



Neuerungen im Gesundheitswesen

## Das ändert sich 2022 für Kranken- und Pflegeversicherte

Stand: Anfang Dezember 2021



## Inhalt

Das ändert sich 2022 für Kranken- und Pflegeversicherte .....	3
Beitragssätze und Bemessungsgrenzen .....	4
Allgemeiner Beitragssatz und durchschnittlicher Zusatzbeitrag zur GKV .....	4
Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung: Bei Kinderlosen steigt der Zuschlag.....	4
Studentische Krankenversicherung: .....	4
Beitragsbemessungsgrenze: .....	4
Einkommensgrenze für die Familienversicherung: .....	5
Versicherungspflichtgrenze: .....	5
Belastungsgrenze für Zuzahlungen: .....	5
Höchstgrenze für das Krankengeld: .....	6
Entlastungen für Betriebsrentner:.....	6
Anpassungen beim Übergangsbereichsrechner (vormaliger Gleitzoneurechner) .....	6
Elektronische Patientenakte (ePA) erhält weitere Nutzungsmöglichkeiten.....	7
<b>Neue Funktionen</b> .....	7
<b>Neue Inhalte</b> .....	7
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Rezepte werden digital.....	8
<b>Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)</b> .....	8
<b>Elektronisches Rezept (eRezept)</b> .....	8
Aufklärungsangebot zur Organspende und Telemonitoring von Herzpatienten .....	9
<b>Beratungsgespräch zur Organspende</b> .....	9
<b>Telemonitoring bei Herzinsuffizienz</b> .....	9
Krankenhäuser: Übergangspflege in der Klinik und bessere Personalausstattung.....	10
<b>Übergangspflege nach Krankenhausbehandlung</b> .....	10
<b>Neue Untergrenzen für Pflegepersonal in Krankenhäusern</b> .....	10
Pflege: Kostenbremse, mehr Geld für Leistungen und höhere Löhne.....	11
<b>Kostenbremse für vollstationäre Pflege</b> .....	11
<b>Mehr Geld für Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege</b> .....	11
<b>Verpflichtende Tarifbezahlung</b> .....	12
<b>Digitale Pflegeanwendungen kommen in die Versorgung</b> .....	12

Herausgeber: vdek-Pressestelle  
Kontakt: Michaela Gottfried  
Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 12 00  
E-Mail: presse@vdek.com

## Das ändert sich 2022 für Kranken- und Pflegeversicherte

Das Jahr 2022 bringt für Versicherte wieder einige Neuerungen im Gesundheitswesen. Die Bemessungsgrenzen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV), die üblicherweise jährlich nach oben angepasst werden, bleiben allerdings wegen der negativen Lohnzuwachsrate in diesem Jahr unverändert auf dem Vorjahresniveau. Der allgemeine Beitragssatz in der GKV und der vom BMG festgesetzte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz erhöhen sich nicht. Das gilt auch für die SPV mit einer Ausnahme: Bei kinderlosen Mitgliedern der Pflegeversicherung steigt der Beitrag an.

Daneben schreitet die Digitalisierung der medizinischen Versorgung weiter voran. Die elektronische Patientenakte (ePA) kann nun auch per PC (Desktop-Computer oder Laptop) gelesen und geführt werden – neben der bereits vorhandenen Möglichkeit per Smartphone / Tablet und App der Krankenkasse. Sie erhält zudem Optionen für zusätzliche Inhalte wie den Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft. Das elektronische Rezept (eRezept) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) starten zum Jahresanfang.

In den Krankenhäusern wird als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung die sogenannte Übergangspflege nach Krankenhausaufenthalt eingeführt. Neue Pflegepersonaluntergrenzen in der Orthopädie, der Geburtshilfe und der Gynäkologie sollen Pflegekräfte der Kliniken entlasten. Für Bewohner von Pflegeheimen kommt eine „Kostenbremse“ bei den von ihnen zu zahlenden Eigenanteilen. In der ambulanten Pflege werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung angehoben. Spätestens ab dem Herbst müssen Pflegeeinrichtungen ihre Beschäftigten tariflich bezahlen. Dies wird voraussichtlich dazu führen, dass die finanziellen Belastungen für Pflegebedürftige weiter steigen.

## Beitragssätze und Bemessungsgrenzen

Die für die Sozialversicherung maßgebenden Rechengrößen – insbesondere die Beitragsbemessungsgrenzen – werden jährlich entsprechend der Entwicklung der Löhne und Gehälter angepasst. Dadurch ändern sich die Einkommensgrenzen, von denen oder bis zu denen Beiträge zu zahlen sind. Diese Werte werden per Verordnung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erlassen und nach Zustimmung durch den Bundesrat im Bundesgesetzblatt verkündet.

Weil die Lohnzuwachsrate leicht im Minus liegt, werden erstmals seit 2011 die Rechengrößen in der GKV und der SPV nicht erhöht. Sie bleiben gegenüber dem Vorjahr gleich, werden an dieser Stelle aber der Vollständigkeit halber mit dokumentiert. Bei der Pflegeversicherung verändert sich der Zuschlag für kinderlose Mitglieder – sie zahlen mehr.

### Allgemeiner Beitragssatz und durchschnittlicher Zusatzbeitrag zur GKV

Der allgemeine Beitragssatz der GKV beträgt 2022 wie in den Jahren zuvor 14,6 Prozent. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag bleibt auch in 2022 bei 1,3 Prozent. Der von den Versicherten tatsächlich zu entrichtende Zusatzbeitragssatz wird kassenindividuell erhoben. Wie hoch der Zusatzbeitragssatz für den einzelnen Versicherten ist, bestimmt also die Krankenkasse, welcher der Versicherte angehört.

### Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung: Bei Kinderlosen steigt der Zuschlag

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) liegt 2022 unverändert bei 3,05 Prozent. Arbeitgeber und Beschäftigte tragen die Beiträge je zur Hälfte (jeweils 1,525 Prozent). Für kinderlose Mitglieder ab 23 Jahren kommt ein Kinderlosenzuschlag hinzu, an dem sich der Arbeitgeber nicht beteiligt. Dieser Zuschlag erhöht sich 2022 um 0,1 Prozentpunkte auf 0,35 Prozentpunkte.

In Sachsen zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Beitrag zur SPV jeweils zur Hälfte – bis auf ein Prozent, das von den Beschäftigten allein getragen wird. Damit beträgt die Beitragsparität in Sachsen 1,025 Prozent (Arbeitgeberanteil) bzw. 2,025 Prozent (Arbeitnehmeranteil). Hintergrund: Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft. Diese Maßnahme ergriff die Politik, um einen Ausgleich für die zusätzlichen Belastungen der Arbeitgeber zu schaffen. Lediglich Sachsen behielt den Feiertag. Als Kompensation dafür zahlen die sächsischen Arbeitnehmer ein Prozent ihres Bruttogehaltes mehr als die Arbeitgeber in die Pflegeversicherung ein.

### Studentische Krankenversicherung:

Die Krankenkassenbeiträge für Studenten bleiben im Jahr 2022 unverändert. Sie belaufen sich weiterhin auf 76,85 Euro im Monat (zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages und des Pflegeversicherungsbeitrages).

### Beitragsbemessungsgrenze:

Die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung werden bei Versicherten nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Der Anteil des Arbeitsentgeltes, der

oberhalb dieser Grenze liegt, wird bei der Beitragsberechnung nicht berücksichtigt.

Da die Lohnentwicklung als Parameter für die Bestimmung der Eckwerte im Minus geblieben ist (-0,15 Prozent), bleiben die Rechengrößen in der GKV und der SPV gegenüber dem Vorjahr unverändert. So beträgt in 2022 die Beitragsbemessungsgrenze weiterhin 58.050 Euro. Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze beläuft sich damit 4.837,50 Euro.

#### Einkommensgrenze für die Familienversicherung:

Mitglieder der GKV können ihre Ehegatten, Lebenspartner und Kinder über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichern. Das setzt allerdings voraus, dass das Gesamteinkommen der Angehörigen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Im Jahr 2022 bleibt die Einkommensgrenze für mitversicherte Angehörige unverändert bei 470 Euro pro Monat. Eine beitragsfreie Mitversicherung eines Familienangehörigen ist ausgeschlossen, wenn dessen Gesamteinkommen oberhalb dieser Grenze von 470 Euro pro Monat liegt. Für Kinder ist die Familienversicherung ferner ausgeschlossen, wenn (1.) das Einkommen des anderen Elternteils oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt (für 2022: 64.350 Euro pro Jahr bzw. 5.362,50 Euro pro Monat) und (2.) regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds und (3.) der Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

#### Versicherungspflichtgrenze:

Bis zu einer bestimmten Höhe des Jahresarbeitsentgeltes besteht für Arbeitnehmer Versicherungspflicht in der GKV. Die jährliche Versicherungspflichtgrenze erhöht sich in 2022 nicht. Sie beträgt weiterhin 64.350 Euro jährlich bzw. 5.362,50 Euro monatlich. Für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten und am 31. Dezember 2002 in der privaten Krankenversicherung (PKV) als Arbeitnehmer versichert waren, gilt eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze – vorausgesetzt, ihr damaliger Versicherungsvertrag umfasste Leistungen, die denen der GKV entsprochen haben. Im Jahr 2022 beträgt die Grenze für diesen Personenkreis weiterhin 58.050 Euro. Oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich Arbeitnehmer auch weiterhin freiwillig in der GKV versichern. Die Beiträge werden auch dann nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Arbeitsentgelt berechnet.

#### Belastungsgrenze für Zuzahlungen:

Für bestimmte Leistungen der GKV müssen Versicherte Zuzahlungen leisten. Die Zuzahlungen werden durch eine sogenannte Belastungsgrenze gedeckelt. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten sowie seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für chronisch kranke Versicherte, die sich wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung befinden, liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent. Von den Bruttoeinnahmen werden bestimmte Beträge für die Angehörigen abgezogen, bevor die Belastungsgrenze berechnet wird. Diese „Freibeträge“ richten sich nach der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) festgesetzten Bezugsgröße. Für das Jahr 2022 bleiben der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen in Höhe von 5.922 Euro, der Freibetrag für jeden weiteren Angehörigen in Höhe von 3.948 Euro sowie der Kinderfreibetrag in Höhe von 8.388 Euro wie im Vorjahr bestehen.

### Höchstgrenze für das Krankengeld:

Wenn Versicherte durch eine Erkrankung längere Zeit arbeitsunfähig sind (in der Regel mehr als sechs Wochen) oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden, haben sie Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse. Das Krankengeld wird pro Kalendertag berechnet und richtet sich nach den individuellen Verhältnissen des Versicherten. Das jeweils gezahlte Höchstkrankengeld orientiert sich dabei an der Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung. Da die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2022 unverändert bleibt, beträgt das Höchstkrankengeld wie im Jahr 2021 112,88 Euro pro Kalendertag.

### Entlastungen für Betriebsrentner:

Pflichtversicherte Rentner mit kleinen Betriebsrenten sind seit 1. Januar 2020 spürbar bei den Krankenkassen-Beiträgen aufgrund eines Freibetrags entlastet. Der Freibetrag bleibt in 2022 bei 164,50 Euro; erst darüber hinaus werden Beiträge fällig. Rentner mit Betriebsrenten, die nicht mehr als 164,50 Euro betragen, müssen keine Beiträge zahlen. Werden mehrere Betriebsrenten bezogen, wird der Freibetrag insgesamt berücksichtigt und nicht für jede einzelne Betriebsrente.

### Anpassungen beim Übergangsbereichsrechner (vormaliger Gleitzonenrechner)

Der Übergangsbereichsrechner, mit dem Midijobber ihre reduzierten Sozialabgaben und Nettobezüge berechnen können, wird ab dem 1. Januar 2022 angepasst. Die Anpassungen sind notwendig, weil sich zum Jahreswechsel einerseits der Beitragssatz für Kinderlose in der Pflegeversicherung auf 0,35 Prozent erhöht und andererseits die Insolvenzgeldumlage von derzeit 0,12 Prozent auf 0,09 Prozent sinkt. Dies hat Auswirkungen auf die Berechnung der Beiträge und Umlagen. Bereits seit Längerem zahlen Beschäftigte im Midijob bis zu einer Verdienstobergrenze (aktuell regelmäßiges Arbeitsentgelt nicht mehr als 1.300 Euro) reduzierte Sozialversicherungsbeiträge. Für die einfache Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge stellt der vdek Arbeitnehmern und Arbeitgebern seinen an die neuen gesetzlichen Voraussetzungen angepassten Übergangsbereichsrechner zur Verfügung. Der Rechner kann auf der Webseite des vdek als Excel-Datei heruntergeladen und frei verwendet werden: [www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/gleitzonenrechner-uebergangsbereichsrechner.html](http://www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/gleitzonenrechner-uebergangsbereichsrechner.html)

## Elektronische Patientenakte (ePA) erhält weitere Nutzungsmöglichkeiten

Ein zentraler Ablageort von persönlichen Gesundheitsdaten anstatt vieler Akten, die bei Ärzten und Krankenhäusern verteilt sind: Die elektronische Patientenakte (ePA) führt wichtige Informationen rund um die eigene Gesundheit in der Hand der Versicherten zusammen. Ärzte und andere Therapeuten können so einen schnelleren Überblick über bisherige Behandlungen und Befunde erhalten. Ab 1. Januar 2022 kommen weitere Inhalte und Nutzungsmöglichkeiten hinzu. Wie schon zuvor entscheiden die Versicherten selbst, ob und in welchem Umfang das geschieht und wer auf den Datenspeicher Zugriff erhält.

### Neue Funktionen

Bislang konnten Versicherte mittels Smartphone und einer App ihrer Krankenkasse die ePA selbstständig einsehen und führen. Im neuen Jahr kommt mit der PC-Version (Desktop-Computer oder Laptop) eine weitere Nutzungsmöglichkeit hinzu. Ebenfalls wird es möglich sein, die in der ePA gespeicherten Daten bei einem Wechsel der Krankenkasse mitzunehmen. Sind Versicherte nicht in der Lage, ihre elektronische Patientenakte selbst zu verwalten, kann das künftig auch eine selbstgewählte andere Person in Vertretung übernehmen. Darüber hinaus wird der Zugriff von Ärzten und anderen Heilmittelerbringern auf die elektronische Akte verfeinert. Versicherte können Berechtigungen, Daten zu lesen oder hinzuzufügen, für ausgewählte Dokumentenkategorien, wie etwa für den hausärztlichen Bereich, oder für einzelne Dokumente vergeben. Ab 1. Juli 2022 gibt es eine weitere Neuerung. Dann erhalten Versicherte die Möglichkeit, mittels ePA die Erklärung zur Organspende im Organspende-Register abzugeben, zu ändern oder zu löschen.

### Neue Inhalte

Neben neuen Funktionen bringt das Jahr 2022 neue medizinische Inhalte für die ePA. Wer möchte, kann in seiner ePA die eigene Impfdokumentation, das Kinderuntersuchungsheft, den Mutterpass und das Zahnbonusheft abspeichern. Inhaltlich gleichen die elektronischen Dokumente den gedruckten Formularen. Anfang 2022 werden nicht alle Ärzte die elektronische Dokumentation anbieten können. Voraussichtlich dauert es noch einige Monate, bis alle Praxen über die hierfür benötigten technischen Komponenten verfügen. Außerdem können ab kommendem Jahr die bei der Krankenkasse gespeicherten Daten über Leistungen, die von Versicherten in Anspruch genommen wurden – die sogenannten Abrechnungsdaten – in der ePA eingestellt werden. Ebenso besteht die Option, Informationen über verordnete bzw. abgegebene Arzneimittel aus den elektronischen Verordnungen (eRezept) aufzunehmen. Einen Zugriff auf die in der ePA gespeicherten Daten erhalten die Krankenkassen dabei nicht.

## Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Rezepte werden digital

Mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischen Rezept (eRezept) sollen weitere digitale Anwendungen die Papierformulare in der Gesundheitsversorgung ablösen. Die neuen Verfahren vereinfachen Abläufe zwischen Versicherten, Arztpraxen und Apotheken sowie den Krankenkassen. Das eRezept macht zudem die Arzneimittelbehandlung sicherer.

### Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Die Digitalisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt schrittweise. Zunächst wird der Versand der Bescheinigung an die Krankenkassen elektronisch. Nicht mehr die Versicherten selbst, sondern die Ärzte übernehmen diese Aufgabe. Damit entfällt für Versicherte das Risiko eines Krankengeldverlustes infolge verspäteter Meldung. Ursprünglicher Starttermin war der 1. Oktober 2021. Aufgrund anhaltender Vorbereitungen bei den Vertragsärzten gilt noch bis Jahresende eine Übergangsregelung. In diesem Zeitraum können sie weiterhin mit Papierbelegen arbeiten. Ab dem 1. Januar 2022 ist die eAU für Ärzte verpflichtend.

Ab 1. Juli 2022 wird auch der Übermittlungsweg zwischen Versicherten und Arbeitgebern digital. Das heißt, die Krankenkassen sind ab diesem Zeitpunkt zur elektronischen Weiterleitung der Arbeitsunfähigkeits-Daten an die Arbeitgeber verpflichtet. Versicherte erhalten weiterhin einen Ausdruck für ihre Unterlagen.

### Elektronisches Rezept (eRezept)

Eine unleserliche Handschrift oder ein Stempel auf dem Verordneten? Manches Papierrezept kann schlimmstenfalls dazu führen, dass Patienten das falsche Medikament oder die falsche Dosierung erhalten. Damit ist ab nächstem Jahr Schluss. Die elektronische Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln soll zum 1. Januar 2022 für alle gesetzlich Versicherten verfügbar sein. Ab dann müssen Ärzte ihren Patienten das Rezept digital bereitstellen. Das geschieht mittels eines QR-Codes: Der Code wird auf die eRezept-App eines Smartphones übertragen oder auf Papier ausgedruckt. Das eRezept kann in jeder Apotheke eingelöst werden. Aktuell läuft noch eine Testphase in der Region Berlin-Brandenburg, die zum 1. Juli 2021 gestartet war.



## Aufklärungsangebot zur Organspende und Telemonitoring von Herzpatienten

Um mehr Menschen für die Organspende zu gewinnen, schafft der Gesetzgeber ein neues Angebot: Arztpraxen bieten ihren Patienten Beratung zur Organspende an. Daneben findet mit der Fernüberwachung von Herzpatienten eine weitere Anwendung der Telemedizin Eingang in die Versorgung. Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (fortgeschrittener Herzschwäche) soll Klinikeinweisungen reduzieren und die Sterblichkeit der Erkrankten senken.

### Beratungsgespräch zur Organspende

Eine Organspende kann schwerkranken Menschen helfen weiterzuleben. Weil es in Deutschland an Spenderorganen mangelt, soll die Spendebereitschaft durch Aufklärung der Mitbürger erhöht werden. Ab März 2022 können sich Versicherte ab 14 Jahren auf ihren Wunsch hin vom Haus- oder Kinderarzt über eine Organ- bzw. Gewebespende beraten lassen. Der Arzt informiert in diesem Gespräch über alle medizinischen Belange im Zusammenhang mit der Spende. Versicherte können dabei entsprechendes Aufklärungsmaterial und den Organspendeausweis erhalten, in dem sie ihre jeweilige Entscheidung dokumentieren. Bei Bedarf können Versicherte alle zwei Jahre das ärztliche Beratungsgespräch in Anspruch nehmen. Das kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn sich ihre Lebenssituation geändert hat.

### Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Patienten mit Herzinsuffizienz können künftig auch telemedizinisch betreut werden. Die neue Leistung wird zum 1.1.2022 in den GKV-Katalog aufgenommen. Mit der digitalen Methode werden kontinuierlich gemessene Vitalparameter wie Herzschlag oder Blutdruck betroffener Patienten ausgewertet, ohne dass sie dafür zum Arzt oder in die Klinik müssen. Herzschrittmacher oder externe Apparate wie Blutdruckmessgeräte übermitteln ihre Messergebnisse digital an ein Telemedizinisches Zentrum, das die Daten automatisiert prüft. Bei auffälligen Werten schlägt das Auswertungsprogramm Alarm. Der behandelnde Kardiologe oder der Hausarzt, die auch die Daten erhalten, werden von dem Zentrum benachrichtigt. Innerhalb von 48 Stunden können so relevante Abweichungen der Herzfunktion erkannt und die Therapie angepasst werden. Das telemedizinische Monitoring bei Herzinsuffizienz gilt als Blaupause für die digitale Betreuung weiterer Erkrankungen.

## Krankenhäuser: Übergangspflege in der Klinik und bessere Personalausstattung

Krankenhäuser werden zur Pflegeeinrichtung auf Zeit: Mit der sogenannten „Übergangspflege im Krankenhaus“ wird eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Zudem soll die Ausweitung der Personaluntergrenzen auf weitere Fachabteilungen das Ausstattungsniveau der Kliniken im kommenden Jahr heben. Dadurch wird noch einmal mehr die Patientensicherheit erhöht.

### Übergangspflege nach Krankenhausbehandlung

Lassen sich nach einer Krankenhausbehandlung beispielsweise eine Pflege zu Hause oder eine Kurzzeitpflege nicht sicherstellen, besteht die Möglichkeit, die neu geschaffene „Übergangspflege im Krankenhaus“ in Anspruch zu nehmen. Die Regelung wird voraussichtlich im 1. Quartal 2022 umgesetzt. Betroffene werden für bis zu zehn Tage in der Klinik weiterversorgt, in der sie behandelt wurden. Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, das Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung und im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

### Neue Untergrenzen für Pflegepersonal in Krankenhäusern

Anfang 2019 wurden erstmals Pflegepersonaluntergrenzen für die Krankenhausfachabteilungen Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie festgelegt. Das bedeutet, auf diesen Stationen ist die maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft und Schicht verbindlich geregelt. Weitere Bereiche folgten. Ab 1. Januar 2022 gibt es solche Pflegepersonaluntergrenzen auch für die Fachabteilungen Orthopädie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. So dürfen beispielsweise auf eine Pflegekraft der Gynäkologie und Geburtshilfe in der Tagesschicht maximal acht Patienten kommen. Außerdem werden ab dem kommenden Jahr die bisher festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für den Bereich der Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin) fachspezifisch ausdifferenziert – die allgemeine Pädiatrie, die spezielle Pädiatrie und die neonatologische Pädiatrie erhalten eigene Vorgaben.

## Pflege: Kostenbremse, mehr Geld für Leistungen und höhere Löhne

Die Zuzahlungen der Pflegebedürftigen für die Pflege im Heim sind kontinuierlich gestiegen. Um die Heimbewohner zu entlasten, führt der Gesetzgeber eine „Kostenbremse“ ein. Auch die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die ambulante Pflege werden angehoben. Höhere Löhne sollen die Pflege in ambulanten Diensten und Pflegeheimen attraktiver machen, mehr Menschen für den Pflegeberuf gewinnen und damit helfen, Pflegebedürftige noch besser zu versorgen. Dies kann allerdings zu weiteren finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen führen.

### Kostenbremse für vollstationäre Pflege

Um den seit Jahren steigenden finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber für die Heimpflege eine „Kostenbremse“ eingeführt. Je nach Länge des Heimaufenthalts übernimmt die Pflegekasse ab dem 1. Januar 2022 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 – zusätzlich zum Leistungsbetrag – einen prozentualen Anteil an den pflegebedingten Aufwendungen. Dies ist der Anteil, den Bewohner von Pflegeeinrichtungen – neben Kosten für Unterkunft, Verpflegung und einem Teil der Investitionskosten der Einrichtung – für pflegebedingte Kosten aus eigener Tasche zahlen müssen. Der Leistungszuschlag wird ab dem Zeitpunkt des Heimeinzugs in Höhe von 5 Prozent des Eigenanteils gezahlt. Nach 36 Monaten beträgt der Zuschlag maximal 70 Prozent (Tabelle 1). Insbesondere Pflegebedürftige mit einer langen Aufenthaltsdauer im Heim werden durch die Neuregelung entlastet.

Tabelle 1

<b>Leistungsbezug</b>	bis einschließlich 12 Monate	mehr als 12 Monate	mehr als 24 Monate	mehr als 36 Monate
<b>Leistungszuschlag in Höhe von</b>	5 Prozent...	25 Prozent...	45 Prozent...	70 Prozent...
	... des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen			

### Mehr Geld für Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege

Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5, die zu Hause leben, steht ab 1. Januar 2022 ein höherer Monatsbetrag zur Verfügung, den sie für Pflegesachleistungen – das heißt für von professionellen Pflegediensten erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen – einsetzen können. Im Pflegegrad 1 steht weiterhin der sogenannte Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro zur Verfügung. (Tabelle 2)

Tabelle 2

<b>Pflegegrad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2022 Leistungsbetrag pro Monat</b>	125 Euro (Entlastungs- betrag)	724 Euro	1.363 Euro	1.693 Euro	2.095 Euro
<b>2021 Leistungsbetrag pro Monat</b>	125 Euro (Entlastungs- betrag)	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro

### Verpflichtende Tarifbezahlung

Pflegeeinrichtungen müssen ihren Beschäftigten spätestens ab September 2022 ein Entgelt zahlen, das einem Tariflohn bzw. einem Entgelt nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen entspricht. Weil erst ein Teil der Einrichtungen entsprechend zahlt und Mehrkosten für Personal aufgrund der gesetzlichen Regelungen von den Pflegebedürftigen getragen werden müssen, könnte sich für viele Pflegebedürftige die Pflege in 2022 verteuern.

### Digitale Pflegeanwendungen kommen in die Versorgung

Pflege-Apps („digitale Pflegeanwendungen“ DiPA) sollen den Pflegebedürftigen beispielsweise helfen, geistig fit zu bleiben, die Mobilität zu verbessern oder das Sturzrisiko zu vermindern. Ab Januar 2022 können Entwickler ihre DiPA beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Prüfung einreichen. Voraussichtlich zur Jahresmitte sollen die ersten Pflege-Apps dann in die Versorgung kommen. Die Pflegekassen übernehmen 50 Euro pro Monat für die digitale Anwendung und ergänzende pflegerische Unterstützung.