

## Hintergrundinformationen

Der Mensch muss im Mittelpunkt der Pflege stehen. Jeder von uns hat andere Bedürfnisse, welche vor allem in der Pflege berücksichtigt werden müssen. Wir haben in den Gesetzen versucht, den individuellen Leistungsanspruch jedes Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt zu stellen und den Status von Pflegekräften zu verbessern.

Hier finden Sie zu allen Neuerungen Informationen:

|   |   |
|---|---|
| Der neue Pflegebegriff .....                                      | 1 |
| Berechnung des Pflegegrades.....                                  | 2 |
| Wie funktioniert die Einstufung und was muss ich dafür tun? ..... | 2 |
| Pflegegrade.....  | 3 |
| Pflegegrad 1.....   | 3 |
| Pflegegrad 2.....   | 4 |
| Pflegegrad 3.....   | 5 |
| Pflegegrad 4.....   | 6 |
| Pflegegrad 5.....   | 7 |

### Der neue Pflegebegriff

Herzstück der Pflegereform ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Bisher wurden Pflegebedürftige nach der zu erwarteten Dauer pro Pflegeleistung in drei Pflegestufen eingestuft.

Ab dem 1.01.2017 wird ein neues Bewertungssystem eingeführt. Pflegebedürftige werden dann nicht mehr in drei Pflegestufen, sondern in fünf Pflegegraden eingestuft.

Stärker berücksichtigt werden in Zukunft die Fähigkeiten, den Alltag alleine gestalten zu können. Wie viel kann noch alleine erledigt werden und in welchen Bereichen braucht sie oder er Unterstützung? Dadurch ist eine bessere Berücksichtigung von psychischen Einschränkungen möglich und die Versorgung von Demenz Patienten wird erheblich ausgebaut. Sechs unterschiedliche Module werden bewertet und analysiert.

Es werden Mobilität (1), kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3), Selbstversorgung (4), Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen (5) und Belastungen und Gestaltung des

Alltagslebens und soziale Kontakte (6) bewertet. Daraus errechnet sich ein Punktwert, welcher die Einstufung in die Pflegegrade regelt.

Je höher der Punktwert ausfällt, desto höher ist der Pflegegrad des pflegebedürftigen Menschen.

Grundsätzlich haben alle Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, 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. Außerdem können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegenden an kostenlosen Pflegekursen der Pflegekasse teilnehmen.

### **Berechnung des Pflegegrades**

Die Pflegebedürftige/ der Pflegebedürftige wird bei der Einstufung in die fünf Pflegegrade in acht Lebensbereichen betrachtet. Module 1-6 fließen dabei in die Berechnung des Pflegegrades mit ein, Module 7 und 8 geben nur Hinweise auf die Versorgungs- und Pflegeplanung.

1. Mobilität: (körperliche Beweglichkeit, zum Beispiel morgens aufstehen vom Bett und ins Badezimmer gehen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (verstehen und reden: zum Beispiel Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte und begreifen, erkennen von Risiken, andere Menschen im Gespräch verstehen)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (zum Beispiel Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)
4. Selbstversorgung (zum Beispiel sich selbstständig waschen und ankleiden, essen und trinken, selbständige Benutzung der Toilette)
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (zum Beispiel die Fähigkeit haben die Medikamente selbst einnehmen zu können, die Blutzuckermessung selbst durchzuführen und deuten zu können oder gut mit einer Prothese oder dem Rollator zurecht zu kommen, den Arzt selbstständig aufsuchen zu können)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (zum Beispiel die Fähigkeit haben den Tagesablauf selbständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakte zu treten oder die Skatrunde ohne Hilfe zu besuchen)
7. Außerhäusliche Aktivitäten (zum Beispiel die Fähigkeit spazieren zu gehen)
8. Haushaltsführung (zum Beispiel die Fähigkeit selbständig zu putzen oder einkaufen zu gehen)

### **Wie funktioniert die Einstufung und was muss ich dafür tun?**

Wenn Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, werden Sie automatisch in die neuen Pflegegrade überwiesen.

Für Hilfe bei Neuanträge können Sie sich auch an Pflegestützpunkte und Ihre Krankenkasse wenden. Der Einstufungsprozess ist hier in sechs Schritten erklärt:

1. Antrag auf Pflegeleistungen stellen.
  - Die Pflegekasse ist bei Ihrer Krankenkasse organisiert. An diese stellen Sie einen formlosen Antrag, in dem Sie Leistungen der Pflegeversicherung und eine Begutachtung beantragen. Sie können auch einen Pflegestützpunkt besuchen oder einen Hausbesuch anfordern.
2. Nach Eingang des Antrages beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder andere unabhängige Gutachter(innen) mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.
3. Der MDK hat in der Regel fünf Wochen lang Zeit, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist und wenn Angehörige die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber der Arbeitgeberin, bzw. dem Arbeitgeber angekündigt haben. Wenn Sie sich in häuslicher Umgebung befinden, ohne palliativ versorgt zu werden und Ihre Angehörigen die Inanspruchnahme der Pflegezeit oder eine Familienpflegezeit angekündigt haben, muss der Antrag innerhalb von zwei Wochen bearbeitet werden.
4. Wenn innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt ist, muss der MDK mindestens drei unabhängige Gutachter benennen.
5. Werden die genannten Fristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede angebrochene Woche der Fristüberschreitung 70 € an Sie zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Fristüberschreitung nicht selbst zu vertreten hat oder Sie sich in stationärer Pflege befinden und Sie mindestens Leistungen des Pflegegrades 2 erhalten. Bei der Begutachtung wird ein Punktwert berechnet, welche über die Höhe des Pflegegrades Auskunft gibt. Folgendes Schaubild erklärt die Berechnung:

## **Pflegegrade**

Anstatt der drei Pflegestufen werden ab dem 01.01.2017 pflegebedürftige Menschen in fünf Pflegegrade eingestuft. Durch die Einstufung ist eine bessere und passgenauere Versorgung möglich. Im Folgenden ist beschrieben, welche Leistungen die Pflegegrade umfassen und welche Voraussetzungen für die Einstufung gegeben sein müssen.

### **Pflegegrad 1**

#### **Leistungsempfänger:**

In Pflegegrad 1 kann nur eingestuft werden, wer nach dem 01.01.2017 einen Antrag auf Pflegeleistungen stellt bzw. gestellt hat.

Menschen in diesem Pflegegrad können noch viele Bereiche ihres Alltags selber organisieren und sind nur in geringen Umfang – meist körperlich – eingeschränkt und brauchen deswegen Unterstützung.

### **Leistungspaket:**

- Alle Pflegebedürftigen erhalten ab dem 01.01.2017 einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 € monatlich. Dieser ist zweckgebunden und kann für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten oder für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Die anerkannten Unterstützungen richten sich nach Landesrecht und können zum Beispiel Angebote zur Tages- oder Einzelbetreuung oder zur Entlastung der Pflegenden sein.
- Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Übergangspflege.
- Zudem stehen den Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 Zuschüsse in Höhe von 40€ monatlich für bestimmte medizinische Hilfsmittel (z.B. Einmalhandschuhe) und pflegerische Hilfsmittel zu. Außerdem können Zuschüsse für die Anpassung des Eigenheimes in Höhe von bis zu 4.000€ (für Pflege-WGs 16.000€) beantragt werden.
- Es werden auch ab sofort sogenannte Pflege Wohngemeinschaften unterstützt. Mit bis zu 2.500€ pro Person, bzw. max. 10.000€ pro Wohngemeinschaft wird eine Anschubfinanzierung gewährleistet. Monatliche Leistungen zur Finanzierung einer Person, die betreuende, organisatorische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt, werden ebenfalls gewährt.
- Für vollstationäre Pflege erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen monatlichen Zuschuss von 125€ und den Anspruch in stationären Einrichtungen zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote wahrnehmen zu können.
- Grundsätzlich haben alle Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, 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. Außerdem können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende an kostenlosen Pflegekursen der Pflegekasse teilnehmen.

### **Pflegegrad 2**

#### **Leistungsempfänger:**

Vorraussetzung für die Einstufung in Pflegegrad 2 ist eine erhebliche Einschränkung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Wer bereits Pflegeleistungen erhält wird automatisch in Pflegegrad 2 überwiesen, wenn ausschließlich wegen einer Demenz oder einer psychischen Erkrankung dauerhaft die Alltagskompetenz eingeschränkt ist oder wenn aufgrund der körperlichen Einschränkungen Leistungen der bisherigen Pflegestufe 1 bezogen wurden.

#### **Leistungspaket:**

- Alle Pflegebedürftigen erhalten ab dem 01.01.2017 einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 € monatlich. Dieser ist zweckgebunden und kann für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten oder für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Die anerkannten Unterstützungen richten sich nach Landesrecht und können

zum Beispiel Angebote zur Tages- oder Einzelbetreuung oder zur Entlastung der Pflegenden sein.

- Grundsätzlich haben alle Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, 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. Außerdem können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegenden an kostenlosen Pflegekursen der Pflegekasse teilnehmen.
- Zuhause gepflegte Menschen in Pflegegrad 2 erhalten ein Pflegegeld von 316€ oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 689€ monatlich.
- Leistungen wie Verhinderungspflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für Ersatzpflege bis zu sechs Wochen; bei Kombination mit Kurzzeitpflege bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr), Zuschüsse für Pflegehilfsmittel (bis zu 40 Euro monatlich), zum barrierefreien Wohnungsumbau (bis 4.000 Euro je Maßnahme, bzw. 16.000 Euro bei WGs), Leistungen bei der Tages- und Nachtpflege (bis zu 689 Euro monatlich) und der Kurzzeitpflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für bis zu acht Wochen; bei Kombination mit Verhinderungspflege bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr) bleiben in gleicher Höhe bestehen oder werden leicht angehoben.
- Es werden auch ab sofort sogenannte Pflege Wohngemeinschaften unterstützt. Mit bis zu 2.500€ pro Person, bzw. max. 10.000€ pro Wohngemeinschaft wird eine Anschubfinanzierung gewährleistet. Monatliche Leistungen zur Finanzierung einer Person, die betreuende, organisatorische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt, werden ebenfalls gewährt.
- Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeheimen betreut werden, erhalten 770€ monatlich. Die Leistungsbeiträge werden neu gestaffelt. Mögliche Einbußen durch die Umstellung werden für bereits versorgte Menschen übernommen, so dass die Umstellung keine Auswirkungen auf die betroffenen Personen hat.
- Ab dem 01.01.17 gilt ein einheitlicher Eigenanteil der Versicherten in vollstationärer Pflege in Höhe von 580€ für alle Pflegegrade.

### **Pflegegrad 3**

#### **Leistungsempfänger:**

Voraussetzung für eine Einstufung in Pflegegrad 3 ist eine schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Wer bereits Pflegeleistungen erhält wird automatisch in Pflegegrad 3 überwiesen, wenn ausschließlich körperliche Einschränkungen vorliegen und Leistungen der Pflegestufe 2 bezogen wurden oder wenn Leistungen der Pflegestufe 1 in Anspruch genommen werden und wegen einer Demenz oder einer anderen psychischen Erkrankung die Alltagskompetenz dauerhaft eingeschränkt ist.

#### **Leistungspaket:**

- Alle Pflegebedürftigen erhalten ab dem 01.01.2017 einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 € monatlich. Dieser ist zweckgebunden und kann für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten oder für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Die anerkannten Unterstützungen richten sich nach Landesrecht und können zum Beispiel Angebote zur Tages- oder Einzelbetreuung oder zur Entlastung der Pflegenden sein.

- Grundsätzlich haben alle Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, 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. Außerdem können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende an kostenlosen Pflegekursen der Pflegekasse teilnehmen.
- Zuhause gepflegte Menschen in Pflegegrad 3 erhalten ein Pflegegeld von 545€ oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.298€ monatlich.
- Leistungen wie Verhinderungspflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für Ersatzpflege bis zu sechs Wochen; bei Kombination mit Kurzzeitpflege bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr), Zuschüsse für Pflegehilfsmittel (bis zu 40 Euro monatlich), zum barrierefreien Wohnungsumbau (bis 4.000 Euro je Maßnahme, bzw. 16.000 Euro bei WGs), Leistungen bei der Tages- und Nachtpflege (bis zu 689 Euro monatlich) und der Kurzzeitpflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für bis zu acht Wochen; bei Kombination mit Verhinderungspflege bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr) bleiben in gleicher Höhe bestehen oder werden leicht angehoben.
- Es werden auch ab sofort sogenannte Pflege Wohngemeinschaften unterstützt. Mit bis zu 2.500€ pro Person, bzw. max. 10.000€ pro Wohngemeinschaft wird eine Anschubfinanzierung gewährleistet. Monatliche Leistungen zur Finanzierung einer Person, die betreuende, organisatorische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt, werden ebenfalls gewährt.
- Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeheimen betreut werden, erhalten 1.262€ monatlich. Die Leistungsbeiträge werden neu gestaffelt. Mögliche Einbußen durch die Umstellung werden für bereits versorgte Menschen übernommen, so dass die Umstellung keine Auswirkungen auf die betroffenen Personen hat.
- Ab dem 01.01.17 gilt ein einheitlicher Eigenanteil der Versicherten in vollstationärer Pflege in Höhe von 580€ für alle Pflegegrade.

## **Pflegegrad 4**

### **Leistungsempfänger:**

Voraussetzung für eine Einstufung in Pflegegrad 4 sind schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Pflegebedürftige, die bereits Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, werden automatisch in Pflegegrad 4 überwiesen, wenn ausschließlich körperliche Einschränkungen vorliegen und Leistungen der Pflegestufe 3 bezogen werden oder wenn Leistungen der Pflegestufe 2 erhalten werden und wegen einer Demenz oder einer anderen psychischen Erkrankung die Alltagskompetenz dauerhaft eingeschränkt ist.

### **Leistungspaket:**

- Alle Pflegebedürftigen erhalten ab dem 01.01.2017 einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 € monatlich. Dieser ist zweckgebunden und kann für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten oder für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Die anerkannten Unterstützungen richten sich nach Landesrecht und können zum Beispiel Angebote zur Tages- oder Einzelbetreuung oder zur Entlastung der Pflegenden sein.

- Grundsätzlich haben alle Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, 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. Außerdem können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende an kostenlosen Pflegekursen der Pflegekasse teilnehmen.
- Zuhause gepflegte Menschen in Pflegegrad 4 erhalten ein Pflegegeld von 728€ oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.612€ monatlich.
- Leistungen wie Verhinderungspflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für Ersatzpflege bis zu sechs Wochen; bei Kombination mit Kurzzeitpflege bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr), Zuschüsse für Pflegehilfsmittel (bis zu 40 Euro monatlich), zum barrierefreien Wohnungsumbau (bis 4.000 Euro je Maßnahme, bzw. 16.000 Euro bei WGs), Leistungen bei der Tages- und Nachtpflege (bis zu 689 Euro monatlich) und der Kurzzeitpflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für bis zu acht Wochen; bei Kombination mit Verhinderungspflege bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr) bleiben in gleicher Höhe bestehen oder werden leicht angehoben.
- Es werden auch ab sofort sogenannte Pflege Wohngemeinschaften unterstützt. Mit bis zu 2.500€ pro Person, bzw. max. 10.000€ pro Wohngemeinschaft wird eine Anschubfinanzierung gewährleistet. Monatliche Leistungen zur Finanzierung einer Person, die betreuende, organisatorische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt, werden ebenfalls gewährt.
- Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeheimen betreut werden, erhalten 1.775€ monatlich. Die Leistungsbeiträge werden neu gestaffelt. Mögliche Einbußen durch die Umstellung werden für bereits versorgte Menschen übernommen, so dass die Umstellung keine Auswirkungen auf die betroffenen Personen hat.
- Ab dem 01.01.17 gilt ein einheitlicher Eigenanteil der Versicherten in vollstationärer Pflege in Höhe von 580€ für alle Pflegegrade.

## **Pflegegrad 5**

### **Leistungsempfänger:**

Voraussetzung für die Einstufung in Pflegegrad 5 ist eine schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung stellen.

Unabhängig von der Begutachtung werden Pflegebedürftige auch dann in Pflegegrad 5 eingeteilt, wenn sie weder Arme noch Beine einsetzen können, weil die Greif-, Steh- und Gehfunktionen vollständig verloren gegangen sind. Automatisch werden alle Menschen, die schon Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, in Pflegegrad 5 eingeteilt, wenn Leistungen der Pflegestufe 3 in Anspruch genommen wurden und außerdem ein außergewöhnlich intensiver Pflegeaufwand besteht oder Leistungen der Pflegestufe 3 erhalten wurden und wegen einer Demenz oder einer anderen psychischen Krankheit dauerhaft die Alltagskompetenz eingeschränkt ist.

### **Leistungspaket:**

- Alle Pflegebedürftigen erhalten ab dem 01.01.2017 einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 € monatlich. Dieser ist zweckgebunden und kann für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen

Pflegediensten oder für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Die anerkannten Unterstützungen richten sich nach Landesrecht und können zum Beispiel Angebote zur Tages- oder Einzelbetreuung oder zur Entlastung der Pflegenden sein.

- Grundsätzlich haben alle Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, 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. Außerdem können Angehörige oder ehrenamtlich Pflegenden an kostenlosen Pflegekursen der Pflegekasse teilnehmen.
- Zuhause gepflegte Menschen in Pflegegrad 5 erhalten ein Pflegegeld von 901€ oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.995€ monatlich.
- Leistungen wie Verhinderungspflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für Ersatzpflege bis zu sechs Wochen; bei Kombination mit Kurzzeitpflege bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr), Zuschüsse für Pflegehilfsmittel (bis zu 40 Euro monatlich), zum barrierefreien Wohnungsumbau (bis 4.000 Euro je Maßnahme, bzw. 16.000 Euro bei WGs), Leistungen bei der Tages- und Nachtpflege (bis zu 689 Euro monatlich) und der Kurzzeitpflege (bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für bis zu acht Wochen; bei Kombination mit Verhinderungspflege bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr) bleiben in gleicher Höhe bestehen oder werden leicht angehoben.
- Es werden auch ab sofort sogenannte Pflege Wohngemeinschaften unterstützt. Mit bis zu 2.500€ pro Person, bzw. max. 10.000€ pro Wohngemeinschaft wird eine Anschubfinanzierung gewährleistet. Monatliche Leistungen zur Finanzierung einer Person, die betreuende, organisatorische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt, werden ebenfalls gewährt.
- Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeheimen betreut werden, erhalten 2.005€ monatlich. Die Leistungsbeiträge werden neu gestaffelt. Mögliche Einbußen durch die Umstellung werden für bereits versorgte Menschen übernommen, so dass die Umstellung keine Auswirkungen auf die betroffenen Personen hat.
- Ab dem 01.01.17 gilt ein einheitlicher Eigenanteil der Versicherten in vollstationärer Pflege in Höhe von 580€ für alle Pflegegrade.