

Pflegeversicherung

Herzlich Willkommen

Sven Kaufmann

Pflegedienstleitung (DKG)

Klinik für Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klinik für Neurologie

am Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Klingenmünster

Qualifikationen:

Staatliche gepr. Krankenpfleger

Staatlich gepr. Leitung von Stationen und Bereichen

Case Management

Pflegeberater

Qualitätsmanagement im Sozialwesen

Heimleitung

Pflegeversicherung

Das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) definiert die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen wahrgenommen

Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen

Ziel der Pflegeversicherung

Unterstützung der häuslichen Pflege

Förderung der Pflegebereitschaft von Angehörigen und
Nachbarn

Möglichkeit für den Betroffenen in der häuslichen
Umgebung verbleiben zu können.

Leistungen der Pflegeversicherung

1. Geldleistungen

2. Sach- und Dienstleistungen

(können nur durch Vertragspartner der Pflegekassen in Anspruch genommen werden für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung des Betroffenen).

Pflegestufen:

Die Höhe einiger Leistungen ist nach Pflegestufen gestaffelt.

Pflegestufe I : erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe II : Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegestufe III : Schwerstpflegebedürftigkeit

Welche Leistungen ? I

Pflegesachleistungen:

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegepersonen

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Pflegehilfsmittel und technische Hilfe

Finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Welche Leistungen? II

Tages- und Nachtpflege

Kurzzeitpflege

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen

Welche Leistungen? III

Leistungen zur sozialen Sicherung selbstbeschaffter
Pflegepersonen.

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche
Pflegepersonen

Leistungen bei erheblich eingeschränkter
Alltagskompetenz

Pflegesätze:

Ambulant:

Pflegestufe 0: 120.-€ bzw. 225.-€ monatlich

Pflegestufe I: bis 665.-€ monatlich

Pflegestufe II: bis 1.250.-€ monatlich

Pflegestufe III: bis 1.550.-€ monatlich

Pflegegeld:

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt

Stufe 0: 120 .-€ monatlich

Stufe I: 235 .-€ monatlich

+ Demenz 305 .-€ monatlich

Stufe II 440 .-€ monatlich

+ Demenz 525 .-€ monatlich

Stufe III: 700 .-€ monatlich

Häusliche Pflege:

Bei Verhinderung der Pflegeperson:

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Leistungen in Höhe von 50% der Pflegestufe I. Das sind 225.-€ monatlich für Pflegesachleistungen.

In den Pflegestufen I und II werden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz um ein Drittel der Leistungen zur nächst höheren Pflegestufe hin erhöht.

Statt 450.-€ sind das künftig 665.-€ an Pflegesachleistungen in Pflegestufe I und 1.250.-€ statt 1.110.-€ an Pflegesachleistungen in Pflegestufe II.

Kombinationsleistung:

Nimmt der Angehörige die ihm zustehenden Pflegesachleistung durch den Pflegedienst nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld.

Pflegehilfsmittel

Technische Hilfsmittel:

Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht:

Zu Erleichterung der Pflege

Zur Linderung der Beschwerden

Zur Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung

Der Medizinische Dienst (MDK) überprüft die
Notwendigkeit

Pflegehilfsmittel

Technische Hilfsmittel:

Leistungsumfang:

Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, werden bis zu einem Höchstbetrag von 31.-€ im Monat übernommen.

Die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln umfasst auch die Anpassung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung.

Hilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Bei Ablehnung der leihweise Überlassung tragen die Versicherten die Kosten in voller Höhe

Tages- und Nachtpflege:

Anspruch besteht, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichenden Umfang sichergestellt werden kann.

Der Leistungsanspruch umfasst die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung.

Kurzzeitpflege:

Anspruch auf bis zu längstens 4 Wochen im Jahr.

Höchstbetrag von 1.550.-€ unter Berücksichtigung der jeweils festgestellten Pflegestufe

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind vom Versicherten zu zahlen.

Ergänzende Leistungen:

Für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf:

Zusätzliche Betreuungsleistungen können Pflegebedürftige erhalten, die zu Hause gepflegt werden und bei denen neben dem Hilfsbedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Betreuung und Aufsicht besteht.

Bis zu 2.400.-€ jährlich.

Sonstige Leistungen

Soziale Sicherung der Pflegeperson und Pflegezeit

Pflegende die nicht erwerbsmäßig pflegen, sind während der Pflegezeit in die Unfall- und Rentenversicherung miteinbezogen

Außerdem erhalten sie Leistungen aus der Wiedereingliederungshilfe

Pflegende Angehörige können Steuerfreibeträge geltend machen

Sonstige Leistungen

Das Pflegezeitgesetz ist ein dem SGB XI angegliedertes, eigenständiges Gesetz

10 Tage Freistellung von der Arbeit ohne Anspruch auf Bezüge

6 Monate Freistellung ohne Anspruch auf Bezüge – Zuschüsse zur Kranken und Pflegeversicherung

Pflegebedürftige und Menschen
mit Demenz sind die Gewinner!

Die Pflegereform –
was ändert sich:

Hintergrund

Die Änderungen in der Pflegeversicherung beruhen auf dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG).

Dieses ist in weiten Teilen am 30. Oktober 2012 in Kraft getreten. Die Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz und weitere Regelungen traten am 1. Januar 2013 in Kraft.

**Menschen mit Demenz erhalten
seit dem 1. Januar 2013 mehr
Leistungen von der
Pflegeversicherung.**

Voraussetzung: Eine eingeschränkte Alltagskompetenz wurde festgestellt (gem. § 45 a SGB XI).

a) Sachleistungen

Menschen mit Demenz erhalten seit 1. Januar 2013 **bis zu 225 Euro mehr an Sachleistungen** als vorher aus der Pflegeversicherung. Diese erhöhten Beträge gibt es bei ambulanter Pflege in den Pflegestufen 0, 1 und 2. In der Pflegestufe 3 bleiben die Beträge unverändert.

Tipp: Personen mit Demenz/Alzheimer sollten einen Antrag bei ihrer Pflegekasse stellen. Sie sollten Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf beantragen.

Rechtsgrundlage: §123 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

Pflege- stufe	Bisherige Sachleistungen nach § 36 SGB XI 01.01.2012 bis zu	Neue Sachleistungen nach § 36 SGB XI in Verbindung mit § 123 SGB XI für Personen nach § 45a SGB XI bis zu	Erhöhung in Euro - NEU -	Bisherige Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (die es weiterhin gibt)
Pflege- stufe 0	0 €	225 €	+ 225 €	Grundbetrag 100 €
				Erhöhter Betrag 200 €
Pflege- stufe 1	450 €	665 €	+ 215 €	Grundbetrag 100 €
				Erhöhter Betrag 200 €
Pflege- stufe 2	1.100 €	1.250 €	+ 150 €	Grundbetrag 100 €
				Erhöhter Betrag 200 €
Pflege- stufe 3	1.550 €	-	-	Grundbetrag 100 €
				Erhöhter Betrag 200 €

b) Geldleistungen

Wer dementiell erkrankt ist, erhält seit 1. Januar 2013 **bis zu 120 Euro mehr, wenn er Geldleistungen** in Anspruch nimmt. Diese erhöhten Beträge gibt es in den Pflegestufen 0, 1 und 2. In der Pflegestufe 3 bleiben die Beträge unverändert.

Rechtsgrundlage: §123 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

b) Geldleistungen

Pflegestufe	Pflegegeld § 37 SGB XI i.V.m. § 123 SGB XI für Personen, die nach § 45a SGB XI eingestuft sind	
	alt	neu
Pflegestufe 0	0 €	120 €
Pflegestufe 1	235 €	305 €
Pflegestufe 2	440 €	525 €
Pflegestufe 3	700 €	700 €

c) **Kombinationsleistungen**

Bei Kombinationsleistungen (Sachleistungen und Geldleistungen anteilig) werden ebenfalls die **erhöhten Beträge** zugrunde gelegt (Ausnahme: Pflegestufe 3).

Rechtsgrundlage: §123 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

c) Kombinationsleistungen

Pflege- stufe	Pflegegeld § 37 SGB XI i.V.m. Übergangszuschlag für § 45a SGB XI, § 123 SGB XI		Pflegesachleistung § 36 SGB XI i.V.m. Übergangszuschlag § 45a SGB XI, § 123 SGB XI bis zu	
	alt	neu	alt	neu
Pflege- stufe 0	0 €	120 €	0 €	225 €
Pflege- stufe 1	235 €	305 €	450 €	665 €
Pflege- stufe 2	440 €	525 €	1.100 €	1.250 €
Pflege- stufe 3	700 €	700 €	1.550 €	1.550 €

d) Weitere Leistungen

Menschen mit Demenz können künftig auch **Pflegehilfsmittel, Leistungen der Verhinderungspflege, der Pflegeberatung und Leistungen für den Umbau der Wohnung** in Anspruch nehmen, wenn sie nur der Pflegestufe 0 zugeordnet sind.

d) Weitere Leistungen

Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. Demenz) können seit 2013 **Verhinderungspflege** (§39 SGB XI), **Pflegehilfsmittel** und **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** (§ 40 SGB XI) in vollem Umfang in Anspruch nehmen. Dies gilt wie bisher auch für die **Pflegeberatung** (§ 7a SGB XI), für **Pflegekurse** (§ 45 SGB XI) und zusätzliche **Betreuungsleistungen** (§ 45 b SGB XI).

Rechtsgrundlage: § 123 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

**Ambulante neue Wohnformen
wie Wohngemeinschaften werden
besonders gefördert.**

**Pflegebedürftige erhalten dort
zusätzliche Leistungen.**

Zuschlag von 200 Euro pro Monat

Wenn mindestens drei pflegebedürftige Menschen, die Sachleistungen, Geldleistungen oder Kombinationsleistungen der Pflegeversicherungen beziehen, zum Zweck der gemeinsamen Bewältigung ihrer Pflegebedürftigkeit zusammen in einer ambulant versorgten Wohngemeinschaft leben, hat jede dieser Personen Anspruch auf **zusätzlich 200 Euro pro Monat**. Voraussetzungen sind, dass:

- in der Wohngruppe eine Pflegekraft, z. B. des Pflegedienstes, tätig ist. Die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen bei der Wahl des Pflegedienstes ist zu gewährleisten;

- die Wohngemeinschaft nach dem Landesheimgesetz kein Heim ist;
- die 200 € zweckgebunden für die Sicherstellung der Versorgung eingesetzt werden (weitergehende Nachweise gegenüber den Pflegekassen sind nicht erforderlich).

Der Anspruch auf den Geldbetrag besteht gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen.

Rechtsgrundlage: § 38 a SGB XI

Gültig seit: sofort

Der Umbau von Wohnungen, in denen ambulant betreute Wohngemeinschaften leben bzw. wohnen wollen, wird besonders gefördert.

Die Anschubfinanzierung wird den Gründern zur altersgerechten oder barrierefreien Umgestaltung einer gemeinsamen Wohnung, die eine Wohngemeinschaft nutzt, gewährt.

Voraussetzung: Anspruch nach § 38 a SGB XI

Pflegebedürftige, die an der Gründung einer ambulanten Wohngruppe beteiligt sind, erhalten einen **einmaligen Betrag von bis zu 2.500 Euro**. Pro Wohngruppe werden maximal 10.000 Euro gewährt, die bei mehr als vier Bewohnern anteilig von den jeweiligen Pflegekassen übernommen werden. Die Auszahlung erfolgt auf Nachweis durch die Pflegekasse. Die Gesamtförderung ist auf eine Summe von 30 Millionen Euro begrenzt (d.h. maximal können 3.000 Wohngruppen mit je 4 Bewohnern gefördert werden.), sie endet in jedem Fall spätestens am 31. Dezember 2015. Die Pflegekassen zahlen die Beträge aus, sobald ihnen die Gründung der Wohngemeinschaft nachgewiesen wurde.

Rechtsgrundlage: § 45 e SGB XI

Gültig ab: sofort

Wer seine Wohnung aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit umbaut, bekommt dafür einen Zuschuss von seiner Pflegekasse. Bisher gab es hierfür eine Einkommensprüfung, die nun entfällt.

Durch Pflegebedürftigkeit kann die Nutzung der eigenen Wohnung eingeschränkt sein. Unter Umständen muss ein Treppenlift eingebaut werden, eine ebenerdige Dusche oder eine Verbreiterung von Türen veranlasst werden.

Für diese Umbaumaßnahmen gibt es eine finanzielle Unterstützung der Pflegeversicherung. Das heißt im Gesetz „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“.

Die Pflegekasse zahlt auf Antrag pro Pflegebedürftigen und Maßnahme **2.557 Euro**. **Die bisherige Einkommensprüfung dafür entfällt ab sofort**. Neu ist auch Folgendes: Wenn mehrere Pflegebedürftige von einer Maßnahme profitieren, können die Zuschüsse bis auf maximal 10.228 € aufaddiert werden.

Achtung: Die 2.557 Euro gibt es auch für Bewohner einer Wohngemeinschaft zusätzlich neben der Anschubfinanzierung von 2500 € (siehe oben § 45 e SGB XI).

Rechtsgrundlage: § 40 SGB XI

Gültig seit: sofort

**Die Pflegeberatung und die
Begutachtung werden verbessert.**

a) Beratungsgutschein

Wenn ein Antrag auf erstmalige Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt wird, muss die Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen entweder einen **Beratungstermin** anbieten **oder** einen **Beratungsgutschein** für eine Beratungsstelle ausstellen. Wichtig: Wenn es Pflegebedürftige oder ggf. Angehörige wünschen, muss die Beratung in deren Häuslichkeit erfolgen.

Rechtsgrundlage: §7 b SGB XI

Gültig seit: sofort; Umsetzung über Beratungsgutscheine wird ggf. noch dauern, da erst noch Verträge zwischen Kassen und Beratungsstellen bzw. Beratern abgeschlossen werden müssen.

b) Unabhängige Gutachter

Für die Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, sind zukünftig nicht mehr nur die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zuständig. Auch unabhängige Gutachter übernehmen künftig die Einstufung. Die Pflegekasse muss dem Antragsteller **drei Gutachter zur Auswahl** benennen, spätestens wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist oder ein unabhängiger Gutachter die Begutachtung vornehmen soll. Der Versicherte muss sich dann innerhalb einer Woche zwischen den drei ihm zur Auswahl vorgelegten Gutachtern entscheiden, ansonsten benennt die Pflegekasse einen Gutachter aus der Auswahlliste.

Rechtsgrundlage: §18 Abs. 3 a SGB XI

Gültig seit: 1. Juni 2013

c) 70 Euro pro Woche für den Versicherten bei verspäteter Begutachtung

In der Vergangenheit hat es oft sehr lange gedauert, bis eine Pflegekasse einen Gutachter zur Einstufung in die Pflegeversicherung geschickt hat.

Neu: Wenn die Pflegekasse nicht innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von max. fünf Wochen (bei bestimmten Voraussetzungen verkürzt sich die Frist auf eine Woche, vergl. §18 Abs. 3 SGB XI) dem Antragsteller einen schriftlichen Bescheid gesendet hat, erhält dieser 70 Euro pro angefangener Woche von der Pflegekasse als Verzugszahlung.

c) 70 Euro pro Woche für den Versicherten bei verspäteter Begutachtung

Das gilt nicht, wenn der Verzug nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist und in der Regel auch nicht, wenn der Antragsteller stationäre Pflege erhält.

Rechtsgrundlage: §18 Abs. 3 b SGB XI

Gültig seit: sofort

d) Anspruch auf Erhalt des Gutachtens gestärkt

Bisher war es teils sehr schwierig, das Ergebnis des Gutachters (MDK) auch zu überprüfen.

Der Antragsteller hat jetzt einen **ausdrücklichen Rechtsanspruch**, dass er das **Ergebnis der Begutachtung** (Gutachten), das der Gutachter an die Pflegekasse schickt, auch selbst erhält. Das Gutachten wird automatisch zugesendet, wenn der Antragsteller dieses bei der Begutachtung deutlich zum Ausdruck bringt oder es zu einem späteren Zeitpunkt einfordert.

Rechtsgrundlagen:§18 und§18 a SGB XI

Gültig seit: sofort

**Zukünftig sind Leistungen der häuslichen
Betreuung im Rahmen der
Pflegeversicherung für alle
Pflegebedürftigen möglich.**

Seit 2013 sieht das Gesetz Betreuungsleistungen für alle Pflegebedürftigen vor.

Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sollen aber sichergestellt sein. Zur häuslichen Betreuung zählen z. B. die Begleitung bei Spaziergängen oder dem Einkaufen, die Beaufsichtigung, Vorlesen, die Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags. Häusliche Betreuung darf auch durch mehrere Pflegebedürftige gemeinschaftlich in Anspruch genommen werden.

Der **Pflegebedürftige entscheidet** – im Rahmen der mit den Pflegekassen und den Pflegediensten vereinbarten Leistungen – **ob er Grundpflege, Hauswirtschaft oder Betreuungsleistungen wählt** und wie er diese bei Bedarf kombiniert. Für diese Entscheidung stehen die jeweiligen Sachleistungsbeträge der Pflegestufe des Pflegebedürftigen zur Verfügung.

Erst wenn die Pflegekassen mit den Pflegediensten Verträge abgeschlossen haben, können die Pflegebedürftigen die Betreuungsleistung in Anspruch nehmen. Verantwortlich für die Sicherstellung der Leistung ist die jeweilige Pflegekasse.

Das Pflegegeld wird künftig für vier Wochen zur Hälfte weitergezahlt, auch wenn der Pflegebedürftige Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch nimmt.

Wenn pflegende Angehörige sich von der Pflege erholen wollen, kann der Pflegebedürftige beispielsweise in einer **Kurzzeitpflegeeinrichtung** versorgt werden oder ein ambulanter Pflegedienst übernimmt die Versorgung zu Hause (sog. **Verhinderungspflege**). Bisher wurde in solchen Fällen das Pflegegeld oft weitgehend gekürzt, weil die Pflege nicht mehr selber sichergestellt wurde. Das ändert sich jetzt. Auch wenn der Pflegebedürftige in die Kurzzeitpflege geht oder er im Rahmen der Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wird, erhält der Pflegebedürftige **für vier Wochen 50 % des Pflegegeldes**.

Das gilt auch bei der Kombinationsleistung. Erhält der Pflegebedürftige nur **stundenweise** am Tag **Verhinderungspflege**, z. B. weil die ihn versorgende Ehefrau einen Arzttermin hat und der Pflegedienst in dieser Zeit die Pflege übernimmt, dann bleibt es dabei, dass immer das volle Pflegegeld weiter gezahlt wird.

Rechtsgrundlagen:§37 und§38 SGB XI

Gültig seit: ab sofort

1.) Vergütung auch nach Zeitaufwand möglich

Der Gesetzgeber hat festgeschrieben, dass ab 2013 in der ambulanten Pflege eine Vergütung nicht nur wie bisher nach Leistungskomplexen, sondern auch nach Zeitaufwand in Form einer **Stundenvergütung** angeboten werden muss. Der Pflegebedürftige entscheidet zukünftig im Rahmen der Sachleistungsansprüche seiner Pflegestufe, ob er die **Leistung nach Stunden oder den Pauschalen** (Leistungskomplexen) in Anspruch nehmen will. Die Aufklärung und Entscheidung des Pflegebedürftigen wird im Pflegevertrag festgelegt und vereinbart. An diese Entscheidung ist der Pflegebedürftige gebunden.

Weitere Regelungen

1.) Vergütung auch nach Zeitaufwand möglich

Die Stundenvergütung kann der Pflegebedürftige in Anspruch nehmen, sobald die Pflegekassen mit den Pflegediensten die nötigen Verträge abgeschlossen haben. Verantwortlich für die Bereitstellung der Stundenvergütung ist die jeweilige Pflegekasse.

Rechtsgrundlagen: § 89 und § 120 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

Weitere Regelungen

2.) Der Pflegevertrag muss angepasst werden.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz legt fest, dass der Pflegevertrag, der zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen geschlossen wird, neu ausgestaltet werden muss. Dort soll zukünftig die **Auswahl zwischen den Leistungen nach Leistungskomplexen oder Stunden** durch den Pflegebedürftigen dokumentiert werden und auch die Kündigungsregelungen müssen angepasst werden. Der neue Pflegevertrag wird rechtzeitig zum Beginn des neuen Jahres vorliegen, und der Pflegedienst wird diesen dann allen Kunden zur Verfügung stellen und erläutern. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind oder Fragen haben, sprechen Sie uns bitte jederzeit an.

Rechtsgrundlage: §120 SGB XI

Weitere Regelungen

3.) Eine private Pflege-Zusatzversicherung wird eingeführt.

Ab 2013 fördert der Staat eine zusätzliche Versicherung zur Absicherung der Pflegebedürftigkeit. Wer eine entsprechende Versicherung abschließt und monatlich mindestens 10 Euro an Beitrag zahlt, erhält **5 Euro erstattet**.

Rechtsgrundlagen: § 126 bis § 130 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

Weitere Regelungen

4.) Anstieg des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung

Die Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung werden finanziert durch eine Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung. Der Beitrag steigt allerdings nur um **0,1 %**. Dieses stellt daher keine zukunftssichere Finanzierung dar.

Rechtsgrundlage: §55 SGB XI

Gültig seit: 01.01.2013

Beitragssätze 2014 Pflegeversicherung:

Allgemeiner Beitragssatz: 2,05%

Arbeitnehmer: 1,025%

Arbeitgeber: 1,025%

Beitragszuschlag für Kinderlose: 0,25%

Besonderheit in Sachsen:

Arbeitnehmer: 1,525%

Arbeitgeber: 0,525%

Tagespflege

Zusätzlich zur ambulanten Pflege kann auch die Tagespflege in Anspruch genommen werden. Hierfür steht ein Betrag bis zur Hälfte der ambulanten Sachleistung zur Verfügung. Neu ist, dass Pflegebedürftige mit Demenz auch in der Tagespflege von zusätzlichen Betreuungskräften versorgt werden können. Bisher waren diese Betreuungskräfte nur in der stationären Pflege möglich.

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!