

# Pflege

Aktuelle sozialrechtliche Informationen zum Thema Pflege



# Vorwort

Manchmal ist es eine schwere Erkrankung, manchmal auch ein Sturz oder Unfall und jemand aus der Familie, dem Freundeskreis oder Sie selbst werden pflegebedürftig. Ab diesem Zeitpunkt ist man plötzlich auf Hilfe angewiesen, häufig nach einem langen selbstbestimmten Leben.

Derzeit sind ca. 4 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Experten gehen davon aus, dass die Zahl in den kommenden Jahren deutlich zunimmt. Umso wichtiger ist, dass alle Betroffenen und ihr Umfeld über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert sind und im Bedarfsfall schnell Hilfe bekommen.

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz wurden bereits 2015 die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörige ausgeweitet. Unter anderem wurde die Betreuung für alle Pflegebedürftige in der (teil-)stationären Pflege verbessert. Seit 2017 gibt es durch das zweite Pflegestärkungsgesetz einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Damit verbunden ist auch ein neues Begutachtungsverfahren, was zu einer Einteilung in einen von 5 Pflegegraden führt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) treten ab 1.1.2022 weitere Änderungen in Kraft, z.B. die Begrenzung des Eigenanteils in der vollstationären Pflege oder die Anhebung des Leistungsbetrages zur Kurzzeitpflege um 10 %. Die aktuelle Gesetzgebung ist in diesem Ratgeber enthalten.

Primäres Ziel all dieser Änderungen ist, dass möglichst viele Menschen zu Hause gepflegt werden können.

Eine Pflegebedürftigkeit ist mit vielen Fragen und Herausforderungen verbunden. Dieser Ratgeber möchte Betroffenen und ihren Angehörigen dabei helfen, Orientierung und Sicherheit in den komplexen sozialrechtlichen Regelungen zu gewinnen, die bei einer Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sind.

Pflegebedürftigkeit wirkt sich sehr unterschiedlich auf den Einzelnen und sein soziales Umfeld aus. Daher werden nicht alle Kapitel dieses Ratgebers auf jeden zutreffen. Die Auswahl der Themen richtet sich danach, welche Fragen erfahrungsgemäß bei pflegebedürftigen Menschen aufkommen und welche sozialversicherungsrechtlichen Leistungen häufig von Bedeutung sind.

Betroffene und Angehörige sollten sich bewusst machen, dass im Sozialrecht Formalitäten wie Anträge und Fristen deutliche Auswirkungen auf mögliche (finanzielle) Leistungen und den Versicherungsschutz haben können. Der Ratgeber möchte Sie über diese Regelungen informieren, damit Sie rechtzeitig die Leistungen beantragen können, die Ihnen zustehen.

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Leistungsänderungen 1.1.2022</b>	<b>5</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>7</b>
<b>Pflegebedürftigkeit</b>	<b>9</b>
Definition „Pflegebedürftigkeit“	9
Pflegetrag und Pflegebegutachtung	9
Klassifikation der Selbstständigkeit	12
Berechnung des Pflegegrads	12
Pflegegrade	13
Pflegeeinstufung von Kindern	13
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	14
<b>Pflegeberatung</b>	<b>16</b>
Pflegestützpunkte	17
<b>Leistungen der Pflegeversicherung</b>	<b>18</b>
<b>Leistungen der häuslichen Pflege</b>	<b>19</b>
Pflegegeld	19
Pflegetaschengeld	20
Kombinationsleistung	22
Ersatzpflege	23
Entlastungsbetrag	25
Ambulant betreute Wohngruppen	25
Pflegehilfsmittel	26
Digitale Pflegeanwendungen	29
Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe	29
<b>Teilstationäre Pflege</b>	<b>31</b>
Tages- oder Nachtpflege	31
<b>Vollstationäre Pflege</b>	<b>33</b>
Kurzzeitpflege	35
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen	36
<b>Leistungen für pflegende Angehörige</b>	<b>39</b>
Soziale Sicherung	39
Pflegezeit	41
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	42
Pflegeunterstützungsgeld	42
Familienpflegezeit	43
Pflegekurse	45
Vorsorge und Rehabilitation	46
<b>Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte</b>	<b>48</b>
Beschäftigungsmodelle	48

<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>51</b>
Zuzahlungsregelungen	51
Zuzahlungsbefreiung	53
Sonderregelung für chronisch Kranke	55
<b>Landespflegegeld</b>	<b>57</b>
<b>Hilfe zur Pflege vom Sozialamt</b>	<b>58</b>
<b>Wohnen im Alter</b>	<b>60</b>
Wohnumfeldverbesserung	60
Hausnotrufsysteme	61
Betreutes Wohnen für Senioren	63
<b>Private Pflegezusatzversicherung</b>	<b>65</b>
„Pflege-Bahr“	66
<b>Widerspruch</b>	<b>67</b>
<b>Patientenvorsorge</b>	<b>68</b>
Vorsorgevollmacht	68
Betreuungsverfügung	68
Patientenverfügung	69
<b>Adressen</b>	<b>70</b>
<b>Anhang</b>	<b>71</b>
<b>Impressum</b>	<b>72</b>

# Leistungsänderungen 1.1.2022

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde im Juli 2021 beschlossen. Nachfolgend die wichtigsten Änderungen, die ab 1.1.2022 in Kraft treten, im Kurzüberblick.

## Vollstationäre Pflege – Begrenzung des Eigenanteils

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen Zuschlag zum Eigenanteil. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, er muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden.

Aufenthaltsdauer im Heim	Leistungszuschlag
bis einschließlich 12 Monate	5 %
mehr als 12 Monate	25 %
mehr als 24 Monate	45 %
mehr als 36 Monate	70 %

## Ambulante Pflege – Anhebung Pflegesachleistung

Die Beträge für Pflegesachleistung werden um 5 % erhöht.

Pflegegrad	Leistungsbetrag
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)
2	724 €
3	1.363 €
4	1.693 €
5	2.095 €

## Kurzzeitpflege – Anhebung des Leistungsbetrages

Der Leistungsbetrag wird um 10 % erhöht, auf 1.774 €. Zusammen mit dem Betrag der Verhinderungspflege, 1.612 €, stehen 3.386 € zur Verfügung.

## Verordnung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

### Übergangspflege im Krankenhaus

Wenn die Versorgung im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus nicht oder nur mit einem erheblichen Aufwand sichergestellt werden kann, besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf bis zu 10 Tage Übergangspflege im Krankenhaus. Ansprechpartner und Kostenträger sind die Krankenkassen. Sobald sich Schwierigkeiten bei der Anschlussversorgung zeigen, sollte zeitnah mit dem Sozialdienst des Krankenhauses bzw. der zuständigen Krankenkasse Kontakt aufgenommen werden.

# Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet Leistungen für Patienten, die mindestens ein halbes Jahr lang gepflegt werden müssen. Pflichtversichert in den Pflegekassen sind – mit wenigen Ausnahmen – alle Mitglieder der Krankenkassen. Die Leistungen können für die Pflege zu Hause und in teil- und vollstationären Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

**Grundsätzlich** ist die Pflegeversicherung, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, keine Vollversicherung. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Zum Beispiel war 2021 bei vollstationärer Pflege, nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen, im Bundesdurchschnitt ein Eigenanteil von monatlich 2.125 Euro zu leisten.

Eine private Pflegezusatzversicherung kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern (Näheres siehe S. 65).

## Versicherungspflicht

In den Schutz der Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Die Versicherungspflicht besteht daher für dieselben Personenkreise, auch für Familienversicherte. Zuständig sind die (bei den Krankenkassen errichteten) Pflegekassen.

**Grundsatz:** Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig.

**Ausnahme:** Wer freiwillig krankenversichert ist und nicht Mitglied der zugehörigen gesetzlichen Pflegekasse werden möchte, muss bei der Pflegekasse einen Befreiungsantrag stellen und einen gleichwertigen privaten Versicherungsschutz nachweisen. Das muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung geschehen. Der Befreiungsantrag ist nicht widerrufbar, außer der freiwillig Versicherte wird aufgrund veränderter Voraussetzungen wieder zum Pflichtversicherten.

## Beiträge

Es gibt zwei unterschiedliche Beitragssätze:

- 3,05 % für Versicherte mit Kind, sowie für Personen, die vor dem 1.1.1940 geboren sind, für Kinder und Jugendliche unter 23 Jahren, für Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV), für Wehrdienstleistende und (Bundes-)Freiwillige.
- 3,4 % = erhöhter Beitrag für Kinderlose (3,05 % plus 0,35 %).

Der Arbeitgeberzuschuss beträgt jeweils 1,525 %.

**Besonderheit Beitragsaufteilung Sachsen:** In Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil erhöht. Arbeitnehmer zahlen 2,025 % (bzw. 2,275 %), Arbeitgeber nur 1,025 %.

## Leistungsvoraussetzungen

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der **Pflegeversicherung** versichert gewesen ist und bei dem eine **Pflegebedürftigkeit** (siehe S. 9) vorliegt.

Versicherte **Kinder** erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Bei Personen, die aus der **privaten** in die gesetzliche Pflegeversicherung wechseln mussten, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit anzurechnen.



# Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Pflegebedürftig ist, wer Hilfe braucht, weil seine Fähigkeiten und Selbstständigkeit infolge gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

## Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI ist,

- wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf.
- wer körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen aufweist oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss **dauerhaft**, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate** bestehen.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.

## Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

**Pflegeanträge sind bei der Pflegekasse zu stellen. Nach Antragsingang lässt die Pflegekasse vor Ort begutachten, ob tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und entscheidet dann, ob der Patient einen Pflegegrad und damit auch Leistungen der Pflegekasse erhält. Im Begutachtungsverfahren wird der Grad der Selbstständigkeit in 6 Modulen ermittelt, worauf eine Einstufung in einen von 5 Pflegegraden erfolgt.**

Pflegeleistungen werden vom Versicherten, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, alle Belege aufzubewahren.

### Ablauf der Pflegebegutachtung

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest.

Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller den **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen). Ist eine Verringerung des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MD zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen

ein **Wiederholungsgutachten** durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Bei Kindern ist ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchzuführen.

Soll nicht der MD, sondern ein **anderer unabhängiger Gutachter** mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens 3 Gutachter zur Auswahl nennen. Dies gilt auch, wenn innerhalb von 4 Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist und die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten hat. Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.



#### Praxistipp!

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats Widerspruch (siehe S. 67) einlegen.

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen notieren.
- Spätestens ab Zugang der Ablehnung sollte ein Tagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfeleistung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.
- Es kann hilfreich sein, vorab einen Termin bei einer Pflegeberatung (siehe S. 16) zu vereinbaren, die beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

#### Inhalt des Begutachtungsverfahrens

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) > *Richtlinien / Publikationen* > *Richtlinien / Grundlagen der Begutachtung* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Module und Beispiele	Gewichtung
<b>1. Mobilität:</b> Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10 %
<b>2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:</b> Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen	15 %  Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.
<b>3. Verhaltensweisen oder psychische Probleme:</b> Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	
<b>4. Selbstversorgung:</b> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %
<b>5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:</b> Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20 %
<b>6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:</b> Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 %

Es gibt noch zwei weitere Bereiche (Modul 7: außerhäusliche Aktivitäten und Modul 8: Haushaltsführung), die zwar nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit einfließen, jedoch erhoben werden, um eine bessere Versorgungsplanung und eine individuelle Beratung zu ermöglichen:

Module und Beispiele	Gewichtung
<b>7. Außerhäusliche Aktivitäten:</b> Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege	Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.
<b>8. Haushaltsführung:</b> Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten	

Unabhängig von der Feststellung des Pflegegrades können Maßnahmen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus) empfohlen werden, z.B.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel,
- Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen,
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,

- edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung),
- präventive Maßnahmen,
- eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention.

## Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien der Module 1, 2, 4 und 6 erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit. Diese ist wie folgt definiert:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität alleine, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. mit Nutzung von Hilfsmitteln, durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig:** Der größte Teil der Aktivität kann alleine durchgeführt werden. Die Pflegeperson muss nur unterstützend tätig werden, z.B. durch Zurechtlegen von Gegenständen, einzelne Handreichungen, Aufforderungen oder um die Sicherheit zu gewährleisten.
- **Überwiegend unselbstständig:** Die Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden, aber eine Beteiligung ist möglich. Diese setzt ggf. eine ständige Anleitung oder Motivation voraus und Teilschritte müssen übernommen werden.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann nicht eigenständig durchgeführt werden, auch nicht teilweise. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss nahezu alle (Teil-)Handlungen übernehmen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

## Berechnung des Pflegegrads

Für die Ermittlung des Pflegegrads werden die erhobenen Punktwerte der einzelnen Module addiert und anschließend je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Dies soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrads mit einfließen.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

Modul	Inhalt	Gewichtung
1	Mobilität	10 %
2 oder 3*	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder Verhaltensweisen und psychische Probleme	15 %
4	Selbstversorgung	40 %
5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %
6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15 %

\* Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Nur das Modul mit dem höheren Punktwert fließt mit 15 % in die Berechnung ein.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunktwert (0–100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

# Pflegegrade

Folgende 5 Pflegegrade sind möglich:

Pflegegrad	Punktwert	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
1	12,5 bis unter 27	Geringe
2	27 bis unter 47,5	Erhebliche
3	47,5 bis unter 70	Schwere
4	70 bis unter 90	Schwerste
5	90 bis 100	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.



**Praxistipp!**

Seit 2019 können Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 die Fahrten zu ambulanten Behandlungen ohne vorherige Genehmigung von der Krankenkasse erstattet bekommen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, wenn zusätzlich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt. Menschen mit den Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), dem Merkzeichen Bl (blind) oder dem Merkzeichen H (hilflos) im Schwerbehindertenausweis benötigen ebenfalls keine vorherige Genehmigung.

## Pflegeeinstufung von Kindern

**Bei der Begutachtung pflegebedürftiger Kinder werden ihre Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit altersentsprechenden gesunden Kindern verglichen.**

Die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt nach folgenden Punktwerten:

Pflegegrad	Punktwert
kein Pflegegrad	unter 12,5
2	12,5 bis unter 27
3	27,5 bis unter 47,5
4	47,5 bis unter 70
5	70 bis 100

Pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten werden grundsätzlich einen Pflegegrad höher eingestuft, um häufige Begutachtungen in den ersten Monaten zu vermeiden.

# Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit.

Es gelten folgende Fristen:

- **25 Arbeitstage**, wenn sich der **Antragsteller zu Hause** befindet.
- **2 Wochen**, wenn sich der **Antragsteller zu Hause** befindet und ein Angehöriger **Pflegezeit** oder **Familienpflegezeit** beantragt hat.
- **1 Woche**, wenn sich der **Antragsteller im Krankenhaus**, in einer **stationären Reha-Einrichtung** und ein Angehöriger **Pflegezeit** oder **Familienpflegezeit** beantragt hat oder wenn sich der Antragsteller in einem **Hospiz** befindet oder wenn er **eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** erhält.

Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Betroffene bereits stationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.

## Eilbegutachtungsverfahren bei Aufenthalt in einer (Reha-)Klinik

Stellen Patienten, bei denen während eines Aufenthalts in einer (Reha-)Klinik eine Pflegebedürftigkeit offensichtlich wird, einen Antrag auf Pflegeleistungen, muss der MD **unverzüglich** eine Pflegebegutachtung durchführen.

Der MD führt die Begutachtung in der Regel **nach Aktenlage** durch (sog. Überleitungsgutachten) und leitet anschließend seine Empfehlung an die Pflegekasse weiter. Diese muss **innerhalb einer Woche** über die Bewilligung oder Ablehnung eines **vorläufigen** Pflegegrads entscheiden. Dieses Verfahren soll einen schnellen und reibungslosen Übergang vom Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause sicherstellen.

Nach Entlassung aus der (Reha-)Klinik wird dieser vorläufige Pflegegrad durch den MD im Rahmen einer persönlichen Begutachtung überprüft.

Vorteil dieser Überleitungs-Vorgehensweise ist, dass die Zahlungen der Pflegekasse ab Antragstellung laufen, sodass auch die notwendigen Pflegeleistungen von Anfang an übernommen werden.



### Praxistipp Palliativpatient!

Wird ein Patient von einem ambulanten Palliativteam betreut oder befindet sich in einem Hospiz, muss das auf dem Pflegeantrag vermerkt sein, damit die Begutachtung schneller stattfindet. Eine zeitnahe Begutachtung ist bei vielen Palliativpatienten wichtig, da sie in vielen Fällen nicht mehr viel Lebenszeit haben – bei gleichzeitig hohem Pflegebedarf.

## Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird.

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten (siehe „Ablauf der Pflegebegutachtung“ auf S. 9) festgestellt werden.

### Beginn der Leistungen

Wann die Leistungen der Pflegekasse beginnen, hängt vom Datum der Antragstellung und vom Beginn der Pflegebedürftigkeit ab. Die Pflegekasse leistet

- ab dem Datum der Antragstellung, wenn der Versicherte an diesem Tag seit weniger als einem Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem Ersten des Monats der Antragstellung, wenn der Versicherte am Tag der Antragstellung schon länger als einen Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem tatsächlichen Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wenn der Antrag bereits gestellt wird, wenn die Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt.



### Praxistipps!

- Wenn absehbar ist, dass neben einer Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld noch ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden muss, sollte am besten von Anfang an eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung (sog. Kombinationsleistung, siehe S. 22) beantragt werden.
- Der MD bietet ein Faltblatt mit den wichtigsten Informationen zur Pflegebegutachtung. Das Faltblatt kann unter [www.medizinischerdienst.de](http://www.medizinischerdienst.de) > Versicherte > Pflegebegutachtung (rechte Seite) in verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden.
- Zum Begutachtungstermin sollten alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen, z.B. Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, Bescheinigungen des Hausarztes, Gutachten und Atteste, bereitgehalten werden.
- Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, siehe S. 16.
- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend Hilfe zur Pflege (siehe S. 58) beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.
- Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung.



### Wer hilft weiter?

Pflegekassen, Pflegestützpunkte sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

# Pflegeberatung

**Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Die Pflegekasse weist Anspruchsberechtigten unverzüglich einen Pflegeberater zu, der fester Ansprechpartner ist und Hilfe bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten leistet.**

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese

- einen konkreten **Beratungstermin** mit Angabe der Kontaktperson anbieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, **oder**
- einen **Beratungsgutschein** ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Gutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann **und**
- über Leistungs- und Preisvergleichslisten, die z.B. Leistungen und Vergütungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen enthalten, zu informieren. Die Listen werden nur nach Anforderung durch den Pflegebedürftigen ausgehändigt.

Die Fristen für Beratungstermine gelten auch bei weiteren Anträgen, z.B. bei Anträgen auf Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege sowie Änderungsanträgen.

Auf Wunsch des Pflegebedürftigen kann die Beratung im häuslichen Umfeld und außerhalb der 2-Wochen-Frist stattfinden. Die Pflegekasse muss den Pflegebedürftigen über diese Möglichkeit aufklären.

## Inhalt der Beratung

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere

- den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zu ermitteln (bei Zustimmung auch unter Berücksichtigung der Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes (MD)).
- einen individuellen Versorgungsplan mit den erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen oder sonstigen medizinischen, pflegerischen oder sozialen Hilfen zu erstellen.
- auf die Durchführung der Maßnahmen des Versorgungsplans sowie deren Genehmigung durch den zuständigen Leistungsträger hinzuwirken.
- den Versorgungsplan zu überwachen und ggf. anzupassen.
- den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren, wenn es sich um besonders komplexe Fälle handelt.
- über Möglichkeiten zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.



## Praxistipps!

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Einblick „Beratung zur Pflege: Was man wissen sollte – und was man erwarten kann“. Kostenloser Download oder Bestellung unter [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > Wissensangebot > Ratgeber & Hilfe > Pflegeberatung > Einblick: Gute Pflegeberatung.
- Bei Bezug von Pflegegeld ist ab Pflegegrad 2 eine regelmäßige Pflegeberatung im häuslichen Umfeld



(sog. Beratungseinsatz) **Pflicht**. Näheres unter Verpflichtender Beratungseinsatz auf S. 20. Bei Pflegegrad 1 und bei Bezug von Pflegesachleistungen **kann** ein Beratungseinsatz vereinbart werden.

## Pflegestützpunkte

**Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.**

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen z.B.:

- Umfassende sowie unabhängige Auskunft und trägerneutrale Beratung zu sozialrechtlichen Fragen, zur Auswahl und Nutzung von Sozialleistungen und vielfältigster Hilfsangebote
- Vermittlung und Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung geeigneten Hilfen medizinischer, pflegerischer und sozialer Art
- Hilfestellung zum Nutzen der möglichen Leistungen, z.B. beim Ausfüllen von Anträgen
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote
- Beratung wegen einem Pflege- oder Betreuungsbedarf, z.B. bei beginnender Demenz
- Frühzeitige Begleitung und Hilfe, z.B. bei Änderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs
- Aufklärung über Prävention und Rehabilitation
- Einzelinformationen, Basis- und Spezialberatung zu relevanten Themen sowie Fallkoordination

### Wer hilft weiter?

- Adressen von Pflegestützpunkten können unter [www.pflegestuuetzpunkte-deutschlandweit.de](http://www.pflegestuuetzpunkte-deutschlandweit.de) oder beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > *Gefragte Themen* > *Datenbank Beratungsangebote bundesweit* gefunden werden.
- Gibt es keinen Pflegestützpunkt in der Nähe, können sich Ratsuchende an den Pflegeberater bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden.

# Leistungen der Pflegeversicherung

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege. Nachfolgend ein kurzer Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung, die bei Pflegebedürftigkeit beantragt werden können. Im Anhang finden Sie eine Tabelle mit den Leistungen auf einen Blick.

## Häusliche Pflege

- Pflegegeld, die Pflege wird nur von (einem) Angehörigen übernommen (siehe S. 19).
- Pflegesachleistung, die Pflege wird nur von einem ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdienst übernommen (siehe S. 20).
- Kombinationsleistung, die Pflege wird sowohl von (einem) Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdienst übernommen (siehe S. 22).
- Pflegehilfsmittel (siehe S. 26), auch Hausnotrufsysteme (siehe S. 61), Wohnumfeldverbesserungen (siehe S. 60) und Digitale Pflegeanwendungen (siehe S. 29).
- Ersatzpflege (auch Verhinderungspflege genannt), zu Hause übernimmt vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege (siehe S. 23).
- Entlastungsbetrag für anerkannte Angebote zur Entlastung Angehöriger und Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger (siehe S. 25).
- Zusätzliche Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen (siehe S. 25).

## Tages- oder Nachtpflege

- Teilstationäre Pflege, d.h. tageszeitweise stationäre Pflege neben der häuslichen Pflege (siehe S. 31).

## Kurzzeitpflege

- Zeitlich begrenzte Pflege im Pflegeheim, wenn statt der häuslichen vorübergehend eine vollstationäre Pflege notwendig ist (siehe S. 35).

## Vollstationäre Pflege

- Dauerhafte Pflege im Pflegeheim oder in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (siehe S. 36).

## Leistungen für pflegende Angehörige

- Soziale Sicherung der Pflegeperson, durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (siehe S. 39).
- Pflegezeit, zur Freistellung von der Arbeit für berufstätige Angehörige (siehe S. 41).
- Kurzzeitige Arbeitsverhinderung, für bis zu 10 Tage zur Organisation der Pflege (siehe S. 42).
- Pflegeunterstützungsgeld, als Lohnersatzleistung während der Arbeitsverhinderung (siehe S. 42).
- Familienpflegezeit, zur Reduzierung der Arbeitszeit während der Pflege eines Angehörigen (siehe S. 43).
- Pflegekurse, zur Vermittlung von Fertigkeiten für nicht erwerbsmäßig Pflegenden (siehe S. 45).

# Leistungen der häuslichen Pflege

## Pflegegeld

Pflegegeld erhält ein Pflegebedürftiger ab Pflegegrad 2 von der Pflegekasse, damit er die Person, die ihn zu Hause pflegt, bezahlen und damit eine geeignete Versorgung sicherstellen kann.

### Leistungsempfänger

Anspruchsberechtigt ist der Pflegebedürftige. Er bekommt Pflegegeld anstelle der Pflegesachleistung für die Pflege durch eine selbst beschaffte Pflegeperson (z.B. Angehörige, ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson).

Pflegegeld zählt nicht als Einkommen des Pflegebedürftigen. Wenn der Pflegebedürftige das Pflegegeld an die Pflegeperson weiterleitet, gilt dies ebenfalls nicht als Einkommen, außer die Pflegeperson wird im Rahmen eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses für den Pflegebedürftigen tätig.

### Voraussetzungen

- Der Pflegebedürftige erhält keine Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Pflege im häuslichen Bereich, d.h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in welchem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, oder in einem Altenwohnheim oder Altenheim, auf jeden Fall **nicht** in einem Pflegeheim.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

### Höhe

Die Pflegekasse bezahlt für eine selbst beschaffte Pflegeperson monatliches Pflegegeld in folgender Höhe:

Pflegegrad	Pflegegeld
1	0 €
2	316 €
3	545 €
4	728 €
5	901 €

Pflegegeld wird immer im Voraus am 1. eines Monats für den laufenden Monat geleistet.

### Besonderheiten

- Tritt die Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Monats ein, wird das Pflegegeld anteilig nach Tagen gezahlt.
- Das Pflegegeld ist steuerfrei.
- Bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme oder

häuslicher Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Pflegegeld bis zu 4 Wochen weiterbezahlt.

- Wird der Pflegebedürftige dauerhaft in einem Pflegeheim untergebracht, erhält er kein Pflegegeld.
- Verstirbt der Pflegebedürftige, wird das Pflegegeld für den Restmonat nicht zurückgefordert.

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Das Pflegegeld und die Pflegesachleistung schließen sich in der Regel aus; möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 22).
- Neben dem Pflegegeld können zudem Pflegehilfsmittel (siehe S. 26) beansprucht werden.
- Zudem kann der Entlastungsbetrag (siehe S. 25) genutzt werden. Das geht auch bei Pflegegrad 1.
- Es ist trotz Bezug von Pflegegeld möglich, dass der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (siehe S. 31) betreut wird.
- Bei Kurzzeitpflege (siehe S. 35) wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr fortbezahlt, bei Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 23) bis zu 6 Wochen.

### Auslandsaufenthalt

Pflegegeld kann auch bei Wohnsitz oder längerem Aufenthalt in Ländern der EU bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) bezogen werden.

Handelt es sich bei dem Aufenthalt oder Wohnsitz um Länder, die nicht zur EU bzw. zum EWR zählen, wird Pflegegeld nur bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu einer Dauer von 6 Wochen bezahlt.

Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass der Pflegebedürftige trotz des Auslandsaufenthalts bzw. -wohnsitzes weiterhin in Deutschland pflegeversichert ist.

### Verpflichtender Beratungseinsatz

Bei Bezug von Pflegegeld ist eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld **Pflicht**:

- bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich,
- bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich.

Termine für diese sog. Beratungseinsätze muss der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger eigenständig vereinbaren. Bei Versäumnis oder Verweigerung der Beratung drohen Kürzungen oder Streichungen von Leistungen.

Bei Pflegegrad 1 können Beratungseinsätze vereinbart werden, sind aber nicht verpflichtend.

## Pflegesachleistung

**Bei Bezug von Pflegesachleistung wird der Pflegebedürftige von professionellen Pflegekräften gepflegt, die zu ihm nach Hause kommen.**

Die Pflegefachkräfte sind bei einem **zugelassenen** ambulanten Pflegedienst angestellt oder sie haben als Einzelpersonen einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen.

Die Pflegekassen haben ein Verzeichnis aller Pflegedienste und Einzelpersonen, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Sie müssen den Pflegebedürftigen Auskunft darüber erteilen, welche Pflegedienste und Einzelpersonen Pflegesachleistungen anbieten. Die Pflegekassen verfü-

gen zudem über eine Preisliste der einzelnen Pflegeleistungen.

Mit dem Sachleistungsbudget können ambulante Pflegedienste und auch ambulante Betreuungsdienste in Anspruch genommen werden. Ambulante Betreuungsdienste leisten jedoch nur häusliche Betreuungsleistungen wie z.B. Gespräche führen, Begleitung bei Spaziergängen und gedächtnisfördernde Beschäftigungen.

### Voraussetzungen

- Der Pflegebedürftige erhält **keine** häusliche Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung **und**
- die Pflege findet im häuslichen Bereich statt, d.h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, oder in einer sonstigen Seniorenwohneinrichtung (nicht Pflegeheim) **und**
- prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegesachleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

### Höhe

Die professionelle Pflegekraft oder Betreuungskraft erhält monatlich **bis zu:**

Pflegegrad	Leistungsbetrag
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)
2	724 €
3	1.363 €
4	1.693 €
5	2.095 €

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Pflegesachleistung und Pflegegeld schließen sich normalerweise aus. Möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 22).
- Neben der Pflegesachleistung können auch der Entlastungsbetrag und Pflegehilfsmittel beansprucht werden.
- Es besteht auch die Möglichkeit den Pflegebedürftigen neben dem Bezug von Pflegesachleistungen in einer Tages- oder Nachtpflege (siehe S. 31) betreuen zu lassen.

### Umwandlungsanspruch

Werden Pflegesachleistungsbeträge nicht in Anspruch genommen, können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 bis zu einer Höchstgrenze von 40 % den Pflegesachleistungsbetrag für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (z.B. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Besuch von Demenzcafés oder Fahr- und Begleitdienste) verwenden. Die Kostenerstattung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Kostenerstattung durch die Pflegekasse kann nur erfolgen, wenn die Leistungserbringung mit entsprechenden Belegen nachgewiesen wird.

Anbieter von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag können bei der Pflegekasse vorab erfragt werden oder online z.B. unter [www.pflegeberatung.de](http://www.pflegeberatung.de) oder [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) gefunden werden.

**Beispiel:** Als Sachleistung im Pflegegrad 3 stehen dem Pflegebedürftigen 1.363 € zur Verfügung. Von

dem verfügbaren Betrag werden aber in einem Monat nur 65 % durch den Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse verrechnet = 885,95 €. Damit bleiben 35 % ungenutzt = 477,05 €. Dieser restliche Betrag kann im gleichen Monat für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch genommen werden.

### Praxistipps!

- Leben mehrere Pflegebedürftige, die von einer professionellen Pflegekraft betreut werden, in einem Haushalt (z.B. Senioren-WG), dann können sie ihre Pflegesachleistungsansprüche in einen gemeinsamen Pool geben, z.B. für Einkaufen oder Zubereiten von Mahlzeiten. Das Poolen von Pflegeleistungen spart Zeit und Geld, davon können zusätzliche Leistungen finanziert werden, z.B. weitere hauswirtschaftliche Versorgung, die allen Pflegebedürftigen zugute kommt.
- Pflegebedürftige, die in **ambulant betreuten Wohngruppen** in einer gemeinsamen Wohnung leben, bekommen unter bestimmten Voraussetzungen einen monatlichen Zuschuss von 214 € (siehe S. 25).

## Kombinationsleistung

**Kombinationsleistung bedeutet, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z.B. Angehöriger) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z.B. ambulanten Pflegedienst) erbracht wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand für die Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige ist, bis auf wenige Ausnahmen, an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden.**

### Höhe

Pflegesachleistung ist im Vergleich zum Pflegegeld höher veranschlagt, wird aber nicht in bar ausbezahlt. Die Pflegesachleistung entspricht dem Wert der genehmigten Leistung, z.B. können bei Pflegegrad 3 Sachleistungen in Höhe von 1.363 € in Anspruch genommen werden.

Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen.

### Berechnungsbeispiel:

Bei Pflegegrad 3 besteht ein voller Anspruch auf Pflegesachleistung in Höhe von 1.363 €. Davon nimmt der Pflegebedürftige 75 %, also 1.022,25 € in Form von Pflegesachleistungen in Anspruch.

Der volle Anspruch auf Pflegegeld bei Pflegegrad 3 beträgt 545 €. 25 % von 545 € ergeben ein anteiliges Pflegegeld von 136,25 €, über das der Pflegebedürftige verfügen kann.

### Änderung der Aufteilung

An die einmal gewählte prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung ist der Pflegebedürftige **6 Monate lang gebunden**, um unvermeidbaren Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen zu vermeiden.

Jedoch **kann** diese Entscheidung ausnahmsweise vorzeitig geändert werden, wenn eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten ist, z.B. wenn die häusliche Pflege nur durch eine höhere Anzahl von Pflegeeinsätzen durch den ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden kann.

Wenn sich **nachträglich** herausstellt, dass weniger Sachleistungen als geplant geleistet wurden, wird im

Nachhinein auch ein erhöhtes anteiliges Pflegegeld bezahlt.

In der Regel rechnet der ambulante Pflegedienst monatlich die Pflegesachleistung mit der Pflegekasse ab und danach wird das anteilige Pflegegeld ausgezahlt.

Möchte ein Pflegebedürftiger nur noch Pflegegeld oder Pflegesachleistung in Anspruch nehmen, gilt die Bindungsfrist von 6 Monaten nicht.

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Zusätzlich zur Kombinationsleistung kann auch bis zu 100% Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen werden.
- Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds für bis zu 6 Wochen fortbezahlt, bei Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen. Für den jeweils ersten und letzten Tag wird das volle Pflegegeld gezahlt.
- In den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme oder einer häuslichen Krankenpflege, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen, wird das anteilige Pflegegeld einer Kombinationsleistung weitergezahlt.



### Praxistipps!

- Der digitale Pflegeleistungs-Helfer des Bundesministeriums für Gesundheit bietet Pflegebefürftigten und Angehörigen einen schnellen Überblick zu den Pflegeleistungen unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Suchbegriff: „Pflegeleistungs-Helfer“.
- Pflegepersonen können unter bestimmten Voraussetzungen ab Pflegegrad 2 bei der Steuererklärung einen Pflege-Pauschbetrag geltend machen. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Behinderung > Steuervorteile“.

## Ersatzpflege

**Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt, ist die Pflege durch eine andere als die normalerweise tätige Pflegeperson, wenn diese wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert ist. Ersatzpflege gibt es erst, wenn mindestens 6 Monate gepflegt wurde.**

### Voraussetzungen

- Die normalerweise tätige Pflegeperson ist zur häuslichen Pflege des Pflegebedürftigen wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen verhindert.
- Wenn die Ersatzpflege **erstmalig** in Anspruch genommen wird, **muss** die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits **mindestens 6 Monate** in seiner häuslichen Umgebung **gepflegt** haben. Den Beginn der Pflege in häuslicher Umgebung setzen die meisten Pflegekassen mit der Einstufung in einen Pflegegrad gleich.
- Der Pflegebedürftige muss zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens im **Pflegegrad 2** eingestuft sein. Die sechsmonatige Pflegezeit ist auch erfüllt, wenn der Pflegebedürftige bis zur Verhinderung in Pflegegrad 1 eingestuft war.
- Prinzipiell müssen die **Vorversicherungszeit** erfüllt, die **Pflegebedürftigkeit** festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Ersatzpflege wird auch anerkannt, wenn

- die Wohnung des Pflegebedürftigen renoviert werden muss,
- alle Familienmitglieder bei der Ernte eingebunden sind (Landwirtschaft),
- die Zeit überbrückt werden muss, bis ein Heimplatz gefunden ist,
- es sich um Kurzzeitpflege oder Sterbebegleitung in einem Hospiz handelt.

### Dauer und Kosten

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für **maximal 6 Wochen (42 Tage) im Kalenderjahr**.

Die Kosten für eine Ersatzpflegekraft dürfen 1.612 € im Kalenderjahr nicht überschreiten.

- Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je Kalenderjahr nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschluss bei der Pflegekasse bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 1.612 € geltend gemacht werden.

Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister. Als Verschwägte gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

- Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 € aus bisher noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann mit dem Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege verrechnet.
- Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den Tagen dazwischen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.
- Wird die Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege in einer stationären Einrichtung (z.B. Wohnheim für Menschen mit Behinderungen oder Pflegeheim) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.612 € im Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen.



### Praxistipps!

- Ersatzpflege kann bis zur Höhe von 1.612 € auch stundenweise in Anspruch genommen werden, z.B. für einen Arzttermin der Pflegeperson. Wenn die Ersatzpflege weniger als 8 Stunden am Tag dauert,
  - kann der Gesamtanspruch von 42 Tagen über das ganze Jahr verteilt werden und
  - das Pflegegeld wird nicht gekürzt.
- Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt.
- Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Ersatzpflege im selben Jahr auch Kurzzeitpflege beantragt werden.
- Die Leistungen des familienunterstützenden Dienstes, der bei Familien mit Kindern mit Behinderungen diese stundenweise betreut, um den restlichen Familienangehörigen Aktivitäten ohne das Kind mit Behinderungen zu ermöglichen, können bei einer Einstufung durch die Pflegekasse über die Ersatzpflege abgerechnet werden. Auch für Erwachsene mit Behinderungen gilt diese Möglichkeit.
- Bei vielen Krankenkassen kann der Antrag auf Ersatzpflege heruntergeladen werden oder Ersatzpflege online beantragt werden.



## Entlastungsbetrag

**Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Dieser soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten den Entlastungsbetrag als Zuschuss für die Pflege im vollstationären Bereich.**

Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung.

### Voraussetzungen

Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die zu Hause gepflegt werden. Er ist unabhängig davon, ob die Pflegekasse oder das Sozialamt (Hilfe zur Pflege, siehe S. 58) für die Pflegeleistungen zuständig sind.

### Verwendungszweck

Der Entlastungsbetrag kann flexibel für folgende Leistungen eingesetzt werden

- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Leistungen ambulanter Pflegedienste (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies **nicht** für Leistungen aus Modul 4, d.h. aus dem Bereich der Selbstversorgung)
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst)
- Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden.

### Höhe

Es besteht ein monatlicher Anspruch von 125 €. Die Pflegebedürftigen reichen Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein und erhalten Kosten bis zur Höhe des Entlastungsbetrags erstattet.

Wird der monatliche Leistungsbetrag nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann der nicht beanspruchte Teil in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

Nicht in Anspruch genommene Beträge können auch auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Das heißt, dass der Anspruch spätestens am 30.6. des Folgejahres verfällt. Die Übertragung eines nicht beanspruchten Leistungsbetrages muss **nicht** beantragt werden.

## Ambulant betreute Wohngruppen

**Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung gepflegt werden, haben sie Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss von 214 € monatlich.**

## Voraussetzungen

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft. Die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen darf rechtlich oder tatsächlich nicht eingeschränkt sein.

## Pflegehilfsmittel

**Die Pflegeversicherung bezahlt bei Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung des Patienten fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können Pflegehilfsmittel direkt bei der Pflegekasse beantragt werden.**

Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel

- zur **Erleichterung der Pflege** (Produktgruppe 50), dazu zählen z.B. Pflegebetten und Pflegerollstühle
- zur **Körperpflege/Hygiene** (Produktgruppe 51), dazu zählen Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen und Urinflaschen
- zur **selbstständigen Lebensführung** (Produktgruppe 52), z.B. Hausnotrufsysteme
- zur **Linderung von Beschwerden** (Produktgruppe 53), z.B. Lagerungsrollen
- die zum **Verbrauch bestimmt** sind (Produktgruppe 54), das sind saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung (z.B. Einmalhandschuhe) und Desinfektionsmittel
- die zu den **technischen Hilfen** zählen. Hierzu gehören Hilfsmittel der Produktgruppen 50–53 (z.B. Pflegebetten und Rollatoren), die von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden

**Nicht** zu den Pflegehilfsmitteln gehören Mittel des **täglichen Lebensbedarfs**, die allgemeine Verwendung finden und üblicherweise von mehreren Personen benutzt werden oder in einem Haushalt vorhanden sind.

## Umfang

Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst

- die Erstausrüstung,
- die erforderlichen Änderungen, z.B. aufgrund technischer Entwicklung,
- die erforderlichen Instandsetzungen, wenn technisch möglich und wirtschaftlich,
- die erforderliche Ersatzbeschaffung, wenn die Beschädigung der Erstausrüstung durch den Pflegebedürftigen nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde, und
- die Anleitung im Gebrauch des Hilfsmittels.

## Kostenübernahme

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, muss er die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Pflegehilfsmitteln, für die ein Festbetrag besteht, und Pflegehilfsmitteln ohne Festbetrag:

- **Pflegehilfsmittel mit Festbetrag:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (siehe unten).
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Pflegekasse sind:** Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Bei Produktgruppe 54, **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmitteln**, übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu 60 € im Monat. Der Versicherte muss den Betrag, der 60 € monatlich übersteigt, selbst bezahlen (bis 31.12.2021), ab 1.1.2022 sind es 40 €.

## Festbeträge

Der Festbetrag ist der Betrag, bis zu dem die Pflegekasse die Kosten erstattet. Wird ein Pflegehilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die Zuzahlung richtet sich nur nach der Höhe des Festbetrags. In der Regel wird der Patient also dann Eigenanteil **plus** Zuzahlung leisten.

## Kostenträger

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel nachrangig gegenüber anderen Hilfsmitteln, die bei Krankheiten und Behinderungen von den Krankenkassen, den Unfall- oder den Rentenversicherungsträgern geleistet werden.

Das heißt: War z.B. bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie dies auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur krankheitsbedingten Behinderung auch Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes hinzukommt.

## Empfehlung durch Pflegekräfte

Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

Die **Empfehlung** darf bei Antragstellung **nicht älter als 2 Wochen** sein und wird vom Pflegebedürftigen **an den Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z.B. ein Sanitätshaus oder Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, **zusammen mit** dem formlosen, schriftlichen **Antrag** weitergeleitet. Vertragspartner können bei der Kranken- oder Pflegekasse vorab erfragt werden. In Ausnahmefällen kann der Antrag vom Pflegebedürftigen oder der Pflegefachkraft auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse weitergeleitet

werden.

Vor der Genehmigung prüft die Kranken- bzw. Pflegekasse zügig, spätestens innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die Richtigkeit der Empfehlung durch die Pflegefachkraft und die Wirtschaftlichkeit.

Empfohlen werden dürfen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel der Produktgruppen 04, 18, 19, 20, 22, 33 und 50–54 sowie Zubehör zum Basisprodukt des empfehlungsfähigen Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels aus dem Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands. Die detaillierte Auflistung der Produktgruppen bildet Anhang II der „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“, Download unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Richtlinien und Empfehlungen* > *Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte*.

In dieser Richtlinie wurden auch die Grundsätze bei der Abgabe von Empfehlungen konkretisiert. Der Anhang der Richtlinie beschreibt den Ablauf des Antragsverfahrens und enthält ein Formular für die Empfehlung der Pflegefachkraft.

### Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr müssen für **technische Hilfen** folgende Zuzahlung leisten:

- 10 % der Kosten des Hilfsmittels
- maximal 25 € je Hilfsmittel

Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen. Lehnt ein Versicherter die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, muss er die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zahlen.

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 53).



### Praxistipps!

- Prinzipiell muss ein Pflegehilfsmittel nicht vom Arzt verordnet werden, sondern kann direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegekasse stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus und mit dieser Bestätigung erhält der Versicherte vom zugelassenen Leistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) die benötigten Pflegehilfsmittel. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse. Allerdings ist bei „großen“ Hilfsmitteln wie Pflegebett oder Pflegerollstuhl eine Verordnung des Arztes beim Sanitätshaus einzureichen. Dieses prüft die Kostenübernahme, auch die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel von der Krankenkasse bezahlt werden muss. Denn für die Kostenübernahme können sowohl die Krankenkasse als auch die Pflegekasse in Frage kommen. Vorrangige Leistungspflicht hat die Krankenkasse.
- Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 54 (zum Verbrauch bestimmt) werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.
- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes **Hilfsmittelverzeichnis**, in dem auch alle Pflegehilfsmittel aufgeführt werden, für die die Pflegekasse die Kosten übernimmt. Dieses sog. Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt auch Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. In dem Verzeichnis kann online recherchiert werden unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Pflegehilfsmittel stehen am Ende ab

Produktgruppe 50.

- Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln finden Sie bei dem Verein Barrierefrei Leben unter [www.online-wohn-beratung.de](http://www.online-wohn-beratung.de) > *Finanzielle Hilfen & Kostenübernahme* > *Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln über die Kranken- und Pflegekassen*.

## Digitale Pflegeanwendungen

**Digitale Pflegeanwendungen (DIPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen sollen Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen helfen, die Selbstständigkeit zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken. DIPAs und ergänzende Unterstützung werden auf Antrag von der Pflegekasse mit bis zu 50 Euro im Monat bezuschusst.**

### Anwendung

DIPAs gibt es als Apps oder browserbasierte Webanwendungen. Sie dienen z.B. der Erhaltung der Mobilität bei Demenz, Erhaltung und Verbesserung kognitiver Fähigkeiten oder der interaktiven Organisation der Pflege.

Ergänzende Unterstützung kann z.B. Hilfe bei Installation oder Hilfestellung bei Anwendung der DIPA sein, wenn Pflegebedürftige mit der technischen Anwendung überfordert ist.

### Anspruch und Kostenübernahme

**Pflegebedürftige aller Pflegegrade**, die Leistungen der häuslichen Pflege durch die Pflegeversicherung erhalten, haben bei der Nutzung von DIPAs Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistung durch einen ambulanten Pflegedienst, wenn die Erforderlichkeit vom BfArM festgestellt wurde und im Einzelfall besteht.

Der Anspruch für die Nutzung einer **DIPA und ergänzender Unterstützungsleistung** besteht für **bis zu 50 €** im Monat und kann für Nutzung beider Angebote aufgeteilt werden.



### Praxistipp!

DIPAs können beim Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung unter <https://digitalversorgt.de/dipa-verzeichnis> gefunden werden.

## Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe

**Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen können zusätzlich zu Pflegeleistungen der Pflegeversicherung und/oder der Hilfe zur Pflege bezogen werden. Wenn Menschen mit Behinderungen zu Hause gepflegt werden, ergeben sich häufig Abgrenzungsprobleme zur Eingliederungshilfe. Ein Beeinträchtigung im Sinne einer Behinderung liegt vor, wenn der Körper- und Geisteszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.**

Bei der Abgrenzung kommt es auf die Zielsetzung an: Dient die Pflege dazu den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zu kompensieren und ihn bei der Wiedergewinnung oder Erhaltung seiner Fähigkeiten zu unterstützen, übernimmt die **Pflegeversicherung** die Kosten.

Steht vornehmlich oder ausschließlich die Milderung der Behinderung oder die Befähigung zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung im Vordergrund, ist der **Träger der Eingliederungshilfe** zuständig. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Abgrenzung zur Pflege*.

Stellen Menschen mit Behinderungen, neben Leistungen der Pflegeversicherung, einen Antrag auf Eingliederungshilfe, wird ein Gesamtplanverfahren beim Träger der Eingliederungshilfe ausgelöst. Dies soll ermöglichen, mehrere Leistungen „wie aus einer Hand“ zu gewähren.  
Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Teilhabeplanverfahren*.

Für die Leistungen der Pflegeversicherung gibt es pauschale (Geld-)Leistungen. Die Eingliederungshilfe leistet bis zur Bedarfsdeckung, das heißt sie übernimmt alle Leistungen die notwendig sind, um dem Betroffenen die volle Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden.  
Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“*.

# Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Tages- oder Nachtpflege bei der Pflegekasse beantragt werden (Pflegeantrag).

## Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 eigentlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt wird (sog. teilstationäre Pflege).

### Anspruch

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Dies gilt z.B. wenn

- die Pflegeperson weiter berufstätig sein möchte.
- die Pflegesituation sich kurzfristig verschlechtert.
- die Pflegeperson entlastet werden soll.
- ein Pflegebedürftiger nur stundenweise beaufsichtigt werden muss.

### Umfang

Pflegebedürftige werden in einer Tages- oder Nachtpflege nur stundenweise betreut. Die **Tagespflege** richtet sich an Betroffene, die z.B. tagsüber alleine in Ihrer Wohnung sind und stundenweise Beaufsichtigung benötigen.

Die **Nachtpflege** wird oft von Menschen mit Demenz oder Parkinson mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus genutzt. Die Betroffenen werden tagsüber zu Hause von Pflegepersonen oder Angehörigen gepflegt und schlafen in einer Nachtpflegeeinrichtung. Dadurch werden pflegende Angehörige entlastet. Das Angebot einer Nachtpflege ist nicht überall verfügbar.

Zu den Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, die die Pflegekasse übernimmt, zählen z.B.

- pflegebedingte Aufwendungen
- Aufwendungen der sozialen Betreuung
- notwendige Leistungen der medizinischen Behandlungspflege
- die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück

Manche Pflegeeinrichtungen bieten auch **Wochenendpflege** an. Dieses Angebot ist aber nicht überall verfügbar.

## Höhe und Kosten

Die Pflegekasse zahlt je nach Pflegegrad monatlich bis zu:

Pflegegrad	Leistungsbetrag
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)
2	689 €
3	1.298 €
4	1.612 €
5	1.995 €

Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege rechnen direkt mit der Pflegekasse ab. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 müssen die Leistungen zunächst selbst bezahlen. Die entstandenen Kosten können dann bei der Pflegekasse bis zur Höhe von 125 € geltend gemacht werden.

Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sind von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Diese Kosten können teilweise durch den Entlastungsbetrag ausgeglichen werden.

## Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Teilstationäre Pflege kann mit Pflegesachleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung kombiniert werden.

Tages- und Nachtpflege können neben Pflegesachleistung/Pflegegeld in **vollem** Umfang in Anspruch genommen werden.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege, die monatlich nicht in Anspruch genommen werden, verfallen. Sie können nicht auf einen anderen Zeitraum übertragen werden oder mit anderen Leistungen verrechnet werden.

## Wer hilft weiter?

Adressen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen erhalten Sie von den Pflegekassen und Pflegestützpunkten.



# Vollstationäre Pflege

Als vollstationäre Pflege wird die Pflege in einem Pflegeheim bezeichnet. Der Pflegebedürftige befindet sich dauerhaft im Pflegeheim und wird dort vollständig versorgt.

## Voraussetzungen

Vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung findet immer dann statt, wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht möglich sind, nicht ausreichen oder wegen der „Besonderheit des Einzelfalls“ nicht in Betracht kommen und folglich eine sog. Heimbedürftigkeit besteht. Festgelegt wird dies von den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst.

Besonderheiten im Einzelfall sind z.B.:

- Fehlen einer Pflegeperson
- Überforderung der Pflegeperson
- Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz des Pflegebedürftigen
- Fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen

Vollstationäre Pflege wird in vollstationären Pflegeeinrichtungen, sog. Pflegeheimen, erbracht. Hierunter fallen **nicht**:

- Krankenhäuser.
- Einrichtungen, deren vorrangiger Zweck
  - die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation,
  - die berufliche oder soziale Eingliederung,
  - die schulische Ausbildung oder
  - die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen ist.
- Räumlichkeiten,
  - in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht,
  - die dem Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG) unterliegen und
  - in denen der Umfang der Gesamtversorgung durch Leistungserbringer regelmäßig dem einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

## Umfang

Die Pflegekasse übernimmt pauschal

- die pflegebedingten Aufwendungen,
- die Aufwendungen der sozialen Betreuung und
- die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten, siehe Eigenanteil im Pflegeheim S. 34) muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen.

## Höhe

Der Anspruch beträgt monatlich:

Pflegegrad	Leistungsbetrag
1	(Zuschuss von 125 € über Entlastungsbetrag)
2	770 €
3	1.262 €
4	1.775 €
5	2.005 €

Wählt der Pflegebedürftige die vollstationäre Pflege, obwohl dies nach den Feststellungen der Pflegekasse **nicht erforderlich** ist, erhält der Pflegebedürftige für die pflegebedingten Aufwendungen nur einen **Zuschuss** in Höhe der Pflegesachleistung bzw. des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 (125 € monatlich).

## Eigenanteil im Pflegeheim

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sowie Investitionskosten (anfallende Kosten für z.B. Gebäude und Reparaturen) fallen sehr unterschiedlich aus und müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Der **Pflegebedürftige muss** neben den **Hotelkosten** und den **Investitionskosten** zusätzlich einen **Eigenanteil** zu den **Kosten der vollstationären Pflege leisten**. Die Höhe des sog. einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Der EEE ist ein pauschaler Anteil der Pflegekosten im Pflegeheim, der nicht von den Pflegekassen übernommen wird. Der Eigenanteil unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung. Innerhalb einer Einrichtung ist er einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5 und erhöht sich nicht, wenn eine Höherstufung des Pflegegrades erfolgt. Bei Pflegegrad 1 muss ein großer Teil der Kosten selbst getragen werden, da nur der Entlastungsbetrag von mtl. 125 € zur Verfügung steht.

Die Zahlungspflicht beginnt mit dem Aufnahmetag und endet an dem Tag, an dem der Heimbewohner auszieht oder stirbt.

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen Zuschlag zum Eigenanteil. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, er muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden.

Aufenthaltsdauer im Heim	Leistungszuschlag
bis einschließlich 12 Monate	5 %
mehr als 12 Monate	25 %
mehr als 24 Monate	45 %
mehr als 36 Monate	70 %

Wenn der Pflegebedürftige den Eigenanteil aus seinem Einkommen (in der Regel die Rente) und seinem Vermögen nicht leisten kann, werden seine Eltern, Ehepartner sowie Kinder und indirekt deren Ehepartner herangezogen. Durch die Einführung des Angehörigen-Entlastungsgesetzes müssen Kinder seit 1.1.2020 jedoch erst ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 € zum Unterhalt der Eltern beitragen. Können die Unterhaltspflichtigen nicht zahlen, leistet das Sozialamt.

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegetaschengeld, Pflegegeld, Kombinationsleistung, Pflegehilfsmittel) und der vollstationären Pflege schließen sich gegenseitig aus.

**Ausnahme:** Wenn Pflegebedürftige in Pflegeheimen und daneben z.B. an Wochenenden im häuslichen Bereich gepflegt werden, besteht auch Anspruch auf die Leistungen der häuslichen Pflege.

### Pflegewohngeld

In 3 Bundesländern können pflegebedürftige Pflegeheimbewohner mit geringem Einkommen Pflegegeld beantragen. Es unterstützt die Zahlung des Investitionskostenzuschusses:

- **Nordrhein-Westfalen:** § 14 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
- **Schleswig-Holstein:** § 6 Abs. 4 Landespflegegesetz Schleswig-Holstein
- **Mecklenburg-Vorpommern:** § 9 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern

Das Pflegewohngeld als Zuschuss zu den Investitionskosten erhält das Pflegeheim direkt von der Pflegekasse und reduziert dann die Kosten, die an den Pflegebedürftigen berechnet werden. Investitionskostenzuschüsse zu teilstationärer und vollstationärer Pflege erhalten Einrichtungen nur, wenn ein Sozialhilfeträger des Bundeslands die Kosten trägt.

## Kurzzeitpflege

**Kurzzeitpflege ist die vorübergehende vollstationäre Pflege eines Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege (noch) nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Dadurch kann die Pflege auch in vorübergehenden Krisensituationen sichergestellt werden.**

### Anspruch

Pflegebedürftige ab **Pflegegrad 2** können eine Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen,

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung **oder**
- in sonstigen Krisensituationen, wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist **oder**
- z.B. wenn die Wohnung des Pflegebedürftigen behindertengerecht umgebaut wird.

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur Vorsorge und medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn während der Reha-Maßnahme für eine Pflegeperson gleichzeitig die Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

### Kurzzeitpflege für jüngere Pflegebedürftige

In begründeten Ausnahmefällen kann der Pflegebedürftige auch in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen oder anderen geeigneten Einrichtungen gepflegt werden, wenn die Pflege in einer von der Pflegekasse zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist.

Dies kommt in Betracht, wenn jüngere Pflegebedürftige nicht altersentsprechend in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung untergebracht werden können. Pflegeheime sind von der Altersstruktur her oft nicht auf jüngere Pflegebedürftige eingerichtet. Dies kann für Betroffene psychische Folgen haben. Die unzumutbare Unterbringung muss gegenüber der Pflegekasse durch ein ärztliches Gutachten

nachgewiesen werden. Dazu sollte im Antrag eine Einrichtung genannt werden mit einer Begründung, warum ein jüngerer Pflegebedürftiger nur dort gepflegt werden soll.

### Umfang, Dauer und Höhe

Die Pflegekasse übernimmt pflegebedingte Aufwendungen (z.B. Körperpflege oder An- und Ausziehen), Aufwendungen der sozialen Betreuung (z.B. Beschäftigungsangebote) sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (z.B. Katheterwechsel oder Wundversorgung).

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen. Zudem ist ein **Eigenanteil** zu leisten. Die Höhe des Eigenanteils ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse. Der Eigenanteil kann auch mit dem Entlastungsbetrag bezahlt werden.

Kurzzeitpflege kann **bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr** in Anspruch genommen werden und wird bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774 € im Jahr bezahlt. Der Betrag ist einheitlich für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5.

Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf insgesamt bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden.

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Die Kurzzeitpflege findet in einer **vollstationären Einrichtung** statt, sodass während des dortigen Aufenthaltes weitere Leistungen der häuslichen Pflege **nicht** gewährt werden.

Allerdings wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds für bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr ohne zusätzlichen Antrag fortbezahlt.



#### Praxistipps!

- Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Kurzzeitpflege im selben Jahr auch Ersatzpflege (Verhinderungspflege) beansprucht werden, um pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Erholung oder eines Urlaubs zu geben.
- Wenn die Versorgung im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus nicht oder nur mit einem erheblichen Aufwand sichergestellt werden kann, besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf bis zu 10 Tage **Übergangspflege im Krankenhaus**. Ansprechpartner und Kostenträger sind die Krankenkassen. Sobald sich Schwierigkeiten bei der Anschlussversorgung zeigen, sollte zeitnah mit dem Sozialdienst des Krankenhauses bzw. der zuständigen Krankenkasse Kontakt aufgenommen werden.

## Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen

**Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen haben eine vorrangig andere Zielsetzung als die der Pflege. Die Pflegekasse übernimmt einen Zuschuss, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 besteht.**

Zweck der vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen sind Leistungen zur

- Medizinischen Vorsorge und Rehabilitation,
- Teilhabe am Arbeitsleben,
- Teilhabe an Bildung
- sozialen Teilhabe sowie

- die schulische Ausbildung oder Erziehung von kranken Menschen oder Menschen mit Behinderungen.

Zudem zählen zu den Einrichtungen Räumlichkeiten,

- in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht,
- die dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) unterliegen und
- in denen der Umfang der Gesamtversorgung durch Leistungserbringer regelmäßig dem einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

### Umfang und Höhe

Die Pflegekasse übernimmt einen Zuschuss, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 besteht. Sie zahlt pauschal 15 % des Heimentgelts der vollstationären Pflegeeinrichtung, maximal jedoch 266 € monatlich.

### Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Andere Leistungen der Pflegeversicherung können während des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen in der Regel **nicht** gewährt werden.

**Ausnahme:** Wenn häusliche Pflegeleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen kombiniert werden, zahlt die Pflegekasse den pauschalen Betrag der vollstationären Pflegeleistung (15 % des Heimentgelts bzw. maximal 266 €) und das Pflegegeld für die tatsächlichen Pflegetage im häuslichen Bereich.

Dabei zählen **Teiltage** (z.B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Die **Höhe des Pflegegelds** richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad. Bei der Ermittlung der zu Hause verbrachten Pflegetage ist der Kalendermonat immer mit 30 Tagen anzusetzen.

Das sich ergebende anteilige Pflegegeld darf zusammen mit der Leistung bei vollstationärer Pflege den jeweiligen Pflegegrad festgelegten maximalen Sachleistungsbetrag bei häuslicher Pflege nicht übersteigen.



### Praxistipps!

- In der vom Bundesjustizministerium geförderten „Weißen Liste“ der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen kann eine Checkliste für Pflegeheime gefunden, die Entscheidungskriterien für die Wahl des richtigen Pflegeheims enthält: [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) > *Pflege* > *Pflegeheim-Checkliste*.
- Das Bundesfamilienministerium gibt einen Leitfaden heraus, der bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz unterstützen soll: „Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen“, Download unter [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de) > *Service* > *Publikationen* > *Suchbegriff: „Wohn- und Betreuungsform“*.
- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) gibt im Ratgeber „Stationäre Pflege - Gute professionelle Pflege erkennen“ Informationen und Tipps, um besser erkennen zu können, ob die Pflege in einem Pflegeheim fachgerecht und angemessen ist. Bestellung oder Download kostenlos unter [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > *Bestellen*.
- Beim Heimverzeichnis der gemeinnützigen Gesellschaft zur Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Behinderung GmbH können unter <https://heimverzeichnis.de> Adressen von Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen gefunden werden.

- Zum 1.11.2019 wurde das Verfahren zur Prüfung und Darstellung der Pflegequalität in der stationären Pflege aktualisiert. Näheres zum neuen Bewertungssystem unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > *Pflegeversicherung* > *Qualität und Transparenz* > *Qualitätsprüfungen* > *Stationäre Pflege*.
- Unter folgenden Links sind die Qualitätsberichte einsehbar:
  - [www.bkk-pflegefinder.de](http://www.bkk-pflegefinder.de) (BKK)
  - [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) (vdek - Verband der Ersatzkassen)

### Wer hilft weiter?

Pflegekassen, Pflegestützpunkte sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do 8–18 Uhr und Fr 8–12 Uhr.

# Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht. Die Pflegeversicherung bietet neben dem Pflegegeld, dem Entlastungsbetrag und der Kurzzeit- und Ersatzpflege weitere Leistungen, die pflegende Angehörige bei ihrer wichtigen Tätigkeit unterstützen sollen.

## Soziale Sicherung

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen, werden von der Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Bei Erhalt von Pflegeunterstützungsgeld (siehe S. 42) und in der Familienpflegezeit (siehe S. 43) gelten andere Regelungen.

### Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht **während der pflegerischen Tätigkeit** unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das gilt auch für die Wegzeiten, also den Hin- und Rückweg zum oder vom Pflegebedürftigen. Betreuungsleistungen, wie z.B. ein Spaziergang, werden hingegen nicht von der Unfallversicherung abgedeckt.

Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de) > Suchbegriff: „Unfallkassen“.



### Praxistipp!

Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „A401“.

### Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung zahlt der Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslicher Umgebung.
- Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person. Die Pflegekasse meldet die rentenversicherungspflichtige Pflegeperson beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab.

Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d.h. sie erhöht die Beitragsjahre

und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z.B. eine medizinische Reha-Maßnahme.

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr (Ersatzpflege) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.

Seit dem 1.7.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Diese Regelung gilt allerdings nicht für Bezieher einer Altersrente, die die reguläre Altersgrenze erreicht haben. Es profitieren von dieser Regelung beispielsweise Bezieher einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente oder der Flexirente. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert bzw. Rentenpunkte für die zukünftige Vollrente gesammelt werden.



Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Diese Broschüre können Sie unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“ herunterladen.

### Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe (siehe S. 58), werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

### Krankenversicherung

Pflegepersonen müssen auf ihre Krankenversicherung achten, denn es gilt eine generelle Krankenversicherungspflicht:

- Pflegende Rentner sind unverändert über die Rentnerkrankenversicherung versichert.
- Arbeitnehmer, die neben der Pflege weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert.
- Pflegende Ehepartner können familienversichert sein oder werden.
- Bei Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe oder Grundsicherung ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z.B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

### Arbeitslosenversicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 **mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche** nicht erwerbsmäßig pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pflegetätigkeit. Es besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der Arbeitsförderung, wenn nach der Pflegezeit ein lückenloser Einstieg in ein Arbeitsverhältnis nicht möglich ist. Diese Regelung gilt auch für Pflegepersonen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.



# Pflegezeit

Für berufstätige Angehörige gibt es einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

## Voraussetzungen

Um Pflegezeit beantragen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen. Nahe Angehörige sind:
  - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
  - Ehe- und Lebenspartner, Partner ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften, Geschwister, Schwägerinnen/Schwäger
  - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehe- oder Lebenspartners), Schwiegersohn oder -tochter, Enkelkinder
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst (MD).
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber.  
Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Es muss der Zeitraum der Pflegezeit oder der Umfang der teilweisen Freistellung (Teilzeitarbeit) festgelegt sein.

Die Pflegezeit können nur sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Anspruch nehmen. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Bei einer teilweisen Freistellung muss der Arbeitgeber den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, es sei denn betriebliche Gründe stehen dem entgegen.

## Dauer

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Eine Aufteilung der Pflegezeit in mehrere getrennte Abschnitte ist nicht möglich. Die Pflegezeit kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme der Pflegezeit ist ein weiterer Anspruch hierauf erloschen. Eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe S. 42).

Soll im Anschluss an die Pflegezeit Familienpflegezeit genommen werden, muss dies dem Arbeitgeber innerhalb von 3 Monaten, spätestens 8 Wochen vor Ende der Pflegezeit, mitgeteilt werden. Die Familienpflegezeit muss unmittelbar an die Pflegezeit anschließen.

Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen längstens 24 Monate dauern.

## Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder ist eine häusliche Pflege nicht mehr möglich, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden. Solche Umstände können z.B. Tod des Pflegebedürftigen, stationäre Unterbringung oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein.

Liegen keine entsprechenden schweren Umstände vor und die Pflegezeit soll trotzdem vorzeitig beendet werden, so ist dies von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig.

## Verlängerung der beantragten Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt. Eine Verlängerung kann z.B. dann notwendig sein, wenn die Pflege von der zukünftigen Pflegeperson zum vereinbarten Zeitpunkt nicht angetreten werden kann.

Zur Sterbebegleitung kann die Pflegezeit um bis zu 3 Monate verlängert werden. Das ist auch dann möglich, wenn der Sterbende in einem Hospiz lebt.

## Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

**Eine Sonderform der Pflegezeit ist die kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße Anspruch hat.**

Diese sog. „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation in Anspruch genommen werden. In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Er kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Lohnfortzahlungen können gegeben sein, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

## Pflegeunterstützungsgeld

**Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen. Sie benötigt dazu eine ärztliche Bescheinigung.**

Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird beim Bezug einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

### Voraussetzungen

Die Pflegeperson erhält keinen Lohn vom Arbeitgeber und kein Kinderpflege-Krankengeld.

### Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2022 maximal 112,88 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

### Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Während des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld bleibt die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.
- Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt, aber die Pflegeperson steht während der Pflgetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeiträge zu Renten- und Krankenversicherung.

### Kündigungsschutz

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Pflegezeit darf der Arbeitgeber in der Regel das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.



#### Wer hilft weiter?

- Adressen zur Pflegeberatung bietet die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) unter [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > Wissensangebot > Ratgeber & Hilfe > Alle Online-Produkte > Datenbank: Beratung zur Pflege.
- Pflegestützpunkte bieten Pflegeberatung und weitergehende Hilfen.
- Individuelle Fragen beantworten die Pflegekassen. Sie müssen bei einem Pflegeantrag auch Beratungsstellen vermitteln.

## Familienpflegezeit

**In der Familienpflegezeit reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.**

### Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MD nachgewiesen werden. Sind Pflegebedürftige in der privaten Pflegeversicherung versichert, ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

### Dauer und Beendigung

Im Rahmen der Familienpflegezeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu **15 Wochenstunden** reduzieren. Wenn es aus betrieblicher Sicht möglich ist, kann die Arbeitszeit flexibel aufgeteilt werden. Die Frist von mindestens 15 Wochenstunden gilt im Jahresdurchschnitt.

- Die Familienpflegezeit darf **maximal 24 Monate** dauern.
- In der Familienpflegezeit besteht **Kündigungsschutz**.

### Kombination mit Pflegezeit

Wird sowohl Familienpflegezeit als auch Pflegezeit genommen, dürfen beide Leistungen zusammen maximal 24 Monate betragen, davon die Pflegezeit maximal 6 Monate. Die Kombination muss immer nahtlos erfolgen.

Soll **nach der Pflegezeit** für denselben Angehörigen eine **Familienpflegezeit** anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens **3 Monate vor Beginn** der Familienpflegezeit **beim Arbeitgeber** schriftlich ankündigen.

Soll nach der Familienpflegezeit für denselben Angehörigen eine Pflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 8 Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.

Kinderpflege-Krankengeld der Krankenkasse wird auf diese Leistungen zeitlich **nicht** angerechnet.

## Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase **4 Wochen** nachdem

- eine Änderung eingetreten ist, wegen der mindestens eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist.
- der Arbeitnehmer die wöchentliche Mindestarbeitszeit von **15 Stunden** aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z.B. Tarifverträge) unterschreitet.

**Ausnahme:** Wird die wöchentliche Mindestarbeitszeit wegen der Einführung von Kurzarbeit unterschritten, führt das nicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Familienpflegezeit.



## Praxistipps!

- Der Pflegebedürftige kann bei der Pflegekasse Pflegegeld beantragen, um die Person zu bezahlen, die ihn zu Hause pflegt.
- Unter bestimmten Voraussetzungen gilt eine Person, die Familienpflegezeit in Anspruch nimmt, als Pflegeperson und hat Anspruch auf die damit verbundenen Leistungen.
- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heruntergeladen werden unter [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de) > Suchbegriff: „Broschüre: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“.
- Informationen wie Broschüren, Merkblätter und Formulare zu den Freistellungsmöglichkeiten des Pflege- und Familienpflegezeitgesetz finden sie unter [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de) > Familienpflegezeit.

## Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

- Im Rahmen der reduzierten Lohnzahlung werden auch Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung weiterbezahlt.
- Wegen des niedrigeren Einkommens während der Familienpflegezeit sind im Bedarfsfall auch **Arbeitslosengeld und Krankengeld** niedriger.
- Auch die **Beiträge zur Rentenversicherung** sind während dieser Zeit niedriger, da sie sich prozentual aus dem Einkommen berechnen. Allerdings haben Pflegende die Möglichkeit, zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung über die Pflegekasse zu beantragen. Weitere Auskünfte gibt der Rentenversicherungsträger.
- Ist der Pflegende **privat krankenversichert**, weil sein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann es passieren, dass das reduzierte Einkommen unter diese Grenze sinkt. Dann ist der Pflegende verpflichtet, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Auf Antrag kann er jedoch für die Familienpflegezeit von dieser Versicherungspflicht befreit werden und Mitglied seiner privaten Krankenversicherung bleiben. Für diese Zeit wird in der Regel eine individuelle, befristete Vertragsänderung ausgehandelt.

## Zinsloses Darlehen

Der pflegende Angehörige kann für die Familienpflegezeit ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts.

## Höhe

Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann unter [www.bafza.de](http://www.bafza.de) > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben.

## Rückzahlung des Darlehens

Das Darlehen wird innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Familienpflegezeit oder Pflegezeit fällig und muss ab dem Ende der Freistellungsphase bzw. ab Ende der Darlehenszahlungen zurückgezahlt werden.

**Ausnahme:** Das Darlehen wird zu einem Viertel erlassen, wenn der Pflegebedarf über die Dauer der Freistellung hinausgeht und der Pflegende seine Freistellung fortführt.

Eine **Stundung** ist in folgenden Härtefällen möglich: Bezug von

- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung



## Wer hilft weiter?

- Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben haben ein gemeinsames Servicetelefon Pflege eingerichtet, Telefon: 030 20179131, Mo-Do, 9-18 Uhr und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de).
- Pflegekassen und Pflegestützpunkte

## Pflegekurse

**Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen Pflegekurse an.**

Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Viele Pflegekassen bieten ihren Mitgliedern auch Online-Pflegekurse an. Nach einer Registrierung kann das Angebot jederzeit von zu Hause aus genutzt werden. Wie auch bei den Präsenzpfelegkursen ist eine Teilnahme kostenlos. Nähere Informationen sowie die Anmeldung finden Sie auf der Seite Ihrer Krankenkasse.

Ein Pflegekurs vermittelt Angehörigen Fertigkeiten für die Durchführung der Pflege. Weitere Inhalte sind z.B.:

- rüchenschonendes Heben, Tragen und Pflegen,
- Umgang mit Ausscheidung, Wickeln und Lagern,
- Pflege bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Demenz).

## Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

## Vorsorge und Rehabilitation

**Pflegende Angehörige sind häufig stark belastet – sowohl körperlich als auch psychisch. Das führt nicht selten zu gesundheitlichen Problemen. Um die Gesundheit pflegender Angehöriger zu erhalten oder wiederherzustellen, kann eine Vorsorgekur oder Rehabilitation beantragt werden.**

Während der Auszeit der Pflegeperson kann der Pflegebedürftige über die Ersatzpflege (siehe S. 23) von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (siehe S. 35) versorgt werden.

### Ambulante Vorsorgekur

Ist eine Behandlung im eigenen Wohnort nicht ausreichend, besteht Anspruch auf eine ambulante Vorsorgekur an einem anerkannten Kurort. Anerkannte Kurorte zeichnen sich durch das Vorhandensein natürlicher Heilmittel aus, z.B. Heilquellen oder besonderes Klima. Die Bundesländer regeln die Anerkennung als Kurort. Der Versicherte muss die Kureinrichtung für eine ambulante Vorsorgekur selbst aussuchen und seinen Aufenthalt selbst organisieren. Für Anwendungen am Kurort muss der Patient eine Verordnung von seinem behandelnden Arzt oder vom Kurarzt (Badearzt) vor Ort vorlegen. Anwendungen sind z.B. Krankengymnastik oder Massagen. Ambulante Vorsorgekuren sind auch im EU-Ausland möglich.

Die Kur dauert längstens 3 Wochen – eine Verlängerung ist nur aus dringenden medizinischen Gründen möglich. Für die Zeit der ambulanten Vorsorgekur muss ein Arbeitnehmer Urlaub nehmen. Zwischen 2 ambulanten Vorsorgekuren müssen in der Regel 3 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte selbst bezahlen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 € täglich oder eine Pauschale von 100 €, wenn die Kur mindestens 14 Tage dauert.

Im Gegensatz zur stationären Vorsorgekur muss der Versicherte nach dem 18. Geburtstag Zuzahlungen für Anwendungen am Kurort leisten.

### Stationäre Vorsorgekur

Die Krankenkasse kann pflegenden Angehörigen auch eine stationäre Vorsorgekur bewilligen. Die stationäre Kur dauert ebenfalls längstens 3 Wochen und kann nur aus dringenden medizinischen Gründen verlängert werden. Für die Zeit der stationären Vorsorgekur muss ein Arbeitnehmer keinen Urlaub nehmen. Zwischen 2 stationären Vorsorgekuren müssen in der Regel 4 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

Versicherte nach dem 18. Geburtstag müssen eine Zuzahlung von 10 € täglich für die Dauer des Aufenthalts leisten.

### Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Reha umfasst Maßnahmen, die auf die **Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands** ausgerichtet sind. Sie wird ambulant oder stationär erbracht, wobei eine ambulante Reha grundsätzlich Vorrang hat. Pflegende Angehörige können jedoch auch dann eine stationäre Reha

in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Voraussetzung für eine medizinische Reha ist, dass sie aus medizinischen Gründen erforderlich, vom Arzt verordnet und vorher vom Kostenträger genehmigt ist. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse Kostenträger. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert meist der Rentenversicherungsträger.

Es spielt dabei keine Rolle, bei welchem Kostenträger der Antrag eingereicht wird. Es liegt in der Pflicht der Kostenträger, die Anträge entsprechend der Zuständigkeiten weiterzuleiten.

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren.

**Ausnahmen** macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

Der **Rentenversicherungsträger** genehmigt medizinische Reha-Maßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist. Im Falle einer Ablehnung ist Widerspruch (siehe S. 67) möglich.



#### Praxistipps!

- Ein Ratgeber, der vor allem auf die psychische Belastung abzielt, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) herausgegeben. Er kann unter dem Titel „Entlastung für die Seele“ bei der DPtV unter [www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de](http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de) > Patienten > Faltblätter & Broschüren heruntergeladen werden.
- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen unter [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de). Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die krankenversichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.
- Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern, finden unter [www.pausentaste.de](http://www.pausentaste.de) Unterstützung, Informationen über Gruppen und Workshops sowie Telefon- und E-Mail-Beratung.
- Pflegende Mütter und Väter können für eine Auszeit auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen. Weitere Informationen unter [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de).
- Ein schwieriges und sensibles Thema ist Gewalt gegen Pflegebedürftige, aber auch gegen Pflegende. Informationen und hilfreiche Anlaufstellen bietet [www.pflege-gewalt.de](http://www.pflege-gewalt.de).
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können pflegende Angehörige seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.



# Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

**24-Stunden-Pflege oder 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zuhause wird meist mit Hilfe von Betreuungskräften aus Osteuropa realisiert. Die legale Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen, Betreuungskräfte oder Pflegekräfte ist über verschiedene Modelle möglich.**

Die Tätigkeiten, die eine ausländische Haushaltshilfe oder Betreuungskraft verrichten darf, unterscheiden sich von denen einer qualifizierten Pflegekraft.

Eine ausländische **Haushaltshilfe oder Betreuungskraft** darf folgende Dienstleistungen anbieten:

- Hilfe beim Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen und anderen Arbeiten im Haushalt
- Pflegerische Alltagshilfen, z.B. Unterstützung beim Essen und Trinken, Waschen, An- und Auskleiden
- Soziale Betreuung und Motivation, z.B. Vorlesen, Spaziergehen oder Begleitung zu Arztbesuchen

Zur Verdeutlichung:

- Eine Haushaltshilfe oder Betreuungskraft darf **keine** Tätigkeiten der Behandlungspflege verrichten. Für die Behandlungspflege ist eine berufliche Qualifikation Voraussetzung.
- Eine Haushaltshilfe, die von der Krankenkasse bezahlt wird, gibt es nur,
  - wenn ein Kind versorgt werden muss und der betreuende Elternteil ins Krankenhaus muss **oder**
  - im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus für die erste Zeit zu Hause.

Qualifizierte **Pflegekräfte** mit anerkannter Ausbildung aus der EU dürfen in Deutschland unter denselben Bedingungen beschäftigt werden wie Deutsche. Ausgebildete Pflegekräfte aus Nicht-EU-Staaten brauchen zur Beschäftigung in Deutschland eine Arbeitserlaubnis.

Für die gesamte Pflegebranche gelten Mindestlöhne.

Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Häusliche Pflege > Ausländische Kräfte“*.

## Beschäftigungsmodelle

**Die Beschäftigung ausländischer Pflege-, Haushalts- oder Betreuungskräfte ist über verschiedene Wege möglich.**

### Arbeitgebermodell

Beim Arbeitgebermodell wird der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger selbst zum Arbeitgeber und schließt einen schriftlichen Arbeitsvertrag mit der ausländischen Kraft. Die im Arbeitsvertrag geregelten Rechte und Pflichten unterliegen den Bestimmungen des deutschen Arbeits- und Tarifrechts.

Pflegebedürftige bzw. Privathaushalte, die eine ausländische Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft beschäftigen, müssen u.a. Folgendes beachten:

- Die tägliche Arbeitszeit darf höchstens 8 Stunden, im Einzelfall bis zu 10 Stunden, betragen. Die durchschnittliche Höchstarbeitszeit von 8 Stunden am Tag darf aber innerhalb von 6 Monaten nicht überschritten werden. Zur Arbeitszeit zählen auch Bereitschaftsdienste, bei denen die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft auf Abruf zur Verfügung steht.
- Bei einer Arbeitszeit von über 6 Stunden ist eine 30-Minuten-Pause Pflicht, bei über 9 Stunden eine



45-Minuten-Pause.

Nach der Arbeit muss eine ununterbrochene Ruhezeit von 11 Stunden sichergestellt werden.

- Es gibt einen Anspruch auf mindestens 24 Werktage bezahlten Urlaub im Jahr.
- Die Probezeit darf max. 6 Monate betragen. Während der Probezeit gilt eine Kündigungsfrist von mind. 2 Wochen, danach mind. 4 Wochen.
- Der Arbeitsvertrag endet nicht automatisch mit dem Tod des Arbeitsgebers. Wenn das Arbeitsverhältnis jedoch mit einer sog. Zweckbestimmung versehen ist, endet er mit Erreichung des Zwecks, frühestens jedoch 2 Wochen nach einer schriftlichen Information über den Zeitpunkt der Zweckerreichung.
- Es besteht während der Beschäftigung für die Arbeitskraft eine Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- Unfall- und Arbeitslosenversicherung.
- Das Gehalt muss konkret angegeben werden und den tariflichen oder ortsüblichen Bedingungen entsprechen. Informationen hierzu geben die örtlichen Agenturen für Arbeit oder die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung.
- Es muss ein eigenes Zimmer für die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft vorhanden sein. Bei freier Kost und Logis werden die entsprechenden Kosten als geldwerter Vorteil zum Bruttoeinkommen hinzugerechnet.

### Entsendemodell

Dies ist in der Praxis die weitaus häufigste Form. Beim Entsendemodell wird vom Pflegebedürftigen (oder Angehörigen) ein ausländisches Unternehmen beauftragt, das eine bei ihm angestellte Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft in seinen Haushalt entsendet. Das ausländische Entsendeunternehmen fungiert als Arbeitgeber, zahlt das Gehalt der Arbeitskraft und leistet im Heimatland Steuern und Sozialabgaben. Obwohl die Haushalts- oder Pflegekraft im Heimatland angestellt ist, müssen die Vorgaben des deutschen Arbeitsrechts eingehalten werden, siehe „Arbeitgebermodell“ auf S. 48.

Der Pflegebedürftige/Angehörige zahlt einen monatlichen Betrag an das ausländische Unternehmen. Es gibt auch Vermittlungsagenturen in Deutschland, die mit ausländischen Agenturen zusammenarbeiten. Pflegebedürftige oder Angehörige sollten sich unbedingt vergewissern, dass die entsendete Kraft im Ausland sozialversichert ist. Als Nachweis dient die sog. A1-Bescheinigung.

In der Regel werden ausländische Kräfte vom Entsendeunternehmen max. für 2 Jahre entsendet, da nach Ablauf dieser Frist das deutsche Sozialversicherungsrecht gilt. Tatsächlich sind die Kräfte oft nur einige Monate am selben Arbeitsort im Einsatz.

Werden pflegebedürftige Menschen in ihrem Haushalt 24 Stunden betreut, haben die Betreuungskräfte einen Anspruch auf den Mindestlohn, auch für Zeiten der Bereitschaft.

### Selbstständige Kräfte

Für Selbstständige gilt in der EU die uneingeschränkte Dienstleistungsfreiheit. Die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft meldet in Deutschland oder ihrem Heimatland ein eigenes Gewerbe an und arbeitet auf eigene Rechnung. Der Pflegebedürftige oder Angehörige schließt einen Dienstleistungsvertrag mit ihr ab, in dem Regelungen über die Tätigkeiten, Vertragsdauer und Vergütung vereinbart werden.

Das Problem bei diesem Modell ist die Gefahr der Scheinselbstständigkeit. Echte Selbstständige dürfen weder in ihrem Heimatland noch in Deutschland den Weisungen des Arbeitgebers unterworfen sein.

Wenn es jedoch nur einen Auftraggeber gibt (den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen), die Haushalts- oder Pflegekraft dort im Haushalt wohnt und seine Anweisungen befolgt, handelt es sich um eine Scheinselbstständigkeit. Diese ist gesetzlich verboten und wird, auch für den Auftraggeber, mit hohen Strafen geahndet.

### Praxistipps!

- Die Verbraucherzentrale bietet detaillierte Informationen auf der Seite „Ausländische Betreuungskräfte – wie geht das legal?": [www.ratgeber-verbraucherzentrale.de](http://www.ratgeber-verbraucherzentrale.de) > Suche nach „Betreuungskräfte“. Dort finden Sie auch mehrere Downloads, z.B. eine Checkliste zur legalen Beschäftigung und die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten“ (Download kostenlos).
- Der Deutsche Caritasverband e.V. hat einen Leitfaden zu Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Haushaltshilfen in Haushalten von Pflegebedürftigen erstellt. Er kann unter [www.caritas.de](http://www.caritas.de) > Hilfe und Beratung > Ratgeber > Alter und Pflege > Pflege > Haushaltshilfen legal beschäftigen eingesehen werden.
- Das von der Caritas entwickelte Modell „Carifair“ vermittelt in Polen geschulte Betreuungskräfte in deutsche Privathaushalte und unterstützt Pflegebedürftige und Angehörige bei der Organisation des Arbeitsverhältnisses. Nähere Informationen unter <https://carifair.de>.
- Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können als hausnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden, wenn sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegt werden können.

### Wer hilft weiter?

Informationen und Beratung bieten auch Pflegestützpunkte.

# Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Pflegebedürftige erhalten in der Regel auch Leistungen der Krankenversicherung, z.B. Medikamente. Hierbei müssen sie einen Teil der Kosten in Form von Zuzahlungen selbst tragen. Die folgenden Seiten informieren über die Höhe der Zuzahlungen und die Möglichkeiten, sich unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreien zu lassen.

## Zuzahlungsregelungen

Für die Verordnung von Gesundheitsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten unterschiedliche Zuzahlungsregelungen.

### Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt): 10 % der Kosten des Arzneimittels, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Preis = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € bis 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
Ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Sozialtherapie und Fahrtkosten.

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Die Liste der befreiten Arzneimittel wird deshalb alle 14 Tage aktualisiert und beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Service > Versicherten-Service > Zuzahlungsfreie Arzneimittel veröffentlicht. Es gibt die Liste in 2 Sortierungen: Nach Arzneimittelnamen und nach Wirkstoffnamen.

### Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z.B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen. Hier ist eine genaue Information beim verschreibenden Arzt oder beim Apotheker besonders wichtig, um einer Verschuldung vorzubeugen.

### Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Verbandmittels.

### Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie oder Ergotherapie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

### Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle).

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z.B. Einmalhandschuhen oder saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

### Häusliche Krankenpflege

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Bei der Häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

### Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

### Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

### Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Tag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

### Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Diese Zuzahlung ist auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden (Verordnung Krankenbeförderung).

## Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Pflegebedürftiger im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann er sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhält den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Die Belastungsgrenze soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

### Berechnung des Bruttoeinkommens

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen des Versicherten und den Bruttoeinnahmen seiner Angehörigen, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

### Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen nach § 7 Abs. 2 KVLG: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

### Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfs-

stufe 1 (449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

### Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

Auch die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

**Ausnahme:** Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, **nicht** als Familienzuzahlung berechnet, das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings **beide** Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Überschreiten die Zuzahlungen 2 % der o.g. Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)
ergibt: 7.302 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.



### Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese

Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.



Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

## Sonderregelung für chronisch Kranke

**Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.**

### Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

#### Schwerwiegend chronisch krank

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MDE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

### Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

**Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind** und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen. Näheres zu den Untersuchungen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Früherkennung von Krankheiten“.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Vorsorgeuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).

- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

### Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* heruntergeladen werden.



# Landespflegegeld

Das Landespflegegeld wurde 2018 in Bayern zur zusätzlichen Unterstützung für Pflegebedürftige eingeführt. In drei weiteren Bundesländern gibt es eine vergleichbare Leistung, die jedoch eine Schwerbehinderung voraussetzt. Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50.

Nur das Landespflegegeld Bayern ist speziell auf Pflegebedürftige ausgerichtet. Es gelten dafür folgende Regelungen:

## Voraussetzungen

Landespflegegeld erhalten

- Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2
- mit Hauptwohnsitz in Bayern zum Zeitpunkt der Antragstellung.

Das umfasst sowohl Pflegebedürftige im Pflegeheim als auch in häuslicher Pflege.

## Höhe

Das Landespflegegeld beträgt 1.000 € pro Jahr. Es ist nicht steuerpflichtig. Es wird bei Empfängern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) nicht auf das Einkommen oder Vermögen angerechnet.

## Antrag

Der Antrag muss spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres beim Bayerischen Landesamt für Pflege eingereicht werden. Auch ein Online-Antrag ist möglich. Dem Antrag muss eine Kopie des Bescheids über die Feststellung des Pflegegrads sowie eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses beigelegt werden. Nähere Informationen zur Antragstellung sowie Zugang zum Online-Antrag und den Formularen unter [www.lfp.bayern.de](http://www.lfp.bayern.de) > Aufgaben > Landespflegegeld.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen zum Landespflegegeld Bayern erhalten Sie unter [www.lfp.bayern.de](http://www.lfp.bayern.de) > Aufgaben > Landespflegegeld oder per E-Mail an [landespflegegeld@lfp.bayern.de](mailto:landespflegegeld@lfp.bayern.de).

## Andere Bundesländer

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten schwerbehinderte Menschen in folgenden Bundesländern Landespflegegeld:

- **Brandenburg:** monatlich, bei anspruchsberechtigten schwerbehinderten Menschen, 192,40 €. Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter <https://msgiv.brandenburg.de> > Themen > Soziales > Soziale Leistungen.
- **Bremen:** monatlich 450,09 €, 1 bis unter 18 Jahre 225,04 €. Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter [www.service.bremen.de](http://www.service.bremen.de) > Dienstleistungen > Dienstleistungen A-Z > L > Landespflegegeld für blinde und schwerstbehinderte Menschen.
- **Rheinland-Pfalz:** monatlich 384 €, unter 18 Jahre 192 €. Unter [www.bus.rlp.de](http://www.bus.rlp.de) wird im Suchfeld Wo? der entsprechende Ortsname eingegeben. Danach geben Sie im Suchfeld Was? „Landespflegegeld“ ein und erhalten den zuständigen Ansprechpartner.

# Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

Die „Hilfe zur Pflege“ zählt zur Sozialhilfe. Das Sozialamt übernimmt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen dieselben Leistungen wie die Pflegekasse, allerdings immer erst, wenn die vorrangig zuständige Pflegekasse nicht, oder nur in zu geringem Umfang, leistet.

Hilfe zur Pflege leistet das Sozialamt vor allem:

- Für nicht pflegeversicherte Personen.
- Bei kostenintensiver (Schwerst-)Pflege, wenn die nach oben hin begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.
- Für die Finanzierung der nicht von der Pflegekasse übernommenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei der Pflege in Heimen oder anderen gleichartigen Einrichtungen inklusive einem Barbetrag zur persönlichen Verfügung des Hilfesuchenden.
- Wenn Hilfebedarf für weniger als 6 Monate besteht und die Pflegeversicherung deshalb keine Leistungen gewährt.

Auch ausländische Staatsangehörige haben in der Regel Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“.

## Voraussetzungen

- Pflegebedürftigkeit, welche die Pflegekasse feststellt und an die das Sozialamt gebunden ist.
- **Einkommengrenzen:**
  - Pflegebedürftige dürfen bestimmte Einkommengrenzen nicht überschreiten. Alleinstehende Pflegebedürftige, die niemand anderem unterhaltspflichtig sind, haben bei einem dauerhaften Heimaufenthalt in der Regel ihr gesamtes Einkommen einzusetzen.  
Für schwerpflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 4 oder 5 und blinde Menschen gilt eine Sonderregel: Hier dürfen maximal 40 % des Einkommens über der Einkommengrenze angerechnet werden.
  - 2017 wurde mit dem Bundesteilhabegesetz ein **zusätzlicher Einkommensfreibetrag** eingeführt: 40 % des Bruttoeinkommens, jedoch max. 291,85 € (65 % der Regelbedarfsstufe 1). Dieser Freibetrag gilt **nur** für Einkommen aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Arbeit, **nicht** für (Erwerbsminderungs-)Rente.
  - Sonderregelung zum Einsatz von Vermögen: Zusätzlicher **Vermögensschonbetrag von bis zu 25.000 €** für die Lebensführung und die Alterssicherung, wenn dieser Betrag ganz oder überwiegend als Einkommen aus einer Tätigkeit des Pflegebedürftigen während des Bezugs von Hilfe zur Pflege erworben wird.

Wird nur Hilfe zur Pflege bezogen, wird auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners berücksichtigt. Bei Minderjährigkeit wird auch das Einkommen und Vermögen der Eltern berücksichtigt.

## Elternunterhalt

Es besteht auch eine Unterhaltspflicht von Kindern für ihre Pflegebedürftigen Eltern. Ab einem Jahresbruttoeinkommen von mehr als 100.000 € müssen Kinder ihren pflegebedürftigen Eltern Unterhalt zahlen, wobei nur das Einkommen des Kindes selbst zählt. Das Einkommen des Ehegatten des Kindes wird nicht berücksichtigt. Auch kommt es nicht auf das Vermögen an, sondern allein auf das Einkommen.

Eine Deckelung wie bei der Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihren volljährigen Kindern gibt es beim Elternunterhalt nicht. Vermutet das Sozialamt Einkommen über 100.000 € bei einem Kind, so fordert es das Kind zur Auskunft über das Einkommen auf und legt dann fest ob und ggf. in welcher Höhe Unterhalt zu leisten ist.

 Praxistipp!

Ausführliche Informationen zur Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch das Sozialamt unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.

# Wohnen im Alter

Die meisten Menschen möchten so lange und so unabhängig wie möglich in den eigenen vier Wänden leben. Hierzu können verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung beitragen.

## Wohnumfeldverbesserung

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, welche die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Heim verhindern oder hinauszögern.

### Voraussetzungen

Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses ist, dass die vorgesehenen Maßnahmen die häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern oder dass eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von einer Pflegeperson verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden.

Die Entscheidung, ob und ggf. in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds gewährt wird, liegt im **plichtgemäßen Ermessen** der Pflegekasse.

Es muss sich um Maßnahmen **in der Wohnung** des Pflegebedürftigen handeln oder um Maßnahmen **in dem Haushalt**, in dem der Pflegebedürftige gepflegt werden soll. Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern, zusammen als **eine Maßnahme** betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können weitere Maßnahmen beantragt werden.

### Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen. Zu den Kosten zählen auch statische Gutachten, Antragsgebühren, Kosten der Bauüberwachung, nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstaussfall von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

### Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Heim verhindern kann.

### Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.000 € je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000 € begrenzt. Bei mehr als 4 Pflegebedürftigen werden die 16.000 € anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.

## Kostenerstattung nach Versterben des Pflegebedürftigen

Bei einigen Leistungen, z.B. Wohnumfeldverbesserung bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse.

Durch die Neuregelung seit dem 20.7.2021 können die Erben nach dem Versterben des Pflegebedürftigen solche entstandenen Ansprüche auf Kostenerstattung noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse geltend machen.

### Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden, Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.
- **Antrag: Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst **danach** die Rechnung bei der Pflegekasse einreicht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Näheres unter [www.kfw.de](http://www.kfw.de) > Suchbegriff: „159“. Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: Programmnummer 124 für selbst genutztes Wohneigentum oder Programmnummer 134 für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen. Näheres unter [www.kfw.de](http://www.kfw.de), Suchbegriff 124 bzw. 134.

### Wer hilft weiter?

- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist. Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. hat auf seiner Seite Ansprechpartner und Adressen von Wohnberatungsstellen nach Bundesländern sortiert: [www.online-wohn-beratung.de](http://www.online-wohn-beratung.de) > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen > Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren > Wohnberatungsstellen.*

## Hausnotrufsysteme

Hausnotrufsysteme ermöglichen es insbesondere älteren und allein lebenden Menschen bei Hilflosigkeit, z.B. nach einem Sturz oder bei medizinischen Notfällen, schnell Hilfe zu bekommen. Über ein Hausnotrufgerät kann per Knopfdruck die Notrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert werden.

## Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z.B. um den Hals oder als Armband). Die Basisstation ist in der Regel mit dem Telefonanschluss verbunden. Sollte kein Telefonanschluss vorhanden sein, ist auch ein Anschluss an das Mobilfunknetz möglich. Im Notfall löst ein Knopfdruck auf den Funksender bei der Notrufzentrale einen Notruf aus. Automatisch wird sofort eine Sprechverbindung hergestellt und der Mitarbeiter in der Hausnotrufzentrale kann erfragen, um welche Art von Notfall es sich handelt und die notwendigen Hilfen veranlassen, die vorher in einem Hilfeplan vereinbart wurden. So können z.B. zunächst Verwandte oder Nachbarn verständigt werden, je nach Situation auch sofort der Notarzt oder Rettungsdienst. Die Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüssel hinterlegung an, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

## Zusatzfunktionen

- Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen mit den Teilnehmern zu festgelegten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter nach, ob etwas passiert ist.
- Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z.B. im Keller oder im Garten.
- Als ein weiterreichendes Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.
- Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen: Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden. Patienten können sich an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern lassen.

## Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können 20 bis 40 € monatlich veranschlagt werden plus die Anschlussgebühr von ca. 10 bis 80 €.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst in der Regel einen Zuschuss: Für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren je 23 € pro Monat.

Für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse sind folgende Kriterien maßgeblich:

- Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1),
- allein oder überwiegend allein lebend,
- mit einer Person lebend, die in einer Notsituation ein handelsübliches Telefon nicht bedienen kann,
- durch die aktuelle gesundheitliche Situation muss jederzeit mit einem Notfall gerechnet werden.

Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen. Die Kosten für ein Hausnotrufsystem können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden.



## Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen gibt es im Pflegehilfsmittelverzeichnis,

Produktgruppe 52, direkter Link: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Produktgruppe 52.

- Es ist sinnvoll, mit dem behandelnden Arzt zu beraten, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.

### Wer hilft weiter?

- Anbieter von Hausnotrufsystemen sind in der Regel soziale Hilfsorganisationen, z.B.: Arbeiter-Samariter-Bund, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Rotes Kreuz, Volkssolidarität.
- Eine Vermittlung zu Anbietern vor Ort ist aber auch über ambulante Pflegedienste, Pflegekassen und Pflegestützpunkte möglich.

## Betreutes Wohnen für Senioren

**Betreutes Wohnen, auch bekannt unter „Seniorenwohnen“, „Wohnen mit Service“ oder „Wohnen plus“, ist eine Wohnform für ältere Menschen in einer senioren- bzw. behindertengerechten Wohnanlage. Diese Wohnanlagen werden nach dem Motto „So selbstständig wie möglich, so viel Hilfe wie nötig“ konzipiert. Einheitliche Standards gibt es nicht, deshalb ist bei der Suche nach passenden Angeboten ein intensiver Preis- und Leistungsvergleich zu empfehlen.**

### Formen

Betreutes Wohnen ermöglicht ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung, verbunden mit Hilfe und Betreuung bei Bedarf. Der Bewohner bestimmt seinen Lebensrhythmus individuell. Ihm stehen aber qualifizierte Hilfeleistungen zur Verfügung, die er bei Bedarf abrufen kann.

Viele Einrichtungen für Betreutes Wohnen bieten sowohl Eigentumswohnungen als auch Mietwohnungen an. Betreutes Wohnen wird auch im Rahmen von Mehrgenerationen-Projekten, Altbausanierungen oder Senioren-Residenzen angeboten. Auch an Pflegeheime angeschlossene Wohnformen sind möglich. Dies hat den Vorteil, dass die Bewohner bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nicht umziehen müssen.

### Ausstattung

Wohnungen im Betreuten Wohnen sollten folgende Anforderungen erfüllen:

- **Altersgerechte und barrierefreie Ausstattung:** Dies umfasst z.B. überbreite Türen und schwellenlose Zugänge, damit man, auch wenn man auf den Rollstuhl angewiesen ist, weiterhin dort leben kann.
- **Notruf:** Betreute Wohnungen sollten über eine Notrufanlage verfügen, über die Tag und Nacht Fachkräfte erreichbar sind.
- **Zentrale Lage:** Wohnanlagen für Betreutes Wohnen befinden sich idealerweise in zentraler Lage oder sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln leicht zu erreichen.
- **Soziale Angebote:** Neben einem Gemeinschaftsraum für Feiern und Veranstaltungen gibt es meist auch einen Raum für die soziale Beratung. Die regelmäßig erreichbare bzw. anwesende Ansprechperson bietet Informationen, Hilfestellungen und Vermittlung zu vielfältigen sozialen Leistungen.
- **Serviceangebote:** Im Idealfall können die Bewohner individuelle Dienstleistungen wie Mahlzeitendienst, Wohnungsreinigung oder Reinigung der Wäsche in Anspruch nehmen.
- **Freizeiteinrichtungen:** Manche Anlagen des Betreuten Wohnens verfügen auch über Einrichtungen

zur Gestaltung der Freizeit, z.B. Café, Lesezimmer, Schwimmbad, Sauna, Gymnastikraum, Hobbyraum etc.



#### Praxistipps!

- Zurzeit existieren keine Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien, die einheitliche Qualitätsstandards vorschreiben bzw. den Begriff „Betreutes Wohnen“ definieren und schützen. Deshalb werden viele unterschiedliche Konzepte für Betreutes Wohnen angeboten. Es gibt weder ein festgelegtes Mindestmaß an Betreuung und Beratung, noch vorgegebene Standards bei der baulichen Beschaffenheit der Wohnung oder der Ausstattung. Die Kosten richten sich nach dem Serviceangebot der jeweiligen Wohnanlage sowie den baulichen Standards und fallen deshalb sehr unterschiedlich aus.
- In der DIN-Norm 77800 „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ sind Mindestqualitätsstandards zu Anforderungen an das Leistungsangebot festgelegt. Die Einhaltung der Standards ist jedoch rechtlich nicht verbindlich. Für Barrierefreiheit bei Neubauten gibt es schon Maßvorgaben, die in entsprechenden Landesbauverordnungen verbindlich geregelt sind. Daher lohnt sich eine konkrete Nachfrage nach Qualitätsstandards bei der Besichtigung des Betreuten Wohnens.
- Es empfiehlt sich Angebote verschiedener Anbieter einzuholen und zu vergleichen. Dabei hilft z.B. die Checkliste der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, Download unter [www.bagso.de](http://www.bagso.de) > *Publikationen* > *Checkliste* > *Betreutes Wohnen*. Wichtig ist, die individuellen Verträge mit allen Anhängen und Preislisten sowie auch das Kleingedruckte gewissenhaft durchzulesen.
- Zu beachten ist auch, was mit dem Bewohner im Fall der Pflegebedürftigkeit passiert. Oft ist bei einer schweren und dauerhaften Pflegebedürftigkeit der Umzug in ein Pflegeheim erforderlich. Für diesen Fall sollte eine aktive Unterstützung durch den Betreuungsträger sowie eine kurzfristige Kündigung der Wohnung möglich sein.



# Private Pflegezusatzversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Kosten im Pflegefall ab. Private Pflegezusatzversicherungen können dazu beitragen, die finanziellen Risiken einer Pflegebedürftigkeit abzufedern.

Es gibt drei Formen von privaten Pflegezusatzversicherungen:

## Pflegetagegeldversicherung

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, zahlt die Versicherung einen vertraglich vereinbarten Betrag pro Tag. Die Höhe des Tagessatzes richtet sich meistens nach dem Pflegegrad, wobei das volle Pflegetagegeld oft erst ab Pflegegrad 4 ausgezahlt wird. Ist der Pflegegrad niedriger, gibt es in der Regel nur eine anteilige Auszahlung. Der Pflegebedürftige kann über das Pflegetagegeld frei verfügen. Die Beitragshöhe kann aufgrund der Kostenentwicklung im Laufe der Zeit steigen. Wenn der Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung aufgrund der Gesundheitsfragen nicht möglich ist, kann der sog. Pflege-Bahr (siehe S. 66) eine Alternative sein.

## Pflegekostenversicherung

Die nachgewiesenen nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Pflegerestkosten, z.B. einer professionellen Pflegekraft zu Hause oder im Heim, werden von der Versicherung im vereinbarten Umfang erstattet. Wenn nur Angehörige pflegen, zahlt die Versicherung ohne Vorlage von Rechnungen einen monatlichen Betrag. Auch hier können sich die Versicherungsbeiträge mit der Zeit erhöhen.

## Pflegerentenversicherung

Wenn ein Versicherter pflegebedürftig wird, zahlt die Versicherung eine monatliche Rente. Die Höhe der Rente wird vertraglich festgelegt und richtet sich nach dem Pflegegrad. Der Pflegebedürftige kann, wie auch bei der Pflegetagegeldversicherung, frei über die Rente verfügen. Durch Überschüsse kann sich die Rente ggf. erhöhen. Die Beiträge sind stabil, allerdings deutlich teurer als bei den anderen Versicherungsformen.

Der **Beitrag** einer Pflegezusatzversicherung ist **abhängig vom Alter** bei Vertragsbeginn, dem **Gesundheitszustand** sowie dem gewünschten **Leistungsumfang**. Bestehen bereits Erkrankungen, kann der Abschluss schwierig werden. Der Versicherer kann Risikozuschläge erheben, Leistungen für bestimmte Situationen ausschließen oder den Vertragsabschluss ganz ablehnen.

Werden Gesundheitsfragen gestellt, müssen diese korrekt und vollständig beantwortet werden. Falsche Antworten können sonst noch Jahre später zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Da sich die Bedingungen von Pflegezusatzversicherungen erheblich unterscheiden, ist vor Abschluss des Vertrages eine genaue Prüfung empfehlenswert.

## „Pflege-Bahr“

Wer zusätzlich zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eine private Pflegezusatzversicherung abschließt, kann einen staatlichen Zuschuss von monatlich 5 € beantragen, umgangssprachlich auch „Pflege-Bahr“ genannt.

Für diese Förderung muss die Pflegezusatzversicherung bestimmten Vorgaben (z.B. festgelegte Mindestleistungen, keine vertraglich vereinbarten Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge) genügen.

Folgende Voraussetzungen müssen in jedem Fall erfüllt sein:

- Vor Vertragsabschluss wurden noch keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in Anspruch genommen.
- Der Mindestbeitrag in der Pflege-Zusatzversicherung beträgt 10 € monatlich.
- Vollendung des 18. Lebensjahres bei Vertragsabschluss.
- Der Zuschuss wird auf Antrag gewährt. Der Antrag ist bei der privaten Pflegezusatzversicherung einzureichen.

Das Versicherungsunternehmen darf den Abschluss des Vertrages nicht von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen. Daher ist der Pflege-Bahr eine Alternative für junge Menschen mit einer schweren Erkrankung oder für Menschen, die wegen ihres hohen Alters oder einer Erkrankung keinen anderen Vertrag mehr bekommen.

Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist eine Tagegeldversicherung, d.h. im Pflegefall wird ein festgelegter Betrag ausgezahlt, über den der Pflegebedürftige frei verfügen kann. Die Höhe des Tagegelds richtet sich nach dem Pflegegrad und dem vereinbarten Tarif.



### Praxistipp!

Unterbrechung der Zahlungen, z.B. wegen Arbeitslosigkeit oder wegen eines finanziellen Engpasses, führen in der Regel dazu, dass das bis dahin eingezahlte Geld und der Versicherungsschutz verloren gehen. Geförderte Versicherungen können jedoch bis zu 3 Jahre beitragsfrei ruhen, wenn der Versicherte Grundsicherung oder Sozialhilfe erhält.



### Wer hilft weiter?

Eine kostenlose Beratung für privat Versicherte bietet die Compass Private Pflegeberatung, Telefon: 0800 1018800, E-Mail: [info@compass-pflegeberatung.de](mailto:info@compass-pflegeberatung.de), [www.compass-pflegeberatung.de](http://www.compass-pflegeberatung.de).

# Widerspruch

Wer als Betroffener mit einer Entscheidung eines Sozialversicherungsträgers, z.B. Ablehnung eines Pflegegrades oder Genehmigung einer Rehabilitation, nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen und klagen, denn viele Bescheide der Träger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit und Versorgungsamt) haben weitreichende finanzielle Folgen.

**Widerspruch** kann ein Betroffener **kostenfrei** einlegen, wenn er mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die **Behörde überprüft** dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oft statt. Wird der Widerspruch ganz oder teilweise abgelehnt, so erlässt die Behörde einen sog. Widerspruchsbescheid. Gegen den Widerspruchsbescheid ist eine Klage möglich. Vor einer Klage muss grundsätzlich erst Widerspruch eingelegt werden (Vorverfahren), weil **erst nach einem erfolglosen Widerspruch eine Klage** zulässig ist.

Nähere Informationen zu Widerspruch, Klage und Berufung unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“.



## Praxistipp!

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch vor Ort bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs bestätigen zu lassen. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt.

Läuft die Widerspruchsfrist in Kürze ab, kann es sinnvoll sein, einen Boten zu bitten, den Brief direkt zur Behörde zu bringen. Wenn dieser den Inhalt des Briefs kennt, kann er im Zweifel bezeugen, dass der Brief rechtzeitig angekommen ist.

Es ist hingegen eher nicht sinnvoll, den Widerspruch per Einschreiben (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten nicht als Nachweis für die Einhaltung der Frist.

Besser ist es, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob ein normaler Brief eingegangen ist und eine umgehende Eingangsbestätigung anzufordern.

Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen reicht es, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein.“ Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.

Haben Sie im Sozialrecht die Widerspruchsfrist versäumt oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, bedeutet das nicht unbedingt, dass nichts mehr zu machen wäre. Denn oft ist dann noch ein Überprüfungsantrag oder ein Antrag auf Wiedereinsetzung möglich. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen und um den Satz: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten.“

# Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Erforderliche Formulare können im Ratgeber Patientenvorsorge unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

## Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht kann man für den Fall, dass man nicht mehr in der Lage ist seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen. Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenkreise beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

- Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthalt und Unterbringung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter wird nicht gerichtlich kontrolliert.

## Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden sollen.

Der Verfügende kann seine Wünsche an den Betreuer sehr detailliert schriftlich festlegen, z.B.:

- zum Umgang mit seiner Person
- zur Verwaltung seiner Finanzen und seines Vermögens (z.B. Immobilien auf keinen Fall in Aktien umwandeln)
- zum Aufenthalt (in welchem Pflegeheim er untergebracht werden will, in welchem auf keinem Fall)
- zu medizinischen Angelegenheiten
- zum digitalen Nachlass

Die Wünsche an den Betreuer sollten schriftlich in einem Anhang der Betreuungsverfügung festgelegt werden.

Das Gericht und der Betreuer **müssen** die Wünsche des zu Betreuenden berücksichtigen, außer sie widersprechen dessen Wohl, oder die Erfüllung ist dem Betreuer nicht zuzumuten, oder es ist erkennbar, dass der Betreute nicht an den in der Betreuungsverfügung geäußerten Wünschen festhalten will.

## Patientenverfügung

**Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er sich selbst dazu nicht mehr äußern kann.**

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung für Krankheitssituationen oder die letzte Lebensphase. In der Verfügung beschreibt der Verfasser möglichst genau die gewünschte Pflege und ärztliche Behandlung bzw. Nichtbehandlung für Situationen, in denen er sich selbst nicht mehr dazu äußern kann. Damit kann er z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen. Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich bindend, wenn die gewünschte Behandlung auf die vorliegende Krankheitssituation zutrifft. Damit der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden kann, ist es empfehlenswert, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung vom Arzt beraten zu lassen.



### Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

- Patienten können sich, um ihre individuelle Patientenverfügung zu verfassen, an ihren Arzt oder eine Palliativfachkraft wenden und sich beraten lassen. Palliativfachkräfte arbeiten z.B. in allen Einrichtungen, die Sterbebegleitung anbieten.
- Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon 0231 738073-0 (Dortmund) oder 030 2844484-0 (Berlin) oder 089 202081-0 (München).

# Adressen

## Pflegetelefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Glinkastr. 24, 10117 Berlin  
Telefon: 030 20179131 (Mo-Do 9-18 Uhr)  
E-Mail: [info@wege-zur-pflege.de](mailto:info@wege-zur-pflege.de)  
[www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de)

## Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Bundesministerium für Gesundheit  
Telefon: 030 340606602 (Mo-Do 8-18 Uhr, Fr 8-12 Uhr)

## AWO Bundesverband e.V.

AWO Pflege- und Seniorenberatung  
Heinrich-Albertz-Haus, Blücherstr. 62/63, 10961 Berlin  
Telefon: 030 26309-0  
Fax : 030 26309-32599  
Telefon der Pflegeberatung: 0800 6070110  
E-Mail: [info@awo.org](mailto:info@awo.org)  
[www.awo-pflegeberatung.de](http://www.awo-pflegeberatung.de)

## Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA-Pflegeschutzbund)

Siebenmorgenweg 6-8, 53229 Bonn  
Telefon: 0228 909048-0 oder -44 für Beratungen  
(Mo-Do 9-12 Uhr, Mo und Mi 13:30-15 Uhr)  
Fax: 0228-909048-22  
E-Mail: [info@biva.de](mailto:info@biva.de)  
[www.biva.de](http://www.biva.de)

## Zentrum für Qualität in der Pflege

Reinhardtstr. 45, 10117 Berlin  
Telefon: 030 2759395-0  
Fax: 030 2759395-20  
E-Mail: [info@zqp.de](mailto:info@zqp.de)  
[www.zqp.de](http://www.zqp.de)

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad					
Abhängig vom ermittelten <b>Pflegegrad</b> hat der Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der <b>Pflegeversicherung</b>					
Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Pflegesatz</b> für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) mtl.	—	316 €	545 €	728 €	901 €
<b>Pflegesachleistung</b> (§ 36 SGB XI) mtl.	—	bis zu 724 €	bis zu 1.363 €	bis zu 1.693 €	bis zu 2.095 €
<b>Tagespflege und Nachtpflege</b> (§ 41 SGB XI) mtl.	—	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
<b>Entlastungsbeitrag</b> für Pflegsachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45a SGB XI) mtl.	125 €	125 €* 125 €*	125 €*	125 €*	125 €*
<b>Volstationäre Pflege</b> (§ 43 SGB XI) mtl.	—	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
<b>Pflege in einer Einrichtung</b> für Menschen mit Behinderungen (siehe auch <b>Volstationäre Pflege</b> ) (§ 43a SGB XI) mtl.	—	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)
<b>Kurzzeitpflege</b> (bis zu 8 Wochen jährlich) (§ 42 SGB XI)	—	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €
<b>Pflegehilfsmittel</b> (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB XI) mtl.	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) mtl.	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €
<b>Wohnraufwandsbesserung</b> (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohnungseigentümer) je Maßnahme	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch <b>Wohnen im Alter</b> (§ 38a SGB XI) mtl.	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch <b>Wohnen im Alter</b> (§ 45a SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

\* In den Pflegegraden 2-5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z.B. Waschen, Ankleiden, etc.).

# Impressum

Herausgeber  
beta Institut gemeinnützige GmbH  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg  
info@beta-institut.de  
*www.beta-institut.de*  
*www.betanet.de*

Leitende Redakteurin  
Claudia Gottstein

Redaktionsteam  
Sabine Bayer, Janina Del Giudice, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung  
beta Institut

Foto Titelseite  
© Photographee.eu – stock.adobe.com – ID 101378786

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Werk.

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

18. vollständig überarbeitete Auflage, Januar 2022