

Seit 1995 gibt es die Pflegeversicherung. Gesetzliche Grundlage ist das elfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI). Im Dezember 2021 waren in Deutschland 4,96 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Gesetzlich Krankenversicherte (§1 SGB XI) sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert; darunter auch die Berliner Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die sich gegen Beihilfe und private Krankenversicherung unwiderruflich entschieden haben.

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen der sozialen Pflegekasse zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen (§ 28 Absatz 2 SGB XI). Beihilfe erhalten diese Personen in entsprechend gleicher Höhe.

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) wahrgenommen (§ 4 SGB V). Die soziale Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, allerdings deckt sie das Risiko nicht vollumfänglich ab. Sie umfasst häusliche und stationäre Pflegeleistungen. Die Leistungen können in Form von Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Auch eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen ist möglich. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Pflegeversicherung ist die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit. Bevor Pflegebedürftige Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten, müssen sie den Grad ihrer Pflegebedürftigkeit feststellen lassen.

1. Pflegebedürftige § 14 SGB XI

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

2. Pflegeberatung §§ 7, 7a, 7b SGB XI

Wenn pflegebedürftige GKV-Versicherte einen Antrag auf einen Pflegegrad gestellt haben, haben Pflegebedürftige (und deren Angehörige) einen Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. In der Pflegeberatung werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen darüber aufgeklärt, welche Sozialleistungen und Unterstützungsangebote und Leistungsansprüche für den Pflegebedürftigen in Frage kommen.

3. Antragsverfahren (Feststellung der Pflegebedürftigkeit) § 7 SGB XI

GKV-Versicherte wenden sich telefonisch oder schriftlich an ihre Krankenkasse. Krankenkassen sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Pflegekassen sind den Krankenkassen angegliedert. Auf Antrag versendet die Krankenkasse dem Versicherten ein Antragsformular, das ausgefüllt der Pflegekasse zurückzusenden ist. Die Pflegekasse beauftragt daraufhin den Medizinischen Dienst (MD) Berlin-Brandenburg, ein Gutachten zu erstellen.

4. Begutachtungs-Richtlinien Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund § 17 SGB XI

Grundlage der Begutachtung sind die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien). Sie konkretisieren die allgemeinen Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes und legen das Begutachtungsverfahren fest, damit die Begutachtungen in ganz Deutschland nach einheitlichen Regeln durchgeführt werden

Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die Richtlinien regeln allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten. Geregelt wird ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen. Die Richtlinien werden regelmäßig überarbeitet. Insbesondere wurden mit dem PUEG die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in bestimmten Fällen regelhaft auch in Form eines strukturierten Telefoninterviews durchführen zu können.

Der Medizinische Dienst Bund hat am 29. September 2023 eine überarbeitete Fassung der Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erlassen. Diese wurde am 31. Oktober 2023 vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt und tritt am 18. November 2023 in Kraft. Die Richtlinien mussten überarbeitet werden, weil mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) die gesetzlichen Regelungen zum Verfahren der Pflegebegutachtung mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 neu geordnet und ergänzt wurden.

Insbesondere wurden mit dem PUEG die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in bestimmten Fällen regelhaft auch in Form eines strukturierten Telefoninterviews durchführen zu können.

Medizinischer Dienst Bund (KöR)

>>> Anschrift: Medizinischer Dienst Bund (KöR), Theodor-Althoff-Str. 47, 45133 Essen

>>> Richtlinien: <https://md-bund.de/themen/krankenhaus/archiv-begutachtungsleitfaden-md-qualitaetskontroll-richtlinie.html>

5. Medizinischer Dienst (MD) für GKV-Versicherte § 18 SGB XI

Nach § 278 des Fünften Sozialgesetzbuches besteht in jedem deutschen Bundesland ein Medizinischer Dienst (MD) als Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Für die Bundesländer Berlin und Brandenburg wurde am 1. Mai 2021 ein gemeinsamer Medizinischer Dienst (MD) mit Sitz in Potsdam errichtet. Für die Pflegebegutachtung in Berlin ist der MD Berlin-Brandenburg mit Sitz in Berlin-Charlottenburg zuständig. Der MD ist der unabhängige Beratungs- und Gutachterdienst, der die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen unterstützt. Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MD ist geregelt in § 18 SGB XI.

Der MD führt im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen Berlins und Brandenburgs sozialmedizinische und pflegfachliche Begutachtungen durch, die sich auf die Versorgung einzelner Versicherter beziehen. Der MD setzt sich mit dem Versicherten schriftlich oder telefonisch in Verbindung, um einen Termin für einen Hausbesuch zur Pflegebegutachtung zu vereinbaren.

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg (MD)

>>> Anschrift: Standort: Lise-Meitner-Straße 1, 10589 Berlin Charlottenburg

>>> Anschrift: Standort: Schlaatzweg 1, 14473 Potsdam

>>> Anschrift: Standort: Eisenbahnstraße 39/40, 15517 Fürstenwald

>>> Anschrift: Standort: Karl-Liebknecht-Straße 33, 03046 Cottbus

>>> Zentralruf: +49 30 202023-1000

>>> Servicetelefon: +49 30 202023-4000 (Montag bis Donnerstag: 8:00 – 16:00 Uhr,
Freitag, 8:00 – 15:00 Uhr)

>>> Internet: <https://www.md-bb.org/versicherte/pflege-begutachtung/>

6. Pflegebegutachtung

§ 18 ff. SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung stehen nur pflegebedürftigen Menschen zu. Pflegebedürftig gemäß dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind Personen, die auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Der Medizinische Dienst kündigt den Termin für die Begutachtung immer schriftlich an. Passt der angekündigte Termin nicht, sollte ein anderer vorgeschlagen werden. Für die Begutachtung kommen speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärzte des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg in die Wohnung. An der Pflegebegutachtung können auch Freunde oder Nachbarn teilnehmen, die pflegerisch bisher unterstützt haben. Eine nahestehende Person sollte aber bei der Begutachtung anwesend sein, um Fragen zu beantworten und weitere Informationen zum Pflegealltag zu geben.

Alle wichtigen medizinischen Dokumente zu der Erkrankung und den Vorerkrankungen sollten für die Begutachtung bereitgehalten werden.

Hierzu gehören

- ➔ Arztbriefe und Bescheinigungen,
- ➔ Medikamentenplan,
- ➔ Entlassungsberichte aus Krankenhaus,
- ➔ Reha-Berichte sowie weitere medizinische Dokumente,
- ➔ Auflistung der erhaltenen Therapien,
- ➔ Röntgenbilder, MRT-Befunde,
- ➔ Allergiepass,
- ➔ Diabetikerausweis,
- ➔ Schwerbehindertenausweis,
- ➔ Übersicht der Namen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Hausarzt- und Fachpraxen),
- ➔ Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel,
- ➔ Verträge mit Pflegediensten, Pflegedokumentation und sonstige Pflegedokumente,

MD-Gutachter und MD-Gutachterinnen prüfen mit einem Fragenkatalog anhand von sechs Modulen die einzelnen Lebensbereiche des Pflegebedürftigen. Die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigen nach dem SGB XI“ sind dafür die bundeseinheitliche Grundlage.

Die Module und Fragestellungen sind im Internet veröffentlicht. Bei der Begutachtung wird festgestellt, wie selbstständig oder unselbstständig der Alltag gestaltet werden kann und wie Hilfe benötigt wird; welche Hilfsmittel, rehabilitative oder vorbeugende Maßnahmen helfen könnten, möglichst wieder selbstständig den Alltag zu gestalten. Entsprechend der Selbstständigkeit wird jede Frage mit Punkten bewertet. Je selbstständiger eine Person ihr tägliches Leben noch bestreiten kann, umso weniger Punkte gibt es.

Nach den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) müssen im Gutachten folgende Angaben enthalten sein:

- vorliegende Fremdbefunde,
- pflegerelevante Vorgeschichte,
- Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- pflegebegründende Diagnose(n),
- Abschätzung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person in den Modulen 1 bis 6 dargestellt auf der Ebene der gewichteten Punkte,
- Zuordnung zu einem Pflegegrad; gegebenenfalls Feststellungen zum Pflegeaufwand der Pflegeperson.

Die Begutachtung findet im Interesse der pflegebedürftigen Person statt. Der Medizinische Dienst soll einen möglichst realistischen Einblick bekommen, damit er den Hilfebedarf korrekt einschätzen kann. Es ist nicht nötig, die Wohnung vorher zu putzen oder bestimmte Tätigkeiten oder Verhaltensweisen in der Wohnung zu üben.

Es ist wichtig, dass die Situation und der mögliche Hilfebedarf in der Wohnung realistisch aufgezeigt werden. Auch sollten mögliche Schwächen und der Unterstützungswunsch beschrieben werden, schließlich geht es bei der Begutachtung, den tatsächlichen Anspruch auf Hilfe und mögliche Leistungen zu ermitteln.

7. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

§ 15 SGB XI

Der Leistungsanspruch ergibt sich aus dem Pflegegrad, der anhand eines Punktesystems von sechs Lebensbereichen ermittelt wird. Für die jeweiligen Einzelkriterien werden Punkte vergeben und zusammengezählt.

Die Lebensbereiche (Module des Begutachtungsinstruments) werden entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag unterschiedlich gewichtet.

- 10 % Mobilität (Fortbewegung; Treppensteigen; Körperhaltung)
- 15 % Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (örtliche und zeitliche Orientierung; Entscheidungen treffen)
- 15 % Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Fremde Hilfestellung)
- 40% Selbstversorgung (Körperpflege; Essen; Trinken; Kleidung)
- 20% Bewältigung der krankheitsbedingten Anforderungen (Arztbesuche; Medikamente;)
- 15 % Gestaltung des Alltagslebens (Tagesablauf; Kontakte)

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der einzelnen Modulen berücksichtigt. Für die jeweiligen Einzelkriterien werden Punkte vergeben und zusammengezählt.

In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Aus dem Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet. Mit der Höhe des Pflegegrades erhöht sich der Leistungsanspruch. Nach den Gesamtpunkten erfolgt die Einordnung in einen Pflegegrad:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

8. Pflegegradbescheid der sozialen Pflegekasse

§ 18 Absatz 3 SGB XI

Der Medizinische Dienst (MD) fertigt die Ergebnisse der Begutachtung in einem Gutachten und sendet dieses Gutachten der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse. Die Pflegekasse erteilt den schriftlichen Bescheid nach § 31 SGB X über den Antrag hinsichtlich Pflegegrad und Leistungen innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags und fügt das Gutachten bei.

9. Fragen zum Pflegegutachten

Individuelle Fragen zum Pflegegutachten können mit den MD-Pflegegutachterinnen und MD-Pflegegutachtern über das Servicetelefon Pflegebegutachtung erörtert werden.

>>> Servicetelefon: +49 30 202023-4000 (Montag bis Donnerstag: 8:00 – 16:00 Uhr, Freitag, 8:00 – 15:00 Uhr)

Widerspruch gegen den Pflegegradbescheid

Innerhalb von einem Monat nach Erhalt des Bescheides (§ 31 SGB X) kann schriftlich, jedoch nicht per E-Mail, Widerspruch bei der Pflegekasse eingelegt werden. Fehlt im Bescheid ein Hinweis auf die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen, beträgt die Frist ein Jahr.

Im Widerspruchsverfahren überprüft die Pflegekasse die Entscheidung noch einmal und in der Regel wird ein Zweitgutachten vom MD erstellt. Die Pflegekasse muss innerhalb von drei Monaten antworten. Entweder erfolgt ein neues MD-Gutachten nach Aktenlage oder ein erneuter Besuch bei der pflegebedürftigen Person. Auch zu dem Folgetermin sollten wieder alle medizinischen Unterlagen bereitgehalten werden. Auf Basis der erneuten Überprüfung bzw. Gutachten wird ein Widerspruchsbescheid erstellt.

Wird der Widerspruch aufrechterhalten, entscheidet ein Widerspruchsausschuss aufgrund einer neuen Beurteilung, ob dem Widerspruch stattgegeben wird oder aus dem Widerspruch ein rechtsmittelfähiger Bescheid wird.

Hat der Widerspruch bei der Krankenkasse keinen Erfolg, kann eine Klage beim Sozialgericht eingereicht werden.

10. Klage beim Sozialgericht

Nach einem beendeten vorgerichtlichen Widerspruchsverfahren haben GKV-Versicherte die Möglichkeit, Klage gegen den Pflegegradbescheid beim Sozialgericht einzureichen. Die Frist bei einer Klage gegen den Pflegegrad beträgt einen Monat. Der Zeitraum läuft ab dem Tag des Zugangs des Bescheides.

Die Klage kann schriftlich eingereicht werden; es ist jedoch nicht möglich, die Klage per E-Mail einzureichen. Betroffene können die Klage aber auch bei der Geschäftsstelle des Sozialgerichts aufnehmen lassen.

Durch die Klage entstehen für GKV-Versicherte keine Gerichtskosten. Bei einer Pflegegrad-Klage sind das gerichtliche Verfahren sowie Gutachten und Berichte, die für das Verfahren zusätzlich noch eingeholt werden müssen, für Versicherte gerichtskostenfrei. Falls das Verfahren zugunsten des Pflegebedürftigen ausgeht, werden dessen Anwaltskosten von der Pflegekasse übernommen.

11. Höherstufung des Pflegegrades

§ 18 Absatz 3 ff. SGB XI

Bei Veränderung der Pflegebedürftigkeit ist ein Antrag auf Höherstufung bei der Pflegekasse zu empfehlen. Der Antrag ist notwendig, um eine erneute Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst auszulösen.

12. Beihilfe

§§ 14, 15 SGB XI || § 76 LBG; §§ 37 – 39 LBhVO

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Berliner Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger erhalten Beihilfe (§ 76 LBG – Landesbeamtengesetz) zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 37 bis § 39 LBhVO – Landesbeihilfeverordnung, wenn sie pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind und die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI erfüllen.

Für Berliner Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die Mitglieder der **sozialen Pflegeversicherung** sind und nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Beihilfebemessungssatz bezüglich der Pflegeleistungen 50 Prozent (§ 46 Absatz 4 LBhVO).

Weitere Informationen zu Pflegeleistungen für GKV-Versicherte sind im DSTG-Senioren-Info 1/24 und 3/24 für PKV-Versicherte veröffentlicht!

13. Änderungen durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz 2023 - PUEG

Der **Deutsche Bundestag (BT)** hat am 26. Mai 2023 in 2./3. Lesung den Gesetzentwurf zur Pflegereform von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (20/6544) mit 377 Stimmen gegen 275 Stimmen bei zwei Enthaltungen verabschiedet und der **Bundesrat (BR)** hat das PUEG in seiner Plenarsitzung am 16. Juni 2023 gebilligt.

In einer Entschließung hat der Bundesrat weitere strukturelle Reformschritte gefordert. U.a. verlangt die Länderkammer eine Reform der Notfallversorgung mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten in die geeignete und medizinisch richtige Versorgungsebene zu steuern und die Krankenhäuser zu entlasten. Personen ohne sofortigen medizinischen Handlungsbedarf sollten die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, die für die Sicherstellung der Notfallversorgung in diesen Fällen verantwortlich ist. Die Länder kritisierten, dass in dem Gesetz eine Regelung enthalten ist, die diesen Zielen entgegenlaufe. Es werde sogar ein Anreiz geschaffen, die Notfallstrukturen der Krankenhäuser jederzeit in Anspruch zu nehmen, obwohl kein sofortiger Behandlungsbedarf besteht. Die Entschließung wurde der Bundesregierung zugeleitet, die selbst entscheidet, wann sie sich mit den Forderungen des Bundesrats befasst. Feste Fristen gibt es hierfür allerdings nicht.

Teile des Gesetzes (BGBl. 2023 I Nr. 155 v. 23.06.2023) sind ab 1. Juli 2023 in Kraft, weitere Teile rückwirkend zum 1. Januar 2023, andere gegen Ende des Jahres oder 2024 bzw. 2025.

- /// Seit 1. Januar 2024 Erhöhung des **Pflegegeldes** um 5 Prozent.
- /// Seit 1. Januar 2024 Erhöhung der **ambulanten Sachleistungen** um 5 Prozent.
- /// Seit 1. Januar 2024 Erhöhung der **Entlastungszuschläge nach § 43c SGB XI** für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 in vollstationären Einrichtungen. Die monatlichen Entlastungsschläge hängen von der Verweildauer in der vollstationären Pflege ab, diese betragen ab Januar 2024 zwischen 15 und 75 Prozent.
- /// Seit 1. Januar 2024 kann das **Pflegeunterstützungsgeld** von Angehörigen künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person auf Antrag in Anspruch genommen werden. Die einmalige Beanspruchung von zehn Arbeitstagen je Pflegebedürftigem entfällt.
- /// Beschäftigte können bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (§ 2 Pflegezeitgesetz, **kurzzeitige Arbeitsverhinderung**), um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherzustellen.
- /// Seit 1. Januar 2024 steht für **Eltern pflegebedürftiger Kinder und Jugendliche** bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, die dem Pflegegrad 4 oder 5 zugeordnet sind, ein **gemeinsamer Jahresbetrag** für die **Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** von 3.539,00 Euro zu.
- /// Seit 1. Januar 2024 kann die **Verhinderungspflege von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen** für acht Wochen (anstatt bisher sechs Wochen) je Kalenderjahr beansprucht werden.
- /// Zum 1. Januar 2025 Erhöhung **aller Leistungsbeträge der Pflegeversicherung** im häuslichen wie auch im teil- und vollstationären Bereich um 4,5 Prozent.
- /// Zum 1. Januar 2025 steigen auch das **Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungen** mit diesem Schritt nochmals um 4,5 Prozent.
- /// Zum 1. Juli 2025 entfällt die **sechsmonatige Vorpflegezeit** vor der erstmaligen Inanspruchnahme von **Verhinderungspflege**. Damit kann der Anspruch auf Verhinderungspflege – ebenso wie heute bereits der Anspruch auf Kurzzeitpflege – künftig unmittelbar ab Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden.
- /// Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem **gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** gemäß einem neuen § 42a SGB XI zusammengefasst. Damit steht für die Verhinderungspflege und oder für die Kurzzeitpflege künftig ein **kalenderjährlicher Gesamt-leistungsbetrag** von bis zu 3.539 Euro zur Verfügung, der flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann.
- /// Zum 1. Januar 2028 sollen sämtliche Leistungsbeträge der **Geld- und Sachleistungen** der Pflegeversicherung regelgebunden in Anlehnung an die Preisentwicklung (Anstieg der Kerninflationsrate in den Jahren 2025 bis 2027) automatisch dynamisiert werden.