

Glossar zur Pflegereform 2016

▲ *Am 1. Januar 2016 ist das „Zweite Pflegestärkungsgesetz – PSG II“ vom 21. Dezember 2015 in Kraft getreten. Es reiht sich ein in die Kette der Pflegereformen, zuletzt das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) vom Oktober 2012 bzw. das PSG I vom Dezember 2014. Durch das PSG II wurden zum 1. Januar 2016 einige wichtige Neuerungen wirksam. Auf diese Neuerungen konzentriert sich das Glossar. Das Kernstück der Reform – die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes bzw. des neuen Begutachtungsassessments (NBA) und damit verbunden die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade – wird erst am 1. Januar 2017 erfolgen. Der Vollständigkeit halber wird dieser Systemwechsel im Überblick dargestellt.*

Hervorzuheben ist außerdem, dass die zum 1. Januar 2016 eingetretenen Änderungen im Bereich der stationären Pflege nicht so gravierend sind. Allerdings bringen bestimmte – erst am 1. Januar 2017 wirksam werdende – Rechtsänderungen bereits im Laufe des Jahres 2016 einen erheblichen Arbeitsaufwand im stationären Pflegebereich mit sich. So müssen zum Beispiel im Rahmen der Einführung von Pflegegraden die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen bis zum 30. September 2016 neue Pflegesätze vereinbaren. Außerdem müssen Personalstruktur und Personalschlüssel mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade geprüft und ggf. angepasst werden. ▲

Birgit Lautwein-Reinhard

Allgemeines

Obwohl sich dieses Glossar in der Hauptsache mit den Änderungen im Jahr 2016 durch das PSG II befasst, muss man gleichwohl im Auge behalten, dass bereits im Jahr 2015 weitere Gesetze verabschiedet wurden, die direkt oder indirekt Auswirkungen auf „die Pflege“ hatten. In diesem Zusammenhang sei auf das Präventionsgesetz (PrävG), in Kraft seit dem 25. Juli 2015, das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), in Kraft seit dem 1. Januar 2016, und das Hospiz- und Palliativgesetz, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, verwiesen.

Mit dem PrävG wurden die Pflegekassen zur Erbringung von primärpräventiven Leistungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet. Die Pflegekassen müssen im Jahr 2016 0,30 Euro pro Versicherten für Präventionsleistungen zur Verfügung stellen.

Durch das KHSG wurde ein Anspruch auf Übergangspflege eingeführt. Schwer erkrankte Personen, die allerdings nicht dauerhaft pflegebedürftig sind, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation, haben nun im Rahmen der Übergangspflege einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und Kurzzeitpflege. Die Leistungen gehen zu Lasten der Krankenversicherung.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde die Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Außerdem wird Pflegeeinrichtungen nun die Möglichkeit eingeräumt, eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten.

Begutachtung

Eine Prüfung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45 a SGB XI vorliegt, erfolgt auch bei Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden.

Darüber hinaus werden bei pflegebedürftigen Versicherten von Juli bis Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Auch dann nicht, wenn die Begutachtung vor diesem Zeitpunkt – z. B. vom Medizinischen Dienst – empfohlen wurde. Wiederholungsbegutachtungen können durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist.

Näheres: § 18 SGB XI.

Beratung

Durch das PSG II wird die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen verbessert. Die Pflegekassen sollen feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung benennen. Diese personelle Kontinuität wird sich z. B. positiv auf die Koordinierung von Leistungsangeboten auswirken. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen kann die Pflegeberatung auch gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen erfolgen. Es entsteht damit ein eigener Beratungsanspruch. Die Pflegeberatung kann auch zu Hause oder in der Einrichtung, in der der pflegebedürftige Mensch lebt, durchgeführt werden. Darüber hinaus soll die strukturierte Zusammenarbeit aller Beratungsstellen vor Ort gestärkt werden. Einzelheiten dazu werden in Verträgen der Landesverbände der Pflegekassen mit den zuständigen Stellen der Länder geregelt.

Näheres: § 7 a SGB XI.

Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht seit dem 1. Januar 2016 für höchstens acht (vorher vier) Wochen. Die Höhe des Leistungsanspruchs beträgt maximal 1.612 Euro jährlich. Bereits seit dem 1. Januar 2015 kann der noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege im günstigsten Fall auf 3.224 Euro verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet. Außerdem verlängert sich der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes ab dem 1. Januar 2016 auf bis zu acht (vorher vier) Wochen pro Jahr.

Näheres: § 42 SGB XI.

Leistungen

Mit dem PSG I wurden alle Leistungsbeträge zum 1. Januar 2015 erhöht. Eine erneute Erhöhung durch das PSG II zum Jahresbeginn 2016 erfolgte nicht. Ursprünglich war für das Jahr 2017 eine weitere Überprüfung im Hinblick auf eine notwendige Dynamisierung vorgesehen. Da bei der Neu festsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes eine Leistungsdynamisierung bereits integriert wurde, wird die nächste Überprüfung der Leistungshöhe durch das PSG II auf das Jahr 2020 verschoben.

Näheres: § 30 SGB XI.

Leistungen bei vollstationärer Pflege im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe I	1.064 Euro
Pflegestufe II	1.330 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Pflegestufe III+	1.995 Euro

Näheres: § 43 SGB XI.

Pflegegeld für häusliche Pflege im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe 0	
Pflegestufe I	244 Euro
Pflegestufe II	458 Euro
Pflegestufe III	728 Euro
Pflegestufe III+	728 Euro

Ab dem Jahr 2016 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Dieser Anspruch bestand bereits vor dem PSG II, allerdings für kürzere Zeiträume (§ 37 Abs. 2 SGB XI).

Näheres: § 37 SGB XI.

Pflegegeld für häusliche Pflege bei eingeschränkter Alltagskompetenz im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe 0	123 Euro
Pflegestufe I	316 Euro
Pflegestufe II	545 Euro
Pflegestufe III	728 Euro
Pflegestufe III+	728 Euro

Näheres: § 123 SGB XI.

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe 0	
Pflegestufe I	468 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Pflegestufe III+	1.995 Euro

Näheres: § 36 SGB XI.

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege bei eingeschränkter Alltagskompetenz im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe 0	231 Euro
Pflegestufe I	689 Euro
Pflegestufe II	1.298 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Pflegestufe III+	1.995 Euro

Näheres: § 123 SGB XI.

Personalbemessung

Gute Pflegequalität kann nur mit gut ausgebildetem und ausreichendem Personal erreicht werden. Zudem wird mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Pflegeversicherung auf eine neue fachliche Grundlage gestellt. Da es bisher kein wissenschaftlich fundiertes Verfahren gibt, um den Personalbedarf in Pflegeheimen nach einheitlichen Grundsätzen qualitativ und quantitativ zu bestimmen, werden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (u. a. Spitzenverband der Pflegekassen, Träger der Pflegeeinrichtungen) verpflichtet, bis zum 30. Juni 2020 ein entsprechendes Personalbemessungsverfahren sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich sicherzustellen.

Näheres: § 113 c SGB XI.

Pflegesätze

Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesätze gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Im Hinblick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und dem Übergang von Pflegestufen in Pflegegrade sind zum 1. Januar 2017 neue Pflegesätze zu vereinbaren. In der vollstationären Pflege sind darüber hinaus für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Das heißt: Ab 2017 steigt mit zunehmender Pflegebedürftigkeit der pflegebedingte Eigenanteil nicht mehr an. Sofern bis zum 30. September 2016 keine neuen Pflegesätze vereinbart wurden, ist eine alternative Überleitung vorgesehen. Das entsprechende Berechnungsverfahren wird im § 92 e SGB XI dargestellt.

Näheres: §§ 92 c ff. SGB XI.

Qualität

Die Qualitätsmessung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsdarstellung werden weiter entwickelt. Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität müssen auch Anforderungen für eine praxistaugliche Pflegedokumentation regeln. Für die stationäre Pflege soll eine entsprechende Vereinbarung bis zum 30. Juni 2017 abgestimmt werden. Darin soll insbesondere ein indikatorengestütztes Verfahren (Indikatorenmodell) zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich beschrieben werden. Der Ergebnisqualität wird somit eine größere Bedeutung beigemessen.

Die im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung wird zum Qualitätsausschuss. Er besteht aus maximal je 10 Vertretern der Leistungserbringer und Leistungsträger. Bis Ende März 2016 wird auch eine Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses eingerichtet. Der Ausschuss hat u. a. die Aufgabe, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beschließen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit sind in diese Prozesse u. a. auch fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen eingebunden. So sollen zum Beispiel bis Ende März 2017 Instrumente für die Prüfung der Qualität der in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen entwickelt werden.

Für den stationären Bereich sind Qualitätsdarstellungsvereinbarungen bis zum 31. Dezember 2017 zu treffen. Die Pflege-Transparenzvereinbarungen (ambulant und stationär) sollen auf wissenschaftlicher Grundlage durch einen grundsätzlich neuen Ansatz abgelöst werden. In diesem Zusammenhang soll ein Instrument zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung entwickelt und umgesetzt werden mit dem Ziel, die Pflegequalität differenziert und nutzergerecht darzustellen. Im stationären Bereich sind zur Darstellung der Ergebnisqualität insbesondere die Daten des Indikatorenmodells zu berücksichtigen. Bis zum Abschluss der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen weiter. Allerdings besteht die gesetzliche Verpflichtung, die betreffenden Regelungen der Pflege-Transparenzvereinbarungen an die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade anzupassen. Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Abschluss der in § 115 Absatz 1 a SGB XI vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

Näheres: § 113, § 113 b, § 115, § 115 a SGB XI.

Qualitätsprüfungen

Für Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird nun die Prüfung der Abrechnung der erbrachten Leistungen verpflichtend vorgeschrieben. Bisher war dies eine Kann-Regelung. Näheres ist in den Richtlinien zur Durchführung der Qualitätsprüfung zu regeln.

Unter bestimmten Umständen konnte bisher auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden. Umsetzungsprobleme – insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz – sowie die geringe Anzahl von Wiederholungsprüfungen haben den Gesetzgeber veranlasst, keine weiteren diesbezüglichen Regelungen zu erlassen und die Kostenpassage zu streichen.

Seit 2012 ist geregelt, dass die Einwilligung des Pflegebedürftigen in eine Inaugenscheinnahme im Rahmen von Qualitätsprüfungen in Textform abgegeben werden muss. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen; auch hier muss die Einwilligung in Textform vorliegen. Letzteres führt in der Praxis zu Schwierigkeiten, wenn es zum Beispiel dem gesetzlichen Betreuer nicht möglich ist, kurzfristig die Einwilligung schriftlich oder in Textform zu erklären. Insbesondere bei Anlassprüfungen wird dadurch der Zweck der Prüfung erschwert. Ausnahmsweise genügt in diesen Fällen eine mündliche (telefonische) Einwilligung. Die mündliche Einwilligung sowie die Gründe für

ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren.

Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung müssen unter Berücksichtigung der ebenfalls neu zu fassenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität für den stationären Bereich bis zum 31. Oktober 2017 beschlossen werden.

Näheres: § 114, § 114a SGB XI.

Teilstationäre Leistungen – Tages-/Nachtpflege im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe 0	
Pflegestufe I	468 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Pflegestufe III+	1.612 Euro

Näheres: § 41 SGB XI.

Teilstationäre Leistungen – Tages-/Nachtpflege bei eingeschränkter Alltagskompetenz im Jahr 2016	monatlich
Pflegestufe 0	231 Euro
Pflegestufe I	689 Euro
Pflegestufe II	1.298 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Pflegestufe III+	1.612 Euro

Näheres: § 123 SGB XI.

Verhinderungspflege

Wenn die Pflegepersonen, die die Verhinderungspflege durchführen, keine nahen Angehörigen sind, stehen als Leistungsbetrag grundsätzlich bis zu 1.612 Euro jährlich zur Verfügung. Diese Ersatzpflege ist bis zu maximal sechs Wochen jährlich möglich. Die Kosten der Ersatzpflege müssen nachgewiesen werden, z. B. durch Quittungen, Rechnungen oder Kontoauszüge. Bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes besteht dieser Anspruch auch für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen. Bereits durch das PSG I wurde eine flexiblere Leistungsanspruchnahme geschaffen: Bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege (bis zu 806 Euro) können zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Das sind insgesamt maximal 2.418 Euro.

Auch hier wird der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag auf die Kurzzeitpflege angerechnet. Diese Flexibilisierung gilt seit dem 1. Januar 2016 auch für nahe Angehörige. Allerdings unterliegt dieser Personenkreis einer zusätzlichen Beschränkung: Die Aufwendungen

werden maximal bis zum 1,5-fachen des Pflegegeldes der festgelegten Pflegestufe übernommen. Ab dem Jahr 2016 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Dieser Anspruch bestand bereits vor dem PSG II, allerdings nur für vier Wochen.

Näheres: § 39 SGB XI.

Was ändert sich zum 1. Januar 2017 – ein Überblick

Es kommt zu einer grundlegenden **Systemumstellung** in der Pflege. Das bisherige verrichtungsorientierte System der drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Demenz) wird durch fünf für alle Pflegebedürftigen einheitlich geltende **Pflegegrade** ersetzt. Der Grad der Beeinträchtigung ist für die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad ausschlaggebend.

- Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Pflegegrad 1
- Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Pflegegrad 2
- Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Pflegegrad 3
- Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Pflegegrad 4
- Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Pflegegrad 5, hier liegen zusätzlich noch besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung vor.

Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden ab 2017 in das reguläre Leistungsrecht integriert.

Durch das **Neue Begutachtungsassessment (NBA)** werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad. Die sechs Bereiche sind:

- Mobilität (Gewichtung 10 Prozent)
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Gewichtung 15 Prozent zusammen mit dem Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen)
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung (Gewichtung 40 Prozent)
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Gewichtung 20 Prozent)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Gewichtung 15 Prozent)

Außerdem sind im Rahmen der Begutachtung Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung zu berücksichtigen (§ 15 SGB XI in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung sowie in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI).

Die Unterstützung setzt künftig deutlich früher an. In Pflegegrad 1 werden Menschen eingestuft, die noch keinen erheblichen Unterstützungsbedarf haben, aber zum Beispiel eine Pflegeberatung, eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, eine Anpassung des Wohnumfeldes (z. B. altersgerechte Dusche) oder zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen benötigen. Somit wird der Kreis der Menschen, die erstmals Leistungen der Pflegeversicherung bekommen, deutlich erweitert.

In den einzelnen Pflegegraden stehen folgende monatliche Beträge (in Euro) zur Verfügung:

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant	–	316	545	728	901
Sachleistung ambulant	–	689	1.298	1.612	1.995
Leistungsbetrag stationär	125	770	1.262	1.775	2.005

Bei häuslicher Pflege können zur Entlastung pflegender Angehöriger in den einzelnen Pflegegraden jeweils bis zu 125 Euro monatlich zweckgebunden gezahlt werden.

Bedingt durch den Systemwechsel in der Pflegeversicherung wurden **Überleitungsregelungen** geschaffen. Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Niemand muss einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen. So wird für die Betroffenen unnötiger zusätzlicher Aufwand vermieden. Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang, die allermeisten erhalten sogar deutlich mehr.

Vereinfacht ausgedrückt gilt bei der Überleitung die Formel: Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. Aus Pflegestufe I wird somit Pflegegrad 2. Menschen mit geistigen Einschränkungen kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad. Aus Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird in den Pflegegrad 4 übergeleitet (sogenannter „Doppelsprung“).

Diese Überleitungs- und Bestandschutzregelungen sowie die ab 1. Januar 2017 in der vollstationären Pflege abgesenkten Leistungen der unteren Pflegegrade (z. B. zurzeit in der Pflegestufe I 1.064 Euro monatlich, ab 1. Januar 2017 im Pflegegrad 2 nur noch 770 Euro monatlich) werden voraussichtlich im 4. Quartal 2016 zu einer hohen Nachfrage nach Heimplätzen führen. Dadurch wird die Nachfrage im 1. Quartal 2017 voraussichtlich sehr gering sein.

Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 bezahlen in einem Pflegeheim den gleichen **pflegebedingten Eigenanteil**. In der vollstationären Pflege kommt es für die Betroffenen nicht auf die Höhe der Leistungsbeiträge an, sondern auf die Höhe des Eigenanteils, der aus eigener Tasche bezahlt werden muss. Dieser Eigenanteil stieg bisher mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe. Künftig wird der pflegebedingte Eigenanteil mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr ansteigen. Zum pflegebedingten Eigenanteil kommen für die Pflegebedürftigen – wie bisher – Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen hinzu. Sowohl die Kosten

für den pflegebedingten Eigenanteil als auch die Kosten für Verpflegung etc. unterscheiden sich von Pflegeheim zu Pflegeheim.

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden Sonderregelungen für Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz ab 2017 überflüssig. Insbesondere der Bereich der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote soll aber weiterhin erhalten und gesondert gefördert werden. Da der Begriff „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ meist erklärungsbedürftig war, werden diese Angebote künftig unter dem Begriff „**Angebote zur Unterstützung im Alltag**“ zusammengefasst (§ 45 a n.F.). Je nach Ausrichtung des Angebotes kann es sich hierbei um

- Betreuungsangebote (z. B. Tagesbetreuung),
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z. B. durch Pflegebegleiter) oder
- Angebote zur Entlastung im Alltag (z. B. in Form von praktischen Hilfen) handeln.

Die Angebote benötigen eine Anerkennung nach Landesrecht.

Die Erhöhung des gesteigerten Finanzbedarfs in der Pflegeversicherung insbesondere durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes macht eine Beitragssatzerhöhung notwendig. Ab 1. Januar 2017 beträgt der **Beitragssatz** zur Pflegeversicherung dann 2,55 Prozent (§ 55 SGB XI).