Euro monatlich von der Pflegekasse übernommen. Diese sind im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgelistet; unter anderem gehören dazu Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen oder Desinfektionsmittel.



Zur Erleichterung der Pflege und zur Linderung von Beschwerden oder zur Ermöglichung der selbstständigen Lebensführung stellen die Pflegekassen den Pflegebedürftigen leihweise **technische Hilfsmittel** zur Verfügung. Dazu zählen Hilfsmittel wie z. B. Pflegebett, Rollator, Rollstuhl oder Toilettenstuhl.

Art der Leistung	Monatliche Kostenübernahme
Hausnotruf	bis zu 18,36 Euro (plus einmalige Einrichtungsgebühr)
Pflegehilfsmittel	max. 40,- Euro
Technische Hilfsmittel	werden leihweise zur Verfügung gestellt

Pflege daheim als Verhinderungspflege

Pflegepersonen haben Anspruch auf Verhinderungspflege, wenn sie z. B. durch Urlaub oder Krankheit verhindert sind.



Die Pflegekasse übernimmt auf Antrag bis zu 1.612 Euro der Kosten einer erwerbsmäßigen Ersatzpflege für maximal sechs Wochen im Jahr. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 oder höher, vor der ersten Antragsstellung mindestens sechs Monate gepflegt hat. Während des Zeitraums der Verhinderungspflege von bis zu sechs Wochen erhält der Pflegegeldempfänger die Hälfte seines bisher bezogenen Pflegegeldes weiter. Die Verhinderungspflege kann auch in einer Einrichtung für Tages- und Nachtpflege oder in einer stationären Einrichtung erbracht werden.

Die verfügbaren Mittel der Verhinderungspflege können durch 50 % des Kurzzeitpflegebetrags in Höhe von 806 Euro aufgestockt werden. Insgesamt stehen somit 2.418 Euro pro Jahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Der Leistungsanspruch aus dem Bereich der Kurzzeitpflege mindert sich entsprechend.

Wird die Verhinderungspflege durch eine im Haushalt lebende Person oder Verwandte bis zum zweiten Grad durchgeführt, erstattet die Pflegekasse nur den Pflegegeldbetrag des jeweiligen Pflegegrads für längstens sechs Wochen.

Kurzzeitpflege

Es gibt Situationen, in denen der Pflegebedürftige (Pflegegrad 2 bis 5) vorübergehend nicht zu Hause gepflegt werden kann, z. B. im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder wenn Angehörige aufgrund Krankheit oder Urlaub die Pflege nicht übernehmen können. In diesen Fällen besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 1.612 Euro maximal acht Wochen pro Jahr.

Sofern die Mittel der Verhinderungspflege noch nicht ausgeschöpft wurden, können diese vollständig für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Damit erhöht sich der verfügbare Betrag auf insgesamt bis zu 3.224 Euro – allerdings für maximal acht Wochen pro Jahr.

Ist der Pflegebedürftige in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, wird das Pflegegeld während des Aufenthaltes zur Hälfte weiter gewährt. Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investition in der Kurzzeitpflege sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.



Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 bis 5 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro im Monat, der zur Entlastung Angehöriger beitragen sowie die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Betroffenen fördern soll. Dieser Betrag ist zweckgebunden und für qualitätsgesicherte Leistungen einzusetzen.

Es können folgende Leistung in Anspruch genommen werden:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Pflegesachleistung der ambulanten Pflege (in Pflegegrad 2 bis 5 – jedoch nicht im Bereich der Selbstversorgung, z. B. Körperpflege)
- Landesrechtlich anerkannte Angebote, die den Alltag unterstützen, z. B. Betreuungsgruppen, Begleitung zum Arzt oder im Alltag, Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, wie gemeinsames Einkaufen etc.

i

Pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 2 bis 5) können **zusätzlich** 40 % der nicht genommenen Pflegesachleistungen im Monat für im Landesrecht anerkannte niederschwellige Angebote nutzen (siehe oben).

Der Betrag von 125 Euro monatlich kann auch über das Kalenderjahr angesammelt, in das Folgejahr übertragen und bis zum 30.06. eingesetzt werden.

Medizinische Behandlungspflege

Die Kosten für medizinische Tätigkeiten, wie Medikamentengabe, Verbände, Kompressionsstrümpfe an- oder ausziehen durch den ambulanten Pflegedienst, werden nach ärztlicher Verordnung in der Regel von der Krankenkasse genehmigt und übernommen.

Verbesserung des Wohnumfeldes

Benötigt der Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) einen Umbau seiner Wohnung, um dort möglichst selbstständig zu leben bzw. sich pflegen zu lassen, gewährt die Pflegekasse nach Antragstellung einen einmaligen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro. Wohnen mindestens vier oder mehr Pflegebedürftige zusammen, können bis zu 16.000 Euro beantragt werden.

Ambulant betreute Wohngruppe

Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen, die ihre pflegerische Versorgung gemeinschaftlich organisieren, erhalten bei Gründung für altersgerechte bzw. barrierefreie Umgestaltungsmaßnahmen 2.500 Euro pro Person, maximal 10.000 Euro pro Wohngemeinschaft. Jeder Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft erhält zudem auf Antrag 214 Euro pro Monat. Diese Zuwendungen sind jedoch an bestimmte Bedingungen geknüpft, die im Einzelfall zu prüfen sind.

Wohnt der Pflegebedürftige in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, wird die Tagespflege nur gewährt, wenn der MDK nachweist, dass die Pflege andernfalls nicht sichergestellt ist.

Tages- und Nachtpflege

Die stundenweise unterstützende teilstationäre Pflege in einer Einrichtung mit Tages- und/oder Nachtpflege ermöglicht es der pflegebedürftigen Person weiterhin zu Hause in der vertrauten Umgebung zu leben und gleichzeitig tages- oder nachtwelise Sicherheit, Begleitung sowie Gesellschaft zu erfahren. Den pflegenden Angehörigen wird wichtige Entlastung und Zeit geschenkt.

Bei Pflegegrad 2 bis 5 stehen den pflegebedürftigen Personen zusätzliche Mittel der teilstationären Pflege zu. Die monatlichen Aufwendungen für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten in der Tages- und Nachtpflege sind vom Pflegebedürftigen selbst zu bezahlen. Sofern der monatliche Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro noch nicht ausgeschöpft ist, kann dieser auch zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten eingesetzt werden.

Pflegegrad	Leistungsanspruch pro Monat
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Leistungen im stationären Bereich

Manchmal ist die Pflege im eigenen Zuhause nicht möglich: Vollstationäre Pflege ist eine Alternative, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege wie Tages- und Nachtpflege nicht mehr ausreichen. Zieht der Pflegebedürftige in eine vollstationäre Einrichtung, hat er Anspruch auf eine Kostenerstattung durch die Pflegekassen für Pflege und Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in den Pflegegraden 2 bis 5. Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie von der Pflegekasse lediglich einen monatlichen Zuschuss in Höhe von 125 €.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Ansprüche pro Kalendermonat:

Pflegegrad	Leistungsanspruch pro Monat
Pflegegrad 1	125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro



Zusätzlich zu den pflegebedingten Aufwendungen wird für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil erhoben, der von den Bewohnern selbst zu tragen ist.



Weil Ihr Wohlbefinden an erster Stelle steht

Zuhause sein, wo alles vertraut ist, heißt Lebensqualität und Selbstständigkeit bewahren. Unsere Leistungen ermöglichen Ihnen ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Heim – auch oder gerade dann, wenn dies aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr möglich scheint. Dazu bieten wir Ihnen beispielsweise

- Beratung über Leistungen und Hilfe bei deren Beantragung
- Unterstützung in Ihrem Wohn- und Lebensraum
- Gezielte Beratung und Schulung für Sie und Ihre Angehörigen
- Individuelle pflegerische Betreuung sowie hauswirtschaftliche Hilfen und Betreuungsangebote
- Christlich orientierte Werte und Fürsorge im täglichen Miteinander
- Viele weitere Serviceleistungen rund um Ihr Wohlbefinden und Ihr Zuhause

Wenn Unterstützung und Pflege zu Hause nicht mehr ausreichen, sorgen liebevoll gestaltete Seniorenzentren und Pflegeeinrichtungen für persönliche Sicherheit rund um die Uhr.

Unsere Mitarbeiter stehen Ihnen in der ambulanten und stationären Betreuung und Pflege mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen gerne zur Seite.

Vinzenz von Paul gGmbH Soziale Dienste und Einrichtungen

Bocksgasse 20-22
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel: (0 71 71) 8 74 33-0
info@vinzenz-von-paul.de

Region Neckar-Rems

Katharinenstraße 34
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel: (0 71 71) 9 18-0
info@region-neckar-remms.de

Region Göppingen

Marktstraße 40
73033 Göppingen
Tel: (0 71 61) 97 73-30
altenhilfe-gp@vinzenz-sd.de

Region Sigmaringen

Wachtelhau 1
72488 Sigmaringen
Tel: (0 75 71) 74 26-0
region-sig@vinzenz-sd.de

Region Allgäu

Im Anger 4
88299 Leutkirch
Tel: (0 75 61) 976-0
region-allgaeu@vinzenz-sd.de

www.vinzenz-von-paul.de