Pflege

beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

manchmal kann es schnell gehen: ein Sturz, ein Unfall oder eine schwere Erkrankung und jemand aus der Familie oder Sie selbst werden pflegebedürftig. Dann ist es nicht immer leicht, in unserem unübersichtlichen und komplexen Gesundheits- und Hilfesystem, die richtigen Leistungen oder den Zugang zu diesen zu finden.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen werden seit 2015 Leistungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen verbessert. Mit Anpassungen im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) sind im Januar 2022 weitere Änderungen in Kraft getreten, z. B. die Begrenzung des Eigenanteils in der vollstationären Pflege. Im Juli 2023 ist das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) in Kraft getreten, Änderungen sind z. B. Anpasssung der Pflegeversicherungsbeiträge oder Erhöhung von Geld- und Sachleistungen.

Der Ratgeber „Pflege" berücksichtigt die aktuelle Gesetzgebung und informiert ausführlich zu den Leistungen der Pflegekasse und hält Ausführungen zu weiteren relevanten Themen wie Zuzahlungsbefreiung, Wohnen im Alter oder Hilfe durch das Sozialamt bereit.

Wir hoffen, dass Patienten und ihre Angehörigen durch diesen Ratgeber wieder Orientierung und Sicherheit gewinnen und dadurch in ihrer oft schwierigen Situation Entlastung finden.

betapharm setzt sich seit vielen Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der betaCare-Ratgeber „Pflege" ist Teil dieses Engagements.

Mit herzlichen Grüßen
betapharm Arzneimittel GmbH

Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter ***www.betaCare.de****.*

Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter ***www.betapharm.de****.*

---

betaCare auf YouTube!

Unsere umfangreichen Erklärvideos bieten Antworten auf Ihre Fragen rund um das Thema Pflege.
Ein ▶ markiert die Themen, zu denen Sie zusätzliche Videos auf unserem betaCare YouTube Kanal finden können.

Überzeugen Sie sich selbst von der Qualität und Tiefe der Informationen:
https://www.youtube.com/playlist?list=PLVoi0zUwwBe2C0OfYDRa4YgFMe0PBanv9

Inhalt

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) 5

Pflegeversicherung 7

Pflegebedürftigkeit 9
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung 9
Klassifikation der Selbstständigkeit 14
Berechnung des Pflegegrads 15
Pflegegrade 15
Pflegeeinstufung von Kindern 16
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse 17

Pflegeberatung 19
Pflegestützpunkte 20

Leistungen der Pflegeversicherung 21

Leistungen der häuslichen Pflege 23
Pflegegeld 23
Pflegesachleistung 26
Kombinationsleistung 28
Ersatzpflege 30
Gemeinsamer Jahresbetrag 33
Entlastungsbetrag 34
Ambulant betreute Wohngruppen 36
Pflegehilfsmittel 36
Digitale Pflegeanwendungen 40
Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe 41

Teilstationäre Pflege 43
Tages- oder Nachtpflege 43

Vollstationäre Pflege 45
Kurzzeitpflege 49
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen 51

Leistungen für pflegende Angehörige 53
Soziale Sicherung 53
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung – Pflegeunterstützungsgeld 56
Pflegezeit 58
Familienpflegezeit 59
Pflegekurse 63
Vorsorge und Rehabilitation 64

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte 67
Beschäftigungsmodelle 68

Zuzahlungen in der Krankenversicherung 71
Zuzahlungsregelungen 71
Zuzahlungsbefreiung 74
Sonderregelung für chronisch Kranke 76

Landespflegegeld 79

Hilfe zur Pflege vom Sozialamt 81

Wohnen im Alter 83
Wohnumfeldverbesserung 83
Hausnotrufsysteme 86
Betreutes Wohnen für Senioren 88

Private Pflegezusatzversicherung 91
„Pflege-Bahr" 92

Patientenvorsorge 93
Vorsorgevollmacht 93
Betreuungsverfügung 94
Patientenverfügung 95

Durchsetzung von Rechtsansprüchen 97
Widerspruch 97
Verfahren vor den Sozialgerichten 99

Adressen 103

Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad 104

Impressum 107

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)

Erklärvideo

betaCare auf Youtube

Zum 01.07.2023 ist das PUEG in Kraft getreten, unter anderem mit dem Ziel, die Finanzierung und die Leistungen der Pflegeversicherung zu verbessern. Der folgende Überblick fasst die wichtigsten Änderungen zusammen. In diesem Ratgeber sind diese auch in allen Informationen zu den Leistungen berücksichtigt.

Der 1. Reformschritt ist am 01.07.2023 in Kraft getreten: Eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2022 wurde umgesetzt, nach der die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt werden muss.

Seit 01.01.2024 (sowie in den Folgejahren) gibt es folgende Änderungen:

- Erhöhung des Pflegegelds und der Pflegesachleistungen seit 01.01.2024 um 5 %.
- Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen zum 01.01.2025 um weitere 4,5 %.
- Zum 01.01.2028 werden jeweils orientiert an der Inflation der letzten drei Jahre weitere Erhöhungen durchgeführt.
- Pflegeunterstützungsgeld seit 01.01.2024 für 10 Arbeitstage je pflegebedürftige Person (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) pro Kalenderjahr (statt bisher nur einmalig je pflegebedürftiger Person).
- Erhöhung der Leistungszuschläge, die die Pflegekasse an pflegebedürftige Personen in der vollstationären Pflege zahlt, seit 01.01.2024 um 5–10 % je nach Aufenthaltsdauer.
- Einführung eines flexibel einsetzbaren gemeinsamen Jahresbetrags für Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege in der ambulanten Pflege. Seit 01.01.2024 sind dies für Pflegebedürftige vor dem 25. Geburtstag mit Pflegegraden 4 und 5 3.386 €.
  Ab 01.07.2025 können alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 die gesamten Mittel flexibel einsetzen. Der verfügbare Betrag liegt dann bei 3.539 €.
- Die bisherige Begrenzung des Einsatzes des Kurzzeitpflegebudgets für die Ersatzpflege wie auch die Vorpflegezeit für die erste Inanspruchnahme entfallen.
- Zum 01.07.2024 wird die Mitaufnahme von Pflegebedürftigen in stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erleichtert. Es besteht dann ein Rechtsanspruch darauf, dass Pflegepersonen und pflegebefürftige Angehörige in der Einrichtung untergebracht werden.
- Anbindung ambulanter und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur und damit Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) ab 01.07.2024.
- Neustrukturierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

©Coloures pic_stock.adobe.com

Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Pflegebedürftige können Dienste und Einrichtungen, die Verträge mit den Pflegekassen haben, selbst wählen.

Die Pflegeversicherung ist ein **Teilleistungssystem**. Es umfasst Dienst-, Geld- und Sachleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und Kostenerstattung.

Die Höchstbeträge für die Leistungen der Pflegeversicherung sind gesetzlich festgelegt. Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass Leistungen der Pflegeversicherung nicht den gesamten Bedarf decken. Darüber hinausgehende Bedarfe an Leistungen müssen von Pflegebedürftigen **selbst** und aus eigenen Mitteln finanziert werden.

Werden die Voraussetzungen für Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht erfüllt oder können selbst zu finanzierende Anteile nicht getragen werden, kann **Hilfe zur Pflege** (siehe S. 81) vom Sozialamt weiterhelfen.

Versicherungspflicht

Grundsatz: *Jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig.*

Pflicht zur Pflegeversicherung umfasst:

- **Gesetzliche Krankenversicherung:** In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.
- **Familienversicherung:** Die Versicherungs**pflicht** besteht auch für Familienversicherte.
- **Freiwillig Versicherte:** Wer **freiwillig kranken**versichert 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 die freiwillig krankenversicherte Person wird aufgrund veränderter Voraussetzungen wieder zur pflichtversicherten Person.
- **Privat Versicherte:** Wer privat krankenversichert ist, muss auch eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung sind oft gleichwertig mit denen der gesetzlichen Versicherung.
- **Sonstige Versicherte:** Pflichtversicherung besteht auch für Personen die nicht gesetzlich oder privat versichert sind, z. B. Personen in Solidargemeinschaften.

Beiträge

Die Höhe der Beiträge hängt vom Alter und der Kinderzahl ab.

Es gelten folgende Gesamtbeiträge:

- Kinderlose ab dem 1. Monat nach dem 23. Geburtstag: 4 %.
- Mit 1 Kind oder vor dem 23. Geburtstag: 3,4 %
- Mit 2 unter 25-jährigen Kindern: 3,15 %
- Mit 3 unter 25-jährigen Kindern: 2,9 %
- Mit 4 unter 25-jährigen Kindern: 2,65 %
- Ab 5 unter 25-jährigen Kindern: 2,4 %
- Wer nur über 25-jährige Kinder hat, behält lebenslang den Beitragssatz von 3,4 % (unabhängig von der Anzahl der Kinder)

Als Kinder zählen auch Pflegekinder und Stiefkinder.

Kinderlose Versicherte zahlen ausnahmsweise nur 3,4 %, wenn sie

- vor dem 01.01.1940 geboren wurden.
- Bürgergeld beziehen und erwerbsfähig sind.
- Wehrdienst oder Zivildienst (sofern er wieder eingeführt werden sollte) leisten. Die Beträge werden von der Einsatzstelle bzw. der Bundeswehr vollständig übernommen.

Arbeitgeber zahlen davon kinderzahlunabhängig 1,7 %. In Sachsen zahlen sie aber nur 1,2 %, weil nur dort kein Feiertag zur Finanzierung der Pflegeversicherung abgeschafft worden ist.

Ausführliche Informationen zum Beitrag der Pflegeversicherung unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung"*.

Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert war und bei dem eine Pflegebedürftigkeit 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 ununterbrochene 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 > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege".*

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Erklärvideo

betaCare auf Youtube

Pflegeanträge sind bei der Pflegekasse zu stellen. Nach Antragseingang lässt die Pflegekasse vor Ort begutachten, ob tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und entscheidet dann, ob die betroffene Person einen Pflegegrad und damit auch Leistungen der Pflegekasse erhält.

Pflegeleistungen werden von der betroffenen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

Praxistipps!

- Einen kostenlosen Musterantrag zum Ausdrucken und Ausfüllen per Hand oder zum Online-Ausfüllen finden sie unter *www.betaCare.de > Ratgeber > Pflege.*
- 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 in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es **wichtig**, alle Belege aufzubewahren.
- In Vorbereitung auf den Begutachtungstermin kann es helfen, ein Pflegetagebuch zu führen, um den tatsächlichen Pflegeaufwand besser einzuschätzen. Den Vordruck eines Pflegetagebuchs als PDF-Datei können Sie unter *www.betaCare.de > Ratgeber > Pflege* kostenlos herunterladen.

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Ablauf der Pflegebegutachtung

Die Pflegekasse gibt beim Medizinischen Dienst (MD) oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei Privatversicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im **Gutachten** fest.

Die Pflegekasse stuft die pflegebedürftige Person nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad ein und sendet der antragstellenden Person den **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse. 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 eine **andere unabhängige Person** mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse der antragstellenden Person mindestens 3 Personen, die begutachten können, 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. Die antragstellende Person muss der Pflegekasse ihre Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.

Praxistipps!

Wenn der medizinische Dienst (MD) den Besuch zur Begutachtung ankündigt, bereiten Sie sich auf den Termin vor:

- Überlegen Sie, welche Unterstützung Sie brauchen und wie Ihr Alltag abläuft. Dazu gehört u. a.:
  - Wie kommen Sie zurecht, wenn Sie sich zu Hause bewegen?
  - Können Sie sich selbst waschen und anziehen?
  - Können Sie Ihren Tagesablauf planen und sich beschäftigen oder Termine selbstständig vereinbaren?
  - Wie können Sie Ihren Haushalt führen, z. B. Wäsche waschen oder putzen?
  - Sind Sie zeitlich und örtlich orientiert?
  - Können Sie Medikamente selbstständig einnehmen?
- Ein Pflegetagebuch kann helfen, den tatsächlichen Pflegeaufwand vor der Begutachtung zu dokumentieren.
- Bitten Sie Personen oder Angehörige, von denen Sie bereits Unterstützung erhalten, bei diesem Termin dabei zu sein.
- Wenn Sie eine rechtliche Betreuung haben, sollte die Person, die Sie in rechtlichen Angelegenheiten vertritt, anwesend sein.

- Legen Sie notwendige Unterlagen bereit, z. B. ärztliche Unterlagen, Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, hausärztliche Bescheinigungen, Gutachten und Atteste.
  Eine Checkliste, damit Sie keine Unterlagen vergessen, können Sie kostenlos herunterladen unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Pflegebegutachtung".*

Arten der Begutachtung

Um die Pflegebedürftigkeit festzustellen, gibt es verschiedene Arten der Begutachtung. Versicherte können die Art des Gutachtens nicht auswählen. Die Auswahl unterliegt der fachlichen Einschätzung durch den Medizinischen Dienst und richtet sich nach bestimmten Voraussetzungen und persönlichen Umständen der pflegebedürftigen Person.

Gutachten nach Hausbesuch

Die Begutachtung findet im häuslichen Umfeld der antragstellenden Person statt und ist die **damit häufigste** Form der Begutachtung.

Gutachten nach Aktenlage

Ein Gutachten nach Aktenlage ist möglich, wenn eine persönliche Untersuchung der antragstellenden Person im Wohnbereich nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die antragstellende Person im Krankenhaus liegt, verstorben ist oder wenn die Begutachtung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
Darüber hinaus kann ein Gutachten **ausnahmsweise** nach Aktenlage auch bei Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen erstellt werden, wenn die Informationslage **eindeutig** ist. Dies bedeutet, dass alle Informationen vorliegen, die erforderlich sind, um die Kriterien der Module 1 bis 6 fachlich zu bewerten.

Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview

Eine Begutachtung nach strukturiertem Telefoninterview kann nur dann im ambulanten oder stationären Bereich durchgeführt werden, wenn es sich um eine **Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtung** einer Person **ab** dem **14.** Geburtstag handelt.

Die Begutachtung durch strukturiertes Telefoninterview ist ausgeschlossen, wenn

- es sich um eine **erstmalige** Begutachtung handelt.
- es sich um eine Begutachtung aufgrund eines **Widerspruchs** handelt.
- die pflegebedürftige Person **unter** 14 Jahre ist.
- bei einer unmittelbar vorangegangenen Begutachtung **keine** Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.
- das Telefoninterview aus fachlicher Sicht **nicht** geeignet *oder*
- eine danach erforderliche Person zur Unterstützung nicht anwesend ist *oder*
- die Voraussetzungen für das Telefoninterview zwar vorliegen, die antragstellende Person diese Begutachtungsart aber **ablehnt**.

Begutachtungen innerhalb von 5 Arbeitstagen

- **Aufenthalt Rehaklinik:** Stellen Versicherte, 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. Die Begutachtung muss innerhalb von 5 Arbeitstagen erfolgen und die Entscheidung soll zeitnah mitgeteilt werden. 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.
- **Palliative Situation:** Wird eine betroffene Person von einem ambulanten Palliativteam betreut oder befindet sich in einem Hospiz, muss das auf dem Pflegeantrag vermerkt werden, damit die Begutachtung schneller stattfindet. Eine zeitnahe Begutachtung ist bei Menschen in einer palliativen Situation wichtig, da ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie gleichzeitig einen steigenden Pflegebedarf haben.

Begutachtung innerhalb von 10 Arbeitstagen

- **Antrag Pflegezeit/Familienpflegezeit:** Wurde gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person die Inanspruchnahme von Pflegezeit oder Familienpflegezeit vereinbart, ist eine Begutachtung innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Antragstellung durchzuführen.

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube

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 Bund (MD-Bund) unter *www.md-bund.de > Richtlinien/Publikationen > Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen > Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Module mit Beispielen	Gewichtung
1. Mobilität Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, Treppensteigen	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Beispiele: 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.*
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Beispiele: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives und selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	
4. Selbstversorgung Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen Beispiele: Medikation, Absaugen, Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Beispiele: 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
7. Außerhäusliche Aktivitäten Beispiele: 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 im Gutachten eine Empfehlung ausgesprochen werden.*
8. Haushaltsführung Beispiele: 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.

Praxistipp!

Wenn Sie bei der Begutachtung zustimmen, leitet die Pflegekasse

- eine Mitteilung über Ihren Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Reha-träger weiter. Dies gilt gleichzeitig als **Antrag einer Rehamaßnahme.**
- eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel an den behandelnden Arzt weiter.

Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien der Module 1, 4 und 6 erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit.

Diese ist wie folgt definiert:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. mit Nutzung von Hilfsmitteln, durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig:** Der größte Teil der Aktivität kann alleine durch-geführt 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 Teil-schritte 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.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen (siehe S. 13) wird der Gesamtpunktwert (0–100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Praxistipp!

Der betaCare-Ratgeber „Pflegecheck - Vorbereitung auf den Begutachtungstermin" beinhaltet neben grundlegenden Informationen zur Vorbereitung auf den Begutachtungstermin auch alle Fragestellungen aus den 6 Modulen zum eigenständigen Durcharbeiten.
Der betaCare-Ratgeber kann unter *www.betaCare.de* > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Pflegegrade

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

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!

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass bei der Begutachtung die Situation falsch eingeschätzt wird.
Ist die pflegebedürftige Person mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann sie innerhalb eines Monats **Widerspruch** einlegen, Näheres zum Widerspruch auf S. 97.

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Pflegeeinstufung von Kindern

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

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

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

Bei Kindern ab 18 Monaten bis zum 11. Geburtstag gelten andere Maßstäbe bei der Bewertung, weil Kinder im Gegensatz zu Erwachsenen erst Fähigkeiten und Selbständigkeit entwickeln. Ab 11 Jahren wird davon ausgegangen, dass Kinder in allen Modulen, die in die Bewertung einfließen, selbstständig sind. Bei der Begutachtung werden aber bis zum 18. Geburtstag noch Formulare mit altersgemäßen Fragen verwendet.

Praxistipps!

In der Broschüre „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit" nach dem SGB XI sind die Maßstäbe zur Begutachtung bei Kindern detailliert aufgeführt. Kostenloser Download der Broschüre unter: *www.md-bund.de > Richtlinien/Publikationen > Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen > Pflegebedürftigkeit.*

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb von höchstens 25 Arbeitstagen (d. h. Werktage, Montag bis Freitag) entscheiden.

Abhängig vom Aufenthaltsort der pflegebedürftigen Person und von der Beantragung von Pflegezeit kann eine kürzere Frist gelten, innerhalb der die Begutachtung stattfinden muss.

Sie beträgt

- **10 Arbeitstage**, wenn sich die **pflegebedürftige Person zu Hause** befindet **und** die Pflegeperson Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- **5 Arbeitstage**, wenn sich die **pflegebedürftige Person** im **Krankenhaus** oder in einer **stationären Reha**-Einrichtung befindet *und*
  - Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist *oder*
  - die Pflegeperson Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat *oder*
  - wenn sich die pflegebedürftige Person in einem Hospiz befindet *oder*
  - wenn sie eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhält.**

Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Nach Eingang des Gutachtens muss die Pflegekasse dann unverzüglich, d. h. so schnell wie möglich entscheiden.

Werden diese Fristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an die pflegebedürftige Person zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder die pflegebedürftige Person bereits vollstationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.

Antrag auf 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 die pflegebedürftige Person in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird.
Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Leistungsbescheid und Leistungsbeginn der Pflegekasse

Sobald die Pflegekasse das Gutachten erhalten hat, stuft sie die pflegebedürftige Person in einen Pflegegrad ein und sendet der antragstellenden Person einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse.
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 die betroffene Person an diesem Tag seit weniger als einem Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem Ersten des Monats der Antragstellung, wenn die betroffene Person 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. 27) beantragt werden.
- Der MD bietet ein Faltblatt mit den wichtigsten Informationen zur Pflegebegutachtung. Das Faltblatt kann unter *www.medizinischerdienst.de* > *Versicherte* > *Pflegebegutachtung* (rechte Seite) in verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. **Wichtig** ist in einem solchen Fall, dass die zuständige Sachbearbeitung des Sozialamts 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, siehe S. 19.

Wer hilft weiter?

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon 030 3406066-02, Mo–Mi von 8–16 Uhr,
Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr.

Pflegeberatung

Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Wenn Pflegebedürftige anspruchsberechtigt sind, wird ihnen von der Pflegekasse eine feste Ansprechperson zur Pflegeberatung zugewiesen. Diese unterstützt bei der Auswahl und Nutzung von pflegerischen Hilfsangeboten.

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen Pflegeberatung bei Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (§ 7a SGB XI) und dem sog. verpflichtenden Beratungseinsatz (siehe S. 25) bei Bezug von Pflegegeld (§ 37 SGB XI).

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, informieren. Die Listen werden in der Regel nur ausgehändigt, wenn Pflegebedürftige dies anfordern.

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

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann die Beratung im häuslichen Umfeld auch außerhalb der 2-Wochen-Frist stattfinden. Die Pflegekasse muss Pflegebedürftige über diese Möglichkeit aufklären.

Was sind die Aufgaben der Pflegeberatung?

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere

- den Hilfebedarf von 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 > Bestellen > Beratung zur Pflege.*
- Bei Bezug von Pflegegeld ist eine regelmäßige Pflegeberatung im häuslichen Umfeld (sog. Beratungseinsatz) **Pflicht**.
  Näheres unter „Verpflichtender Beratungseinsatz" auf S. 25.

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 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.

Wer hilft weiter?

- Adressen von Pflegestützpunkten bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter *www.zqp.de > Gefragte Themen > Datenbank Beratungsangebote bundesweit.*
- Gibt es keinen Pflegestützpunkt in der Nähe, können sich Ratsuchende an die Pflegeberatung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden.
- Hinweise und Links zu weiteren Informations- und Beratungsangeboten in den Bundesländern gibt es bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) unter *www.nakos.de > Themen > Selbsthilfe und Pflege > Pflegestützpunkte und Pflegeberatung.*
- Für Privatversicherte gibt es eine kostenlose telefonische und aufsuchende Pflegeberatung über die *www.compass-pflegeberatung.de*, bundesweit gebührenfrei erreichbar unter 0800 101 88 00.

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. Am Ende dieses Ratgebers finden Sie eine Tabelle mit den Leistungen auf einen Blick.

Häusliche Pflege

- **Pflegegeld**, die Pflege wird nur von einer oder mehreren Personen (meist Angehörigen) übernommen (siehe S. 23).
- **Pflegesachleistung**, die Pflege wird nur von einem ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdienst übernommen (siehe S. 26).
- **Kombinationsleistung**, die Pflege wird sowohl von einer oder mehreren Personen (meist Angehörigen) als auch von einem ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdienst übernommen (siehe S. 27).
- **Pflegehilfsmittel** (siehe S. 36), Hausnotrufsysteme (siehe S. 86), Wohnumfeldverbesserungen (siehe S. 83).
- **Digitale Pflegeanwendungen**, Programme, die auf digitalem Weg helfen sollen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (siehe S. 40).
- **Ersatzpflege** (auch Verhinderungspflege genannt), zu Hause übernimmt vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege (siehe S. 30).
- **Gemeinsamer Jahresbetrag** (Entlastungsbudget), Zusammenlegung von Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 33).
- **Entlastungsbetrag**, zur Entlastung der Pflegepersonen und Förderung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen (siehe S. 34).
- Zusätzliche Leistungen für **ambulant betreute Wohngruppen** (siehe S. 36).

Tages- oder Nachtpflege

Teilstationäre Pflege, d. h. tageszeitweise stationäre Pflege ergänzend zur häuslichen Pflege (siehe S. 43).

Kurzzeitpflege

Vorübergehende Pflege (max. 8 Wochen) in einem Heim, weil die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (siehe S. 49).

Vollstationäre Pflege

Dauerhafte Pflege im Pflegeheim oder in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (siehe S. 45).

Leistungen für pflegende Angehörige

- Soziale Sicherung der Pflegeperson, durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (siehe S. 53).
- Kurzzeitige Arbeitsverhinderung, für bis zu 10 Tage zur Organisation der Pflege (siehe S. 56).
- Pflegeunterstützungsgeld, als Lohnersatzleistung während der Arbeitsverhinderung (siehe S. 56).
- Pflegezeit, zur Freistellung von der Arbeit für berufstätige Angehörige (siehe S. 58).
- Familienpflegezeit, zur Reduzierung der Arbeitszeit während der Pflege einer angehörigen Person (siehe S. 59).
- Pflegekurse, zur Vermittlung von Fertigkeiten für nicht erwerbsmäßig Pflegende (siehe S. 63).

Leistungen der häuslichen Pflege

Pflegegeld

Erklärvideo

betaCare auf Youtube

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn.

Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Zum 01.01.2024 wurde das Pflegegeld um 5 % erhöht und steigt zum 01.01.2025 nochmals um 4,5 %.

Wer bekommt Pflegegeld?

Bevor Versicherte sich für die häusliche Pflege und Bezug von Pflegegeld entscheiden, sollten vorab folgende Fragestellungen geklärt sein:

- Kann die Pflege zu Hause von einer Pflegeperson (Angehörige, Freunde oder Nachbarn) sichergestellt werden?
- Kann die Pflegeperson alle anfallenden Pflegetätigkeiten übernehmen?
- Ist die Pflege zu Hause aufgrund des Gesundheitszustandes überhaupt möglich?

Anspruchsberechtigt ist die pflegebedürftige Person. Sie bekommt Pflegegeld anstelle der Pflegesachleistung für die Pflege durch eine selbst beschaffte Pflegeperson (z. B. Angehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine von der pflegebedürftigen Person angestellte Pflegekraft).

Pflegegeld zählt nicht als Einkommen der pflegebedürftigen Person. Wenn die pflegebedürftige Person das Pflegegeld an die Pflegeperson weiterleitet, gilt dies ebenfalls nicht als Einkommen, **außer** die Pflegeperson wird im Rahmen eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses für die pflegebedürftige Person tätig.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Pflegegeld

- Die pflegebedürftige Person erhält keine Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Pflege im häuslichen Bereich, d. h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in welchem die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde, oder in einer anderen ambulanten Wohnform, 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 2024	Pflegegeld 2025
1	0 €	0 €
2	332 €	347 €
3	573 €	599 €
4	765 €	800 €
5	947 €	990 €

Pflegegeld wird immer im Voraus am 1. eines Monats für diesen 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 die pflegebedürftige Person dauerhaft in einem Pflegeheim untergebracht, erhält sie **kein** Pflegegeld.
- Verstirbt die pflegebedürftige Person, 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. 27).
- Neben dem Pflegegeld können zudem Pflegehilfsmittel (siehe S. 36) beansprucht werden.
- Zudem kann der Entlastungsbetrag (siehe S. 34) genutzt werden. Das geht bereits bei Pflegegrad 1.
- Es ist trotz Bezug von Pflegegeld möglich, dass die pflegebedürftige Person in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege betreut wird (siehe S. 43).
- Bei Kurzzeitpflege (siehe S. 49) wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds bis zu 8 Wochen fortbezahlt, bei Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 30) bis zu 6 Wochen. Die zeitliche Höchstdauer ist seit 01.01.2024 von bisher 6 auf 8 Wochen für Pflegebedürftige bis 25 Jahren mit Pflegegrad 4 und 5 gestiegen.
  Zum 01.07.2025 gilt dies für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2.

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 die pflegebedürftige Person trotz des Auslandsaufenthalts bzw. -wohnsitzes weiterhin in Deutschland pflegeversichert ist.

Verpflichtender Beratungseinsatz

Bei Bezug von Pflegegeld ist eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld (in der Regel durch einen ambulanten Pflegedienst) Pflicht:

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

Die Beratung soll Pflegepersonen in der praktischen Pflege unterstützen. Dies können Tipps zu Pflegehilfsmitteln, Wohnumfeldverbesserung oder Entlastungsangebote für Pflegepersonen sein.

Termine für diese sog. Beratungseinsätze muss die pflegebedürftige- oder angehörige Person eigenständig vereinbaren. Bei Versäumnis oder Verweigerung der Beratung drohen Kürzungen oder Streichungen des Pflegegelds.
Bei Pflegegrad 1 können Beratungseinsätze vereinbart werden, sie sind aber nicht verpflichtend.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann bis zum 30.06.2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erste Beratung muss im häuslichen Umfeld stattfinden.

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Pflegesachleistung

Unter Sachleistung wird die häusliche Pflegehilfe verstanden, die in der Regel durch ambulante Pflegedienste, aber auch durch zugelassene Einzelpersonen erbracht wird.

Der Begriff „Pflegesachleistung" ist etwas irreführend, da er an „Sachen" denken lässt. Es handelt sich dabei aber um Geldleistungen der Pflegeversicherung, die Pflegedienste oder zugelassene Pflegepersonen direkt mit der Pflegekasse abrechnen, wenn Pflegebedürftige zu Hause gepflegt werden. Der gleichzeitig vollumfängliche Bezug von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination (siehe S. 27) beider Leistungen.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf pflegerische Maßnahmen in verschiedenen Bereichen, z. B.

- Mobilität: Hilfe beim Aufstehen.
- Selbstversorgung: Hilfe bei oder Übernahme der Körperpflege, Ernährung.
- Bewältigung und Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen. Hilfe bei der Behandlung von Krankheiten.
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Hilfe bei der Freizeitgestaltung und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Dies soll ihnen helfen, so lange wie möglich in ihrem Alltag zurechtzukommen.

Voraussetzungen

- die pflegebedürftige Person 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 die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde oder in einer sonstigen Seniorenwohneinrichtung (z. B. betreutes Wohnen, jedoch **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 2024	Leistungsbetrag 2025
1	Anspruch aus Entlastungsbetrag 125 €	Anspruch aus Entlastungsbetrag 131 €
2	761 €	796 €
3	1.432 €	1.497 €
4	1.778 €	1.859 €
5	2.200 €	2.299 €

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. Diese Unterstützung wird oftmals von ambulanten Betreuungsdiensten, aber auch von ambulanten Pflegediensten angeboten. Die Kostenerstattung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Kostenerstattung durch die Pflegekasse kann nur erfolgen, wenn die Leistungserbringung mit entsprechenden Belegen nachgewiesen wird.
Anerkannte **Angebote** zur Unterstützung im Alltag können bei der Pflegekasse vorab erfragt werden oder online z. B. unter *www.pflegeberatung.de* oder *www.pflegelotse.de* gefunden werden.

Beispiel

Als Sachleistung im Pflegegrad 3 stehen der pflegebedürftigen Person 1.432 € zur Verfügung.

Von dem verfügbaren Betrag werden aber in einem Monat nur 65 % durch den Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse verrechnet = 930,80 €.

Damit bleiben 35 % ungenutzt = 501,20 €.
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), 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 zugutekommen.
- Unter gewissen Voraussetzungen besteht ein Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 € monatlich für jede bezugsberechtigte Pflegeperson und auf eine Anschubfinanzierung bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe (siehe S. 36).

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung bedeutet, dass Pflegebedürftige zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) gepflegt werden. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche" Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person.

Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

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 1.432 € 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 die pflegebedürftige Person 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 1.432 €.

Davon nimmt die pflegebedürftige Person 75 %, also 1.074 € in Form von Pflegesachleistungen (häusliche Pflegehilfe) in Anspruch.

Der volle Anspruch auf Pflegegeld bei Pflegegrad 3 beträgt 573 €.

25 % von 573 € ergeben ein anteiliges Pflegegeld von 143,25 €, über das die pflegebedürftige Person verfügen kann.

Änderung der Aufteilung

An die einmal gewählte prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung ist die pflegebedürftige Person **6 Monate lang gebunden**, um unvertretbaren 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 eine pflegebedürftige Person 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 (siehe S. 43) in Anspruch genommen werden.

Anspruch auf Weiterzahlung von Pflegegeld:

- 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**.
- Während einer Ersatzpflege (siehe S. 30) wird **die Hälfte** des bisher bezogenen Pflegegelds für **bis zu 6 Wochen** fortbezahlt, bei Kurzzeitpflege (siehe S. 49) bis zu 8 Wochen. Für den jeweils ersten und letzten Tag wird das volle Pflegegeld gezahlt.

Praxistipp!

Pflegepersonen können unter bestimmten Voraussetzungen ab Pflegegrad 2 bei der Steuererklärung einen Pflege-Pauschbetrag geltend machen. Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Behinderung > Steuervorteile“.*

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Ersatzpflege

Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt, ist die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine andere als die normalerweise tätige Pflegeperson, wenn diese wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen, verhindert ist.

Ersatzpflege und Kurzzeitpflege werden zum 01.07.2025 für alle pflegebedürftigen Menschen zu einem gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 33) oder sog. Entlastungsbudget zusammengeführt und können flexibel eingesetzt werden.

Voraussetzungen

- Die normalerweise tätige Pflegeperson ist zur häuslichen Pflege verhindert, wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen.
- Wenn die Ersatzpflege **erstmalig** in Anspruch genommen wird, **muss** die Pflege zuhause bereits **mindestens 6 Monate** laufen.
  Den Beginn der Pflege in häuslicher Umgebung setzen die meisten Pflegekassen mit der Einstufung in einen Pflegegrad gleich.
  Seit 01.01.2024 ist diese Voraussetzung für Pflegebedürftige vor dem 25. Geburtstag mit Pflegegraden 4 oder 5 entfallen, ab 01.07.2025 wird sie dann für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 wegfallen.
- Die pflegebedürftige Person muss zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens im **Pflegegrad 2** eingestuft sein. Die sechsmonatige Pflegezeit ist aber auch erfüllt, wenn davor eine Einstufung in Pflegegrad 1 vorlag.
- Prinzipiell müssen die **Vorversicherungszeit** (siehe S. 8) erfüllt, die **Pflegebedürftigkeit** (siehe S. 9) festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Ersatzpflege wird auch anerkannt, wenn

- die Wohnung der pflegebedürftigen Person renoviert werden muss,
- alle Familienmitglieder bei der Ernte eingebunden sind (Landwirtschaft),
- die Zeit überbrückt werden muss, bis ein Platz im Pflegeheim 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.** Seit 01.01.2024 sind es für Pflegebedürftige vor dem 25. Geburtstag mit Pflegegraden 4 oder 5 bis zu 8 Wochen (56 Tage) pro Kalenderjahr, Näheres siehe S. 33.

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.

Pflegegrad	Pflegegeld monatlich	1,5-fache des Pflegegelds (Höchstbetrag für 6 Wochen)
1	kein Anspruch	kein Anspruch
2	332 €	498 €
3	573 €	859,50 €
4	765 €	1.147 €
5	947 €	1.420,50 €

  Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse bis zum **Gesamtbetrag** in Höhe von 1.612 € geltend gemacht werden.
  Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister.
  Als Verschwägerte gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

- Pflegebedürftige können für die Ersatzpflege **bis zu 2.418 €** im Jahr erhalten. Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen,
  - Leistungsbetrag für die Ersatzpflege in Höhe von **1.612 €**.
  - Erhöhung um bis zu 806 € aus nicht genutzten Mitteln der Kurzzeitpflege.

- Während der Ersatzpflege hat die pflegebedürftige Person nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den Tagen dazwischen erhält sie 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 die pflegebedürftige Person 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, der erste und letzte Tag wird vollständig bezahlt.
- Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Ersatzpflege im selben Jahr auch Kurzzeitpflege beantragt werden. Der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege von 1.774 € kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Ersatzpflege auf insgesamt bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden.
- Familienunterstützendende Dienste (FuD) können bei Familien mit Kindern mit Behinderungen stundenweise betreuen, um den restlichen Familienangehörigen Aktivitäten ohne das Kind mit Behinderungen zu ermöglichen. Hat das Kind mit Behinderungen einen Pflegegrad, können die Leistungen des FuD 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.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (Entlastungsbudget) zusammengefasst.

Anspruch

Alle Pflegebedürftigen, die bisher Ersatzpflege und/oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, können zum 1.7.2025 den gemeinsamen Jahresbetrag in Anspruch nehmen, schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bereits seit 01.01.2024.

Anpassung der Leistungen

Die folgenden Anpassungen gelten seit 01.01.2024 für schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 und 5 und ab 01.07.2025 für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2:

- **Vorpflegezeit**: Wurde Ersatzpflege **erstmalig** in Anspruch genommen, so musste die Pflege zuhause für bereits 6 Monate erfolgt sein. Diese Frist **entfällt** und der Anspruch auf Ersatzpflege kann, wie bei der Kurzzeitpflege, sofort bei Vorlage des Pflegegrad 2 genutzt werden.
- **Zeitliche Höchstdauer**: Die zeitliche Begrenzung der Ersatzpflege auf maximal 6 Wochen pro Jahr wird auf bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit an die derzeitige Höchstdauer der Kurzzeitpflege angepasst. Gleiches gilt für die Fortzahlung des hälftigen, vor Inanspruchnahme der Leistung bezogenen, Pflegegelds. Der gemeinsame Jahresbetrag kann also für **längstens 8 Wochen** im Kalenderjahr genutzt werden.
- **Volle Umwidmung** von Leistungen für Kurzzeitpflege:
  Mittel der Kurzzeitpflege sind nicht mehr begrenzt, sondern können in vollem Umfang verwendet werden, solange sie nicht bereits für die Kurzzeitpflege eingesetzt wurden.

Höhe

Der gemeinsame Jahresbetrag beträgt

- seit 01.01.2024 3.386 € (aus Kurzzeitpflege: 1.774 € und Ersatzpflege: 1.612 €),
- ab 01.07.2025 3.539 € (aus Kurzzeitpflege: 1.774 € und Ersatzpflege: 1.612 €, zuzüglich Erhöhung um 4,5 % vom 1.1.2025).

Zum 01.01.2028 wird der gemeinsame Jahresbetrag voraussichtlich wiederholt erhöht, orientiert an der Kerninflation der vergangenen 3 Jahre.

Antrag

Den Antrag stellt die versicherte Person oder eine vertretungsberechtigte Person bei der Pflegekasse.

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

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 können den Entlastungsbetrag zusätzlich als Zuschuss für die Pflege im vollstationären Bereich nutzen. Der Entlastungsbetrag wird nicht in bar ausgezahlt, hier gilt das Kostenerstattungsprinzip.

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 (siehe S. 81) für die Pflegeleistungen zuständig sind.

Verwendungszweck

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B. für

- 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.

Der Entlastungsbetrag kann zusätzlich auch für nach Landesrecht geförderte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Dazu gehören z. B.

- **Entlastung für Pflegebedürftige,** z. B. praktische Hilfen wie Einkaufen oder Vorlesen
- **Entlastung für Pflegende und Angehörige**, z. B. emotionale Unterstützung durch Gespräche und Zuhören
- **Angebote zur Betreuung**, z. B. Übernahme stundenweiser Betreuung, wenn pflegende Angehörige kurze Auszeiten benötigen

Die Entlastungsangebote können von ambulanten Betreuungsdiensten oder ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Es ist auch möglich, den Entlastungsbetrag an Nachbarn, Freunde und Bekannte für Unterstützungen weiterzugeben. Je nach Bundesland gibt es hierfür verschiedene Voraussetzungen, in der Regel muss ein Pflegekurs besucht werden.

Die Pflegekassen geben hierzu Auskunft. Eine weitere Möglichkeit bieten Angebote, die im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bzw. anderer organisierter Helferkreise zur Verfügung stehen.

Praxistipps!

- Adressen solcher Anbieter finden Sie unter *www.aok.de* > *Pflege* > *Pflegenavigator* > *Suche nach Unterstützungsangeboten* oder unter *https://pflegelotse.de* oder erfragen Sie **bei der Pflegekasse**.
- Beratungen, wie und in welchem Umfang die Leistungen in Anspruch genommen werden können, bieten die unterstützenden Dienste selbst oder Pflegeberatungsstellen.

Höhe

Es besteht ein monatlicher Anspruch von 125 €. Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Die Kosten werden bis zur Höhe des Entlastungsbetrags von der Pflegekasse nur für zugelassene Leistungserbringer erstattet.
Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse erfolgen. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen. Pflegebedürftige die Pflegesachleistung (siehe S. 26) beziehen, können zusätzlich bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages umwandeln und für Entlastungsleistungen nutzen.

Hinweis: Der Entlastungsbetrag wird zum 01.01.2025, im Rahmen der Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse um 4,5 %, von 125 € auf 131 € steigen.

Praxistipps!

- Ein kostenloses Musteranschreiben zur Abrechnung von Entlastungsleistungen bei der Pflegekasse bietet die Verbraucherzentrale unter *www.verbraucherzentrale.de* > *Suchbegriff: „Wofür Sie in der Pflege Entlastungsleistungen nutzen können".*
- 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 30.06. des Folgejahres verfällt. Die Übertragung eines nicht beanspruchten Leistungsbetrages muss **nicht** beantragt werden.
- Die Angebote zur Entlastung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt, Nähere Informationen dazu unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Entlastungsbetrag".*

Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag 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

Anspruch auf Pflegehilfsmittel von der Pflegekasse haben Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden. Zu den Pflegehilfsmitteln zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung von Pflegebedürftigen fördern.

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

Pflegehilfsmittel bei der Pflegekasse beantragen

Prinzipiell müssen Pflegehilfsmittel nicht ärztlich verordnet werden, sondern können direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegekasse stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus und mit dieser Bestätigung erhält die versicherte Person vom zugelassenen Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus) die benötigten Pflegehilfsmittel. Der Leistungserbringer rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.
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 eventuell 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.

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel spätestens bis zum Ablauf von **3 Wochen** nach **Antragseingang** zu entscheiden. Ist ein **medizinisches Gutachten** notwendig, **verlängert** sich die **Frist** auf **5 Wochen**. Wenn die Fristen von der Pflegekasse nicht eingehalten werden können, muss dies unter Angabe von Gründen der pflegebedürftigen Person schriftlich mitgeteilt werden. Erfolgt diese Mitteilung nicht, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Kosten

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse, meist Sanitätshäuser oder Apotheken. Beziehen Versicherte auf eigenen Wunsch Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, müssen sie die Mehrkosten selbst zahlen. Um dies zu vermeiden, sollten sich 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 **40 €** im Monat. Alles, was darüber hinausgeht, müssen Versicherte selbst zahlen.

Hinweis: Der Betrag, zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel, wird zum 01.01.2025 im Rahmen der Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse um 4,5 %, von 40 € auf 42 € steigen.

Festbeträge

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

Kostenträger Pflegekasse

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 01.01.2022 eine konkrete Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln **empfehlen**, **ohne** ärztliche Verordnung. Diese Empfehlungen werden zusammen mit der pflegebedürftigen Person erstellt und sind möglich bei Pflegesachleistung, Pflegeberatung zuhause, häuslicher Krankenpflege oder außerklinischer Intensivpflege.

Die **Empfehlung** gilt höchstens 2 Wochen. Spätestens dann muss die pflegebedürftige Person die Empfehlung **an** den **Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z. B. ein Sanitätshaus oder einen anderen Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, weiterleiten, **zusammen mit** einem formlosen, schriftlichen Antrag. In Ausnahmefällen kann der Antrag auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse gehen.
Die Kranken- bzw. Pflegekasse prüft zügig, spätestens innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die Richtigkeit der Empfehlung durch die Pflegefachkraft und die Wirtschaftlichkeit.

Empfehlen dürfen Pflegehilfskräfte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel der Produktgruppen 04, 18, 19, 20, 22, 33 und 50–54 im Hilfsmittelverzeichnis sowie das entsprechende Zubehör.

Praxistipp!

Detailliert aufgelistet sind die Produktgruppen in Anhang II der „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte", Download unter *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 Emfehlungen konkretisiert. Der Anhang der Richtlinie beschreibt den Ablauf des Antragsverfahrens und enthält ein Formular für die Empfehlung der Pflegefachkraft.

Zuzahlungen

Versicherte ab 18 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. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, müssen sie das Pflegehilfsmittel komplett selbst zahlen.
Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 74).

Praxistipps!

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Bettschutzeinlagen, Windelhosen usw.) werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (meist Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhalten Sie 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* > *Finanzielle Hilfen & Kostenübernahme* > *Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln über die Kranken- und Pflegekassen.*

Digitale Pflegeanwendungen

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) sind Programme, die Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen Pflegediensten übers Handy oder Internet helfen sollen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Digitale Anwendung

Eine DiPA ist im Kern ein Programm. Sie soll im Wesentlichen als App oder browserbasierte Webanwendungen zur Verfügung stehen, also auf einem Handy, Tablet oder PC laufen. Sie kann z. B. zur Erhaltung der Mobilität oder der kognitiven Fähigkeiten eingesetzt werden, aber auch zur interaktiven Organisation der Pflege und Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden.
Wenn Pflegebedürftige mit der technischen Anwendung überfordert sind, kann es ergänzende Unterstützung geben, z. B. Hilfe bei Installation oder Anwendung der DiPA.

Anspruch und Kostenübernahme

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die Leistungen der häuslichen Pflege durch die Pflegeversicherung erhalten, haben Anspruch auf **die Nutzung** einer DiPA und notwendige **ergänzende Unterstützungsleistungen** durch einen ambulanten Pflegedienst.
Der Anspruch für die Nutzung einer DiPA und ggf. notwendiger ergänzender Unterstützungsleistung umfasst maximal 50 € im Monat. Er kann auf beide Angebote (Nutzung und Unterstützung) aufgeteilt werden.

Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine DiPA, deren Kosten die Vergütungsbeträge übersteigen oder deren Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis aufgenommenen DiPA hinausgehen, müssen sie die Mehrkosten selbst tragen.

Hinweis: Der Betrag zur Nutzung einer DiPA wird zum 1.1.2025 im Rahmen der Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse um 4,5 %, von 50 € auf 53 € steigen.

Die Aufnahme der ersten DiPA in das Verzeichnis beim BfArM war für das Frühjahr 2023 geplant. Bisher sind noch keine DiPA in das Verzeichnis aufgenommen worden. Sobald die ersten DiPA die Anforderungen erfüllen und zugelassen sind, werden sie in das Verzeichnis aufgenommen und es wird fortlaufend ergänzt.

Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen können zusätzlich zu Pflegeleistungen der Pflegeversicherung und/oder der Hilfe zur Pflege vom Sozialamt (siehe S. 81) bezogen werden.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung sind **gleichrangig** und können grundsätzlich **nebeneinander** gewährt werden. Keine der Leistungen ist vorrangig oder nachrangig. Um zu klären, ob die Leistung als Pflegeleistung oder als Leistung der Eingliederungshilfe zu gewähren ist, kommt es auf den Zweck der Leistung an.

Die Eingliederungshilfe und die Pflege haben nämlich unterschiedliche Aufgaben:

Aufgabe der Eingliederungshilfe	Förderung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
Aufgabe der Pflege	Kompensation von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Themen: Eingliederungshilfe und häusliche Pflege, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe bei der Pflege in einem Pflegeheim und weiteren Themen finden Sie unter *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 > Suchbegriff: „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 erst ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen".*

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht (mehr) ausreichend sichergestellt werden kann oder als Ergänzung zur häuslichen Pflege notwendig ist.

Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Tages- oder Nachtpflege bei der Pflegekasse beantragt werden. Zum 01.01.2025 steigen die Leistungen für die teilstationäre Pflege um 4,5 %.

Tages- oder Nachtpflege

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

Erklärvideo

betaCare auf Youtube

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.
- Pflegebedürftige nur stundenweise beaufsichtigt werden müssen.

Umfang

Pflegebedürftige werden in einer Tages- oder Nachtpflege nur **stundenweise** betreut.
Die **Tagespflege** richtet sich an Pflegebedürftige, die z. B. tagsüber alleine in Ihrer Wohnung sind und stundenweise Beaufsichtigung in einer Einrichtung 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 jedoch nur selten 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 2024	Leistungsbetrag 2025
1	(125 € als Entlastungsbetrag)	(131 € als Entlastungsbetrag)
2	689 €	720 €
3	1.298 €	1.357 €
4	1.612 €	1.685 €
5	1.995 €	2.085 €

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

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse monatlich einen Betrag für die Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für einen Teil dieses Eigenanteils erhalten Pflegebedürftige je nach Länge des Aufenthaltes im Pflegeheim seit 2022 einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Dieser wurde zum 01.01.2024 erhöht.

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 (MD).

Besonderheiten im Einzelfall sind z. B.:

- Fehlen einer Pflegeperson,
- Überforderung der Pflegeperson,
- Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz des Pflegebedürftigen *oder*
- 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 Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) unterliegen *und*
  - in denen der Umfang der Gesamtversorgung durch Leistungserbringer regelmäßig dem einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

Leistungsumfang der Pflegekasse

Die Pflegekasse übernimmt pauschal die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Darüber hinaus zahlen Pflegebedürftige eine ganze Reihe von Kosten selbst, siehe unten „Eigene Kosten im Pflegeheim".

Höhe der Leistung

Pflegegrad	monatliche Leistung 2024	monatliche Leistung 2025
1	(125 € als Entlastungsbetrag)	(131 € als Entlastungsbetrag)
2	770 €	805 €
3	1.262 €	1.319 €
4	1.775 €	1.855 €
5	2.005 €	2.096 €

Wählen Pflegebedürftige die vollstationäre Pflege, obwohl dies nach den Feststellungen der Pflegekasse **nicht erforderlich** ist, erhalten sie für die pflegebedingten Aufwendungen nur einen **Zuschuss** in Höhe der Pflegesachleistung, siehe S. 26 bzw. des Entlastungsbetrags, siehe S. 34.

Eigene Kosten im Pflegeheim

Die Eigenleistungen fallen je nach Pflegeheim unterschiedlich aus und setzen sich zusammen aus:

- **Hotelkosten:** Kosten für Unterkunft und Verpflegung
- **Investitionskosten:** anfallende Kosten für z. B. Gebäude und Reparaturen
- **Eigenanteil** zu den **Kosten der vollstationären Pflege**, sog. einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE).
  Der EEE ist ein pauschaler Anteil der Pflegekosten im Pflegeheim, der nicht von den Pflegekassen übernommen wird. Der Eigenanteil unterscheidet sich von Heim zu Heim. Innerhalb eines Pflegeheims ist er einheitlich für die **Pflegegrade 2 bis 5**.
  EEE bei Pflegegrad 1: Hier müssen Pflegebedürftige einen großen Teil der Kosten selbst tragen, da nur der Entlastungsbetrag von monatlich 125 € zur Verfügung steht.

Die Zahlungspflicht beginnt mit dem Aufnahmetag und endet an dem Tag, an dem der im Heim lebende Mensch auszieht oder verstirbt.

Besonderheit: Eigenanteil bei außerklinischer Intensivpflege

Bei außerklinischer Intensivpflege müssen Pflegebedürftige im Pflegeheim **keinen** Eigenanteil zu Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung zahlen. Wenn sich der Gesundheitszustand so weit bessert, dass keine Intensivpflege mehr notwendig ist, aber mindestens Pflegegrad 2 weiterbesteht, müssen Pflegebedürftige diesen Eigenanteil erst nach 6 Monaten wieder zahlen. Krankenkassen können diese Kosten freiwillig länger übernehmen.

Leistungszuschlag der Pflegekasse zum Eigenanteil

Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 erhalten bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim, zusätzlich zur pauschalen Leistung für ihren Pflegegrad, einen Leistungszuschlag von der Pflegekasse. Damit sollen in erster Linie die Kosten des pflegebedingten Eigenanteils reduziert werden. Der Zuschuss steigt mit der Dauer des Pflegeheimaufenthalts. Beide Leistungen für die vollstationäre Pflege werden direkt mit dem Pflegeheim abgerechnet.

Aufenthaltsdauer im Heim	Leistungszuschlag bis 31.12.2023	Leistungszuschlag seit 01.01.2024
bis einschließlich 12 Monate	5 %	15 %
mehr als 12 Monate	25 %	30 %
mehr als 24 Monate	45 %	50 %
mehr als 36 Monate	70 %	75 %

Praxistipps!

- Nähere Informationen zum Leistungszuschlag unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege".*
- Der Verband der Ersatzkassen (vdek) ermittelt jährlich die Eigenanteile von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern. Nachlesen können Sie die Informationen in dem PDF des vdek unter: *www.vdek.com > Presse > Daten Gesundheitswesen > Pflegeversicherung > Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern.*
- Wenn Pflegebedürftige die Eigenleistungen aus ihrem Einkommen (in der Regel der Rente) und ihrem Vermögen nicht leisten können, können diese ggf. durch folgende Leistungen der Sozialhilfe vom Sozialamt gedeckt werden: Hilfe zur Pflege (siehe S. 81) und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt.

Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim wohnen, können unter bestimmten Voraussetzungen Wohngeld beantragen bzw. Pflegewohngeld erhalten.

Pflegewohngeld

Pflegewohngeld ist eine freiwillige Leistung mancher Bundesländer für pflegebedürftige Menschen, die in Pflegeheimen leben und nur ein geringes Einkommen und Vermögen zur Verfügung haben. Derzeit kann die Sozialleistung in 3 Bundesländern beantragt werden, in der Regel beim zuständigen Sozialamt. Das Pflegewohngeld ist für die Finanzierung der Investitionskosten des Pflegeheims vorgesehen, wenn diese nicht oder nur teilweise von der pflegebedürftigen Person bezahlt werden können. Die Antragstellung auf Pflegewohngeld erfolgt direkt durch das zuschussberechtigte Pflegeheim, unter Umständen auch durch die pflegebedürftige Person selbst.

Informationen zum Pflegewohngeld der folgenden Bundesländer gibt es unter:

- **Nordrhein-Westfalen:** *www.lvr.de > Soziales > Soziale Entschädigung > Leistungen > Pflegewohngeld.*
- **Schleswig-Holstein:** *www.zufish.schleswig-holstein.de > Leistungen A-Z > O-P > Pflege:Pflegewohngeld.*
- **Mecklenburg-Vorpommern:** *www.nordwestmecklenburg.de > Soziales und Gesundheit > Soziale Leistungen > Pflege > Pflegewohngeld.*

Wohngeld

Menschen mit geringem Einkommen, die in einem Pflegeheim wohnen, haben Anspruch auf Wohngeld.

Nähere Informationen zum Wohngeld finden Sie unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohngeld".*

Kurzzeitpflege

**Kurzzeitpflege ist die vorübergehende vollstationäre Pflege einer pflegebedürftigen Person in einem Pflegeheim, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege (noch) nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
Sie muss bei der Pflegekasse beantragt werden.**

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

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 der pflegebedürftigen Person 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 der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

Antrag

Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt (mindestens Pflegegrad 2) und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Praxistipps!

- Anträge erhalten Sie bei der Pflegekasse oder online auf der Internetseite Ihrer Pflegekasse. Der Antrag muss ausgedruckt und von der pflegebedürftigen Person oder einer vertretungsberechtigten Person unterschrieben und bei der Pflegekasse eingereicht werden.
- Fragen Sie bei Ihrer Pflegekasse oder einer Pflegeberatungsstelle nach geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Ihrer Nähe und welche Kosten etwa auf Sie zukommen. Pflegeberatungen (siehe S. 19) können ggf. helfen, einen freien Platz in der Umgebung zu finden.
- Wenn Sie Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in Anspruch nehmen, unterstützt der Sozialdienst im Krankenhaus. Findet das Krankenhaus für die Anschlussversorgung keinen Kurzzeitpflegeplatz, haben Sie Anspruch auf Übergangspflege für längstens 10 Tage im Krankenhaus.

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).

Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag (siehe S. 34) in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden. Näheres zu den eigenen Kosten im Pflegeheim siehe S. 46.

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 Personen der Pflegegrade 2 bis 5.

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. Der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflegekann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt, (siehe S. 30) auf insgesamt bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Ab 01.07.2025 ist der flexibel einsetzbare gemeinsame Jahresbetrag für die Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege dann für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 nutzbar (siehe S. 33).

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Die Kurzzeitpflege ist eine Pflege in einer **vollstationären Einrichtung**, sodass während des dortigen Aufenthaltes weitere Leistungen der häuslichen Pflege **nicht** gewährt werden. Allerdings wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds für jeweils bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr ohne zusätzlichen Antrag fortbezahlt. Am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld in voller Höhe ausbezahlt.

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 (WBVG) 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. Der Betrag wird zum 01.01.2025 im Rahmen der Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse um 4,5 %, von 266 € auf 278 € steigen.

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 (siehe S. 26) bei häuslicher Pflege nicht übersteigen.

Praxistipps!

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) gibt im Ratgeber „Stationäre Pflege – Gute professionelle Pflege erkennen" Informationen und Tipps, um die Pflegequalität in einem Pflegeheim einschätzen zu können. Den Ratgeber erhalten Sie kostenlos unter *www.zqp.de* > *Bestellen*.
- Beim Heimverzeichnis der gemeinnützigen Gesellschaft zur Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Behinderung gGmbH finden Sie unter *https://heimverzeichnis.de* Adressen von Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen.
- Näheres zum Bewertungssystem zur Darstellung der Pflegequalität in der stationären Pflege unter *www.gkv-spitzenverband.de* > *Pflegeversicherung* > *Qualität und Transparenz* > *Qualitätsprüfungen* > *Stationäre Pflege*.
- Unter folgenden Links finden Sie die Qualitätsberichte von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen:
  - *www.aok.de* > *Leistungserbringer* > *Pflege* > *Pflegeberatung* > *AOK-Pflegenavigator* (AOK)
  - *www.bkk-pflegefinder.de* (BKK)
  - *www.pflegelotse.de* (vdek - Verband der Ersatzkassen)

Wer hilft weiter?

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon 030 3406066-02, Mo–Mi von 8–16 Uhr, Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, leisten viel. 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 Pflegebedürftige 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. 56) und in der Familienpflegezeit (siehe S. 59) gelten andere Regelungen.

Unfallversicherung

Pflegende Angehörige sind während der pflegerischen Tätigkeit durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt.

Die Unfallversicherung leistet unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslichen Umgebung *und*
- die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig *und*
- die Pflegeperson hat einen Unfall (Dies gilt auch für Wegzeiten, also den Hin- und Rückweg zur oder von der pflegebedürftigen Person. Betreuungsleistungen, z. B. ein Spaziergang, werden hingegen nicht von der Unfallversicherung abgedeckt.) *oder*
- die Pflegeperson wird durch die Pflegetätigkeit krank (z. B. Berufserkrankung durch körperliche Anstrengung) *oder*
- die Pflegeperson infiziert sich während der Pflegetätigkeit (z. B. Nadelstichverletzung).

Die Pflegeperson muss bei der Pflegekasse gemeldet sein, ein Antrag ist nicht notwendig. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter *www.dguv.de > Suchbegriff: „Unfallkassen".*

Praxistipps!

- Nähere Informationen finden Sie in der Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen" vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter *www.bmas.de > Suchbegriff: „A401".*
- Die Unfallkassen Berlin und Nordrhein-Westfalen, die kommunale Unfallversicherung Bayern sowie die Aktion „Das sichere Haus" bieten zweimal jährlich eine Broschüre mit Tipps, z. B. zur Verhinderung von Unfällen, für pflegende Angehörige an. Kostenloser Download unter: *www.das-sichere-haus.de > Broschüren > Sicher zuhause pflegen.*

Rentenversicherung

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

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen 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.

Beitragshöhe und Rentenansprüche

- 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.

Weiterzahlungen der Leistungen bei Auslandsaufenthalt oder Inanspruchnahme anderer Leistungen der Pflegekasse

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt:

- für die Dauer der häuslichen Krankenpflege,
- bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt der versicherten Person 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.

Beiträge für Beschäftigte oder pflegende Rentner

- Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.
- Für pflegende Rentner werden 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 Beziehende einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente oder der Flexirente. Damit können die bestehende Rente aufgebessert bzw. Rentenpunkte für die zukünftige Vollrente gesammelt werden.

Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich". Diese Broschüre erhalten Sie kostenlos unter: *www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente"*.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält eine pflegebedürftige Person Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe (siehe S. 81), so 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.
- Arbeitnehmende, 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 eine pflegebedürftige Person 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.

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung – Pflegeunterstützungsgeld

Die kurzzeitige Freistellung können Berufstätige für bis zu 10 Arbeitstage unabhängig von der Betriebsgröße beim Arbeitgeber beantragen. Für den Ausfall des Gehalts können Pflegepersonen das Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragen.

Seit 01.01.2024 besteht dieser Anspruch für Beschäftigte einmal pro Kalenderjahr und nicht wie bisher einmalig pro pflegebedürftiger Person. Die Freistellung kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation von Angehörigen in Anspruch genommen werden.

Beschäftigte müssen dem Betrieb die voraussichtliche Dauer der Freistellung für die Pflegezeit unverzüglich mitteilen, eine Frist für die Ankündigung gibt es nicht. Arbeitgebende können eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Betriebsbedingte Lohnfortzahlungen können möglich sein, ggf. sind entsprechende Regelungen im Arbeits- oder Tarifvertrag enthalten.

Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung

Vom Arbeitgeber erhalten Pflegepersonen während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung in der Regel **kein** Gehalt. Daher besteht die Möglichkeit, Pflegeunterstützungsgeld als **Lohnersatzleistung** bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu beantragen. Für den Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich.
Dieser Anspruch gilt auch für Beschäftigte in Minijobs, Heimarbeit und Auszubildende.
Das Pflegeunterstützungsgeld wird als Einnahme zum Lebensunterhalt betrachtet und wird bei der Berechnung einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

Praxistipps!

- Anträge für das Pflegeunterstützungsgeld erhalten Sie bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person. Viele Pflegekassen bzw. Krankenkassen bieten diese Anträge als kostenlose Downloads zum Ausdrucken an.
- Sie können die 10 Tage Pflegeunterstützungsgeld auf mehrere Freistellungszeiträume aufgeteilt nehmen, solange jeweils die oben genannten Voraussetzung für eine Freistellung vorliegen. Sollte Ihre Krankenkasse bei einer Aufteilung das Pflegeunterstützungsgeld ablehnen, können Sie dagegen Widerspruch einlegen oder klagen.

<u>Keinen</u> Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld haben:

- Selbstständige, Beamte sowie Personen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Bürgergeld) und dem Sozialgesetzbuch III (Arbeitsförderung und Arbeitslosengeld) beziehen.
- Pflegepersonen die Entgeltfortzahlung, Kinderpflege-Krankengeld oder Kinderpflege-Verletztengeld erhalten.
- Beschäftigte, die bezahlten Urlaub für die Organisation der Pflege in Anspruch nehmen.

Umfang und Höhe

Das Pflegeunterstützungsgeld wird für höchstens 10 Tage pro Kalenderjahr gezahlt. Auch mehrere Pflegepersonen können es anteilig nutzen. Die Gesamtzahl bleibt jedoch auf 10 Arbeitstage (also 2 Kalenderwochen) begrenzt.
Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2024 maximal 120,75 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Kündigungsschutz

Pflegepersonen dürfen während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Pflegezeit in der Regel nicht gekündigt werden.

Wer hilft weiter?

- Pflegestützpunkte und Pflegeberatung, Pflegekassen, Sozialdienste in Krankenhäusern und Rehakliniken.
- Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon 030 3406066-02, Mo–Mi von 8–16 Uhr, Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr.

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube

Pflegezeit

Berufstätige haben Anspruch auf zeitlich begrenzte Freistellung von der Arbeit, um nahe Angehörige 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 Betrieb.
  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 Betrieb 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. 59).
Soll im Anschluss an die Pflegezeit Familienpflegezeit genommen werden, muss dies dem Betrieb 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 die angehörige Person nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Betrieb ist darüber unverzüglich zu informieren. Solche Umstände können z. B. Tod der pflegebedürftigen Person, 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 Betriebs abhängig.

Verlängerung der beantragten Pflegezeit

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

Freistellung zur Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase

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

Hinweis: Die Freistellung zur Sterbebegleitung kann zwar unabhängig von Pflegezeit und Familienpflegezeit beansprucht werden, sie wird aber auf den, für beide Leistungen begrenzten Leistungszeitraum von höchstens 24 Monaten, angerechnet.

Familienpflegezeit

Erklärvideo

betaCare auf Youtube

In der Familienpflegezeit reduzieren Arbeitnehmende maximal 2 Jahre lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Ankündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebern innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen.

Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen zu können, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (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 Beschäftigte** hat.

Antrag, Dauer und Beendigung

Für die Familienpflegezeit können Berufstätige 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. Während der Familienpflegezeit besteht **Kündigungsschutz**.

Praxistipp!

Die Familienpflegezeit müssen Sie beim Arbeitgeber schriftlich **ankündigen**. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet auf der Internetseite ein Muster zur Ankündigung von Familienpflegezeit, kostenloser Download unter *www.wege-zur-pflege.de > Familienpflegezeit > Servicematerial herunterladen.*

Kombination mit Pflegezeit

Werden 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 dieselbe angehörige Person eine **Familienpflegezeit** anschließen, müssen Arbeitnehmende dies spätestens **3 Monate vor Beginn** der Familienpflegezeit **beim Arbeitgeber** schriftlich ankündigen.
Soll nach der **Familienpflegezeit** für dieselbe angehörige Person eine Pflegezeit anschließen, müssen Arbeitnehmende dies spätestens **8 Wochen vor Beginn** der Pflegezeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.
Bezugszeiten von Kinderpflege-Krankengeld der Krankenkasse werden auf diese Leistungen **zeitlich nicht** angerechnet.

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Familienpflegezeit 4 Wochen nachdem

- eine Änderung eingetreten ist, wegen der mindestens eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist.
- Arbeitnehmende die wöchentliche Mindestarbeitszeit von **15 Stunden** aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z. B. Tarifverträge) unterschreiten.
  Ausnahme: Wird die wöchentliche Mindestarbeitszeit wegen der Einführung von Kurzarbeit unterschritten, führt das nicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Familienpflegezeit.

Praxistipps!

- Pflegebedürftige können bei der Pflegekasse Pflegegeld (siehe S. 23) beantragen, um die Person zu bezahlen, die zu Hause pflegt.
- Unter bestimmten Voraussetzungen gilt eine Person, die Familienpflegezeit in Anspruch nimmt, als Pflegeperson und hat Anspruch auf die damit verbundenen Leistungen. Beispielsweise zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil sind Zuschüsse zur Krankenversicherung möglich.
- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf" zur Familienpflegezeit können Sie beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.bmfsfj.de* > *Suchbegriff: „Broschüre: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf"* herunterladen.
- Informationen wie Broschüren, Merkblätter und Formulare zu den Freistellungsmöglichkeiten des Pflege- und Familienpflegezeitgesetz finden Sie unter: *www.wege-zur-pflege.de* > *Familienpflegezeit.*

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

- Trotz reduzierter Lohnzahlung werden Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung weiterbezahlt.
- Wegen des niedrigeren Einkommens während der Familienpflegezeit sind im Bedarfsfall **Arbeitslosengeld und Krankengeld** niedriger.
- 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 die Pflegeperson **privat krankenversichert**, weil ihr Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann es passieren, dass das reduzierte Einkommen unter diese Grenze sinkt. Dann ist die Pflegeperson verpflichtet, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Auf Antrag kann sie jedoch für die Familienpflegezeit von dieser Versicherungspflicht befreit werden und Mitglied der privaten Krankenversicherung bleiben. Für diese Zeit wird in der Regel eine individuelle, befristete Vertragsänderung ausgehandelt.

Zinsloses Darlehen

Die Pflegeperson 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* > *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.

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 von 9–16 Uhr und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter *www.wege-zur-pflege.de*.
- Pflegekassen und Pflegestützpunkte.

Pflegekurse

Pflegepersonen (meist Angehörige, Freunde oder Nachbarn) haben einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegekurse. Vermittelt werden dort praktische und theoretische Grundlagen zur häuslichen Pflege. Die Teilnahme an Pflegekursen ist kostenlos. Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten auch Online-Kurse anbieten.

Angebote

Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Viele Pflegekassen bieten ihren Mitgliedern auch kostenlose Online-Pflegekurse an. Nach einer Registrierung kann das Angebot jederzeit von zu Hause aus genutzt werden. Nähere Informationen sowie die Anmeldung finden Sie auf der Webseite Ihrer Krankenkasse.

Inhalte

Ein Pflegekurs vermittelt den Teilnehmenden Fertigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege. Inhalte können dabei variieren und sind z. B.:

- Rückenschonendes Heben, Tragen und Pflegen
- Umgang mit Ausscheidung, Inkontinenz, Wickeln und Lagern
- Umgang mit künstlicher Ernährung
- Pflege bei bestimmten Erkrankungen (z. B. Demenz, Parkinson oder Krebserkrankungen)

Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

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 (Prävention) oder Rehabilitation beantragt werden.

Reha für Pflegepersonen

Wenn eine Pflegeperson eine medizinische Reha oder eine Vorsorgekur braucht, muss währenddessen auch die pflegebedürftige Person versorgt werden. Schon jetzt gibt es dafür die Möglichkeit, dass eine Reha- oder Kur-Einrichtung die pflegebedürftige Person mitaufnimmt und dort die Pflege übernimmt.
Wenn das aber nicht klappt, muss eine Ersatzpflege (siehe S. 30) zu Hause oder eine Kurzzeitpflege (siehe S. 49) in einer Pflegeeinrichtung organisiert werden.
Ab 01.07.2024 besteht einen Rechtsanspruch darauf, dass Pflegepersonen und pflegebedürftige Angehörige während einer Reha oder Kur in **derselben** Einrichtung untergebracht werden. Wenn eine Reha-Einrichtung künftig die Pflege nicht leisten kann, kann sie dafür einen ambulanten Pflegedienst kommen lassen oder der pflegebedürftigen Person einen Platz in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung stellen.
Zudem können pflegende Angehörige seit 01.01.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Ambulante Vorsorgekur

Ist eine Behandlung im eigenen Wohnort nicht ausreichend, besteht Anspruch auf eine ambulante Vorsorgekur an einem anerkannten Kurort.
Für Anwendungen am Kurort ist eine Verordnung vom behandelnden Arzt oder vom Kurarzt (Badearzt) vor Ort nötig. 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 müssen Arbeitnehmende **Urlaub** nehmen.
Zwischen 2 ambulanten Vorsorgekuren müssen in der Regel **3 Jahre** liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

Unterkunft und Verpflegung sowie die Kurtaxe muss die versicherte Person bezahlen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 € täglich. Ggf. wird nur bei langer Dauer der Kur ein Zuschuss gewährt und eventuell auch nur eine feste Pauschale.
Fahrtkosten können ggf. zusätzlich bezuschusst oder übernommen werden.
Im Gegensatz zur stationären Vorsorgekur muss der Versicherte nach dem 18. Geburtstag Zuzahlungen für Anwendungen am Kurort leisten.

Stationäre Vorsorgekur

Reichen ambulante Vorsorgemaßnahmen nicht aus, übernimmt die Krankenkasse eine stationäre Vorsorgekur. Diese umfasst die stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung.
Die Kur dauert längstens 3 Wochen, eine Verlängerung ist nur aus medizinischen Gründen möglich. Für die Zeit der stationären Vorsorgekur müssen Arbeitnehmende **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 zahlen 10 € pro Tag an die Einrichtung.

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 - Ein Ratgeber für Pflegende Angehörige" bei der DPtV unter *www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de* > *Die DPtV* > *Publikationen* > *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*. Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die in einer Krankenkasse versichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.
- Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern, finden unter *www.pausentaste.de* Unterstützung, Informationen über Gruppen und Workshops sowie Telefon- und E-Mail-Beratung.
- Wer längere Zeit einen Angehörigen pflegt, sollte zwischendurch eine „Auszeit" nehmen, um wieder Kraft tanken zu können. Pflegende (Frauen und Männer) können dafür auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen (*www.muettergenesungswerk.de*).
- Ein schwieriges und sensibles Thema ist Gewalt gegen Pflegebedürftige, aber auch gegen Pflegende. Informieren Sie sich frühzeitig bei der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) auf *www.pflege-gewalt.de*. Die Seite bietet gut verständliche Informationen zum Thema Gewalt in der Pflege und gibt Tipps zur Vorbeugung und zum Erkennen von Gewaltanzeichen.

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

Erklärvideo

betaCare auf Youtube

Die sog. 24-Stunden-Pflege oder 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zuhause wird meist mit Hilfe von Betreuungskräften aus Osteuropa realisiert. Ausländische Haushaltshilfen, Betreuungskräfte und Pflegekräfte können über verschiedene Modelle beschäftigt werden. In Deutschland sind alle Modelle illegal, bei denen eine einzige Person für Pflege, Betreuung und Hausarbeit angestellt wird, um rund um die Uhr einsatzbereit zu sein.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, also z. B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme eine Aufenthaltserlaubnis. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe", „Betreuungskraft" und „Pflegekraft". Für die Bezahlung kann das Pflegegeld eingesetzt werden, über die Hilfe zur Pflege kann eine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich sein.

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, Spazierengehen oder Begleitung zu Arztbesuchen

Zur Verdeutlichung:

- Eine Haushaltshilfe oder Betreuungskraft darf **keine** Tätigkeiten der Behandlungspflege verrichten. Für die Behandlungspflege, z. B. Wundversorgung, 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 Pflegekräfte. Ausgebildete Pflegekräfte aus Nicht-EU-Staaten brauchen zur Beschäftigung in Deutschland eine Arbeitserlaubnis. Für die gesamte Pflegebranche gelten **Mindestlöhne**.

Beschäftigungsmodelle

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

Arbeitgebermodell

Beim Arbeitgebermodell werden Pflegebedürftige selbst oder Angehörige selbst zum Arbeitgeber und schließen 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 Tarifen oder Mindestlöhnen entsprechen. Informationen hierzu geben die örtlichen Agenturen für Arbeit.
- Es muss ein eigenes Zimmer für die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft vorhanden sein.
- Ein freies WLAN gilt mittlerweile als Standard.

Entsendemodell

Dies ist in der Praxis die weitaus häufigste Form. Beim Entsendemodell wird von der pflegebedürftigen Person (oder Angehörigen) ein ausländisches Unternehmen beauftragt, das eine angestellte Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft in ihren 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 unten unter „Arbeitgebermodell".
Für Verstöße gegen rechtliche Regelungen kann nicht nur das beauftragte Unternehmen zur Rechenschaft gezogen werden, sondern grundsätzlich auch die pflegebedürftige Person oder die Angehörigen, die den Auftrag erteilt haben. Das gilt z. B. wenn eine Person ohne deutsche Arbeitserlaubnis tätig wird, die Vergütung den Mindestlohn unterschreitet oder die zulässige Länge der Arbeitszeit überschritten wird.
Pflegebedürftige oder Angehörige zahlen 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 Heimatland 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.
Die Betreuungskräfte haben einen Anspruch auf den Mindestlohn, auch für Zeiten der Bereitschaft.

Selbstständigenmodell

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. Die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen schließen einen Dienstvertrag (§ 611 BGB), umgangssprachlich auch Dienstleistungsvertrag genannt, mit ihr ab, in dem 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 (pflegebedürftige Person bzw. ihre Angehörigen), die Haushalts- oder Pflegekraft dort im Haushalt wohnt und seine Anweisungen befolgt, handelt es sich wahrscheinlich um eine Scheinselbstständigkeit. Diese ist gesetzlich verboten und kann zu **Bußgeldern** führen. Sie ist auch als Form der Schwarzarbeit **strafbar**, vor allem für den Auftraggeber.

Praxistipps!

- Wenn Sie überlegen, eine selbständige Kraft (Selbstständigenmodell) mit der Pflege zu beauftragen, haben Sie die Möglichkeit, vorab **rechtssicher** klären zu lassen, ob eine echte Selbstständigkeit vorliegen würde, oder eine illegale Scheinselbstständigkeit (sog. **Statusfeststellungsverfahren**). Die Antragsformulare stellt die Deutsche Rentenversicherung zur Verfügung unter *www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „Formularpaket Statusfeststellung".*
- Umfassende Informationen zur Organisation einer Betreuung durch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte bietet die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten" der Verbraucherzentrale. Kostenloser Download unter: *www.verbraucherzentrale.de > Gesundheit & Pflege > Pflege zu Hause > Ausländische Betreuungskräfte – wie geht das legal?*. Auf dieser Seite der Verbraucherzentrale gibt es unter der Überschrift (ganz unten) „Deutsches Arbeitsrecht gilt auch für Ausländer" eine tabellarische Übersicht zum kostenlosen Download mit den wichtigsten Bedingungen und Voraussetzungen für eine legale Beschäftigung.
- Die Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können Sie als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer absetzen, wenn Sie sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegen können.
- Als Angehörige sollten Sie zunächst den konkreten Betreuungsbedarf ermitteln und sich bei der Suche nach einem passenden Betreuungsmodell zur Beratung an Pflegestützpunkte wenden.
- Vermittelt werden die Arbeitskräfte in der Regel über private Agenturen. Anzeigen dazu finden Sie in Tageszeitungen oder im Internet. Hier ist es besonders wichtig, sich gut zu informieren, da es zu Ausbeutung von Betreuungskräften kommen kann.
  Teilweise vermitteln auch Wohlfahrtsverbände wie Diakonie oder Caritas.
- Wenn Sie sich die 24-Stunden-Pflege nicht leisten können, können Sie Hilfe zur **häuslichen Pflege** beantragen. Wenn die 24-Stunden-Pflege weniger kostet als ein Pflegeheim, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Hilfe zur Pflege bewilligt wird. Trotz erheblicher Mehrkosten haben Sie aber bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege für 24-Stunden-Pflege, wenn **kein geeignetes und zumutbares Heim** vorhanden ist.

Wer hilft weiter?

- Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) unter: *www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/startseite.*
- Leider gibt es keine offizielle Stelle, die in diesem sensiblen Bereich berät. Unterstützung finden Sie möglicherweise bei der Verbraucherzentrale, einem Pflegestützpunkt, der Seniorenberatung, den Wohlfahrtsverbänden oder bei Selbsthilfegruppen für Angehörige, z. B. bei Pflegebedürftigkeit infolge von Demenz, Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Pflegebedürftige benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Zuzahlungen können für Pflegebedürftige mit kleinen Renten oder für chronisch Kranke eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr" genannt): 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € bis 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € bis 100 €	10 % der Kosten	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, Soziotherapie und Fahrtkosten.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter *www.gkv-spitzenverband.de* > *Krankenversicherung* > *Arzneimittel* > *Zuzahlungsbefreiung* ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss die versicherte Person selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s. o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt die betroffene Person also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Es gehört zu den Rechten des Patienten, vom Arzt ausführlich über die möglichen Mehrkosten eines Arzneimittels informiert zu werden.
Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter *www.bfarm.de* > *Arzneimittel* > *Arzneimittelinformationen* > *Festbeträge und Zuzahlungen* nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

Praxistipps!

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z. B. Kinder unter 18 Jahren. Auch, wenn Sie Sozialleistungen beziehen, müssen Sie diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Sie als Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Physio-, Ergotherapie oder Logopädie.
Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z. B. Duschsitze, Pflegebetten oder Rollatoren.
Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.
Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z. B. Einmalhandschuhen oder saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.
Für einige Hilfsmittel, z. B. Einlagen oder Windeln, gibt es auch Festbeträge als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.
Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag, siehe S. 71) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.
Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z. B. Menschen, die beatmet werden müssen oder querschnittsgelähmt sind, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.
Zuzahlung ambulant (zu Hause): 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.
Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

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, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, AHB bzw. Anschlussreha

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage (längstens 14 Tage bei AHB) pro Kalenderjahr.
Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (AHB bzw. Anschlussreha) werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.
Zuzahlung: Für eine **stationäre** medizinische Reha-Maßnahme beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.
Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.
Bei **ambulanten** Reha-Leistungen ist keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Fahrten (z. B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Pflegebedürftige im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leisten (sog. Belastungsgrenze), können sich und ihre Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt" sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen** Haushalt leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.
Nicht zu den **Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld, Kindergeld.

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 > Themen > Leistungen > Zuzahlungen bei Leistungen* heruntergeladen werden.

Berücksichtigt werden folgende, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person 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 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
  – mitarbeitende Familienangehörige
  – sonstige Angehörige

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.
Weitere Angehörige können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis unter Freibetrag.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt" werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe S. 74) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.363 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.242 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.312 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis: Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragen Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.
Bei Paaren, die sich getrennt haben, aber noch nicht geschieden sind, und bei geschiedenen Paaren wird der Kinderfreibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

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 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat. Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.363 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 18.624 € (2 x 9.312 €)

ergibt: 5.013 €, **davon** 2 % = Belastungsgrenze: 100,26 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele pflegebedürftige Menschen erfüllen die Voraussetzungen, da diese ab dem Pflegegrad 3 greifen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank" gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) 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.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMP werden von den Krankenkassen z. B. für chronische Rückenschmerzen, Osteoporose angeboten. Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z. B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, GdS, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

Laut Gesetz ist für bestimmte chronisch kranke Versicherte eine weitere Voraussetzung für die reduzierte Belastungsgrenze, dass sie an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, nämlich für Versicherte, die

- **nicht** an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen *und*
- nach dem 01.04.1972 geboren sind.

Richtlinie

Die Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können Sie unter *www.g-ba.de > Richtlinien > Chroniker-Richtlinie* downloaden. Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage. Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre 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. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als 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.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

BCE ECB EZB EKT
50
EURO

Landespflegegeld

Landespflegegeld gibt es in verschiedenen Bundesländern, aber hinter dem gleichen Namen stehen verschiedene Leistungen. Das Landespflegegeld in Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz bekommen Menschen mit Behinderungen. Das Landespflegegeld Bayern bekommen alle Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2, unabhängig von deren Einkommen oder Vermögen.

Das Landespflegegeld ist eine andere Leistung als das Pflegegeld (siehe S. 23) der Pflegekasse. Es kann zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden.

Bayern

Landespflegegeld Bayern erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mit Hauptwohnsitz in Bayern ab Zeitpunkt der Antragstellung.
Das umfasst sowohl Pflegebedürftige im Pflegeheim als auch in häuslicher Pflege. Das Landespflegegeld Bayern beträgt 1.000 € pro Jahr.

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 > Aufgaben > Landespflegegeld.* Wenn Sie einmal das Landespflegegeld Bayern beantragt haben, erhalten Sie dies auch in den Folgejahren, ohne erneut einen Antrag zu stellen. Dies gilt aber nur, solange die Voraussetzungen erfüllt sind.

Es wird bei Empfängern von Bürgergeld nicht auf das Einkommen oder Vermögen angerechnet.

Berlin, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz

Das sog. Landespflegegeld gibt es auch in anderen Bundesländern, aber hinter dem gleichen Namen verbirgt sich eine andere Leistung.

In diesen Bundesländern wird diese Leistung in der Regel nur Menschen mit Schwerbehinderung gewährt, mit jeweils unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen. Ggf. wird das Landespflegegeld mit den Leistungen der Pflegeversicherung verrechnet und ggf. gekürzt.

Praxistipp!

Nähere Informationen zum Landespflegegeld der leistenden Bundesländer unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Landespflegegeld"*.

Wer hilft weiter?

- Zuständig sind in der Regel die Träger der Sozialhilfe. Adressen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) unter *www.bagues.de* > *Inhaltsverzeichnis* > *Mitglieder.*
- In Bayern ist das Bayerische Landesamt für Pflege unter *www.lfp.bayern.de* > *Aufgaben* > *Landespflegegeld* zuständig.

Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Die „Hilfe zur Pflege" zählt zur Sozialhilfe. Bei Pflegebedürftigkeit übernimmt das Sozialamt unter bestimmten Voraussetzungen, dieselben Leistungen wie die Pflegekasse bzw. Kosten, die darüber hinaus für die Pflege anfallen. Das Sozialamt leistet erst, wenn die vorrangig zuständige Pflegekasse oder andere Leistungsträger nicht oder zu wenig leisten.

Hilfe zur Pflege leistet das Sozialamt vor allem:

- Für nicht pflegeversicherte Personen **oder** wenn die verfügbaren finanziellen Mittel nicht ausreichen, um die Pflege zu bezahlen.
- Bei kostenintensiver (Schwerst-)Pflege, wenn die nach oben hin begrenzten Teilleistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.
- Für die Finanzierung ungedeckter Pflegeheimkosten (siehe S. 46), die nicht von der Pflegekasse übernommen werden. Darunter fällt neben den sog. Hotelkosten (Unterkunft und Verpflegung) auch Taschengeld (ein sog. Barbetrag) und Bekleidungsbeihilfe.
- 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

Wurde Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse festgestellt, ist das Sozialamt daran gebunden und die pflegebedürftige Person erhält die Leistungen entsprechend ihres festgestellten Pflegegrades.
Liegt noch kein Pflegegrad vor, kann das Sozialamt die Pflegebegutachtung in Auftrag geben.
Pflegebedürftige dürfen bestimmte **Einkommensgrenzen** nicht überschreiten.

Elternunterhalt

Kinder sind für ihre pflegebedürftigen Eltern nach dem BGB unterhaltspflichtig, wenn diese finanziell bedürftig sind. Ab einem Jahresbruttoeinkommen von **mehr** als 100.000 € kann das Sozialamt das Geld für die Hilfe zur Pflege von unterhaltspflichtigen Kindern einfordern. Dabei zählt nur das Einkommen des Kindes selbst. Das Einkommen des Ehegatten des Kindes wird nicht berücksichtigt. Auch kommt es nicht auf das Vermögen an, sondern allein auf das Einkommen.

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.

Antrag

Hilfe zur Pflege muss beim Sozialamt beantragt werden.

- Die Antragsunterlagen erhalten Sie beim Sozialamt bzw. steht der Antrag auf der Internetseite zum Ausdrucken zur Verfügung. Dort finden Sie in der Regel eine Auflistung über die Unterlagen, die mit dem Antrag eingereicht werden müssen. Dies sind z. B. Einkommens- und Vermögensnachweise, Personalausweis oder Schwerbehindertenausweis.
- Den Antrag sollten Sie **rechtzeitig** stellen, ggf. schon vor dem Einzug in ein Pflegeheim bzw. wenn sich abzeichnet, dass das Einkommen und Vermögen nicht ausreicht. Hilfe zur Pflege wird **nicht** rückwirkend, sondern erst ab Antrag bezahlt. Wenn beispielsweise vor einem Antrag schon Kosten, z. B. aus Schonvermögen der pflegebedürftigen Person gedeckt wurden, werden diese nicht erstattet.
- Einen Pflegeheimplatz können Sie in der Regel frei wählen.

Praxistipp!

Ausführliche Informationen zur Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch das Sozialamt, zu den Einkommensgrenzen sowie zur Unterhaltspflicht unter *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 mit bis zu 4000 € Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen. Die durchschnittlichen Kosten, z. B. für einen Badumbau, sind in der Regel deutlich höher. Deshalb fördert die KfW-Bankengruppe altersgerechtes Umbauen (siehe S. 85).

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 die pflegebedürftige Person wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von einer Pflegeperson verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die eine Feststellung der **Pflegebedürftigkeit** und Erfüllung der **Vorversicherungszeit** voraussetzen und bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden müssen.

Des Weiteren muss es sich um Maßnahmen **in der Wohnung** der pflegebedürftigen Person handeln oder um Maßnahmen **in dem Haushalt**, in dem die pflegebedürftige Person aufgenommen und gepflegt werden soll. Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld der pflegebedürftigen Person verbessern, zusammen als **eine Maßnahme** betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können in Ausnahmefällen 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 Verdienstausfall von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob die gewünschten Anpassungen gerechtfertigt sind, den Leistungsvoraussetzungen entsprechen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Pflegeheim 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 pflegebedürftiger Person nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000 € begrenzt. Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen werden die 16.000 € anteilig auf die Versicherungsträger der pflegebedürftigen Personen aufgeteilt.
Zum 01.01.2025 wird der Betrag im Rahmen der Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse um 4,5 %, von 4000 € auf 4180 € bzw. von 16.000 (bei mehr als 4 Pflegebedürftigen) auf 16.720 € steigen.

Antrag

Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt. Der Antrag kann formlos bei der Pflegekasse gestellt werden. Viele Pflegekassen bieten passende Formulare zum kostenlosen Download. Diese können vollständig ausgefüllt an die Pflegekasse versandt werden.

Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird, und Versicherte erst **danach** mit der Rechnung zur Pflegekasse gehen, wird **kein** Zuschuss gewährt.

Die Entscheidung, ob und ggf. in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds gewährt wird, liegt **im** Ermessen der Pflegekasse und muss in der Regel nach 3 Wochen nach Antragseingang vorliegen. Wird der medizinische Dienst oder eine Pflegefachkraft wegen einer Begutachtung der Situation tätig, beträgt die Frist zur Entscheidung 5 Wochen.

Kostenerstattung nach dem Tod der pflegebedürftigen Person

Bei einigen Leistungen, z. B. Wohnumfeldverbesserung, bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse.
Erben können die Kostenerstattung, z. B. für den Umbau des Wohnraums, die die verstorbene Person nicht mehr erstattet bekommen hat, noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse beantragen.

Praxistipps!

- 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* mit dem 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 selbst genutzte Wohnungen kombinieren: Programmnummer 124 für selbst genutztes Wohneigentum oder Programmnummer 134 für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen (derzeit gestoppt). Näheres unter *www.kfw.de* > *Suchbegriff: „124"* bzw. *„134".*
- **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* > *Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen".*

Wer hilft weiter?

- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kann die Beratung auch in der Wohnung der pflegebedürftigen Person stattfinden, um vor Ort 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 unter: *www.online-wohn-beratung.de* > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen* > *Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren* > *Wohnberatungsstellen.*

Hausnotrufsysteme

Hausnotrufsysteme geben älteren und allein lebenden Menschen ein Sicherheitsgefühl. In Notfällen, z. B. nach einem Sturz, kann über ein Hausnotrufgerät per Knopfdruck die Hausnotrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert werden. Die Kosten für einen Hausnotruf variieren. Ein Kostenzuschuss der Pflegeversicherung ist auf Antrag möglich.

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 die Ansprechperson 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. Möglich ist auch eine gesicherte Schlüsselhinterlegung, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

Zusatzfunktionen

- Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen zu festgesetzten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal". Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeitenden der Hausnotrufzentrale 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 (Haus-)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. Es ist auch möglich, sich bei Bedarf an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern zu 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 €.

Die Pflegekasse gewährt auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst in der Regel einen Zuschuss für die monatlichen Gebühren von je 25,50 € pro Monat.

Für die Kostenübernahme als Pflegehilfsmittel (siehe S. 36) durch die Pflegekasse sind folgende Kriterien maßgeblich:

- Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1) *und*
- allein oder überwiegend allein lebend *und* aufgrund des Gesundheitszustandes muss jederzeit mit einem Notfall gerechnet werden *oder*
- mit einer Person lebend, die in einer Notsituation keinen Hilferuf absetzen kann.

Die restlichen Kosten müssen 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.

Praxistipp!

Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52, direkter Link: *https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de > Produktgruppe 52.*

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 und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung, verbunden mit Hilfe und Betreuung bei Bedarf. Qualifizierte Hilfeleistungen stehen zur Verfügung und können im Bedarfsfall schnell abgerufen werden.
Viele Einrichtungen für betreutes Wohnen bieten sowohl Eigentumswohnungen als auch Mietwohnungen an. Häufig handelt es sich um neu errichtete Wohnanlagen. Betreutes Wohnen wird jedoch auch im Rahmen von Mehrgenerationen-Projekten, Altbausanierungen oder Senioren-Residenzen angeboten. Auch an Pflegeheime angeschlossene Wohnformen sind möglich. Dies hat den Vorteil, dass pflegebedürftige Personen 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 auch Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, weiterhin dort leben können.
- **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 usw..

- 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 Regel müssen die Kosten aus eigenen Mitteln getragen werden.
  Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen in Frage kommen, um einen Teil der Kosten mit zu decken, z. B. Wohngeld, nähere Informationen finden Sie unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohngeld".*
- 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.
- Vergleichen Sie Angebote verschiedener Anbieter. Dabei hilft z. B. die Checkliste der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen„ Download unter *www.bagso.de > Publikationen > Checkliste > Betreutes Wohnen.* **Wichtig ist**, die individuellen Verträge mit allen Anhängen und Preislisten sowie auch das Kleingedruckte gewissenhaft durchzulesen.
- Informieren Sie sich, was passiert, wenn Sie im „Betreuten Wohnen" pflegebedürftig werden. Oft ist bei schwerer und dauerhafter 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
Pflegezusatz-
versicherung

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. Pflegebedürftige können 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. 92) 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 Versicherte pflegebedürftig werden, zahlt die Versicherung eine monatliche Rente. Die Höhe der Rente wird vertraglich festgelegt und richtet sich nach dem Pflegegrad. Pflegebedürftige können, 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. Die Versicherung 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.
- Versicherte müssen bei Vertragsabschluss 18 Jahre alt sein.
- 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 Fall der Pflegebedürftigkeit wird ein festgelegter Betrag ausgezahlt, über den Pflegebedürftige frei verfügen können. 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 Versicherte Grundsicherung oder Sozialhilfe erhalten.

Wer hilft weiter?

Nähere Informationen zum Nutzen privater Pflegezusatzversicherungen bietet die Verbraucherzentrale im Artikel „Pflegezusatzversicherung – eine sinnvolle Absicherung fürs Alter?“ unter *www.verbraucherzentrale.de > Gesundheit und Pflege > Suchbegriff: „Pflegezusatzversicherung“.*

Patientenvorsorge

Die Patientenvorsorge gibt Menschen jeden Alters die Möglichkeit, sich mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen und weiteren wichtigen Lebensbereichen auseinanderzusetzen. Vor allem für den Fall, dass in Notsituationen oder langwierigen Krankheitsprozessen keine entsprechenden Äußerungen mehr möglich sind, ist es wichtig, im Vorfeld seine Wünsche aufzuschreiben.

Dafür gibt es 3 verschiedene Erklärungen:
• Vorsorgevollmacht • Betreuungsverfügung • Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht können geschäftsfähige Erwachsene regeln, welche Personen stellvertretend für sie Entscheidungen treffen dürfen wenn sie selbst nicht (mehr) dazu in der Lage sind. So kann verhindert werden, dass eine sog. rechtliche Betreuung notwendig wird. Eine besondere Rolle spielen Entscheidungen über medizinische Behandlungen, der Umgang mit Vermögen und die Vertretung bei Behörden. Unter dem Praxistipp unten finden Sie einen Hinweis zu einer kostenlosen Vorlage für eine Vorsorgevollmacht.

Hinweis: Zum 01.01.2023 sind umfangreiche Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten, z. B. gilt jetzt, um Versorgungslücken zu schließen, unter bestimmten Voraussetzungen das sog. Notvertretungsrecht: Befindet sich eine Person in einer gesundheitlichen Notsituation und ist nicht in der Lage Entscheidungen über die Gesundheitssorge zu treffen, so kann diese vom nicht getrenntlebenden Ehepartner für eine Dauer von 6 Monaten vertreten werden.

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche beschränken.

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:
- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

In Zeiten elektronischer Kommunikation ist es wichtig, auch den sog. digitalen Nachlass zu regeln, Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Digitaler Nachlass und digitale Vorsorge".*

Praxistipp!

Hat der Vollmachtgeber **minderjährige Kinder oder Kinder mit Behinderungen**, sollte er eine **Sorgerechtsverfügung** und/oder eine **Sorgerechtsvollmacht** erstellen. Informationen dazu bietet der Bundesverband Deutscher Bestatter unter *www.bestatter.de* > *Wissen* > *Vorsorge* > *Sorgerechtsverfügung.*

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung können Volljährige für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll. Rechtliche Betreuung bedeutet, dass das Betreuungsgericht jemanden für Entscheidungen einsetzt, die die betroffene Person wegen eines Unfalls, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht (mehr) selbst treffen kann.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende

- niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte,
- **aber** eine Person kennt, die unter Aufsicht des Betreuungsgerichts die **Verwaltung seiner Angelegenheiten** übernehmen soll und dies auch will und kann, oder auch mehrere Personen.

Wer für eine rechtliche Betreuung vorgeschlagen wird, sollte genau über die Vorstellungen der ggf. zu betreuenden Person informiert werden und muss damit einverstanden und geeignet 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. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder) und Personen mit persönlicher Bindung in Betracht.

Das Betreuungsgericht darf nur dann von der Betreuungsverfügung abweichen, wenn

- die betreuungsbedürftige Person erkennbar nicht mehr an der Betreuungsverfügung festhalten will, z. B. wenn die Person während des Betreuungsverfahren andere Wünsche äußert,
  und/oder
- wenn eine vorgeschlagene Person ungeeignet ist, die Betreuung nach dem (mutmaßlichen) Willen der zu betreuenden Person zu führen.

Vorteil einer Betreuungsverfügung gegenüber einer Vorsorgevollmacht ist, dass das Missbrauchsrisiko geringer ist. Eine Vorsorgevollmacht kann schon missbraucht werden, bevor sie gebraucht wird, eine Betreuungsverfügung nicht. Außerdem werden rechtliche Betreuer, anders als Bevollmächtigte, vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Die Patientenverfügung beinhaltet die **genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung** von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Wunsch darauf zu verzichten.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z. B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern ...". Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein, z. B.:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden? Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?

Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Zur Absicherung sollte ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigen.

Sterbebegleitung – Sterbehilfe

Eine Patientenverfügung bezieht sich unter anderem auf den Bereich der Sterbebegleitung und der Schwerstkrankenpflege, der Wunsch nach aktiver/direkter Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) darf nicht erfüllt werden. Passive Sterbehilfe (Therapieverzicht bzw. Sterbenlassen auch durch aktives Beenden einer Therapie) und indirekte Sterbehilfe (Sterbebegleitung mit Symptomlinderung und Inkaufnahme einer dadurch möglichen Lebensverkürzung) hingegen sind erlaubt.

Praxistipps!

- Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge" sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter *www.betacare.de* > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Der betaCare-Ratgeber „Palliativversorgung & Soziales" mit Informationen zur Begleitung und Versorgung von Menschen in palliativen Situationen kann unter *www.betacare.de* > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Patienten können sich von Ärzten und Palliativfachkräften beraten lassen, um ihre individuelle Patientenverfügung zu erstellen. 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 0231 738073-0 (Dortmund) oder 030 2844484-0 (Berlin) oder 089 202081-0 (München).

Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Krankengeld, Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende finanzielle Folgen.

Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen. Dabei ist es egal, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

Widerspruch

Erklärvideo

betaCare
auf Youtube

Widerspruch kann die betroffene Person kostenfrei einlegen, wenn er mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

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.

Form und Frist

Die betroffene Person selbst oder ein von ihr Bevollmächtigter kann den Widerspruch **schriftlich** (formlos, auch per Fax, nicht per Email) oder **zur Niederschrift** persönlich bei der Behörde vor Ort einlegen.

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

- Der Widerspruch muss den **Namen** und die **Adresse** der betroffenen Person enthalten,
- es muss **eindeutig erkennbar** sein, dass die Behörde den Bescheid noch einmal überprüfen soll („hiermit lege ich Widerspruch ein"),
- es muss eindeutig erkennbar sein, um welchen Bescheid es geht (**Aktenzeichen und Datum des Bescheids**),
- der Widerspruch muss **unterschrieben** sein.

Der Widerspruch muss **spätestens einen Monat nach Erhalt des Bescheids** bei der Behörde **eingegangen** sein. Das heißt, es reicht nicht aus, wenn er nur innerhalb der Frist losgeschickt wurde. Als Fristbeginn gilt der Poststempel des Briefs, mit dem der Bescheid verschickt wurde und weitere drei Tage. Als Fristende gilt 24 Uhr des Tages vor Ablauf des Monats nach Fristbeginn. Wenn die Frist an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

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.
Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. 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.

Praxistipps!

- 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 die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten."

Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen. Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akteneinsicht** zu beantragen. Die Akte kann man sich im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 99. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

Verfahren vor den Sozialgerichten

Wer mit dem Widerspruchsbescheid einer Behörde nicht einverstanden ist, kann gegen diesen ein sozialgerichtliches Verfahren einleiten. Gerichtsgebühren fallen dabei nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

- das Klageverfahren vor den Sozialgerichten
- das Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten
- das Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht

In manchen Fällen ist nicht das Sozialgericht zuständig, sondern das Verwaltungsgericht. Ist die 1. Instanz das **Verwaltungsgericht**, so ist die 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht und die 3. Instanz das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig. Welches Gericht für eine Klage zuständig ist, steht auf dem Widerspruchsbescheid in der Rechtsbehelfsbelehrung.

Alle Verfahren müssen in der dafür vorgesehenen **Frist** eingeleitet werden. Im Normalfall gilt eine Frist von **einem Monat**. Bei einem Wohnsitz im Ausland gelten drei Monate und bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung oder Rechtsmittelbelehrung gilt eine Frist von einem Jahr.

Wird eine Frist ohne Verschulden versäumt, kann ein **Antrag auf Wiedereinsetzung** gestellt werden. Das gilt z. B., wenn Menschen wegen eines unerwarteten Krankenhausaufenthalts ihre Post nicht öffnen konnten.

Klage

Das Sozialgericht bildet die **1. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Eine Klage kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle des zuständigen Sozialgerichts eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage **kein Anwaltszwang**, d. h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

Bei Klagen im Sozialrecht fordert das Sozialgericht oft medizinische Unterlagen ein und fordert dafür eine Schweigepflichtentbindung und eine Auflistung der behandelnden Kliniken und Ärzte. Manchmal holt es auch medizinische Gutachten ein. Betroffene bekommen dann einen Termin mit einem Sachverständigen, der das Gutachten daraufhin erstellt.

Die Klage endet oft mit einem Urteil oder einem Beschluss des zuständigen Sozialgerichts. Häufig wird auch ein Vergleich geschlossen. Das ist eine Einigung zwischen dem Kläger und der beklagten Behörde, die eine Gerichtsentscheidung überflüssig macht.

Berufung

Das Landessozialgericht ist die **2. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Wenn ein Betroffener mit einem Sozialgerichtsurteil der 1. Instanz nicht einverstanden ist, kann er Berufung vor dem Landessozialgericht einlegen. Form und Frist stehen in der Rechtsmittelbelehrung des Urteils. Bei einer Berufung besteht ebenfalls kein Anwaltszwang. Es gelten die gleichen Regeln zu den Kosten wie bei einer Klage. Die Berufung endet mit einem Urteil oder Beschluss des zuständigen Landessozialgerichts. Auch die 2. Instanz kann mit einem Vergleich enden.

Revision

Sollte das Berufungsurteil eines Landessozialgerichts nicht im Interesse des Betroffenen sein, kann er Revision vor dem Bundessozialgericht in Kassel einlegen. Das Bundessozialgericht bildet die **3. und letzte Instanz**. Auch hier stehen Form und Frist in der Rechtsmittelbelehrung.

Es besteht **Anwaltszwang**, d. h. der Prozess muss durch einen Rechtsanwalt oder Verbandsvertreter geführt werden. Die Revision endet mit einem **abschließenden Urteil** oder Beschluss des Bundessozialgerichts, wogegen kein weiteres Rechtsmittel eingelegt werden kann. Auch in der letzten Instanz ist noch ein Vergleich möglich.

Verletzt ein Urteil der letzten Instanz Grundrechte, kommt noch eine **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht** in Betracht. Im Sozialrecht kann man z. B. dann eine Verfassungsbeschwerde einlegen, wenn das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum verletzt wird.

Praxistipps!

- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.
- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein **Eilverfahren** vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen.

Voraussetzung dafür ist, dass der **Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht** wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur **vorläufige Entscheidung**, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.

- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden.
  Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin. Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Beratungshilfe"*.
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen. Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe"*.

Wer hilft weiter?

- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), kontakt@sovd.de, *www.sovd.de*
- Sozialverband VdK Deutschland e. V., kontakt@vkd.de, *www.vdk.de*

©Pixelkorn_stock.adobe.com

Adressen

Pflegetelefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastraße 24, 10117 Berlin
Telefon 030 20179131 (Mo–Do von 9–18 Uhr)
E-Mail: info@wege-zur-pflege.de
www.wege-zur-pflege.de

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
Bundesministerium für Gesundheit
Telefon 030 3406066-02 (Mo–Do von 8–18 Uhr, Fr von 8–12 Uhr)

AWO Bundesverband e. V.
AWO Pflegeberatung
Heinrich-Albertz-Haus, Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
Telefon 030 26309-0
Telefax 030 26309-32599
Telefon der Pflegeberatung: 0800 6070110
E-Mail: info@awo.org
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 von 9–12 Uhr, Mo und Mi von 13.30–15 Uhr)
Telefax 0228-909048-22
E-Mail: info@biva.de
www.biva.de

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstraße 45, 10117 Berlin
Telefon 030 2759395-0
Telefax 030 2759395-20
E-Mail: info@zqp.de
www.zqp.de

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad haben Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich	–
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) monatlich	–
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich	–
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) **durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte** (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) **durch Angehörige** (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
Gemeinsamer Jahresbetrag (Kinder/Jugendliche unter 25 mit Pflegegrad 4 und 5)	–
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	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.)

Ab 2024 haben Beschäftigte einmal pro Jahr Anspruch auf 10 Tage Freistellung für die Organisation der Pflege von Angehörigen.

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
332 €	573 €	765 €	947 €
bis zu 761 €	bis zu 1.432 €	bis zu 1.778 €	bis zu 2.200 €
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
125 €*	125 €*	125 €*	125 €*
770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)
bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
bis zu 498 € (332 € x 1,5)	bis zu 859,50 € (573 € x 1,5)	bis zu 1.147,50 € (765 € x 1,5)	bis zu 1.420,50 € (947 € x 1,5)
bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €
–	–	bis zu 3.386 €	bis zu 3.386 €
bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €
bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €
214 €	214 €	214 €	214 €
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)

Impressum

Herausgeber
betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
service@betapharm.de
www.betapharm.de

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

Zusammenstellung der Inhalte: Claudia Gottstein
Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Maria Kästle, Lea Maier, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz
Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten
© 2024
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.

20. Auflage, Januar 2024