



# Glossar

## A bis D

### Ambulante Pflegesachleistung

Pflegebedürftige, die weiterhin zu Hause leben, können einen zugelassenen professionellen Pflegedienst engagieren und erhalten dann die sogenannte „Pflegesachleistung“. Dazu zählen Unterstützung bei der **↗ Grundpflege** und hauswirtschaftlichen Versorgung durch geeignete Pflegekräfte. **↗ Betreuungsleistungen** wie beispielsweise Spaziergänge, Hilfe beim Einkaufen oder soziale Aktivitäten können auch übernommen werden. Anspruchsberechtigt sind auch Menschen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“\*.

Die Pflegeleistungen können entsprechend der individuellen Pflegesituation bedarfsgerecht zusammengestellt werden. Sind die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt, kann auch die Betreuung als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

→ Lesen Sie dazu unsere **Praxisseite II.5** in diesem Ordner sowie unseren Glossar-Eintrag „**Pflegesachleistungen**“.

### Ambulanter Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der **↗ Pflege zu Hause**. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit **↗ pflegende Angehörige** z. B. Beruf und Betreuung besser organisieren können. Das Personal des Pflegedienstes kommt zu den Pflegebedürftigen nach Hause und hilft fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege. Die ambulante Pflege ermöglicht es Betroffenen, trotz **↗ Pflegebedürftigkeit** in der vertrauten Umgebung zu bleiben.

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Dies sind vor allem:

- grundpflegerische Tätigkeiten wie z. B. Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie

\* Menschen, deren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, die in ihrer Alltagskompetenz aber dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

→ hauswirtschaftliche Versorgung, z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung.

Seit dem 1. Januar 2013 bieten ambulante Pflegedienste neben der [↗ Grundpflege](#) und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielt [↗ Betreuungsleistungen](#) (Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie z. B. Spaziergehen oder Vorlesen) an.

Sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, erbringt ein ambulanter Pflegedienst auch [↗ häusliche Krankenpflege](#) nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur häuslichen Krankenpflege gehören Tätigkeiten wie z. B. Medikamentengabe, Verbandwechsel und Injektionen.

Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen. Die ambulanten Sachleistungen der [↗ Pflegeversicherung](#) für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung) betragen seit dem 1. Januar 2015 monatlich in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro). Für Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf liegen die Leistungen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ bei 231 Euro, in Pflegestufe I bei 689 Euro, in Pflegestufe II bei 1.298 Euro und in Pflegestufe III bei 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro).

→ Seit dem 1. Januar 2015 gibt es Leistungsverbesserungen. Mehr dazu unter den Glossar-Einträgen [„Pflegestärkungsgesetz I“](#) und [„Pflegestärkungsgesetz II“](#).

## Anschubfinanzierung für Wohngruppen

Der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige aus der [↗ Pflegeversicherung](#) erhalten, wenn sie eine gemeinsam beauftragte Person in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen oder drei Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ beschäftigen, beträgt seit dem 1. Januar 2015 205 Euro pro Monat. Außerdem können Berechtigte des Wohngruppenzuschlags eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftiger Person, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe) für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die nun einfacher in Anspruch genommen werden kann, beantragen. Diese Leistungen stehen auch Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0“ (z. B. demenziell Erkrankte) zur Verfügung. Auch der Zuschuss für [↗ Umbaumaßnahmen](#) wird deutlich aufgestockt, Wohngruppen können jetzt bis zu 16.000 Euro erhalten.

→ Lesen Sie dazu auch unsere [Praxisseite II.3](#) in diesem Ordner.



## Begutachtung (Pflegeversicherung)

Grundsätzlich kann **➤ Pflegebedürftigkeit** im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Um Leistungen von der **➤ Pflegeversicherung** in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Sobald der Antrag gestellt wurde, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den **➤ Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von **➤ Pflegezeit** gegenüber dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin angekündigt wurde.

Befindet sich der Antragsteller bzw. die Antragstellerin in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin angekündigt oder eine **➤ Familienpflegezeit** mit dem Unternehmen vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Die Pflegekasse ist zudem verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die antragstellende Person in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

Privatversicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

→ Weiterführende Informationen finden Sie auch auf unserer **Praxisseite VI.1** in diesem Ordner.

## Beitragssatz und Beitragshöhe

Seit dem 1. Januar 2015 ist der Beitragssatz der **➤ Pflegeversicherung** um 0,3 Prozentpunkte angehoben worden. In der zweiten Stufe der Pflegereform wird der Beitragssatz um weitere 0,2 Prozentpunkte erhöht. Damit können die Leistungen aus der Pflegeversicherung um 20 Prozent verbessert werden.

Besondere Regelung für die Beitragstragung in Sachsen: In Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil bei der Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass dort zur Finanzierung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Von den 2,35 Prozent Pflegebeitrag entfallen in Sachsen 1,675 Prozent auf den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlern) und 0,675 Prozent auf den Arbeitgeber, während es im übrigen Bundesgebiet jeweils 1,175 Prozent für Arbeitgeber und -nehmer sind.

→ Mehr dazu erfahren Sie auf der [Praxisseite I.5](#) sowie unter den Glos-sar-Einträgen „[Pflegestärkungsgesetz I](#)“ und „[Pflegestärkungsgesetz II](#)“.

## Beratungseinsätze

Pflegebedürftige, die **➤ Pflegegeld** beziehen, müssen in den **➤ Pflege-stufen** I und II einmal halbjährlich sowie in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Diese Beratungsbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den **➤ Pflegeberaterinnen und -beratern** der Pflegekassen. Pflegebedürftige mit erheblich **➤ eingeschränkter Alltagskompetenz** können diese Beratungsbesuche zweimal im oben genannten Zeitraum in Anspruch nehmen. Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, also in der sogenannten „Pflegestufe 0“ sind, können einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesen Fällen kann die Beratung von einem zugelassenen Pflegedienst, aber auch von einer anerkannten unabhängigen Beratungsstelle mit oder ohne pflegfachliche Kompetenz durchgeführt werden. Letzteres soll ermöglichen, dass z. B. Alzheimer-Patienten auch eine Beratung durch die Alzheimer-Gesellschaft in Anspruch nehmen können.

→ Mehr dazu erfahren Sie auf unserer [Praxisseite II.4 \(S. 5\)](#).

## Betreuungsdienste

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der Gesetzgeber ein Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch neuartige

Betreuungsdienste vorgesehen, die sich ausschließlich auf Leistungen der häuslichen Betreuung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung konzentrieren. Ziel ist es, mit Hilfe einer wissenschaftlichen Begleitung wichtige Erkenntnisse zu erhalten, inwieweit die häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung auf eine breitere fachliche und personelle Basis gestellt werden können.

Mit der Umsetzung des Modellprojektes wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) beauftragt. Im Rahmen eines Interessenbekundungsverfahrens konnten sich interessierte Betreuungsdienste beim GKV-Spitzenverband um eine Teilnahme am Modellprogramm bewerben. Für eine mögliche Teilnahme galten vor allem Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation von Leitung und Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes sowie Anforderungen an die Gesamtkonzeption des Anbieters.

Nach sorgfältiger Prüfung aller eingegangenen Unterlagen durch den GKV-Spitzenverband wurden bundesweit mittlerweile 48 geeignete Betreuungsdienste durch die Landesverbände der Pflegekassen für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen. Die Umsetzung der Modellvorhaben wird vom IGES Institut Berlin wissenschaftlich begleitet. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es, die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend zu untersuchen, um so festzustellen, ob künftig ggf. solche ambulanten Dienste in der Regelversorgung zugelassen werden können.

→ Weiterführende Informationen darüber, wer seit dem 1. Januar 2015 die neuen Betreuungsdienste in Anspruch nehmen kann und welche Leistungen sie erbringen, finden Sie auch auf unserer [Praxisseite III.1](#) in diesem Ordner.

## Betreuungskraft, zusätzliche

Voll- und teilstationäre [Pflegeeinrichtungen](#) konnten schon bisher zusätzliche Betreuungskräfte anstellen, die das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige mit [eingeschränkter Alltagskompetenz](#) ergänzten. Im Rahmen des [Ersten Pflegestärkungsgesetzes \(PSG 1\)](#), das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, stehen diese zusätzlichen Betreuungsangebote allen pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegegästen offen.

In enger Kooperation und fachlicher Absprache mit den Pflegekräften und den Pflegeteams betreuen und begleiten die zusätzlichen Betreuungskräfte z. B. beim Lesen, beim Basteln, beim Spazierengehen oder zu kulturellen Veranstaltungen. Es soll erreicht werden, dass den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegegästen durch zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung und eine höhere Wertschätzung entgegengebracht, mehr Austausch mit anderen

Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht wird. Zusätzliche Betreuungskräfte können die Arbeit qualifizierter Pflegefachkräfte nicht ersetzen, sie können diese aber entlasten, damit den Fachkräften mehr Zeit für die eigentlichen Pflegeaufgaben bleibt. Pflegerische Aufgaben gehören hingegen nicht zum Aufgabenbereich der zusätzlichen Betreuungskräfte.

Die Kosten für das Zusatzpersonal werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen getragen. Die Pflegekassen haben mit den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Vergütungszuschläge nach § 87b Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Finanzierung der Personalaufwendungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der erforderlichen Höhe vertraglich zu vereinbaren.

Die Grundsätze der Arbeit und Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sind in den Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) nach § 87b Abs. 3 SGB XI geregelt. Diese werden vom GKV-Spitzenverband beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt (zuletzt am 29. Dezember 2014). Die angepassten Richtlinien sind am 1. Januar 2015 in Kraft getreten.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde auch die Betreuungsrelation von 1:24 auf 1:20 verbessert. Damit wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass sich die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtung von heute rund 25.000 auf bis zu 45.000 erhöhen kann.

→ Weiterführende Informationen dazu finden Sie auch auf der [Praxisseite V.2](#) hier in diesem Ordner.

## Betreuungs- und Entlastungsleistungen, ambulant

Seit dem 1. Januar 2015 haben alle Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, neben ihrem Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- nun auch einen Anspruch auf zusätzliche Entlastungsleistungen. Pflegebedürftigen Personen ohne [↗ eingeschränkte Alltagskompetenz](#) wird ein Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich für die Inanspruchnahme der gesetzlich festgelegten Leistungen zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen erstattet.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der [↗ Kurzzeitpflege](#), von zugelassenen Pflegediensten (sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der [↗ Grundpflege](#) handelt) oder



von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten entstehen.

Zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen zählen unter anderem Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helfer- bzw. Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen bzw. Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie familienentlastende Dienste.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der oben genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der [↗ Verhinderungspflege](#) eingesetzt werden.

→ Weitere Information finden Sie auch auf unserer [Praxisseite III.1](#) hier in diesem Ordner.

## Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Neben der [↗ Pflegeversicherung](#) erfüllen Kommunen wichtige Aufgaben im Bereich der pflegerischen Versorgung vor Ort. Allerdings stehen ihnen dafür nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat sich mit der Frage beschäftigt, wie die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt werden kann. Die Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesministerien für Arbeit und Soziales sowie Familie, Senioren, Frauen und Jugend, zehn Länderministerien und den drei kommunalen Spitzenverbänden zusammen. Sie nahm am 29. September 2014 ihre Arbeit auf und veröffentlichte am 12. Mai 2015 ihre Empfehlungen.

Ziel aller empfohlenen Maßnahmen ist es, Sozialräume so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Hierfür sind Maßnahmen in vier Themenfeldern empfohlen worden, deren Umsetzung zugesagt wurde. Erstens werden zur Sicherstellung der Versorgung unter anderem neue Beratungsstrukturen wie das Konzept der „Modellkommune Pflege“ erprobt. Dadurch sollen Information, Beratung und Zusammenarbeit vor Ort effizienter gestaltet werden. Getestet wird auch ein Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von [↗ Pflegestützpunkten](#). Weiterhin sollen die Länder regionale Pflegeausschüsse einrichten können. Das stärkt regionale Pflegestrukturen. Zweitens wird die Beteiligung der Kommunen am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote weiterentwickelt und vereinfacht. Drittens werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen getroffen, die Zusammenarbeit und Transparenz zwischen den Akteursebenen verbessern sollen, wenn es um die Beratung von pflegebedürftigen Menschen geht. Viertens soll altersgerechtes

Wohnen vorangebracht werden: Bund, Länder und Kommunen sagen zu, in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen die Vielfalt an Wohnungsformen zu fördern und das Angebot an alternativen Wohnformen und bezahlbarem altersgerechten Wohnraum zu erhöhen.

Damit die verbesserte Zusammenarbeit vor allem zwischen Pflegekassen und kommunalen Hilfs- und Betreuungsangeboten und damit insgesamt zwischen Bund, Ländern und Kommunen funktionieren kann, müssen Daten über vorhandene Angebote und entsprechende Kosten für alle Akteure zugänglich sein. In diesem Zusammenhang ist eine Reihe von neuen Studien und Erhebungen empfohlen worden. Ein regelmäßiger Austausch zu den empfohlenen Maßnahmen im Sinne eines Monitorings, in das die kommunalen Spitzenverbände einbezogen werden, ist vereinbart.

Die Empfehlungen der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ finden Sie unter [www.bundesgesundheitsministerium.de/BL-AG-Pflege-Empfehlungen](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/BL-AG-Pflege-Empfehlungen)

## Demenz

„Weg vom Geist“ bzw. „ohne Geist“ – so lautet die wörtliche Übersetzung des Begriffs „Demenz“ aus dem Lateinischen. Damit ist das wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen vorweggenommen, nämlich der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit.

Am Anfang der Krankheit stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, in ihrem weiteren Verlauf verschwinden auch bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses, so dass die Betroffenen zunehmend die während ihres Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten verlieren. Aber eine Demenz ist mehr als eine „einfache“ Gedächtnisstörung. Sie zieht das ganze Sein des Menschen in Mitleidenschaft: seine Wahrnehmung, sein Verhalten und sein Erleben.

Demenzerkrankungen können eine Vielzahl von Ursachen haben. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen primären und sekundären Formen der Demenz. Letztgenannte sind Folgeerscheinungen anderer, meist außerhalb des Gehirns angesiedelter Grunderkrankungen wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände und chronische Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente. Diese Grunderkrankungen sind behandel- oder zum Teil sogar heilbar. Somit ist häufig eine Rückbildung der demenziellen Beschwerden möglich.

Allerdings machen sekundäre Demenzen nur ca. 10 Prozent aller Krankheitsfälle aus, 90 Prozent entfallen auf die primären und in der Regel irreversibel („unumkehrbar“) verlaufenden Demenzen. Hier wiederum dominiert der Typ Alzheimer. Dieser ist für rund zwei Drittel aller Demenzerkrankungen verantwortlich. Es folgen mit ca. 20 Prozent die sogenannten vaskulären, d. h. gefäßbedingten Demenzen, wobei Wissenschaftler davon ausgehen, dass auch Mischformen eine nicht





unerhebliche Rolle spielen. An diesen leiden etwa 15 Prozent der Patientinnen und Patienten.

Mit den neuen Pflegestärkungsgesetzen, insbesondere dem [↗ Pflegestärkungsgesetz I](#), werden Menschen, die an Demenz erkrankt sind, in den Kreis der Leistungsberechtigten der [↗ Pflegeversicherung](#) aufgenommen, wenn der [↗ Medizinische Dienst der Krankenkassen](#) oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen bzw. Gutachter im Rahmen ihrer Begutachtung als Folge ihrer Krankheit Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen [↗ Einschränkung ihrer Alltagskompetenz](#) geführt haben (§ 45 SGB XI).

→ Siehe dazu Glossar-Eintrag „[Kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige](#)“.