

	Seite
1. Was ändert sich durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff?	2
2. Wie beantrage ich einen der fünf neuen Pflegegrade?	2
3. Welche Pflegestufe entspricht welchem Pflegegrad? Überleitung nach § 140 Sozialgesetzbuch (SGB) XI	2
4. Wie hoch sind die Pflegeleistungen?	3
4.1 Pflegegeld, Pflegesachleistung, Tagespflege	3
4.2 Zuschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)	3
4.3 Leistungen für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	3
4.4 Entlastungsbetrag bei häuslicher Pflege (§ 45b SGB XI)	4
4.5 Leistungen bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	4
4.6 Vollstationäre Pflege	4
5. Was ändert sich für Pflegepersonen?	4

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten. Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Das „Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)“ vom 21. Dezember 2015 (BGBl I S. 2424) trat in Teilen bereits am 1. Januar 2016 in Kraft. Die Regelungen zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelten seit 1. Januar 2017 und sind in vielen Bereichen weiterhin gültig. Detaillierte Informationen zur häuslichen und zur stationären Pflege finden Sie auf unserer Homepage. Bei Bedarf senden wir Ihnen die entsprechenden Merkblätter auch gerne zu.

1. Was ändert sich durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff?

Die früheren drei Pflegestufen wurden ab 2017 von den fünf neuen Pflegegraden abgelöst. Nach dem Prüfverfahren NBA („Neues Begutachtungsassessment“) spielt die minutengenaue Messung nur noch eine kleine Rolle, stattdessen steht im Mittelpunkt, wie selbständig jemand seinen Alltag bewältigen kann. Berücksichtigt werden dabei nicht mehr nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch geistige oder psychische Einschränkungen.

Der Pflegegrad 1 richtet sich z. B. an Personen, die noch nicht pflegebedürftig sind, aber im Alltag Unterstützung brauchen.

Das Begutachtungsverfahren erlaubt es auch, auf die Belange pflegebedürftiger Kinder besser einzugehen. Dabei wird

berücksichtigt, dass sich ihr jeweiliger Pflegebedarf stark von dem Erwachsener unterscheidet. Als Vergleich dienen gesunde gleichaltrige Kinder.

2. Wie beantrage ich einen der fünf neuen Pflegegrade?

Wer bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet.

Niemand muss einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen.

Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen, erhalten diese auch weiterhin **mindestens in gleichem Umfang**. Für die allermeisten sind die Leistungen sogar deutlich höher.

Beispiel: Frau A. war bisher in der Pflegestufe 2. Bei ihr wurde zusätzlich eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt. Sie wird daher automatisch ab Januar 2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet.

Neu-Pflegebedürftige beantragen die Einteilung in einen neuen Pflegegrad bei der zuständigen Pflegekasse. Leistungen aus der Pflegeversicherung werden erst ab dem Monat der Antragstellung erbracht, was bedeutet, dass ein solcher Antrag möglichst frühzeitig gestellt werden sollte. Wer der Auffassung ist, nicht in den richtigen Pflegegrad eingestuft worden zu sein, kann seinen Widerspruch gegen die Entscheidung **bei der Pflegekasse** einlegen.

3. Welche Pflegestufe entspricht welchem Pflegegrad? Überleitung nach § 140 Sozialgesetzbuch (SGB) XI

Bis Dezember 2016 (Pflegestufe)	ab Januar 2017 (Pflegegrad)
0 + eingeschränkte Alltagskompetenz	2
1	2
1 + eingeschränkte Alltagskompetenz	3
2	3
2 + eingeschränkte Alltagskompetenz	4
3	4
3 + eingeschränkte Alltagskompetenz	5
3 Anerkennung als Härtefall	5

Dem neuen Pflegegrad 1 entspricht keine bisherige Pflegestufe, somit ist hier eine Antragstellung erforderlich, beispielsweise bei geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit.

4. Wie hoch sind die Pflegeleistungen?

4.1 Pflegegeld, Pflegesachleistung, Tagespflege

Pflegegrad	Pflegegeld § 37 SGB XI	Pflegesachleistung § 36 SGB XI	Tagespflege § 41 SGB XI	Entlastungsbetrag § 45b SGB XI
1				125
2	316	689	689	125
3	545	1.298	1.298	125
4	728	1.612	1.612	125
5	901	1.995	1.995	125

Hinweis zum Pflegegrad 1

Der **Pflegegrad 1** (§ 28a Abs. 2 SGB XI) erstreckt sich auf Personen, die nur wenig personelle Unterstützung (Teilhilfe bei Selbstversorgung, Verlassen der Wohnung, Haushaltsführung) benötigen. Dies betrifft vor allem Personen, die nach dem bis 31.12.2016 geltenden System keinen Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen hatten. Sie können sich für Hilfen, die sie im Alltag unterstützen, bis zu **125 €** monatlich erstatten lassen. Wer in einem Pflegeheim wohnt, erhält ebenfalls **125 €** als Zuschuss.

4.2 Zuschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Der pauschale Zuschlag in ambulant betreuten Wohngruppen beträgt **214 €** pro Monat. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben den Leistungen der ambulanten Wohngruppen nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

4.3 Leistungen für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige **ab dem Pflegegrad 2**.

Kann eine Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen die häusliche Pflege vorübergehend nicht ausüben, so sind Aufwendungen für die Pflege während der Verhinderungszeit bis zu 1.612 € jährlich beihilfefähig. Werden die zustehenden Leistungen der Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, so können bis zu 806 € zusätzlich für die Verhinderungspflege eingesetzt werden. Die übertragenen Beträge werden dann auf die zustehenden Leistungen für Kurzzeitpflege angerechnet.

Erfolgt diese Verhinderungspflege durch nahe Angehörige der pflegebedürftigen Person, sind die nachgewiesenen Aufwendungen für die Pflege pro Kalenderjahr bis zum 1,5fachen Betrag des zustehenden Pflegegeldes beihilfefähig. Nahe Angehörige sind Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne und Schwiegertöchter sowie Geschwister des Pflegebedürftigen.

Entsprechend dem Pflegegrad sind die Aufwendungen bis zu folgenden Beträgen pro Kalenderjahr beihilfefähig:

- in Pflegegrad 2 bis zu 474,00 €,
- in Pflegegrad 3 bis zu 817,50 €,
- in Pflegegrad 4 bis zu 1.092,00 €,
- in Pflegegrad 5 bis zu 1.351,50 €.

Darüber hinaus können zusätzliche Aufwendungen berücksichtigt werden, wenn die Ausübung der Verhinderungspflege beim pflegenden Angehörigen einen Verdienstaufschlag oder Fahrtkosten verursacht. Der beihilfefähige Betrag erhöht sich in diesen Fällen auf den jährlichen Höchstbetrag für Verhinderungspflege (entsprechend § 39 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Elftes Buch – SGB XI). Dieser beträgt 1.612 €, er kann auf maximal 2.418 € erhöht werden, wenn zustehende Leistungen der Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft und auf die Verhinderungspflege übertragen werden.

Fahrtkosten werden in angemessenem Umfang berücksichtigt. Wird ein öffentliches Beförderungsmittel genutzt, sind die Kosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die ggf. erforderliche Gepäckbeförderung beihilfefähig. Bei der Nutzung eines privaten PKW sind die Kosten in Höhe von 0,25 € je Kilometer beihilfefähig.

4.4 Entlastungsbetrag bei häuslicher Pflege (§ 45b SGB XI)

Der Entlastungsbetrag von bis zu **125 €** monatlich ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Maßnahmen einzusetzen. Dazu zählt die Inanspruchnahme von Leistungen

- der Tages- und Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen,
- der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Sollten die Leistungen in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft werden, kann der nicht verbrauchte Betrag wie bisher in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Den Entlastungsbetrag können alle Personen in häuslicher Pflege geltend machen.

4.5 Leistungen bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Anspruchsberechtigt sind die **Pflegegrade 2 bis 5**.

Die Aufwendungen für eine stationäre Kurzzeitpflege sind bis zu 1.612 € jährlich beihilfefähig. Ein nicht verbrauchter Leistungsbetrag für Verhinderungspflege kann für eine Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Wenn noch keine Leistungen für Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurden, stehen somit weitere 1.612 € für eine Kurzzeitpflege zur Verfügung, somit insgesamt maximal 3.224 € jährlich.

Pflegegeld wird während einer Unterbringung in der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt, jedoch max. bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

Personen mit Pflegegrad 1 können sich Kosten der Kurzzeitpflege über die Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) **bis zu 125 € monatlich** erstatten lassen, soweit das Budget hierfür ausreicht.

4.6 Vollstationäre Pflege

Bei längerfristiger Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sind zum einen die pflegebedingten Aufwendungen, zum anderen die Aufwendungen für die Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) beihilfefähig. Die Pflegekassen bezuschussen die pflegebedingten Aufwendungen bis zu den festgelegten Stufenbeträgen nach § 43 Abs. 2 SGB XI, diese betragen ab 01.01.2017 monatlich

in Pflegegrad 2	770 €,
in Pflegegrad 3	1.262 €,
in Pflegegrad 4	1.775 €,
in Pflegegrad 5	2.005 €.

Die Beihilfe wird entsprechend dem jeweiligen individuellen Beihilfebemessungssatz (50, 70 oder 80 %) berechnet. Für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung, die grundsätzlich Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 % Soweit die beihilfefähigen Aufwendungen die jeweiligen o. g. Höchstbeträge übersteigen, ist dann der persönliche Beihilfebemessungssatz anzuwenden.

5. Was ändert sich für Pflegepersonen?

Wer nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung pflegt, hat unter bestimmten Voraussetzungen (§ 44 SGB XI) Anspruch darauf, dass die Pflegeversicherung und anteilig die Beihilfestelle Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abführen. Dabei muss mindestens der Pflegegrad 2 bestehen. Die Pflgetätigkeit muss mindestens zehn Stunden in der Woche umfassen, verteilt auf mindestens zwei Tage. Daneben darf die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sein.

Zusätzlich werden (seit 01.01.2017) auch Beiträge an die Arbeitslosenversicherung gezahlt, wenn für die Pflegeperson vor der Pflgetätigkeit eine entsprechende Versicherungspflicht bestand oder wenn sie Anspruch auf eine laufende Ersatzleistung hatte. Dadurch hat die Pflegeperson nach Ende ihrer Pflgetätigkeit Anspruch auf Arbeitslosengeld bzw. Leistungen der Arbeitsförderung.

Weitere Infos, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter, finden Sie unter www.kvbw.de. Abonnieren Sie unseren kostenlosen elektronischen Newsletter und Sie erhalten frühzeitig aktuelle Informationen rund um das Thema Beihilfe.

Sie können sich mit Ihren Fragen auch gerne telefonisch an uns wenden. Damit Sie Ihre gewünschten Informationen zielgenau erhalten, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Sachbearbeiter oder an eine der folgenden Servicrufnummern: Aktive Anspruchsberechtigte, für die der KVBW in Karlsruhe zuständig ist, wählen bitte die 0721 5985-6725, Versorgungsempfänger aus dem Geschäftsbereich Karlsruhe die 0721 5985-6726. Aktive Anspruchsberechtigte, die von der Zweigstelle Stuttgart betreut werden, wählen bitte die 0711 2583-6728. Versorgungsempfänger aus dem Geschäftsbereich Stuttgart wählen bitte die 0711 2583-6729. Beihilfeberechtigte mit einem tarifrechtlichen Anspruch und Personen mit allgemeinen Anfragen wählen bitte die 0721 5985-6727.