

Pflegestärkungsgesetz II

§ 14 SGB XI - Begriff der Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird völlig neu definiert. Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden sechs Bereichen:

1. **Mobilität**
(z.B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen etc.)
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
(z.B. z.B. örtliche und zeitliche Orientierung etc.)
3. **Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen**
(z.B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)
4. **Selbstversorgung**
(z.B. Körperpflege, Ernährung etc. (hierunter wurde bisher die "Grundpflege" verstanden))
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
(z.B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung)
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
(z.B. Gestaltung des Tagesablaufs)

Dabei spielen die bisherigen Zeitorientierungswerte keine Rolle mehr. Vielmehr geht es in der Regel um die Frage, ob die erforderliche Fähigkeit noch vorhanden ist und ob damit verbundene Tätigkeiten selbständig, teilweise selbständig oder nur unselbständig ausgeübt werden können.z.B.

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
Körperpflege im Bereich des Kopfes	0	1	2	3

		Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			
	Entfällt	Selbständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Medikation			3		
Injektionen	X				

§ 15 SGB XI - Pflegegrad

Zur Ermittlung eines Pflegegrades werden die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul addiert und - unterschiedlich gewichtet - in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. Diese Gesamtpunkte ergeben die Zuordnung zum maßgeblichen Pflegegrad.

Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband der Pflegekassen hat in seinen Richtlinien festgelegt, dass diese besondere Bedarfskonstellation bei Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine besteht. Dies umfasst nicht zwingend die Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine, die durch Lähmungen aller Extremitäten hervorgerufen werden kann. Ein vollständiger Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion ist vielmehr unabhängig von der Ursache zu bewerten. Dies kann z. B. auch bei Menschen im Wachkoma vorkommen. Eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine liegt auch vor, wenn eine minimale Restbeweglichkeit der Arme noch vorhanden ist, z. B. die Person mit dem Ellenbogen noch den Joystick eines Rollstuhls bedienen kann, oder nur noch unkontrollierbare Greifreflexe bestehen.

Bei **pflegebedürftigen Kindern** wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensmonats werden lediglich die Module 3, 4 und 5 gewertet. Die zuvor beschriebene "besondere Bedarfskonstellation" gilt auch für Kinder.

Hier gibt es im Internet Pflegegradrechner, die den PG ermitteln.
z.B. <https://www.smart-rechner.de/pflegegrade/rechner.php>

Info: Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuche, als PDF unter www.mds-ev.de

§ 140 SGB XI - Überleitung von bestehenden Pflegestufen in die künftigen Pflegegrade

Versicherte

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist, und
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen, werden ohne erneute Antragstellung und **ohne erneute Begutachtung** mit Wirkung zum 1. Januar 2017 einem Pflegegrad zugeordnet. Dabei gelten die folgenden Zuordnungsregelungen:

Von	Nach
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III / Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 5

www.kv-media.de

Es besteht für übergeleitete Pflegebedürftige ein Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei **häuslicher Pflege** (§ 141 SGB XI). Ein solcher Bestandsschutz kommt jedoch in der Regel nicht zur Anwendung, da in fast allen Bestandsfällen ab 2017 höhere Leistungen beansprucht werden können

Bei Aufenthalt in einer **vollstationären Pflegeeinrichtung** soll es in den Bestandsfällen durch die Zuordnung in eine ggf. höhere Pflegeklasse **nicht zu einem Anstieg des Eigenanteils** des Versicherten bzw. der Angehörigen kommen. Vielmehr wird die Pflegekasse in diesen Fällen einen Zuschlag zu den neuen Pflegeleistungen (vgl. Anmerkungen zur § 43 SGB XI) zahlen, um den ggf. ab 01.01.2017 bestehenden höheren Eigenanteil im Vergleich zum bisherigen Eigenanteil auszugleichen. Dieser Zuschlag ergibt sich aus der Differenz des bisherigen Eigenanteils zum ggf. höheren Eigenanteil und soll dauerhaft gezahlt werden. Künftige weitere Erhöhungen des Eigenanteils z.B. durch Erhöhung des Pflegesatzes gehen aber weiterhin zu Lasten des Versicherten.

Interessant ist auch, dass mit dem PSG II ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** eingeführt wird. Dies bewirkt, dass - unabhängig vom Pflegegrad - alle Pflegebedürftigen in der stationären Einrichtung einen einheitlichen Eigenanteil entrichten. Künftige Erhöhungen des Pflegegrades wirken sich dann nicht mehr auf die ggf. zu entrichtenden Eigenanteile aus, diese bleiben dann gleich. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil wird hierdurch quasi zum "Preisschild" für die Pflegeeinrichtung.

§ 28a SGB XI - Leistungen bei Pflegegrad 1

Dem Pflegegrad 1 dürfte ein Großteil der Antragsteller zugeordnete werden, denen bislang von der Pflegekasse eine vollständige Ablehnung erteilt wurde. Zurzeit geht man hier von ca. 500.000 neuen Pflegebedürftigen aus, die bislang keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Bei Pflegegrad 1 sind folgende Leistungen vorgesehen:

1. Pflegeberatung gemäß der §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und Absatz 5,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (bis zu 4.000 Euro!),
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.

Zudem gewährt die Pflegekasse den Entlastungsbetrag gemäß § 45b in Höhe von (dann neu:) 125 Euro monatlich. Dieser kann beim Pflegegrad 1 ausnahmsweise auch für die Sachleistung durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.

Bei vollstationärer Pflege wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro geleistet.

Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen sind beim Pflegegrad 1 nicht vorgesehen

§ 36 SGB XI - Pflegesachleistung

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.:

Pflegegrad 2 = 689 EUR
Pflegegrad 3 = 1.298 EUR
Pflegegrad 4 = 1.612 EUR
Pflegegrad 5 = 1.995 EUR

§ 37 SGB XI - Pflegegeld

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.

Pflegegrad 2 = 316 EUR

Pflegegrad 3 = 545 EUR

Pflegegrad 4 = 728 EUR

Pflegegrad 5 = 901 EUR

§ 38a SGB XI - ambulant betreute Wohngruppen

Die monatliche Pauschale steigt auf 214 Euro.

Eine Sonderregelung gilt künftig für den gleichzeitigen Bezug der Tagespflege. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können danach neben den Leistungen der ambulant betreuten Wohngruppen nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann

§ 39 SGB XI - Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2. Pflegegeld wird für bis zu 6 Wochen hälftig weitergezahlt. Der Anspruch beträgt weiterhin 1.612 EUR im Kalenderjahr für maximal 42 Kalendertage. Auch ist weiterhin ein Übertrag der halben Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege möglich.

§ 41 SGB XI - Tages- und Nachtpflege

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.

Pflegegrad 2 = 689 EUR

Pflegegrad 3 = 1.298 EUR

Pflegegrad 4 = 1.612 EUR

Pflegegrad 5 = 1.995 EUR

Die Tages- und Nachtpflege kann auch in 2017 weiterhin neben dem ungekürzten Pflegegeld beansprucht werden. Personen mit Pflegegrad 1 können sich Kosten der Tages- und Nachtpflege über den Anspruch auf Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) erstatten lassen, soweit das Budget hierfür ausreicht

§ 42 SGB XI - Kurzzeitpflege

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungszeitraum wird nunmehr eindeutig auf 8 Wochen festgesetzt. Die Leistungshöhe verbleibt bei 1.612 EUR, wobei die Aufstockung um die Mittel der Verhinderungspflege weiterhin möglich ist. Pflegegeld wird für bis zu 8 Wochen hälftig weitergezahlt.

Personen mit Pflegegrad 1 können sich Kosten der Kurzzeitpflege über den Anspruch auf Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) erstatten lassen, soweit das Budget hierfür ausreicht

§ 43 SGB XI - Vollstationäre Pflege

Pflegegrad 2 = 770 EUR

Pflegegrad 3 = 1.262 EUR

Pflegegrad 4 = 1.775 EUR

Pflegegrad 5 = 2.005 EUR

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

NEU: Der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) für pflegebedingte Aufwendungen

Ab 2017 zahlen alle Heimbewohner der Pflegegrade 2 bis 5 einen gleichen Eigenanteil innerhalb eines Heimes. Hierdurch wird verhindert, dass eine Höherstufung zu höheren Restkosten für die Versicherten in Pflegeheimen führt. Gleichzeitig schafft dies auch Planungssicherheit für die Versicherten.

Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil wird zum 01.01.2017 entweder durch Vertragsverhandlungen oder - sofern diese nicht bis zum 30.09.2016 abgeschlossen wurden - per gesetzlicher Formel festgelegt. Dies führt dazu, dass sich der Eigenanteil z.B. in der heutigen Pflegestufe I ab 2017 voraussichtlich erhöhen wird, da der EEE ja den Durchschnitt aller Eigenanteile abbildet und daher wohl höher liegen wird als der heutige Eigenanteil für Pflegstufe I.

Diese zu erwartende Erhöhung soll im Rahmen der Übeleitung nicht zu Lasten der heutigen Heimbewohner gehen. Daher übernimmt die Pflegekasse etwaige Differenzen zwischen dem alten Eigenanteil und dem ab 2017 gültigen EEE. Ein solcher Ausgleich ist jedoch für Pflegebedürftige, die ab 2017 erstmalig in ein Pflegeheim aufgenommen werden, nicht geplant.

§ 43b SGB XI - Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben künftig einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber ihre Pflegekasse.

Der neue § 43b gilt für **alle** stationären Einrichtungen, also neben den vollstationären Einrichtungen auch für die teilstationären Einrichtungen. Er gilt ebenso für alle Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen, also auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Die Vorschrift zielt im Ergebnis darauf ab, **zusätzliches Personal für dieses Betreuungsangebot** in den Einrichtungen bereit zu stellen. Die Besonderheit der Leistung nach § 43b liegt demnach darin, dass sie von zusätzlichen Betreuungskräften unter vollständiger Finanzierung durch die Pflegeversicherung erbracht wird. Zusätzliche Kostenbelastungen anderer Kostenträger, insbesondere der Sozialhilfeträger, sind ausgeschlossen.

45a SGB XI - Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

Es bleibt überwiegend bei der schon seit 2015 gültigen Regelung.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können danach eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 % des Sachleistungshöchstbetrages nicht überschreiten.

Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung auf Antrag. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der Sachleistung.

Neu geregelt wurde, dass die Inanspruchnahme der Umwandlung **unabhängig vom Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen** nach § 45b SGB XI erfolgt. Der Versicherte kann künftig also entscheiden, aus welchem "Topf" er niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (**künftig: anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag**) finanzieren möchte. Bislang erfolgte die Finanzierung häufig zunächst aus den Mitteln nach § 45b Abs. 1 SGB XI (104 bzw. 208 EUR monatlich). Erst wenn dieser Betrag ausgeschöpft war, kam die Umwandlung des Sachleistungsanspruchs in Frage. Hier besteht künftig ein Wahlrecht bei der Inanspruchnahme.

§ 45b SGB XI - Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der genannten Leistungen im Übrigen Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden.

Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag wie bisher in das folgende **Kalenderhalbjahr** übertragen werden.

Pflegebedürftige, die bis zum 31.12.2016 den erhöhten Betrag von 208 Euro monatlich erhalten, werden in der Regel ab 2017 nur noch einen Betrag von monatlich 125 Euro erhalten (Ausnahme: anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III). Hintergrund hierfür ist, dass die Differenz von 83 Euro (208 - 125) sowohl mit dem dann höheren Pflegegeld als auch aus Mitteln der Sachleistung bzw. Tagespflege finanziert werden kann. Die Pflegebedürftigen haben daher keinerlei Einbußen.

§ 44 SGB XI - Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Beiträge zur Rentenversicherung werden gezahlt, wenn ein Pflegegrad 2-5 vorliegt und die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der MDK soll im Rahmen der Begutachtung feststellen, ob die Pflegeperson **eine oder mehrere** pflegebedürftige Personen **wenigstens zehn Stunden** wöchentlich, verteilt auf regelmäßig **mindestens zwei Tage** in der Woche pflegt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt.

Pflegten Personen am 31. Dezember 2016 regelmäßig mindestens 10 Stunden in der Woche verteilt auf mindestens zwei Tagen nicht erwerbsmäßig einen Versicherten **ohne Pflegestufe**, jedoch mit eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe 0), sind sie ab dem 1. Januar 2017 nach neuem Recht für diese Pflegetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Durch die Absenkung der erforderlichen wöchentlichen Mindestpflege von 14 Stunden auf künftig 10 Stunden, die Einbeziehung von Betreuungszeiten als Pflegezeiten, sowie durch die Einbeziehung der

bisherigen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 (künftig übergeleitet in den Pflegegrad 2) ist künftig von einer erheblichen Ausweitung der sozial abgesicherten Pflegepersonen auszugehen.

Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson Was ändert sich / was bleibt gleich		
Sachverhalt	2016	2017
Erforderliche Pfl egetätigkeit	Mindestens 14 Std. wöchentlich	Mindestens 10 Std. wöchentlich verteilt auf 2 Tage
Pflegeinhalt / anzurechnende Zeiten	Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	Die 6 Module der Begutachtung + hauswirtschaftliche Versorgung
Feststellung	Durch MDK auf Basis der festgestellten Minutenwerte + hauswirtschaftliche Versorgung	Durch MDK i.d.R. auf Basis der schlüssigen Angaben der Pflegepersonen
30-Stunden-Ausschluss bei Ausübung einer weiteren Erwerbstätigkeit	Ja	Ja
Addition mehrerer Pfl egetätigkeiten	Ja	Ja
Ausschluss der Versicherungspflicht z.B. bei Altersrente etc.	Ja	Ja

© www.kv-media.de

Überleitung bei Pflegepersonen in der Rentenversicherung

Die Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen richten sich ab 2017 danach, welche Leistung der Pflegebedürftige erhält und in welchem Pflegegrad er sich befindet.

RV-Beiträge für Pflegepersonen ab 2017 / § 166 SGB XI			
Pflegegrad	Bei Bezug von Pflegegeld	Bei Bezug von Kombi-Leistung	Bei Bezug von Sachleistung
5	100 %	85 %	70 %
4	70 %	59,5 %	49 %
3	43 %	36,55 %	30,1 %
2	27 %	22,95 %	18,9 %

% der monatlichen Bezugsgröße

Bei Mehrfachpflege sind die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend dem festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen.

© www.kv-media.de

Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen RV hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht, sofern nach neuem Recht keine günstigere Regelung gilt.

Der folgenden Übersicht können Sie entnehmen, in welchen Fällen ein Bestandsschutz für die Pflegeperson besteht.

Pflegepersonen mit Besitzstand - keine Mehrfachpflege - Rot = Besitzstand						
Pflegestufe 2016	Stunden	Ausgangswert	Pflegegrad 2017	Pflegegeld Ausgangswert	Kombi Ausgangswert	Sachleistung Ausgangswert
0	0	0	2	27 %	22,95 %	18,9 %
1 ohne AK	14	26,6667 %	2	27 %	22,95 %	18,9 %
1 mit AK	14	26,6667 %	3	43 %	36,55 %	30,1 %
2 ohne AK	14	35,5555 %	3	43 %	36,55 %	30,1 %
2 ohne AK	21	53,3333 %	3	43 %	36,55 %	30,1 %
2 mit AK	14	35,5555 %	4	70 %	59,5 %	49 %
2 mit AK	21	53,3333 %	4	70 %	59,5 %	49 %
3 ohne AK	14	40 %	4	70 %	59,5 %	49 %
3 ohne AK	21	60 %	4	70 %	59,5 %	49 %
3 ohne AK	28	80 %	4	70 %	59,5 %	49 %
3 mit AK oder Härtefall	14	40 %	5	100 %	85 %	70 %
3 mit AK oder Härtefall	21	60 %	5	100 %	85 %	70 %
3 mit AK oder Härtefall	28	80 %	5	100 %	85 %	70 %

©KV-media – www.kv-media.de

Der Bestandsschutz gilt aber nur, solange sich an der tatsächlichen Pflegesituation nichts ändert. Ändert sich z.B. die Leistung von Pflegegeld in Kombinationsleistung, erfolgt die Beitragszahlung künftig nach dem ab 2017 gültigen Recht.

NEU: Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson

Neu ist, dass Pflegepersonen ab 2017 nach den Vorschriften des SGB III in der **Arbeitslosenversicherung** versichert werden. Hierbei ist nach § 26 SGB III grundsätzlich erforderlich, dass unmittelbar vor der Pflgetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden haben muss oder eine Leistung nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) bezogen wurde. Diese Regelung greift nur, sofern nicht ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung - z.B. aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung etc. - besteht.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden aus 50 % der monatlichen Bezugsgröße berechnet. Dies entspricht im Jahre 2017 1.487,50 EUR mtl. und damit einem monatlichen Beitrag von 44,63 EUR.

Für Pflegepersonen besteht damit die Möglichkeit, nach dem Ende der Pflgetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

Gemäß § 15 SGB XI gelten die folgenden Berechnungsregeln für die Überführung des Summenwertes pro Modul in die jeweiligen gewichteten Punktwerte pro Modul:

Module Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
 und Gewichtung keine geringe erhebliche schwere schwerste

Mobilität (10 Prozent)	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 - 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0 – 1	2 – 5	6 - 10	11–16	17–33	Summe der Punkte im Modul 2
---	-------	-------	--------	-------	-------	-----------------------------

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Punkte im Modul 3
--	---	-------	-------	-------	--------	-----------------------------

Höchster Wert aus Modul 2 oder 3 (15 Prozent)	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für das Modul 2 oder Modul 3
---	---	------	-----	-------	----	--

Selbstversorgung (40 Prozent)	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Punkte im Modul 4(40 Prozent)
-------------------------------	-------	-------	--------	---------	---------	---

	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
--	---	----	----	----	----	------------------------------

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Punkte im Modul 5
--	---	---	-------	-------	--------	-----------------------------

	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
--	---	---	----	----	----	------------------------------

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Punkte im Modul 6
---	---	-------	-------	--------	---------	-----------------------------

	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
--	---	------	-----	-------	----	------------------------------

Aus der Zusammenführung aller gewichteten Punktwerte pro Modul ergibt sich der Gesamtpunktwert, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und auf dessen Grundlage sich der Pflegegrad ableitet. Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Module 2 und 3, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.