

Übersicht: Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Stand: Zweite und Dritte Lesung v. 13.11.2015 – Inkrafttreten: 2016 bzw. 2017

- Das 2015 eingeführte Pflegeunterstützungsgeld ist als Lohnersatzleistung bei anderen Sozialleistungen, deren Gewährung vom Einkommen abhängig ist, zu berücksichtigen.
 - Anteiliges Pflegegeld (bisher bis zu vier Wochen) wird während einer Kurzzeitpflege (§ 42) für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege (§ 39) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe fortgewährt. Die erweiterten zeitlichen Höchstgrenzen für das anteilige Pflegegeld gelten auch für die Kombinationsleistung.
 - Die zeitliche Höchstgrenze für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege wird generell auf acht Wochen je Kalenderjahr ausgedehnt. Es bleibt jedoch bei der betragsmäßigen Höchstgrenze von grundsätzlich 1.612 Euro je Kalenderjahr für die Kurzzeitpflege. Dieser Leistungsbetrag kann wie bisher nur erhöht werden, soweit Mittel der Verhinderungspflege zugunsten der Kurzzeitpflege eingesetzt werden, wodurch sich der Anspruch auf Verhinderungspflege entsprechend vermindert.
 - Ab 2017 steigt der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von 2,35 (Kinderlose: 2,6) Prozent auf 2,55 (2,8) Prozent.
 - Zeitgleich werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) als Begutachtungsinstrument im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Zukünftig werden weitere für Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen relevante Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erfasst. Künftig wird es daher nur noch ein Feststellungsverfahren für Pflegebedürftigkeit geben. Alle Pflegebedürftigen haben – abhängig von ihrem Pflegegrad – Zugang zu den gleichen Leistungen. Zusätzliche Leistungen für einzelne Personenkreise sind nicht mehr erforderlich, da das Begutachtungsinstrument mit seiner Bewertungssystematik zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten entsprechend ihrem Schweregrad führt.
 - Pflegebedürftig 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. Maßgeblich für die Beurteilung des Vorliegens von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs *Bereichen* genannten Kriterien:
 - Mobilität,
 - kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
 - Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
 - Selbstversorgung,
 - Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
 - Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.
- Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 5 – bisher: Pflegestufe »Null« bis III).

- Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines in sechs *Module* (entsprechend den sechs *Bereichen*) gegliederten Begutachtungsinstruments ermittelt. In jedem Modul sind für die *Kriterien* in den einzelnen Bereichen mehrere Kategorien vorgesehen. Die *Kategorien* stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden *Einzelpunkte* zugeordnet:
- Modul 1 (Mobilität) umfasst fünf Kriterien mit den Kategorien
 - »selbständig«: 0 Punkte,
 - »überwiegend selbständig«: 1 Punkt,
 - »überwiegend unselbständig«: 2 Punkte,
 - »unselbständig«: 3 Punkte.
 - Modul 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) umfasst elf Kriterien mit den Kategorien
 - »vorhanden/unbeeinträchtigt«: 0 Punkte,
 - »größtenteils vorhanden«: 1 Punkt,
 - »in geringem Maße vorhanden«: 2 Punkte,
 - »nicht vorhanden«: 3 Punkte.
 - Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) umfasst 13 Kriterien mit den Kategorien
 - »nie oder sehr selten«: 0 Punkte,
 - »selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)«: 1 Punkt,
 - »häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)«: 3 Punkte,
 - »täglich«: 5 Punkte.
 - Modul 4 (Selbstversorgung) umfasst 13 Kriterien mit den Kategorien
 - »selbständig«: 0 Punkte,
 - »überwiegend selbständig«: 1 Punkt,
 - »überwiegend unselbständig«: 2 Punkte,
 - »unselbständig«: 3 Punkte
 mit gesonderten, davon abweichenden Punktwerten insbesondere für Kinder im Alter bis 18 Monate, Pflegebedürftige mit Sonderernährung oder bei parenteraler Ernährung.
 - Modul 5 (Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen) umfasst 16 bzw. 17 (Kinder im Alter bis 18 Monate) Kriterien, für die zunächst die Häufigkeit ermittelt wird, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden; die Anzahl der Maßnahmen wird anschließend summiert und die Häufigkeit in einen Durchschnittswert umgerechnet. Für die einzelnen Kriterien gelten unterschiedliche Kategorien mit unterschiedlichen Punktwerten.
 - Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) umfasst sechs Kriterien mit den Kategorien
 - »selbständig«: 0 Punkte,
 - »überwiegend selbständig«: 1 Punkt,
 - »überwiegend unselbständig«: 2 Punkte,
 - »unselbständig«: 3 Punkte.
- In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte nach festgelegten *Punktbereichen* gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
- Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
 - Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Schließlich werden die Module des Begutachtungsinstruments gewichtet. Die *Gewichtung* soll bewirken, dass die Schwere der Beeinträchtigungen von Personen mit

körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Bildung der Gesamtpunkte berücksichtigt wird, und ist wie folgt vorgegeben:

- Modul 1 – Mobilität: 10 Prozent,
- Module 2 und 3 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen: 15 Prozent,
- Modul 4 – Selbstversorgung: 40 Prozent,
- Modul 5 – Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: 20 Prozent und
- Modul 6 – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: 15 Prozent.

Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade (PG) einzuordnen:

- **PG 1** (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten): geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- **PG 2** (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- **PG 3** (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten): schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- **PG 4** (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten): schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- **PG 5** (ab 90 bis 100 Gesamtpunkten): schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Pflegebedürftige *Kinder im Alter bis 18 Monaten* werden abweichend wie folgt eingestuft:

- ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den PG 2,
- ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den PG 3,

- ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den PG 4 und
- ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den PG 5.

Schema 1 (Anlage 1 zu § 15):

| Je Modul (1 bis 6) | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|---|---|-----|-----|---|---|---|-----|
| Kriterien | Kategorien | | | | | | | | |
| | a | b | c | ... | ... | x | y | z | Σ |
| ... | Einzelpunkte | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | ... |
| ... | | | | | | | | | ... |
| Summe der Einzelpunkte: | | | | | | | | | ... |

Schema 2 (Anlage 2 zu § 15):

| Modul | Gewicht | Punktbereich | | | | | Σ |
|---|---------|---|---|---|---|-----|------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | 10% | Gewichtete Punkte auf Basis der Summe der Einzelpunkte je Modul | | | | | ... |
| 2 | 15% | | | | | | ... |
| 3 | | | | | | | ...* |
| 4 | 40% | | | | | | ... |
| 5 | 20% | | | | | | ... |
| 6 | 15% | | | | | | ... |
| Gewichtete Gesamtpunkte: | | | | | | ... | |
| * höchste gewichtete Punkte entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 | | | | | | | |

➤ Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung nur für die Pflegegrade 2 bis 5 erbracht. Damit Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren können und somit möglichst selbständig in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können, werden ihnen folgende Leistungen gewährt:

- a) Pflegeberatung (§§ 7a und 7b),
- b) Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 III),
- c) zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),

- d) Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 I bis III und V),
- e) finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 40 IV),
- f) zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
- g) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45).

Zudem erhalten sie (im Wege der *Kostenerstattung*) den Entlastungsbetrag (§ 45b I S. 1) in Höhe von 125 Euro monatlich; bei vollstationärer Pflege erhalten sie diesen Betrag als *Zuschuss*.

- Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei *häuslicher Pflege* Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Anstelle der häuslichen Pflegehilfe kann Pflegegeld beantragt werden; die monatlichen Beträgen belaufen sich ab 2017 auf:

| Pflegegrad | Sachleistung | Pflegegeld |
|------------|--------------|------------|
| 2 | 689 Euro | 316 Euro |
| 3 | 1.298 Euro | 545 Euro |
| 4 | 1.612 Euro | 728 Euro |
| 5 | 1.995 Euro | 901 Euro |

- Für Pflegebedürftige in *vollstationären Einrichtungen* übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der monatliche Anspruch beläuft sich auf:

| Pflegegrad | Gesamtwert |
|------------|------------|
| 2 | 770 Euro |
| 3 | 1.262 Euro |
| 4 | 1.775 Euro |
| 5 | 2.005 Euro |

- Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorzusehen (*einrichtungseinheitliche Eigenanteile*). Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhil-

fetragender zu tragender Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt.

- Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, der über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

- Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen *Entlastungsbetrag* in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (Kostenerstattung). Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbarer Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Der Erstattungsbetrag kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

- Personen sind in der Zeit *rentenversicherungspflichtig*, in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (*nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen*), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat. Die bisher geltende Bemessungsgrenze von 400 Euro im Monat, bis zu der eine nicht erwerbsmäßige Pflege als geringfügig galt und somit Versicherungsfreiheit in der GRV bestand, wird aufgehoben. – *Beitragspflichtige Einnahmen* sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (Angaben in Prozent der monatlichen Bezugsgröße bzw. der monatlichen Bezugsgröße (Ost)):

| Pflege- grad | bei Bezug von ... | | |
|-----------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| | aus- schließlich Pflegegeld | Kombi- nations- leistung | aus- schließlich Pflege- sachlei- stung |
| 5 | 100,00 | 85,00 | 70,00 |
| 4 | 70,00 | 59,50 | 49,00 |
| 3 | 43,00 | 36,55 | 30,10 |
| 2 | 27,00 | 22,95 | 18,90 |

Der MDK oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Personen erbracht (*Mehrfachpflege*), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (*Gesamtpflegeaufwand*) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. – Zudem wird widerlegbar vermutet, dass Pflegepersonen eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 weniger als 10 Stunden wöchentlich pflegen.

Bei *Mehrfachpflege* sind die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend des prozentualen Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Wie bisher werden dabei auch Pflegepersonen berücksichtigt, die nicht versicherungspflichtig sind, weil sie z. B. neben der Pflege mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, oder die versicherungsfrei sind (z. B. aufgrund eines Altersvollrentenbezugs). – *Beispiel:* Pflegt eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen A des Pflegegrades 2 zu 10 Prozent und einen Pflegebedürftigen B des Pflegegrades 4 zu 40 Prozent, wird die Höhe des Rentenversicherungsbeitrages von der Pflegekasse des

Pflegebedürftigen A auf der Grundlage von 10 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 2 und von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen B auf der Grundlage von 40 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 4 berechnet. Würde die Pflegeperson den Pflegebedürftigen B (Pflegegrad 4) allein pflegen, so würde für die Pflege des Pflegebedürftigen A (Pflegegrad 2) die gleiche beitragspflichtige Einnahme gelten (10 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 2), aber nun für die alleinige Pflege des Pflegebedürftigen B ein höherer Wert (100 Prozent des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 4). Die anteilige Pflege des Pflegebedürftigen A wird also auch berücksichtigt, wenn bei einem anderen Pflegebedürftigen bereits der volle Umfang des Pflegebedarfs durch die Pflegeperson abgedeckt wird.

- Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach dem *Recht der Arbeitsförderung* versichert. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen unmittelbar vor Beginn der Pflege versicherungspflichtig zur Arbeitsförderung waren oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach SGB III hatten. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflegepflichtversicherung durchgeführt wird, entrichten für die Pflegepersonen Beiträge zur BA. Als beitragspflichtige Einnahme gilt hierbei ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße bzw. der monatlichen Bezugsgröße (Ost), wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt. – Die bisherige Sonderregelung zur Antragspflichtversicherung für Pflegepersonen ist damit entbehrlich und wird ab 2017 aufgehoben; für bis dahin Antragspflichtversicherte wird das Versicherungspflichtverhältnis kraft Gesetzes fortgesetzt, solange diese Pflegetätigkeit geleistet wird.
- *Überleitungs- und Übergangsvorschriften* (maßgebend ist das zum Zeitpunkt der An-

tragstellung – Eingang des Antrags bei der Pflegekasse – geltende Recht)

- Versicherte, bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach bisherigem Recht festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen, werden mit Wirkung ab 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung einem Pflegegrad zugeordnet. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

- (1) Versicherte, bei denen eine Pflegestufe aber *nicht* zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) von Pflegestufe I in den PG 2,
 - b) von Pflegestufe II in den PG 3,
 - c) von Pflegestufe III in den PG 4 und
 - d) von Pflegestufe III (bisherige Härtefälle) in den PG 5.
- (2) Versicherte, bei denen zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe in den PG 2,
 - b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I in den PG 3,
 - c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II in den PG 4 oder
 - d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III (einschließlich Härtefälle) in den PG 5.

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem neuen Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

- Für Leistungen im Bereich der *häuslichen Pflege* gilt der Grundsatz, dass die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die den Leistungsberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auch weiterhin ein Anspruch auf diese Leistungen besteht. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug (unmittelbar vor oder nach Inkrafttreten des neuen Rechts) sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung.
- Für am 31. Dezember 2016 *rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen* besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich nach bisherigem Recht, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab 2017 geltenden Recht ergeben. – Der Besitzstandsschutz endet, wenn festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind. Der Besitzstandsschutz endet auch, wenn sich maßgebende Änderungen im Pflegeverhältnis ergeben (z. B. höherer Pflegegrad, Änderung des Status bezüglich Geld-, Kombinations- und Sachleistungsempfänger, Änderung der jeweiligen Pflegequoten bei Mehrfachpflege). ■