# Die gesetzliche Pflegeversicherung

2020 betragen die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung 3,05 Prozent des Bruttolohns (für Kinderlose 3,30 Prozent/die zusätzlichen 0,25 Prozent trägt **bei Kinderlosen** nur der Arbeitnehmer). Die Beiträge (außer bei Kinderlosen) tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen (je 1,525 Prozent). In Sachsen gilt eine Sonderregelung, weil zur Finanzierung der Pflegeversicherung **kein Feiertag** abgeschafft wurde (hier tragen Arbeitgeber 1,025 Prozent und Arbeitnehmer 2,025 Prozent).

## DIE PFLEGEGRADE

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Pflegegrad, den der Pflegebedürftige erhält. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Geld- oder Sachleistungen übernimmt die Pflegekasse.
Die Einstufung in einen Pflegegrad richtet sich danach, wie selbstständig ein Mensch ist und über welche Fähigkeiten er noch verfügt. Der Fokus liegt dabei auf seinen verbliebenen Ressourcen. Das beurteilt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) mithilfe von sechs Modulen. Für jedes dieser Module wurden bestimmte Kriterien festgelegt:

**1. Mobilität**
Beispiele für die Kriterien:
wie selbstständig ist die Person, kann sie alleine im Bett die Position wechseln, sicher sitzen, sich innerhalb der Wohnung fortbewegen, Treppen steigen

**2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Beispiele für die Kriterien:
wie gut kann die Person sich im Alltag orientieren und daran teilnehmen, sich räumlich und zeitlich zurechtfinden, selbst Gespräche führen

**3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Beispiele für die Kriterien:
ist die Person nachts unruhig, ängstlich oder depressiv, wehrt sie sich gegen pflegerische Maßnahmen

**4. Selbstversorgung**
Beispiele für die Kriterien:
kann die Person sich noch alleine waschen, ankleiden, essen und trinken, die Toilette benutzen

**5. Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen**
Beispiele für die Kriterien:
kann die Person ärztlich angeordnete Maßnahmen selbstständig ausführen, Medikamente einnehmen, den Blutzuckerspiegel messen und bewerten oder Arztbesuche wahrnehmen

**6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt**
Beispiele für die Kriterien:
ist die Person in der Lage, ihren Tagesablauf selbst zu gestalten, sich zu beschäftigen oder mit anderen Menschen in Kontakt zu treten

Für jedes Kriterium vergibt der Gutachter Punkte und dokumentiert so, wie selbstständig jemand ist. Am Ende des Moduls wird die Summe gebildet. Jedes Modul wird unterschiedlich gewichtet. Aus der Anzahl der gewichteten Punkte ergibt sich schließlich der Pflegegrad. Umso weniger selbstständig die Person ist, desto höher ist die Punktzahl und damit auch der Pflegegrad.

| Bereiche | Wertigkeit in % |
|---|---|
| 1. Mobilität | 10 |
| 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten<br>3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen | zusammen 15 |
| 4. Selbstversorgung | 40 |
| 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | 20 |
| 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte | 15 |

| Pflegegrad | Punkte | Pflegebedarf |
|---|---|---|
| 1 | 12,5 bis unter 27 | Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| 2 | 27 bis unter 47,5 | Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| 3 | 47,5 bis unter 70 | Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| 4 | 70 bis unter 90 | Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| 5 | 90 bis 100 | Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung |

## PFLEGEBERATUNG / BERATUNGSBESUCHE

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung in einen Pflegegrad geht den Betroffenen automatisch zu (mit Widerspruchsmöglichkeit).
Die Pflegekassen bieten bei Anträgen auf Leistungen innerhalb von zwei Wochen eine individuelle Pflegeberatung an. Außerdem müssen sie kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Die Pflegeberatung sowie die Beratungsbesuche wurden für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durch klare Qualitätsvorgaben deutlich verbessert. Die Zusammenarbeit der Pflegeberaterinnen und Berater mit den Beratungsstellen vor Ort wurde durch Landesrahmenverträge vervollkommnet.
Es besteht Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfe durch die Krankenversicherung bei Hospiz- und Palliativversorgung (Erstattung von 95% der zuschussfähigen Kosten bei stationären Hospizaufenthalten). Es gibt auch eine Bezuschussung für ambulante Hospizdienste betreffs Personal- und Sachkosten.
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in ländlichen Regionen und die Palliativversorgung in Krankenhäusern wurden gestärkt.

## QUALITÄTSSICHERUNG UND KONTROLLE - DER NEUE "PFLEGE-TÜV"

Wer bisher einen Pflegeplatz gesucht hat, kam mit dem alten Pflege-TÜV nicht weit. Die Noten sagten nur wenig über die tatsächliche Qualität der Pflege in einem Heim aus. Das soll sich nun ändern: Das neue System sieht eine differenzierte Beurteilung vor. Hier die wichtigsten Fragen:

**Warum war das bisherige System ungeeignet?**
Fast alle Heime schnitten sehr gut ab, die bundesweite Durchschnittsnote lag bei 1,2. Grund dafür war, dass rund 40 unterschiedliche Kriterien in die Bewertung einflossen. Eine schlechte Wundpflege etwa konnte durch attraktive Parkanlagen oder den Speiseplan ausgeglichen werden. Für den Nutzer boten die Noten keinerlei Orientierung. Deshalb wurde seit 2015 ein neuer Pflege-TÜV entwickelt, der nun an den Start gegangen ist. Die ersten Daten sollen Mitte 2020 abrufbar sein.

**Wie funktioniert der neue Pflege-TÜV?**
Es gibt keine Gesamtnote mehr. Statt dessen werden verschiedene Merkmale begutachtet, die sich aus dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff ergeben. Dazu gehören beispielsweise Mobilität, Selbstständigkeit oder Wundliegen. Geprüft wird in zwei Bereichen: Die Pflegeheime dokumentieren halbjährlich die Qualität ihrer Pflege. Dabei werden z. B. alle Fälle von Dekubitus erfasst und an eine zentrale Datenstelle geschickt. Parallel dazu findet einmal jährlich eine externe Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) statt.

**Wie laufen die Begutachtungen durch den MDK ab?**
Der MDK kündigt seinen Besuch einen Tag zuvor an. Er befragt und untersucht neun Bewohner, die zuvor mittels Stichprobenziehung ausgewählt werden. An der Begutachtung ändert sich für die Pflegebedürftigen nicht viel. Neu ist, dass die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten des Pflegeheims abgeglichen und im fachlichen Austausch mit Pflegekräften und Heimleitung besprochen werden. Das stärkt den Beratungscharakter des MDK und die Fachlichkeit der Mitarbeiter.

**Welche Vorteile hat das neue Bewertungssystem?**
Es ist differenzierter und liefert wesentlich mehr Informationen als der alte Pflege-TÜV. Es wurde von Wissenschaftlern entwickelt, und erstmals waren auch Verbände wie der VdK beteiligt. Das neue System ist allerdings sehr komplex. Nun müssen die Daten so aufbereitet werden, dass sie von Ratsuchenden auch genutzt werden können. Denkbar wäre z. B., dass erkennbar wird, für welche Personengruppen ein Heim besonders geeignet ist.

**Wie geht es mit dem Pflege-TÜV weiter?**
Die Neuerungen können nur als erster Schritt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Systems verstanden werden. Der VdK fordert, künftig die Pflegebedürftigen auch nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen Unterstützung zu fragen, Pflegefehler strukturell zu analysieren und deren Behebung zu dokumentieren. Informationen zur Struktur der Heime, wie etwa Personalausstattung oder Barrierefreiheit, die weiteren Aufschluss über die Lebens- und die Pflegequalität geben, sollen zu einer überprüfbaren Pflichtaussage werden.

## LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

**Häusliche Pflege**
Die Höhe der häuslichen Pflegeleistung richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad, der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgelegt wird. Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Pflegegeld kann mit ambulanten Pflegeleistungen (Pflegeeinsätzen von Sozialstationen oder Pflegediensten) und der Geldleistung (zur eigenständigen Sicherstellung der geeigneten, erforderlichen Pflege, z. B. durch Angehörige) kombiniert werden. Bei Kombination von Sachleistungen (Unterstützung durch Pflegedienste/Sozialstationen) und Geldleistung (Pflegegeld) erhält man nicht beide Leistungen zu vollen Anteilen, sondern das Pflegegeld verringert sich dann anteilig um den Wert der beanspruchten Sachleistung. Das **Pflegegeld** wird bei anerkanntem Pflegegrad direkt von der Pflegekasse gezahlt. Damit kann die pflegebedürftige Person Angehörige, Nachbarn, Freunde oder andere Personen bezahlen, die sie "angemessen" pflegen.
In der privaten Pflegeversicherung gibt es keine Sachleistungen, sondern nur Geldleistungen.
Nachbarn, Bewohner von betreuten Wohnanlagen oder Wohngemeinschaften können ihre Ansprüche auf Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung bündeln und gemeinsame, günstige Verträge über die Pflegekassen mit den Pflegediensten abschließen.

**Teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege**
"Teilstationär" bedeutet, dass die pflegebedürftige Person nur für eine bestimmte Zeitspanne stationär betreut wird - tagsüber oder nachts-, aber nicht ständig in einem Pflegeheim lebt. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die pflegende Person berufstätig ist und die Pflege deshalb nur abends und am Wochenende übernehmen kann. Tagespflege kann die häusliche Pflege deshalb ergänzen und entlasten. Die Pflegekassen übernehmen für Pflegebedürftige mit Pflegegraden 2 - 5 die Kosten für die teilstationäre Pflege, die soziale Betreuung, die medizinische Behandlungspflege und den Fahrdienst. Die Höhe dieser Erstattung richtet sich nach dem Pflegegrad und zählt als Sachleistung. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag (125 € pro Monat) dafür nutzen.
Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der ambulanten Pflegeleistung/dem Pflegegeld im vollen Umfang in Anspruch genommen werden.

**Kurzzeitpflege**
Oftmals sind Pflegebedürftige nur für einen begrenzten Zeitraum auf eine vollstationäre Pflege angewiesen (z. B. nach Krankenhausaufenthalt oder zur Bewältigung von Krisensituationen in der häuslichen Pflege). Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheimen).
Nicht verbrauchte Leistungen für die Verhinderungspflege aus dem laufenden Kalenderjahr können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden und umgekehrt. Dadurch kann der Leistungsbetrag

der Kurzzeitpflege maximal verdoppelt werden. Parallel dazu kann die Inanspruchnahme dieser Leistungen von vier auf bis zu acht Wochen verlängert werden. Es besteht auch ohne Inanspruchnahme des Leistungsbetrages der Verhinderungspflege generell ein Recht auf acht Wochen Kurzzeitpflege. Die Weiterzahlung des halben Pflegegeldbetrages bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege wurde auf acht Wochen im Jahr ausgedehnt. Diese Ansprüche gelten für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 - 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag von 125 € pro Monat für die Kurzzeitpflege einsetzen.

**Ersatz- oder Verhinderungspflege**
Ist die private Pflegeperson wegen Urlaub oder durch Krankheit vorübergehend verhindert die Pflege durch zu führen, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege. Die nun notwendige Verhinderungspflege kann durch einen Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, Angehörige, oder ehrenamtlich Pflegende erfolgen. Wie bei der Kurzzeitpflege schon erwähnt, können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrages für Kurzzeitpflege (bis zu 806 €) zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Die Verhinderungspflege kann dadurch bis auf maximal 150 Prozent ihres bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet. Auch wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen im Jahr fortgewährt. Diese Leistungen der Verhinderungspflege stehen den Versicherten der Pflegegrade 2 - 5 zu.

**Vollstationäre Pflege**
Durch die Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim leben, unterstützt. Seit der Umstellung auf das System der Pflegegrade erhalten die bis dahin schon Pflegebedürftigen in den vollstationären Einrichtungen Bestandsschutz.
Versicherte mit dem Pflegegrad 1 erhalten bei vollstationärer Pflege einen Zuschuss in Höhe von 125 € pro Monat.
Der **einrichtungseinheitliche Eigenanteil** für die Versicherten in vollstationärer Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 wurde festgeschrieben. Auch bei einer Höherstufung der Pflegebedürftigkeit steigt die Leistung der Pflegeversicherung an, der Eigenanteil jedoch nicht mehr! Dieser kann sich jedoch zwischen den einzelnen Heimen unterscheiden. Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen, die ebenfalls von Heim zu Heim unterschiedlich ausfallen können.
In stationären Pflegeeinrichtungen hat jeder Versicherte auch Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote.

**Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen**
Die Pflegebedürftigen aller Pflegegrade (1 bis 5), die ambulant gepflegt werden, erhalten einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Er ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden (z. B. Kofinanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, für Leistungen ambulanter Pflegedienste in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung).
Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei der häuslichen Pflege gewährt. Nicht ausgeschöpfte Beträge können am Ende des Kalenderjahres in das darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden.

**Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**
Wenn Pflegebedürftige sich in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen aufhalten, beteiligt sich die Pflegeversicherung für die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe von 10 Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 266 Euro (für Pflegegrade 2 bis 5) monatlich an den Heimkosten. Die Pflegebedürftigen haben darüber hinaus Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

**Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**
Wenn Versicherte zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, wenn das Wohnumfeld an ihre besonderen Erfordernisse angepasst wird. Unter bestimmtem Voraussetzungen gewährt hierfür die Pflegeversicherung Zuschüsse.
Auch Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher im Pflegegrad 1 haben darauf Anspruch. Diese Leistungen stehen auch jüngeren pflegebedürftigen behinderten Menschen zur Verfügung.
Besonders günstige Möglichkeiten ergeben sich hier, wenn mehrere pflegebedürftige Menschen in einer gemeinsamen Wohnung leben (Zuschuss max. 16.000 Euro einmalig für Pflegegrade 2 bis 5).

**Pflegehilfsmittel**
Alle Pflegebedürftigen haben Anspruch auf 40 Euro pro Monat für Pflegehilfsmittel (z. B. für Einmalhandschuhe, Betteinlagen, eventuell auch technische Pflegehilfsmittel u.a.m.).

## VEREINBARKEIT VON PFLEGE UND BERUF

**Pflegezeit**
Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die nahe Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung in der letzten Lebensphase.
Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister oder Lebenspartner der Ehegatten, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.
Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, können eine Förderung durch ein zinsloses Darlehen in Anspruch nehmen, ebenso bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit. Das Darlehen kann man beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen (www.bafza.de). Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf entsprechenden Antrag kann auch eine niedrigere monatliche Darlehensrate in Anspruch genommen werden (Mindesthöhe 50 Euro). Sofern in kleineren Unternehmen kein Anspruch auf Freistellung besteht, kann eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

**Familienpflegezeit**
Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, sie können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres teilweise für die Pflege in häuslicher Umgebung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Pflegegrade 1 bis 5) freistellen lassen. Ein Anspruch auf teilweise Freistellung besteht auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten. Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen. Gleichzeitig ist zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die Freistellung in Anspruch genommen werden soll. Arbeitgeber und Beschäftigte haben Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit schriftlich zu vereinbaren. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe dem entgegenstehen.

**Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?**
Als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenztes so genanntes Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, z. B. nach einem Schlaganfall. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.
Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - bei der Pflegekasse des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit des Angehörigen (außer gegebenenfalls beim Arbeitgeber) auch bei der Pflegekasse einzureichen.
Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

**Sozialversicherung für Pflegende**
Der Kranken und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung für alle Pflegegrade den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen.
Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Wird die Arbeitszeit während der Pflegezeit lediglich reduziert, zahlt die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber zudem die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.
Auch in der Arbeitslosenversicherung ist die Pflegeperson während der Pflegezeit versicherungspflichtig, wenn sie einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in einem zeitlichen Umfang von mindestens zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson in der Arbeitslosenversicherung bereits unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte.
Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

**Private Vorsorge**

Zusätzlich zur gesetzlichen Pflegeversicherung sollten die Bürger private Vorsorge betreiben, um in einem späteren Bedarfsfall noch mehr Stabilität und Sicherheit in ihr künftiges Leben zu bekommen. Diese private Vorsorge wird staatlich gefördert. Versicherte der staatlich geförderten, ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV), auch als Pflege-Bahr oder Förder-Pflege bezeichnet, erhalten eine Zulage in Höhe von 60 Euro jährlich, wenn sie diese freiwillige private Pflege-Zusatzversicherung abschließen. Vorher sollte man sich gründlich informieren (z.B. durch Vergleiche der Stiftung Warentest), ob nicht noch günstigere Angebote auf dem Markt sind. Viele Versicherungsgesellschaften bieten ebenfalls Zusatz-Pflegeversicherungen an.

## ALLE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

| Pflegegrad | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pflegegeld für häusliche Pflege | **p. M.** | **) | 316 € | 545 € | 728 € | 901 € |
| Pflegesachleistungen für häusliche Pflege | **p. M.** | **) | 689 € | 1.298 € | 1.612 € | 1.995 € |
| Tages- und Nachtpflege = teilstationäre Versorgung | **p. M.** | bis 125 € | 689 € | 1.298 € | 1.612 € | 1.995 € |
| Vollstationäre Pflege | **p. M.** | 125 € | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |
| Kurzzeitpflege (jährlich bis zu 8 Wochen) | | bis 125 € | alle anderen Pflegegrade **p. J.** | | | 1.612 € |
| Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen) | | **) | alle anderen Pflegegrade **p. J.** | | | 1.612 € |
| Leistung für Beratungseinsatz | | 28 € | 28 € | 28 € | 33 € | 33 € |
| | | | für Pflegegrad 1 - 3 pro Halbjahr | | für Pflegegrad 4 und 5 pro Vierteljahr | |
| Entlastungsbeitrag (Zuschuss) | | 125 € | pro Monat für alle Pflegegrade | | | |
| Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen | | 2.500 €<br>10.000 €<br>214 € | pro Person für alle Pflegegrade einmalig<br>pro Wohngruppe für alle Pflegegrade einmalig.<br>pro Person (z. B. für organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten pro Monat) | | | |
| Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (bei mehreren Anspruchsberechtigten, die zusammen leben) | | 4.000 €<br>16.000 € | pro Person für alle Pflegegrade einmalig<br>pro Wohngruppe für alle Pflegegrade einmalig | | | |
| Pflegehilfsmittel | | 40 € | pro Monat für alle Pflegegrade | | | |

**) Bei Pflegegrad 1 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen nach § 28a SGB XI (u. a. Pflegeberatung, -hilfsmittel)

- alle Pflegebedürftigen erhalten gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig davon, ob sie körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen haben
- **p. M.** = pro Monat / **p. J.** = pro Kalenderjahr