AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung

durch das PSG I/II

AGENDA

1. **Die Welt des Leistungsrechts**
2. **Intention zur Flexibilisierung des Leistungsrechts**
3. **Was ist daraus geworden: PSG I und II**
4. **Und in der Realität**

Die Welt des Leistungsrechts

▪ **Pflegesachleistung**	**§ 36**
▪ **Pflegegeldleistung**	**§ 37**
▪ **Kombinationsleistung**	**§ 38**
▪ **Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege**	**§§ 39/42**
▪ **Pflegehilfsmittel/wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**	**§ 40**
▪ **Tages- und Nachtpflege**	**§ 41**
▪ **Niedrigschwellige Angebote/Umwidmung Pflegesachleistung**	**§ 45b**
▪ **Anschubfinanzierung zur Gründung ambulanter Wohnformen**	**§ 45e**

Die Welt des Leistungsrechts ist bunt – Beispiel

Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

Pflegebedürftiger mit Pflegestufe III im Heim, der am Wochenende Pflegsachleistungen für die tatsächlichen Pflegetage im häuslichen Bereich enthält.

Berechnung des Heimentgelts[1] der vollstationären Pflegeeinrichtung für 11/2014:

- ✓ Heimentgelt = Berechnungstage x Tagessatz
- ✓ 1.484,78 € = 22 x 67,49 €

Vermindertes Heimentgelt/Anwendung Abwesenheitsregel (§ 43 II S. 3 SGB XI):

- ✓ Betrag der Pflegekasse darf 75 % des Heimentgeltes nicht übersteigen
- ✓ 1.484,78 € x 0,75 = 1.113,59 €

Restanspruch

- ✓ Leistungsbetrag aus § 36 abzüglich vermindertes Heimentgelt
- ✓ 1.612 € - 1.113,59 € = 498,41 €

[1]Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, gesondert berechenbare Investitionskosten.

Die Welt des Leistungsrechts ist bunt – Beispiel

Kombination von ambulanter Sach- und Geldleistung (§ 38 SGB XI)

Pflegebedürftiger mit Pflegestufe II hat sein Sachleistungsbudget am Ende des Monats nicht ausgeschöpft (nachträgliche Feststellung).

Höchstbetrag § 36 SGB XI (Sachleistungsanspruch pro Monat)

- ✓ 1.144 €

In Anspruch genommene Sachleistung im Monat :

- ✓ 780 €

Anteil Sachleistung = in Anspruch genommene Sachleistung/Sachleistungsanspruch

- ✓ 68,18 % = 780 €/1.144 €

Anteil Geldleistung = 100 % - Anteil Sachleistung

- ✓ 31,82 % = 100 % - 68,18 %

Restanspruch Geldleistung = Anteil Geldleistung/100 x Höchstbetrag § 37 SGB XI

145,74 € = 0,3182*458 €

Die Welt des Leistungsrechts ist bunt – Beispiel

Kombination Tagespflege mit ambulanten Pflegeleistungen (vor PSG I)

A) Kombination von Geldleistung mit Tagespflege
B) Kombination von Pflegesachleistung mit Tagespflege

<u>Geldleistung/Tagespflege</u>

Pflegestufe III – Geldleistung nach § 37

Sachleistungshöchstanspruch vorher: 1.550 €

In Anspruch genommene Tagespflege: 1.240 €

Anspruchsquote: 1.240 €/1.550 € = 80 %

Wenn Tagespflege im Umfang von mehr als 50 Prozent in Anspruch genommen wurde, ist der Geldleistungsanspruch zu mindern:

80 % - 50 % = 30 %

Der verbleibende Geldleistungsanspruch beträgt 490 € (70 % von Pflegegeld PS III nach § 37).

<u>Pflegesachleistung/Tagespflege</u>

Pflegestufe III - Sachleistung nach § 36

Sachleistungshöchstanspruch vorher: 1.550 €

In Anspruch genommene Tagespflege: 855 €

Anspruchsquote: 855 €/1.550 € = 55,16 %

Wenn Tagespflege im Umfang von mehr als 50 Prozent in Anspruch genommen wurde, ist der Sachleistungshöchstanspruch (SHA) zu mindern:

55,16% - 50 % = 5,16 %

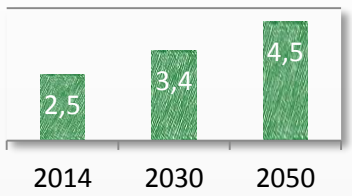
Der verbleibende Sachleistungsanspruch beträgt 1.470,02 € (94,84 % von Pflegesachleistung PS III nach § 36).

Intention zur Flexibilisierung des Leistungsrechts

„Flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten sollen den Pflegebedürftigen und ganz besonders den Angehörigen Wahlmöglichkeiten eröffnen, Entlastungsmöglichkeiten schaffen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen der Pflegenden Angehörigen unterstützen und schonen helfen.“ (Quelle Begründung PSG I)

- **„ambulant vor stationär“**
  - → Anreize zur Wahl ambulanter Versorgungssettings
  - → Anreize zum Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen
- **Stärkung der informellen Pflegebereitschaft**
  - → Anpassung infolge veränderter Erwerbsbiographien und Familienstrukturen
- **„Flexiblere Gestaltung der häuslichen Pflege“**
  - → Passgenaue Zusammenstellung entsprechend der individuellen Bedarfslage
  - → Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen
  - → Entlastung privat Pflegender

Der Anteil der Pflegebedürftigen steigt.



Deswegen muss das Potential der familiär, ehrenamtlich und professionell Pflegenden gesichert und gefördert werden.

Was ist daraus geworden – PSG I

PSG I/II - Flexibilisierung und Ausbau von Leistungen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege: Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages-und Nachtpflege; Ausbau der Hilfen zur Weiterführung des Haushalts

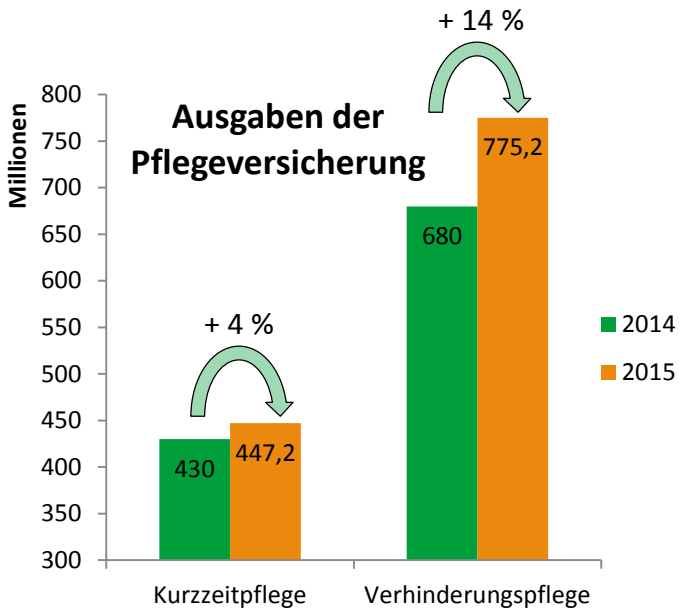
- **flexiblere Gestaltung der Verhinderungspflege nach § 39**
  - → Anspruchszeitraum verlängert mit PSG I: auf 6 Wochen
  - → Leistungsumfang durch PSG I erweitert: Leistungen der Kurzzeitpflege im Umfang von 50 % für Verhinderungspflege (1.612 € + 806 € = 2.418 €) auf noch nicht in Anspruch genommene Mittel
  - → PSG II: hälftiges Pflegegeld von vier auf sechs Wochen ausgedehnt.
  - → PSG II: Für Pflegepersonen, die bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind, zusätzlich 50% der noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Kurzzeitpflege zum bisherigen 1,5-fachen Satz des Geldleistungsanspruchs

Was ist daraus geworden – PSG I

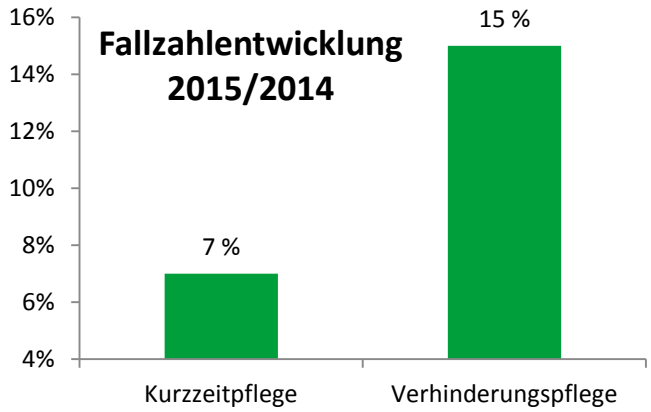
PSG I/II - Flexibilisierung und Ausbau von Leistungen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege: Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages-und Nachtpflege; Ausbau der Hilfen zur Weiterführung des Haushalts

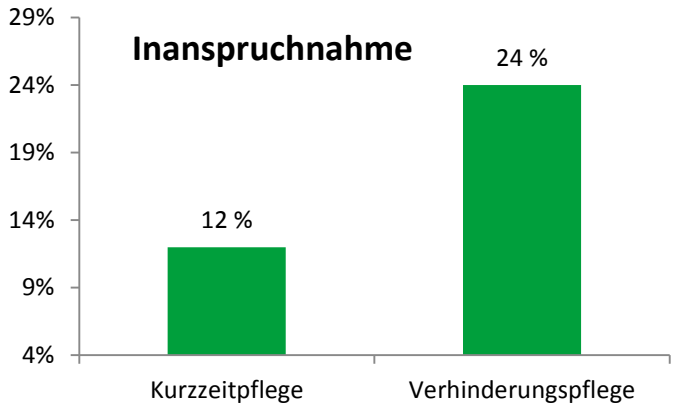
- **flexiblere Gestaltung der Kurzzeitpflege nach § 42**
  - → Leistungsumfang durch PSG I: Leistungen der Verhinderungspflege im Umfang von 100% für Kurzzeitpflege (1.612 € + 1.612 € = 3.224 €) auf noch nicht in Anspruch genommene Mittel
  - → PSG I: Anspruchszeitraum bei Übertragung der Verhinderungspflege auf 8 Wochen erweitert
  - → PSG II: Anspruchszeitraum für Kurzzeitpflege von vier auf 8 Wochen verlängert, Verhinderungspflegebetrag übertragbar ohne Übertragung des Anspruchszeitraums
- **Flexiblere Gestaltung des ambulanten Setttings in Pflege-Mix**
  - → Einführung des Umwidmungsanspruchs
- **Stärkung der Tages und Nachtpflege nach § 41**
  - → Gleichrangigkeit von ambulanter Pflegesachleistung, Pflegegeldleistung und teilstationärer Pflege: Aufhebung der Anrechnungsfähigkeit

Was ist daraus geworden – Verhinderungs-/Kurzzeitpflege



- **Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme**
  - → Subjektiv kein Bedarf an Unterstützungsleistung
  - → Pflegebedürftige, die Hilfe von „Fremden“ ablehnen.
  - → Pflichtgefühl der Angehörigen, Pflege selbst zu übernehmen
  - → Organisation der Verhinderungspflege aufwendig
  - → Kostengesichtspunkte
  - → Fehlende Angebotsstruktur





Was ist daraus geworden – Verhinderungs-/Kurzzeitpflege

- **Betrug bei der Verhinderungspflege**

  Fingierte Anträge zur rückwirkenden Erlangung von Verhinderungspflegeleistungen

  → Für die vergangenen vier Jahre rückwirkender Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 II

  → Einfache Nachweispflicht: „gefälschte“ Bestätigungsunterschrift, obwohl die Pflegeperson weitergepflegt hat

  → Vermittler zur Unterstützung bei Antragsstellung auf Provisionsbasis

  → In der Summe doppeltes Pflegegeld (rückwirkend für jeden Monat ein Höchstleistungsgeldbetrag);

  Pflegestufe III nach § 37 SGB XI = 728 € pro Monat

  8 Wochen Anspruch für 4 Jahre = 5.824 € pro Fall

Was ist daraus geworden – Verhinderungs-/Kurzzeitpflege

- **Lösungsansätze zur Weiterentwicklung der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege**

  - → „**Entlastungsbudgets**“ ausschließlich für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (Anspruchshöhe 3.224 € für 14 Wochen je Kalenderjahr)
  - → Nachweispflicht (aussagekräftige nachweisbegründete Unterlage)
  - → Keine Unterscheidung, wer die Pflege übernimmt (Pflegepersonen nach Verwandtschaftsverhältnis)
  - → Fortzahlung des vollen Pflegegeldes während der Inanspruchnahme des „Entlastungsbudgets“
  - → Verzicht auf die 6-monatige Vorpflegezeit komplett für das Entlastungsbudget

Und in der Realität – Umwidmungsanspruch

- **Flexiblere Gestaltung des ambulanten Settings im Pflege-Mix**

  → Einführung des Umwidmungsanspruchs

§ 45b Absatz 3 SGB XI: Soweit für die Sachleistungsbeträge in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen bezogen wurden, können bis zu 40 % des Sachleistungsanspruchs für niedrigschwellige Leistungen in Anspruch genommen werden.

Egal ob Hilfe beim Einkauf oder bei der Betreuung – der geplante Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen und die Umwidmung von Sachleistungsbeträgen (§ 45b SGB XI) bringt …

- … den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mehr Wahlmöglichkeiten,
- … mehr Flexibilität bei der bedarfsgerechten Gestaltung ihres individuellen Pflegesettings,
- … eine Entlastung der Pflegekräfte. Sie können sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren.

Was ist daraus geworden – Umwidmungsanspruch

- **Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme**

Bisher kaum Inanspruchnahme, unterschiedliche Ursachen:

→ Regelung erst seit 01.01.2015 („Anlaufschwierigkeiten“, Bekanntheitsgrad)

→ Restriktives Verhalten mancher Kassen (Ausschöpfung des 45b-Betrag bevor Umwidmung; klargestellt mit PSG II)

→ Verzicht auf grundpflegerische Leistungen im selben Umfang (Pflegesachleistungsempfänger)

→ „Pflegegeld als zusätzliche Rente“ (Geldleistungsempfänger)

→ Kombileistungsempfänger als potentieller Adressat unter den gegebenen Rahmenbedingungen

→ Fehlende flächendeckende Angebote, insbesondere für Entlastungsleistungen, bisher nur NRW mit Rechtsverordnung

Was ist daraus geworden – Umwidmungsanspruch

- **Lösungsansätze zur Weiterentwicklung des Pflege-Mix**

Den kompletten Sachleistungsanspruch umwidmungsfähig gestalten

Alternativ:

Aufhebung der Anrechnungsfähigkeit auf Geld – und Sachleistung (zusätzlicher gleichrangiger Anspruch wie bei Tagespflege)

Gesetzentwurf 1. Pflegestärkungsgesetz
Mehr Entlastung und Flexibilität für Pflegebedürftige und Angehörige

Informationen zum geplanten Ausbau der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen und zur Umwidmung von Sachleistungsbeträgen (§ 45b)

Ob Hilfe beim Einkauf oder Begleitung beim Arztbesuch – der geplante Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen und die Umwidmung von Sachleistungsbeträgen (§ 45b) bringen mehr als diese ganz praktische Unterstützung. Denn Pflegebedürftige können ihren Alltag dadurch endlich stärker selbst bestimmen. Ihre Angehörigen werden zugleich entlastet. Und Pflegekräfte können sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren.

Das ist geplant:

Der Entwurf des 5. SGB XI ÄndG sieht in § 45b die Umwidmung bis zum halben Sachleistungsbudget für Betreuungs- und Entlastungsangebote per Kostenerstattung vor. Demnach können alle Empfänger von Pflegeleistungen bis zur Hälfte der Sachleistungsbeträge zum Beispiel für niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote oder teilstationäre Angebote verwenden (das können Einkaufs- und Botengänge, Betreuung oder allgemeine Beaufsichtigung oder Tages- und Nachtpflege sein). In Pflegestufe III könnten dafür maximal 806 €/Monat eingesetzt werden. Voraussetzung ist, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.

Ferner sind zusätzlich zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten niedrigschwellige Entlastungsangebote (§ 45c Abs. 3a Kabinettsentwurf) geplant. Beide Angebote sollen künftig allen Pflegebedürftigen offenstehen. Bislang können das nur Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach den Kriterien des § 45a SGB XI nutzen. Ziele der Entlastungsangebote sollen nach § 45c Abs. 3a Kabinettsentwurf die Unterstützung im Haushalt sein, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Alltagsanforderungen sowie bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen.

Mehr Selbstbestimmung für Pflegebedürftige – Entlastung für pflegende Angehörige

Die Neuregelung sieht nicht nur mehr Selbstbestimmung, sondern auch eine Senkung der finanziellen Belastung Pflegebedürftiger vor. Zugleich werden pflegende Angehörige entlastet. So können Menschen, die bisher nur Geldleistungen erhalten haben, künftig einen niedrigschwelligen Dienst beauftragen und damit unter anderem ihre pflegenden Angehörigen von Einkaufs- oder Botengängen und anderen haushaltsnahen Aufgaben entlasten. Denn nach der Neuregelung könnten Pflegebedürftige mehr Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen als bisher erhalten. Das individuelle Versorgungsarrangement kann also besser als bisher gestaltet werden. Aufgrund einer guten Beratung durch den Pflegestützpunkt können Pflegebedürftige in bestimmten Fällen bis zu 70 Prozent mehr Leistungen in Anspruch nehmen.

Seite 1 von 3
Gesetzentwurf 1. Pflegestärkungsgesetz

Quelle: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/gesetze/index_12036.html

Was ist daraus geworden – Förderung Tagespflege

Zwei Tendenzen am Markt beobachtbar

1. Umwandlung stationärer Einrichtungen in ambulante Wohnformen
2. Neugründung ambulanter Wohnformen mit stationärem Versorgungsansatz
   a. Servicewohnen, Tagespflege, ambulante Pflege, häusliche Krankenpflege
   b. Anbieterorientierte Wohngemeinschaften[1], Tagespflege, ambulante Pflege, häusliche Krankenpflege
   c. Anbieterorientierte Wohngemeinschaften mit Kleinstheimcharakter, ambulante Pflege, häusliche Krankenpflege
   d. Scheinbar selbstverantwortete Wohngemeinschaften, die über GbR-Gründung eine anbieterorientierte Wohngemeinschaft ist.

[1] oftmals Demenz- und Intensiv-WGs

Was ist daraus geworden – ambulant mehr Schein als sein!

Merkmale der Versorgung

Ambulante Settings

- Häuslichkeit
- Freie Angebotswahl
- Unterschiedliche LE
- Versorgungs- und Betreuungskonzepte
- Pflegedienst, Tages-Pflege, niedrigschwellige Angebote
- Eigenständige Betriebe

Stationäres Setting

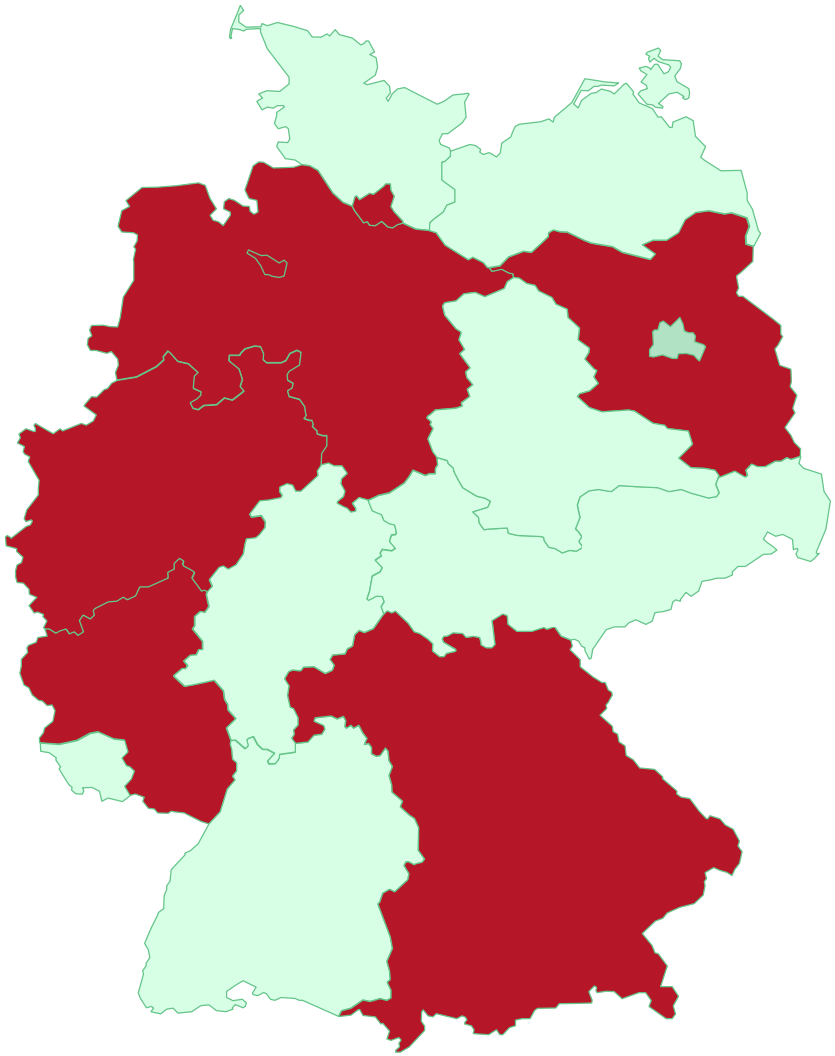
- Heimvertrag
- Gesamtkonzept
- Pflege, Betreuung, Behandlungspflege
- Gemeinsame Leistungsvereinbarung

Ambulantisierung

- „scheinbare selbstbe-stimmte Wahl von Leistungen und Leistungsumfang“
- Leistungs-segmentierung
- Appartements
- Tagespflege
- Teilzeitverträge

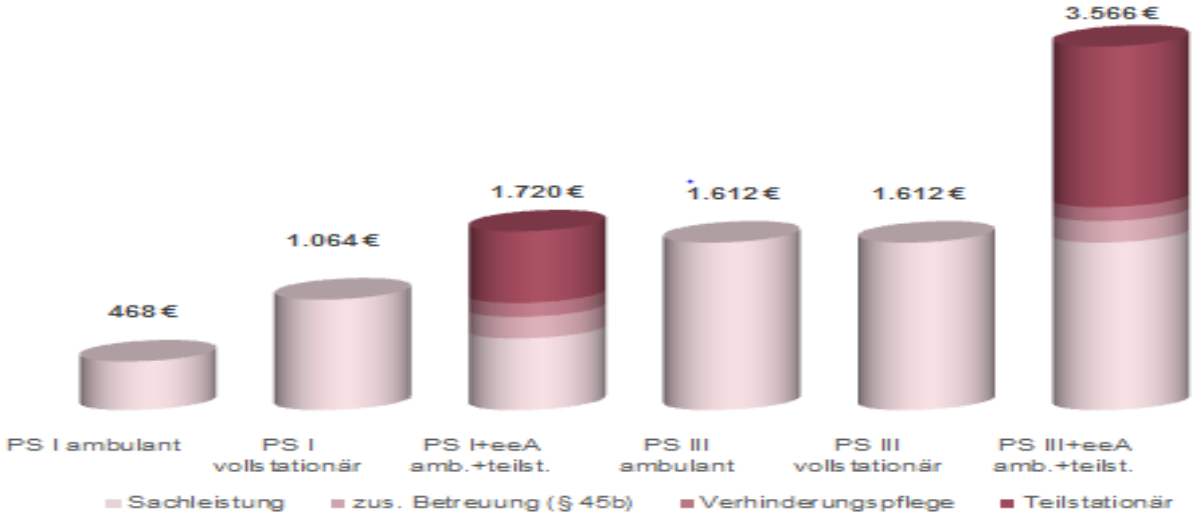
Was ist daraus geworden – Ambulantisierungstendenzen

Versorgungsstrukturen, die ein ambulantes Versorgungssetting simulieren, in der Versorgungsrealität aber stationäre Einrichtungen darstellen



Bisherige Argumente für Ambulantisierungen

- **Anreize für Ambulantisierungsstrategien von Pflegeeinrichtungen**
  - Förderung des Ausbaus ambulanter Wohnformen durch Gesetzgeber
  - Verstärkte Anreize zur Gründung von Tagespflege durch Gleichrangigkeit neben Pflegesachleistung und Pflegegeldleistung
  - Unterschiedliche Finanzierungssystematik
  - Erheblicher Wettbewerbsdruck für stationäre Einrichtungen ggü. ambulanten Versorgungsstrukturen



Und in der Realität – politisches Ziel wird konterkariert!

- **Fehlanreize bei Schaffung von Angebotsstrukturen**
  - → Träger nutzen den Gestaltungsspielraum für Versorgungssettings (kein Missbrauch)
- **Ziel: Ertragsoptimierung**
  - → Hohe Renditeerzielung
- **Gleiche Versorgungsrealitäten**
  - → Kein Unterschied der versprochenen „Verbesserung der Versorgung, Privatheit und Individualität“ zur Versorgung in stationären Settings

    Zitat einer Angehörigen: ***„Der einzige Unterschied ist, dass man jetzt ein Appartement gemietet hat, statt dass man in einem Pflegezimmer lebt. Und das ist aber eigentlich nur auf dem Papier so. In der Pflege, im täglichen Ablauf, tritt das nicht zu Tage.“ (Quelle: Report Mainz, Sendung vom 4.11.2014)***
- **Eingeschränktes Aufsichtshandeln**
  - → Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI?
  - → Heimrechtliche Anforderungen?
  - → Brandschutzanforderungen?

Und in der Realität – Lösungsansätze

Im jetzigen Leistungs-und Vertragsrecht

- Ausschluss von §§ 38a und 41 (Wohngruppenzuschlag kann nicht neben teilstationärer Leistung in Anspruch genommen werden)
- Leistungen, die im Verbund dem einer vollstationären Versorgung entsprechen, erhalten einen vollstationären Versorgungsvertrag

Perspektivisch (19. Legislatur)

- Neue Angebotsstrukturen erfordern neue Spielregeln!
- Neuausrichtung des Leistungs- und Vertragsrechts unter Berücksichtigung der vielfältigen Versorgungsformen

Gesetzentwurf 2. Pflegestärkungsgesetz
Kurskorrektur bei der Angebots- und Versorgungsstruktur notwendig – Kleinstheime statt WGs

Informationen zu den nicht gesetzgeberisch indizierten Entwicklungen im Bereich der ambulanten Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige

Der Gesetzgeber setzt im Bereich der Pflege auf den Grundsatz „ambulant vor stationär". Dazu wurden und werden ambulante Leistungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung ausgeweitet. Dieser Grundsatz ist ausdrücklich zu begrüßen. Zunehmend unterlaufen jedoch Pflegeeinrichtungen diese gute Absicht des Gesetzgebers. Sie bieten im Verbund ambulante Versorgungsangebote an, die sich vom Leistungsumfang von einer vollstationären Einrichtung aber nicht unterscheiden. Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG II) soll diesen „unerwünschten Entwicklungen" entgegensteuern. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen sind im Grundsatz richtig; sie reichen aber nicht aus.

Das ist die aktuelle Situation:

Ambulante Wohnformen ermöglichen den Pflegebedürftigen, in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben, ohne ihren Sozialraum respektive die Einbindung in ihr Quartier aufgeben zu müssen. Ambulante Wohngemeinschaften stellen dabei ein alternatives Angebot für Pflegebedürftige dar, die nicht allein in einer eigenen Wohnung leben möchten. Sie ermöglichen ein Leben in der Gemeinschaft und beinhalten auch eine Tagesstrukturierung. Die Wohngemeinschaft kann neben der professionellen Pflege auch durch eigene Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie durch das soziale Umfeld sichergestellt werden. Sie ist daher gekennzeichnet durch ein Miteinander von hauptberuflichen Pflegekräften, ehrenamtlich tätigen Helfern und Angehörigen. Hinzu kommt die Kontinuität bei den mit der Pflege betrauten Bezugspersonen. Deshalb werden entsprechende Wohnformen nach Wunsch des Gesetzgebers durch die Pflegekassen unterstützt.

Um innovative Wohn- und Pflegekonzepte zu unterstützen, haben Pflegebedürftige Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag, wenn sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschlag beträgt derzeit 205 Euro monatlich. Er soll mit dem PSG II auf 214 Euro angehoben werden.

Wesentliche Bedingung für den Wohngruppenzuschlag ist, dass der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen keine Leistungen anbieten darf, die weitgehend dem Leistungsumfang einer vollstationären Pflege entsprechen.

Das ist das Problem:

Durch die geltende Rechtslage wird es attraktiver für Pflegeanbieter, ambulante Wohnformen (insbesondere Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen) um örtlich angesiedelte Tagespflege und Pfle-

Seite 1 von 3
Gesetzentwurf 2. Pflegestärkungsgesetz

Quelle: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/gesetze/index_14053.html

Lesefassung zum Entwurf eines 2. Pflegestärkungsgesetz (Stand: 13.11.2015)

Rote Änderungen basieren auf dem Referentenentwurf 2. Pflegestärkungsgesetz

Grüne Änderungen basieren auf dem Kabinettsentwurf 2. Pflegestärkungsgesetz

Lila Änderungen basieren auf den beschlossenen Änderungsanträgen zum Entwurf eines 2. Pflegestärkungsgesetzes (Stand: 11.11.2015)

Braune Änderungen basieren auf dem Hospiz- und Palliativgesetzes

Für die Richtigkeit der nichtamtlichen Lesefassung übernimmt der AOK-Bundesverband keine Gewähr.

Artikel 1 und 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Bisherige Vorgaben des SGB XI	Neue Vorgaben des SGB XI
§ 1 Soziale Pflegeversicherung	
(1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen. (2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen. (3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen. (4) Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. (4a) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen	(1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen. (2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen. (3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen. (4) Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. (~~4a~~5) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen

Abteilung Pflege, AOK-Bundesverband 1

Weitere Informationen

- http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/gesetze/lesefassung_psg2.pdf
- **Nadine-Michèle Szepan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband, nadine-michele.szepan@bv.aok.de**