

● Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Allgemein

FRAGEN	ANTWORTEN																								
Warum gibt es einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff?	Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich bisher vor allem an den körperlichen Einschränkungen des Betroffenen sowie am Zeitaufwand, den beispielsweise ein pflegender Angehöriger für die Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität aufbringen muss. Die Hilfen für Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen werden dabei nicht ausreichend berücksichtigt. Dies ändert sich mit der neuen Pflege-reform. Darüber hinaus kann mit dem neuen System besser geplant werden, welche Art von Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch tatsächlich benötigt.																								
Wie hoch sind die neuen Leistungsbeiträge?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pflegegrad 1</th> <th>Pflegegrad 2</th> <th>Pflegegrad 3</th> <th>Pflegegrad 4</th> <th>Pflegegrad 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geldleistung ambulant</td> <td>125 € zweckgebundene Kosten-erstattung</td> <td>316 €</td> <td>545 €</td> <td>728 €</td> <td>901 €</td> </tr> <tr> <td>Sachleistung ambulant</td> <td></td> <td>689 €</td> <td>1.298 €</td> <td>1.612 €</td> <td>1.995 €</td> </tr> <tr> <td>Leistungsbeitrag stationär</td> <td>125 €</td> <td>770 €</td> <td>1.262 €</td> <td>1.775 €</td> <td>2.005 €</td> </tr> </tbody> </table>		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Geldleistung ambulant	125 € zweckgebundene Kosten-erstattung	316 €	545 €	728 €	901 €	Sachleistung ambulant		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €	Leistungsbeitrag stationär	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5																				
Geldleistung ambulant	125 € zweckgebundene Kosten-erstattung	316 €	545 €	728 €	901 €																				
Sachleistung ambulant		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €																				
Leistungsbeitrag stationär	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €																				
Ist es einfacher, einen Pflegegrad zu bekommen als eine Pflegestufe?	Pflegebedürftigkeit besteht ab 1. Januar 2017 grundsätzlich ab Pflegegrad 1. Gegenüber den Voraussetzungen für das Erreichen der bisherigen Pflegestufe I sind für die Erreichung des Pflegegrades 1 vielfach geringere Beeinträchtigungen ausschlaggebend.																								
Mein Pflegeantrag wurde im Jahr 2016 abgelehnt, soll ich 2017 einen neuen Antrag stellen?	Ein Antrag auf Pflegeleistungen sollte dann gestellt werden, wenn es einen konkreten Hilfebedarf gibt. Hat sich die Pflegesituation verschlechtert und es besteht ein Bedarf an Hilfe, dann sollte auch ein Antrag gestellt werden.																								
Kann es passieren, dass ich durch das PSG II weniger Leistungen erhalte?	Jeder, der schon vor 2017 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hat, erhält mindestens die gleichen Leistungen auch ab 2017. In der überwiegenden Zahl der Fälle stehen den Pflegebedürftigen sogar mehr Leistungen zu.																								
Steigen die Beiträge zur Pflegeversicherung?	Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent erhöht. Für Kinderlose steigt der Beitrag auf 2,8 Prozent.																								
Ab wann bekomme ich die neuen Leistungen?	Die neuen Pflegeleistungen stehen ab 1. Januar 2017 zur Verfügung.																								
Gibt es Besonderheiten für Pflegebedürftige mit Demenz, Depression oder anderen psychischen Krankheiten?	Bisher orientierte sich die Einstufung pflegebedürftiger Menschen vor allem an ihren körperlichen Defiziten. Dabei wurde die Einstufung in die drei Pflegestufen oftmals nicht dem tatsächlichen Pflegebedarf gerecht. Künftig werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit einbezogen.																								

<p>Gibt es Benachteiligungen für einzelne Pflegebedürftige?</p>	<p>Nein. Für die automatische Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade für bereits Pflegebedürftige gilt: Niemand, der vorher schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hat, soll zukünftig schlechter gestellt werden. Das heißt konkret: Alle, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, bekommen diese weiterhin mindestens im gleichen Umfang. Bei den meisten Betroffenen führt die Überleitung in die neuen Pflegegrade zu höheren Leistungen als heute.</p>
<p>Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen, um einen Pflegegrad zu erhalten? Bei Pflegestufen waren es Minuten.</p>	<p>Statt der bisherigen drei Pflegestufen wird es fünf Pflegegrade geben, was eine differenzierte Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglicht. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich künftig nicht mehr an benötigten Pflegeminuten, sondern an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen – Maßstab für die Beurteilung ist damit der Grad der Selbstständigkeit. Außerdem werden bei der Begutachtung weitere Aspekte wie beispielsweise kommunikative Fähigkeiten oder die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit einbezogen.</p>
<p>Welche Funktion hat das „neue Begutachtungsinstrument“?</p>	<p>Mit dem neuen Begutachtungsinstrument wird der Grad der Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bestimmt. Das geschieht anhand von sechs Lebensbereichen. Es werden dabei sämtliche pflegerelevante Kriterien berücksichtigt: körperlich, geistig, psychisch und sozial. Der Pflegebedürftige kann dadurch in den passenden Pflegegrad eingestuft werden.</p>

Überleitung

FRAGEN	ANTWORTEN
<p>Muss ich im Systemübergang bzw. bei der Überleitung der Pflegestufe in einen Pflegegrad einen neuen Antrag stellen?</p>	<p>Niemand, der bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, muss einen neuen Antrag auf Pflegeleistungen stellen. Die Pflegekasse stellt die neuen Pflegeleistungen automatisch ab 1. Januar 2017 zur Verfügung.</p>

NEUES BEGUTACHTUNGSASSESSMENT

FRAGEN	ANTWORTEN												
Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?	<p>Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pflegegrad</th> <th>Punkte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegegrad 1</td> <td>12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 2</td> <td>27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 3</td> <td>47,5 bis unter 70 Punkte (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 4</td> <td>70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 5</td> <td>90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen vor.</p>	Pflegegrad	Punkte	Pflegegrad 1	12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 2	27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 3	47,5 bis unter 70 Punkte (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 4	70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 5	90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)
Pflegegrad	Punkte												
Pflegegrad 1	12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)												
Pflegegrad 2	27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)												
Pflegegrad 3	47,5 bis unter 70 Punkte (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)												
Pflegegrad 4	70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)												
Pflegegrad 5	90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)												
Was passiert, wenn ich meinen Antrag 2016 gestellt habe, die Begutachtung aber erst 2017 erfolgt?	Anträge, die 2016 gestellt wurden, werden nach dem alten Begutachtungsverfahren durchgeführt, auch wenn die Begutachtung erst 2017 stattfindet. Das Antragsdatum ist entscheidend dafür, ob die Begutachtung nach dem neuen oder alten System erfolgt.												
Kann ich meinen Leistungsanspruch bei Neubegutachtung ab 2017 verlieren?	Für bisher bezogene Leistungen der Pflegeversicherung gilt der lebenslange Bestandsschutz. Eine Ausnahme gilt dann, wenn bei einer Begutachtung festgestellt wird, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.												
Werde ich neu begutachtet, wenn ich schon eine Pflegestufe habe?	Versicherte, bei denen bereits eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, werden nicht neu begutachtet, sondern automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet.												
In welchem Pflegegrad komme ich bei vorhandener Pflegestufe?	Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen erhalten den jeweils nächsthöheren Pflegegrad. Beispielsweise erhalten Pflegebedürftige, die bisher Leistungen der Pflegestufe 1 bezogen haben, nach der Umstellung den Pflegegrad 2. Menschen mit geistigen Einschränkungen kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad. So wird beispielsweise ein Pflegebedürftiger mit der Pflegestufe 2 und einer eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegegrad 4 übergeleitet.												
In welchen Fällen gibt es einen Bestandsschutz?	Für alle Leistungsempfänger ist ein umfassender Schutz des Besitzstandes vorgesehen, niemand wird schlechter gestellt. Es gilt ein lebenslanger Bestandsschutz. Kein bisher Pflegebedürftiger kann durch eine Neubegutachtung schlechter gestellt werden, außer es liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor.												
Bekomme ich einen neuen Bescheid?	Die Pflegekassen informieren den Pflegebedürftigen über den neuen Pflegegrad. Durch diese automatische Überleitung wird ein zusätzlicher und somit unnötiger Aufwand für die Betroffenen vermieden.												

<p>Wie wird die zukünftige Begutachtung ablaufen?</p>	<p>Ablauf des Begutachtungsverfahrens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angaben zu Person und Begutachtungssituation 2. Anamnese 3. Wohn- und Lebenssituation 4. Versorgungssituation 5. Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen 6. Neues Begutachtungs-Instrument: Ermitteln des Grades der Selbstständigkeit in den sechs Modulen (Lebensbereichen) 7. Ergebnisse und Empfehlungen <p>Der Begutachtungstermin wird schriftlich mitgeteilt. Es ist empfehlenswert, dass die Pflegeperson, die hauptsächlich die Pflege übernimmt, bei der Begutachtung anwesend ist.</p>
<p>Wird der Hilfebedarf besser abgebildet?</p>	<p>Bei der Begutachtung spielt es keine Rolle mehr, ob die jeweilige Aktivität tatsächlich zu bewältigen ist oder wie lange eine Hilfeleistung dauert; auch konkrete Bedingungen im Wohnumfeld sind unerheblich. Gradmesser der Pflegebedürftigkeit ist die Einschätzung, wie stark der Mensch in seiner Selbstständigkeit beeinträchtigt ist und damit auf pflegerische Hilfe durch andere Personen angewiesen ist.</p>
<p>Wird die Begutachtung künftig mehr Zeit in Anspruch nehmen?</p>	<p>Nein, hinsichtlich der Begutachtungsdauer wurde bei der Entwicklung des neuen Begutachtungsinstruments angestrebt, eine Begutachtung innerhalb von 60 Minuten zu ermöglichen. Die Erfahrungen in den Modellprojekten zeigen, dass dies weitgehend gelungen ist.</p>
<p>Benötige ich Unterlagen von meinen Ärzten?</p>	<p>Wenn vorhanden, sollten die aktuellen Berichte vom Haus- oder Facharzt oder Entlassungsberichte vom Krankenhaus bzw. Berichte nach einer Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung stehen. Falls es eine Übersicht über die Medikamente gibt, könnte diese ebenfalls vorgelegt werden.</p>
<p>Welche Module gibt es?</p>	<p><u>Mobilität</u>: Wie selbstständig kann der Mensch sich fortbewegen?</p> <p><u>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</u>: Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen?</p> <p><u>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</u>: Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressivem oder ängstlichem Verhalten?</p> <p><u>Selbstversorgung</u>: Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag selbst versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und beim Trinken?</p> <p><u>Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</u>: Wie aufwändig ist die Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, zum Beispiel bei Medikamentengabe oder Verbandswechsel?</p> <p><u>Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte</u>: Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?</p> <p>Der Gutachter bewertet in allen diesen Bereichen, wie selbstständig der Pflegebedürftige die jeweiligen Aktivitäten umsetzen kann. Der Grad der Selbstständigkeit wird dabei in vier Stufen unterschieden – je nachdem, ob jemand etwas ganz alleine kann, ob er es mit geringer Unterstützung, nur mit umfangreicher Hilfestellung oder gar nicht kann. Dabei wird nach den Kategorien „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“ unterschieden.</p>

Was ändert sich bei der Begutachtung von Kindern?

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern folgt grundsätzlich den gleichen Prinzipien wie bei Erwachsenen. Auch bei Kindern beurteilt sich die Pflegebedürftigkeit danach, wie selbstständig ein Kind ist und welche Fähigkeiten vorhanden sind. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass Erwachsene im Laufe ihres Lebens durch Krankheit und Behinderung Fähigkeiten und Selbstständigkeit verlieren, Kinder hingegen müssen Fähigkeiten und Selbstständigkeit erst schrittweise entwickeln. Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit von Kindern werden die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Kindes mit denen eines gesunden, gleichaltrigen Kindes verglichen. Dieses Vorgehen gilt grundsätzlich für Kinder aller Altersgruppen.

Eine Ausnahme bilden pflegebedürftige Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig, so dass sie in der Regel keine oder nur niedrige Pflegegrade erreichen könnten. Um sicherzustellen, dass auch diese Kinder einen angemessenen Pflegegrad erhalten, werden zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit fast ausschließlich nur vom Alter unabhängige Kriterien (wie beispielsweise Arztbesuche) in die Bewertung mit einbezogen. Darüber hinaus sieht eine Sonderregelung vor, Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten pauschal einen Pflegegrad höher als bei der Begutachtung festgelegt, einzustufen. In diesem Pflegegrad können sie ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat verbleiben. Nach dem 18. Lebensmonat werden diese Kinder allen anderen Pflegebedürftigen in der Bewertung gleichgestellt.

Ab einem Alter von elf Jahren kann ein Kind in allen Bereichen, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbstständig sein. Für Kinder in diesem Alter gelten dann dieselben pflegegradrelevanten Berechnungsvorschriften wie bei Erwachsenen.

Stationär

FRAGEN

Warum gibt es die Besitzstandsschutzregelung?

ANTWORTEN

Kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor dem 1. Januar 2017 Leistungen erhalten hat, soll durch die die Neuverhandlung der Pflegesätze einen höheren Eigenanteil entrichten müssen.

Bis 31. Dezember 2016 hatten Pflegebedürftige einen von ihrer Pflegestufe abhängigen individuellen Eigenanteil zu zahlen. In der Regel stieg dieser mit zunehmender Pflegestufe. Der individuelle Eigenanteil setzte sich aus den pflegebedingten Aufwendungen inklusive der Ausbildungsumlage zusammen, die den Leistungsbetrag überstiegen. Hinzu kamen noch Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten.

Ab 1. Januar 2017 haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 neben den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten einen vom Pflegegrad unabhängigen Eigenanteil zu entrichten. Er ist für alle Einrichtungen einheitlich.

Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der individuelle Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen und die Ausbildungszulage im Dezember 2016, greift die Besitzstandregelung: Die Pflegekasse zahlt die Differenz monatlich an die Einrichtung.

Was passiert mit meinem Besitzstandsschutz, wenn ich das Pflegeheim wechsle?

Bei Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung nach dem 1. Januar 2017 bleibt der Besitzstandsschutz erhalten, jedoch begrenzt auf die Höhe des Zuschlages, der vor dem Wechsel an die Einrichtung zu zahlen war. Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil in der aufnehmenden Einrichtung niedriger als in der bisherigen Einrichtung, ist der Zuschlag entsprechend zu reduzieren. Der Besitzstandsschutz besteht in Höhe des nunmehr reduzierten Zuschlages.

Haben auch Versicherte Besitzstandsschutz, die von Pflegestufe 0 in den Pflegegrad 2 übergeleitet werden?	Ja. Für Versicherte, die bis 31. Dezember 2016 in der Pflegestufe 0 waren und ab dem 1. Januar 2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet wurden, besteht ebenso Besitzstandsschutz.
Wie wird sich der Eigenanteil im Pflegeheim verändern?	Ab 1. Januar 2017 zahlen die Bewohner für die Pflegegrade 2 bis 5 einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (bisher individuell unterschiedlich je nach Pflegestufe). Zusätzlich sind vom Bewohner wie bisher die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie betriebsnotwendige Investitionskosten zu zahlen.
Können die Pflegeheime individuelle Leistungen zusätzlich in Rechnung stellen?	Neben den Pflegesätzen darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus gesondert ausgewiesene Zuschläge für besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie für zusätzliche pflegerische-betreuende Leistungen vereinbaren.
Wird durch die Pflegekasse zukünftig auch die Unterkunft und Verpflegung gezahlt, oder was wird in den Zahlungen der Pflegekassen inbegriffen sein?	Nein, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind wie bisher vom Bewohner/ Pflegebedürftigen selbst zu zahlen. Die Pflegekasse übernimmt wie bisher im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Mit dem PSG III ist jedoch eine neue Regelung geplant: Ist der monatliche Leistungsbetrag höher als die pflegebedingten Kosten und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bzw. der Betreuung, übernimmt die AOK auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des Leistungsbetrages.

Ambulant

FRAGEN	ANTWORTEN
Werden die zusätzlichen Betreuungsleistungen gekürzt?	Ab 1. Januar 2017 erhalten alle Pflegebedürftige in häuslicher Pflege einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich. Es wird dadurch niemand schlechter gestellt, da allen Versicherten insgesamt höhere Leistungsbeträge zur Verfügung stehen. Versicherte, die bis 31. Dezember 2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag (208 Euro monatlich) hatten, haben ab 1. Januar 2017 ggf. einen Anspruch einen Zuschlag zum Entlastungsbetrag zu erhalten. Voraussetzung ist, dass die Höchstleistungsansprüche für Sachleistungen, Geldleistungen und Tages-/Nachpflege nicht jeweils mindestens 83 Euro höher sind als im Vergleich zu den Leistungssätzen 2016.
Können die 2016 nicht in Anspruch genommenen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen weiterhin bis zum 30. Juni des Folgejahres übernommen werden?	Ja. Nicht verbrauchte Ansprüche zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen können ins Jahr 2017 mitgenommen und im Rahmen des Entlastungsbetrags eingesetzt werden. Mit dem PSG III wurde eine erweiterte Regelung eingeführt: Nicht verbrauchte Ansprüche aus zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen aus den Jahren 2015 und 2016 können bis 31. Dezember 2018 im Rahmen des Entlastungsbetrages eingesetzt werden.
Haben die Pflegedienste dann mehr Zeit für die Pflege?	Wie schon bisher erfolgt die pflegerische Versorgung nach dem Pflegebedarf einer Person unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen.

<p>Für welche Leistungen kann der Entlastungsbeitrag eingesetzt werden?</p>	<p>Der Entlastungsbeitrag kann verwendet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Tages- und Nachtpflege, jedoch nicht für Fahrtkosten (z. B. Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten). • für die Kurzzeitpflege (z. B. Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten) und Fahrtkosten. Auch wenn die Kurzzeitpflege aus übertragenen Mitteln der Verhinderungspflege gewährt wird. <ul style="list-style-type: none"> a. Pflegegrad 1: für alle Sachleistungen ambulanter Pflegedienste. b. Pflegegrad 2 bis 5: für Sachleistungen ambulanter Pflegedienste, außer Sachleistungen zur Selbstversorgung (z. B. Waschen, Kämmen, An- und Auskleiden, Essen, Trinken, Toilettenbenutzung). • für Angebote zur Unterstützung im Alltag, die sich aus den Listen der jeweiligen Landratsämter ergeben und landesrechtlich anerkannt sind.
<p>Was ist ein Beratungsbesuch und ist dieser verpflichtend?</p>	<p>Der Beratungsbesuch von einem Pflegedienst (z.B. Sozialstation) sichert die Qualität der häuslichen Pflege durch Beratung und Hilfestellung, um zum Beispiel Überforderung zu vermeiden.</p> <p>Beratungsbesuche sind bei Pflegegeldbezug in den Pflegegraden 2 bis 5 verpflichtend (Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich; Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich).</p> <p>Bei Bezug von Pflegesachleistungen/Kombinationsleistungen ist ein Beratungsbesuch dagegen freiwillig. Auch Personen mit Pflegegrad 1 können den Beratungseinsatz freiwillig in Anspruch nehmen. Pflegedienste rechnen die Kosten des Beratungseinsatzes direkt mit der Pflegekasse ab.</p> <p>Bitte machen Sie von diesem Angebot Gebrauch. Bei Pflegegeldempfängern mit Pflegegrad 2 bis 5 ist die AOK sonst verpflichtet, das Pflegegeld zu kürzen oder zu entziehen.</p>

IMPRESSUM

Herausgeber: AOK-Bundesverband
Geschäftsführungseinheit Versorgung, Abteilung Pflege

Verantwortlich: Nadine-Michèle Szepan

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin