

Pflege



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Vorwort

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.

Gerade im Bereich der Pflege kann dies zu einer zusätzlichen Belastung werden, die für Betroffene und Angehörige, neben allen anderen Anstrengungen, kaum zu ertragen ist.

betapharm setzt sich seit Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und in den Hilfen für Angehörige ein.

Der Ratgeber „Pflege“ informiert im Rahmen dieser Bestrebungen 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.



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Pflegeversicherung	5
Pflegebedürftigkeit	7
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung	7
Inhalt des Begutachtungsverfahrens	9
Klassifikation der Selbstständigkeit	12
Berechnung des Pflegegrads	13
Pflegegrade	13
Pflegeeinstufung von Kindern	14
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	14
Pflegeberatung	17
Pflegestützpunkte	18
Leistungen der Pflegeversicherung	19
Leistungen der häuslichen Pflege	21
Pflegegeld	21
Pflegesachleistung	22
Kombinationsleistung	24
Ersatzpflege	25
Entlastungsbetrag	27
Ambulant betreute Wohngruppen	28
Pflegehilfsmittel	28
Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe	31
Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen	32
Teilstationäre Pflege	33
Vollstationäre Pflege	35
Kurzzeitpflege	38
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen	39
Leistungen für pflegende Angehörige	41
Soziale Sicherung	41
Pflegezeit	43
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	45
Pflegeunterstützungsgeld	45
Familienpflegezeit	46
Pflegekurse	48
Vorsorge und Rehabilitation	49

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte	51
Beschäftigungsmodelle	52
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	55
Zuzahlungsregelungen	55
Zuzahlungsbefreiung	57
Sonderregelung für chronisch Kranke	61
Landespflegegeld	63
Hilfe zur Pflege vom Sozialamt	65
Wohnen im Alter	67
Wohnumfeldverbesserung	67
Hausnotrufsysteme	69
Betreutes Wohnen für Senioren	71
Private Pflegezusatzversicherung	73
„Pflege-Bahr“	74
Patientenvorsorge	75
Vorsorgevollmacht	75
Betreuungsverfügung	75
Patientenverfügung	76
Adressen	77
Anhang	79
Impressum	83

Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet Leistungen für Patienten, die mindestens ein halbes Jahr lang gepflegt werden müssen. Die rechtlichen Regelungen der Pflegeversicherung findet man im Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Dort sind alle Pflegeleistungen zu beantragen. Die Pflegekassen sind den Krankenkassen angegliedert. Es gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d. h.: Wer in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert ist, ist automatisch Mitglied der angegliederten Pflegekasse.

In den Schutz der Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Dies gilt auch für Familienversicherte.

Freiwillig Versicherte können sich innerhalb von 3 Monaten ab Beginn der freiwilligen Versicherung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung befreien lassen und eine private Pflegeversicherung abschließen. Der Nachweis der Privatversicherung muss zusammen mit dem Befreiungsantrag eingereicht werden. Der Befreiungsantrag ist nicht widerrufbar, solange die freiwillige Versicherung besteht.

Die Pflegeversicherung wird zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert.

Der Beitrag beträgt

- 3,05% für Versicherte mit Kind, sowie für Personen, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, für Kinder und Jugendliche unter 23 Jahren, für Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV), für Wehrdienstleistende und (Bundes-)Freiwillige.
- 3,3% für kinderlose Versicherte (diese tragen einen Beitragszuschuss von 0,25%).

Der Arbeitgeberzuschuss beträgt jeweils 1,525%.

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

Versicherungspflicht

Beiträge

Leistungs- voraussetzungen

Damit die Pflegeversicherung Leistungen übernimmt, müssen immer die folgenden 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit und
- Vorversicherungszeit.

Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt wurde oder eine Familienversicherung bestanden hat. Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Pflegebedürftigkeit

Der 2017 geänderte Begriff der Pflegebedürftigkeit legt den Fokus auf die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und nicht mehr auf Defizite in ausgewählten Lebensbereichen. Zudem umfasst er nicht nur körperliche, sondern auch geistige und seelische Beeinträchtigungen, die nun gleichermaßen anerkannt werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“:

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

- *gesundheitlich bedingt in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind und deshalb die Hilfe von anderen benötigen sowie*
- *körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.*

*Um Leistungen von der Pflegekasse erhalten zu können, müssen die Beeinträchtigungen dauerhaft, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen.*

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst (MD) oder ein anderer unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte stellen. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich.

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation des Pflegebedürftigen sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines einheitlichen Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 10).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegehilfsmitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung. Dadurch soll ermöglicht werden, dass der Pflegebedürftige möglichst lange in seinem häuslichen Umfeld bleiben kann.

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

Sobald die Pflegekasse das Gutachten erhalten hat, weist sie dem Pflegebedürftigen einen Pflegegrad zu und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid**. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad auch Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung. Ist nach Einschätzung des Gutachters eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Widerspruch

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb **eines Monats Widerspruch** einlegen.

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten beim MD angefordert werden, sofern es dem Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z. B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pfl egetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z. B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte) gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.
- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

Es kann hilfreich sein, vorab ein Beratungsgespräch bei einem Pflegeberater (siehe S. 17) zu vereinbaren, der beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt noch eine Klage beim Sozialgericht. Näheres dazu unter www.betanet.de > *Suchbegriffe: „Widerspruch Klage Berufung“*.



Praxistipps!

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuchs kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen 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 wird ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchgeführt.

Wiederholungsgutachten

Inhalt des Begutachtungsverfahrens

Beim Begutachtungsverfahren wird die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Der Blick richtet sich darauf, was der Pflegebedürftige noch selbstständig ausüben kann und wobei er Unterstützung braucht. 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 sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > *Richtlinien/Publikationen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung – Rechtliche Grundlagen* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Die zu bewertenden Module umfassen folgende Einzelkriterien:

1. Mobilität

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ergebnisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen elementarer Bedürfnisse
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Körperlich aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

4. Selbstversorgung

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfs (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

- Medikation
- Injektion (unter die Haut oder in den Muskel)
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen oder Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmitteln
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Gestaltung eines Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Es werden auch Kriterien berücksichtigt, bei denen der Hilfebedarf im Bereich der Anleitung, Motivation und Schulung besteht.

Weitere Module:

Außerhäusliche Aktivität (7) und Haushaltsführung (8)

Auch Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten (7) und bei der Haushaltsführung (8) werden erfasst. Die Module 7 und 8 dienen der **Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs** und finden bei der Berechnung des Pflegegrades keine Berücksichtigung. Der Gutachter gibt im Gutachten ggf. Empfehlungen zu Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, welche die Pflegekasse berücksichtigen muss. Hierdurch soll erreicht werden, dass der Pflegebedürftige in seiner Selbstständigkeit gezielt gefördert und unterstützt wird.

Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit.

Diese ist wie folgt definiert:

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

Berechnung des Pflegegrades

Für die Ermittlung des Pflegegrades werden die Punktwerte der einzelnen Module addiert. Die Summen werden dann je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Das soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrades mit einfließen.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

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

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

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

Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Sie bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab.

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.

Pflegeeinstufung von Kindern

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

Die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt nach folgenden Punktwerten:

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

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

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Es gelten folgende Fristen:

- **25 Arbeitstage**, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- **2 Wochen**, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- **1 Woche**, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

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

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

Der MD führt die Begutachtung in der Regel zunächst nach Aktenlage durch (sog. Überleitungsgutachten) und leitet anschließend seine Empfehlung an die Pflegekasse weiter. Diese muss innerhalb einer Woche über die Bewilligung oder Ablehnung eines vorläufigen Pflegegrads entscheiden. Dieses Verfahren soll einen schnellen und reibungslosen Übergang vom Krankenhaus bzw. einer Reha-Klinik 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 die notwendigen Pflegeleistungen von Anfang an übernommen werden.



Praxistipps!

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

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

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten (siehe S. 9) festgestellt werden.



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 Geldleistung und Pflegesachleistung (Kombinationsleistung, siehe S. 24) beantragt werden.
- Der MD bietet ein Faltblatt mit den wichtigsten Informationen zur Pflegebegutachtung. Das Faltblatt kann unter www.mdk.de > Versicherte > Pflegebegutachtung (rechte Seite) heruntergeladen werden.
- Zum Begutachtungstermin sollten alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen, z.B. Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, Bescheinigungen des Hausarztes, Gutachten und Atteste, bereitgehalten werden.
- Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung (siehe S. 17).

Beginn der Leistungen

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

Die Pflegekasse leistet

- ab dem Datum der Antragstellung, wenn der Versicherte an diesem Tag seit weniger als einem Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem 1. des Monats der Antragstellung, wenn der Versicherte am Tag der Antragstellung schon länger als einen Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem tatsächlichen Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wenn der Antrag bereits gestellt wird, wenn die Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend **Hilfe zur Pflege** (siehe S. 65). beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist.

Pflegeberatung

Pflegebedürftige aller Pflegegrade und ihre Angehörigen haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte Beratung durch einen Pflegeberater. Dieser ist fester Ansprechpartner und hilft bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten.

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.

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

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere

- den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zu ermitteln,
- einen individuellen Versorgungsplan mit den erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, 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.

Auf Wunsch werden auch Angehörige oder weitere Personen in die Beratung einbezogen. Zudem kann die Beratung in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige lebt, durchgeführt werden.



Praxistipps!

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Checkliste „Gute Beratung zur Pflege“, mit der sie die Qualität der Pflegeberatung besser einschätzen können. Kostenloser Download oder Bestellung unter www.zqp.de > *Wissensangebot* > *Ratgeber & Hilfe* > *Gute Beratung zur Pflege*.
- Bei Bezug von Pflegegeld (siehe S. 21) ist ab Pflegegrad 2 eine regelmäßige Pflegeberatung im häuslichen Umfeld (sog. Beratungseinsatz) **Pflicht**. Bei Pflegegrad 1 und bei Bezug von Pflegesachleistungen **kann** ein Beratungseinsatz vereinbart werden.

Pflegestützpunkte

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

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen z. B.:

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

Die Beratung und Angebote der Pflegestützpunkte sind für die Ratsuchenden kostenlos.



Wer hilft weiter?

- Adressen von Pflegestützpunkten können unter www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de oder beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter <https://bdb.zqp.de> gefunden werden.
- Gibt es (noch) keinen Pflegestützpunkt in der Nähe, können sich Ratsuchende an den Pflegeberater bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden.

Leistungen der Pflegeversicherung

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

Häusliche Pflege

- **Pflegegeld**, wenn die Pflege nur von (einem) Angehörigen übernommen wird (siehe S. 21).
- **Pflegesachleistung**, wenn die Pflege nur von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird (siehe S. 22).
- **Kombinationsleistung**, wenn die Pflege sowohl von (einem) Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird (siehe S. 24).
- **Ersatzpflege** (auch Verhinderungspflege genannt), wenn zu Hause vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege übernimmt (siehe S. 25).
- **Entlastungsbetrag** für anerkannte Angebote zur Förderung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung pflegender Angehöriger (siehe S. 27).
- Zusätzliche Leistungen für **ambulant betreute Wohngruppen** (siehe S. 28)
- **Pflegehilfsmittel** (siehe S. 28), dazu zählen auch Hausnotrufsysteme.

Teilstationäre Pflege

Tages- oder Nachtpflege, d. h. tageszeitweise stationäre Pflege neben der häuslichen Pflege (siehe S. 33).

Vollstationäre Pflege

- Dauerhafte Pflege im **Pflegeheim** (siehe S. 35).
- **Kurzzeitpflege**: Zeitlich begrenzte Pflege im Pflegeheim, wenn statt der häuslichen vorübergehend eine vollstationäre Pflege notwendig ist (siehe S. 38).
- Pflege in einer **Einrichtung für Menschen mit Behinderungen** (siehe S. 39).

Leistungen für pflegende Angehörige

- **Soziale Sicherung der Pflegeperson**, durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (siehe S. 41)
- **Pflegezeit**, zur Freistellung von der Arbeit für berufstätige Angehörige (siehe S. 43)
- **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**, für bis zu 10 Tage zur Organisation der Pflege (siehe S. 45)
- **Pflegeunterstützungsgeld**, als Lohnersatzleistung während der Arbeitsverhinderung (siehe S. 45)
- **Familienpflegezeit**, zur Reduzierung der Arbeitszeit während der Pflege eines Angehörigen (siehe S. 46)
- **Pflegekurse**, zur Vermittlung von Fertigkeiten für nicht erwerbsmäßig Pflegende (siehe S. 48)

Leistungen der häuslichen Pflege

Pflegegeld

Pflegegeld erhält ein Pflegebedürftiger ab Pflegegrad 2, um eine selbst beschaffte Pflegeperson zu bezahlen und damit eine geeignete Versorgung sicherzustellen.

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

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

Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegegeld in Anspruch nehmen:

- Der Pflegebedürftige erhält **keine** Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Die Pflege findet im häuslichen Bereich statt, d. h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, in einem Altenwohnheim oder einer betreuten Wohnform (auf jeden Fall **nicht** in einem Pflegeheim, dann ist der Bezug von Pflegegeld ausgeschlossen).

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

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

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

Folgende Besonderheiten sind beim Pflegegeld zu beachten:

- 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.
- Verstirbt der Pflegebedürftige, wird das Pflegegeld für den Restmonat nicht zurückgefordert.

Leistungsempfänger

Voraussetzungen

Höhe

Besonderheiten

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Das Pflegegeld und die Pflegesachleistung schließen sich in der Regel aus; möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 24).
- Neben dem Pflegegeld können zudem Pflegehilfsmittel beansprucht sowie der Entlastungsbetrag genutzt werden.
- Es ist trotz Bezug von Pflegegeld möglich, dass der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege betreut wird.
- Bei Kurzzeitpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr fortbezahlt, bei Ersatzpflege (Verhinderungspflege) bis zu 6 Wochen.

Auslandsaufenthalt

Pflegegeld kann auch während eines Auslandsaufenthalts bezogen werden:

- Bei Wohnsitz oder längerem Aufenthalt in den Ländern der EU bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR).
- In allen anderen Ländern bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland von maximal 6 Wochen pro Kalenderjahr. Darüber hinaus ruht der Anspruch auf Pflegeleistungen für die Dauer des Aufenthalts.

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

Verpflichtender Beratungseinsatz

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die Pflegegeld beziehen, ist halbjährlich, bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich, eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld **verpflichtend**. Termine müssen **selbstständig** vom Leistungsbezieher vereinbart werden.

Bei Versäumnis oder Verweigerung der Beratungseinsätze drohen Kürzungen oder Streichungen von Leistungen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einen Beratungstermin wahrnehmen. Dieser ist aber nicht verpflichtend.

Pflegesachleistung

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

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

Die Pflegekassen haben ein Verzeichnis aller Pflegedienste und Einzelpersonen, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Sie müssen den Pflegebedürftigen Auskunft darüber erteilen, welche Pflegedienste und Einzelpersonen Pflegesachleistungen anbieten. Die Pflegekassen verfügen zudem über eine Preisliste der einzelnen Pflegeleistungen.

Seit Mai 2019 können nicht nur ambulante Pflege-, sondern auch Betreuungsdienste mit dem Sachleistungsbudget in Anspruch genommen werden. Ambulante Betreuungsdienste leisten häusliche Betreuungsleistungen wie z. B. Gespräche führen, Begleitung bei Spaziergängen und gedächtnisfördernde Beschäftigungen.

Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen:

- Der Pflegebedürftige erhält **keine** häusliche Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung und
- die Pflege findet im häuslichen Bereich statt, d. h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, im Altenwohnheim oder einer betreuten Wohnform (nicht im Pflegeheim, dann sind Pflegesachleistungen ausgeschlossen).
- Der Pflegebedürftige befindet sich nicht im Ausland.

Die professionelle Pflegekraft erhält monatlich bis zu:

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

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Pflegesachleistung und Pflegegeld schließen sich normalerweise aus. Möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 24).
- Neben der Pflegesachleistung können auch der Entlastungsbetrag und Pflegehilfsmittel beantragt werden.
- Es besteht auch die Möglichkeit den Pflegebedürftigen neben dem Bezug von Pflegesachleistungen in einer Tages- oder Nachtpflege betreuen zu lassen.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 3 können halbjährlich, Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich, eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld in Anspruch nehmen. Termine für die Beratungseinsätze müssen eigenständig mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbart werden.

Voraussetzungen

Höhe

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Freiwillige Beratungseinsätze

Praxistipps!

- Leben mehrere Pflegebedürftige, die von einer professionellen Pflegekraft betreut werden, in einem Haushalt (z. B. Senioren-WG), dann können sie ihre Pflegesachleistungsansprüche in einen **gemeinsamen Pool** geben. Die Zeitersparnis, die die Pflegekraft durch den gemeinsamen Haushalt hat, kommt den Pflegebedürftigen zugute.
- Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mindestens zu dritt leben und jeweils einen Pflegegrad haben, bekommen unter bestimmten Voraussetzungen einen monatlichen Zuschuss von 214 € (siehe S. 28).

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung bedeutet, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehöriger) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) erbracht wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand für die Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an den Pflegebedürftigen.

Höhe

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

Berechnungsbeispiel

Bei Pflegegrad 3 besteht ein voller Anspruch auf Pflegesachleistung in Höhe von 1.298 €.

Davon nimmt der Pflegebedürftige 75%, also 973,50 € in Form von Pflegesachleistungen in Anspruch.

Der volle Anspruch auf Pflegegeld bei Pflegegrad 3 beträgt 545 €.

25% von 545 € ergeben ein anteiliges Pflegegeld von 136,25 €, über das der Pflegebedürftige verfügen kann.

An die einmal gewählte prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung ist der Pflegebedürftige 6 Monate lang gebunden. Sie kann nur vorzeitig geändert werden, wenn eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten ist, z. B. wenn die häusliche Pflege nur durch eine höhere Anzahl von Pflegeeinsätzen des ambulanten Pflegedienstes sichergestellt werden kann. Wenn sich nachträglich herausstellt, dass weniger Sachleistungen als geplant geleistet wurden, wird im Nachhinein auch ein erhöhtes anteiliges Pflegegeld bezahlt.

Änderung der Aufteilung

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Zusätzlich zur Kombinationsleistung kann auch Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen werden.
- Neben der Kombinationsleistung können auch der Entlastungsbetrag und Pflegehilfsmittel beansprucht werden.
- Während der Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds für bis zu 6 Wochen fortbezahlt, bei einer Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen.
- In den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Medizinischen Reha-Maßnahme oder häuslicher Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung wird das anteilige Pflegegeld einer Kombinationsleistung weitergezahlt.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Ersatzpflege

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

Folgende Voraussetzungen müssen für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) erfüllt sein:

- Die normalerweise tätige Pflegeperson ist wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert.
- Wenn die Ersatzpflege **erstmalig** in Anspruch genommen wird, **muss** die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits **mindestens 6 Monate** in seiner häuslichen Umgebung **gepflegt haben**. Den Beginn der Pflege in häuslicher Umgebung setzen die meisten Pflegekassen mit der Einstufung in einen Pflegegrad gleich.
- Der Pflegebedürftige muss zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens den Pflegegrad 2 haben.

Voraussetzungen

Dauer und Kosten

Ersatzpflege wird auch anerkannt, wenn

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

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für maximal 6 Wochen im Kalenderjahr.

Die Kosten für eine Ersatzpflegekraft dürfen 1.612 € im Kalenderjahr nicht überschreiten. Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je **Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschluss bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Als **Verwandte** gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister. Als **Verschwägte** gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Wird die Ersatzpflege in einer stationären Einrichtung (z. B. Wohnheim für behinderte Menschen oder Pflegeheim) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.612 € im Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen.

Praxistipps!

- Wird die Ersatzpflege stundenweise erbracht, reduziert sich zwar der Geldbetrag, aber nicht die Höchstdauer. Erst ab 8 Stunden täglich verringert sich die Anspruchsdauer um einen Tag.
- Das Pflegegeld für den Pflegebedürftigen wird bei stundenweiser Inanspruchnahme der Ersatzpflege von weniger als 8 Stunden täglich nicht gekürzt.
- Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt.
- Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Ersatzpflege im selben Jahr auch Kurzzeitpflege beantragt werden.

- Die Leistungen des **Familienunterstützenden Dienstes**, der bei Familien mit Kindern mit Behinderungen diese stundenweise betreut, um den restlichen Familienangehörigen Aktivitäten ohne das Kind mit Behinderungen zu ermöglichen, können bei einer Einstufung durch die Pflegekasse über die Ersatzpflege abgerechnet werden. Auch für Erwachsene mit Behinderungen gilt diese Möglichkeit.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Dadurch sollen Pflegepersonen entlastet und die Eigenständigkeit von Pflegebedürftigen gefördert werden.

Der Entlastungsbetrag ist zweckmäßig für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltags einzusetzen.

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Leistungen ambulanter Pflegedienste (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies **nicht** für Leistungen aus dem Modul der Selbstversorgung, siehe S. 11) *oder*
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z. B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst).

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.

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



Praxistipps!

- 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 Leistungsbetrags muss nicht beantragt werden.

Voraussetzungen

Ambulant betreute Wohngruppen

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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

Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, die die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Es gibt Pflegehilfsmittel

- 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.

Hilfsmittel können in der Regel neben den anderen Leistungen der häuslichen Pflege gewährt werden. Auch Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds (siehe S. 67) und Hausnotrufsysteme (siehe S. 69) zählen hierzu.

Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst:

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

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

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

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

Bei zum **Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** (Produktgruppe 54) übernimmt die Pflegekasse Kosten von bis zu 40 € im Monat. Der Versicherte muss den Betrag, der 40 € monatlich übersteigt, selbst bezahlen.

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

Umfang

Kostenübernahme

Festbeträge

Kostenträger

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

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

Zuzahlungen

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

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

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

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 57).



Praxistipps!

- Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus, mit welcher der Versicherte die benötigten Pflegehilfsmittel vom zugelassenen Leistungsträger erhält. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.
- Bei „großen“ Hilfsmitteln wie einem Pflegebett oder Pflegerollstuhl muss eine Verordnung des Arztes beim Sanitätshaus eingereicht werden. Dieses überprüft dann die Kostenübernahme. Auch die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel von der Krankenkasse bezahlt werden muss.
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.
- Ein sog. Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel oder technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. Es ist bei den Pflegekassen und teilweise auch in Sanitätshäusern erhältlich.

Online findet man es unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> >

Hilfsmittelverzeichnis. Pflegehilfsmittel stehen am Ende ab Produktgruppe 50.

Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe

Wenn Menschen mit Behinderungen zu Hause gepflegt werden, ergeben sich häufig Abgrenzungsprobleme zur Eingliederungshilfe.

Bei der Abgrenzung kommt es auf die Zielsetzung an: Dient die Pflege dazu den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zu kompensieren und ihn bei der Wieder-
gewinnung oder Erhaltung seiner Fähigkeiten zu unterstützen, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten. Steht vornehmlich oder ausschließlich die Milderung der Behinderung oder die Befähigung zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung im Vordergrund, ist der Träger der Eingliederungshilfe zuständig.

Wenn der Bedarf bereits durch Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt werden kann, wird nicht zusätzlich Eingliederungshilfe gewährt. Werden jedoch neben den Pflegeleistungen auch Leistungen der Eingliederungshilfe benötigt, werden diese vom zuständigen Eingliederungshilfe-Träger übernommen.

Für die Leistungen der Pflegeversicherung gibt es pauschale (Geld-)Leistungen. Die Eingliederungshilfe leistet bis zur Bedarfsdeckung, das heißt sie übernimmt alle Leistungen die notwendig sind, um dem Betroffenen die volle Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriffe: „Eingliederungshilfe Einkommen und Vermögen“*.



Praxistipp!

Genauere Informationen zur Abgrenzung der Pflege und Eingliederungshilfe finden Sie in der Broschüre „Pflege in der Eingliederungshilfe“ der Bethel Stiftung unter www.bethel.de/bthg.html > *Pflege in der Eingliederungshilfe*.

Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, benötigen häufig ambulante Behandlungen, zu denen sie gefahren werden müssen. Es wird dabei zwischen Krankentransporten und Krankenfahrten unterschieden. Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Krankenkasse die Kosten.

Krankentransporte

Krankentransporte sind erforderlich, wenn der Patient zwar kein Notfall ist, aber eine fachliche Betreuung oder die besondere Einrichtung des Krankentransportwagens (KTW) braucht, oder wenn bei einer schweren, ansteckenden Krankheit eine Ausbreitung verhindert werden muss.

- Die Krankenkasse übernimmt Krankentransporte zu stationären Leistungen, zu vor- und nachstationären Behandlungen und zu ambulanten Operationen ohne vorherige Genehmigung.
- Krankentransporte zu allen sonstigen ambulanten Behandlungen müssen nach der Verordnung erst von der Krankenkasse genehmigt werden.

Krankenfahrten

Alle Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung gelten als **Krankenfahrten**. Sie erfolgen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen, Wagen mit behindertengerechter Ausstattung oder Taxen.

Die Krankenkasse übernimmt Krankenfahrten nach ärztlicher Verordnung:

- Zu stationären Leistungen.
- Zu vor- und nachstationären Behandlungen, wenn dadurch eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.
- Zu ambulanten Operationen und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen nur, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden wird oder wenn diese nicht machbar ist.
- Zu ambulanten Behandlungen bei:
 - Patienten mit Pflegegrad 3, wenn zusätzlich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt. Letzteres gilt nicht, wenn bereits am 31.12.2016 Pflegestufe 2 vorlag.
 - Patienten mit Pflegegrad 4 oder 5.
 - Menschen mit den Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), dem Merkzeichen BI (blind) oder dem Merkzeichen H (hilflos) im Schwerbehindertenausweis.

Bei allen anderen Patienten muss die Krankenfahrt zu einer ambulanten Behandlung vorher von der Krankenkasse genehmigt werden.

Weitere Informationen zu Fahrtkosten der Krankenbeförderung unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Fahrtkosten Krankenbeförderung“.

Teilstationäre Pflege

Die Tagespflege und die Nachtpflege sind teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung, d.h. der Pflegebedürftige wird teilweise in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und teilweise zu Hause gepflegt. Das kann sinnvoll sein, damit er weiterhin zu Hause leben kann, auch wenn seine Pflege dort nicht rund um die Uhr sichergestellt werden kann.

Einrichtungen, die Tages- oder Nachtpflege im Sinne der Pflegeversicherung anbieten, müssen eine Zulassung nach § 71 Abs. 2 SGB XI haben. Nacht- und Wochenendpflege sind nicht überall verfügbar. Die Pflegekassen haben Verzeichnisse der regionalen Pflegeeinrichtungen einschließlich Leistungs- und Preislisten.

Tagespflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, alleine in ihrer Wohnung zu leben und tagsüber Unterstützung brauchen, ansonsten aber von ihren Familien oder anderen Personen zu Hause gepflegt werden.

Tagespflege

Nachtpflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die Hilfestellungen beim Zubettgehen, beim Aufstehen und bei Maßnahmen der Körperpflege benötigen. Nachtpflegeeinrichtungen werden oft von dementen Personen besucht, die einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben. Wenn diese nachts in einer Nachtpflege untergebracht sind, können die Angehörigen durchschlafen und sich tagsüber wieder um ihre dementen Angehörigen kümmern.

Nachtpflege

Nicht zu den Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege gehören:

- Krankenhäuser *oder*
- Stationäre Einrichtungen, in denen die
 - medizinische Vorsorge oder Rehabilitation,
 - berufliche oder soziale Eingliederung,
 - schulische Ausbildung *oder*
 - Erziehung kranker Menschen oder Menschen mit Behinderungenim Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen. Hierzu zählen insbesondere Einrichtungen der Behindertenhilfe, z. B. Werkstätten für behinderte Menschen und Fördergruppen.

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

Wochenendpflege

Voraussetzungen

Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Umfang

Zu den Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, welche die Pflegeversicherung 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.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen.

Höhe

Die Sätze für die Tages- oder Nachtpflege entsprechen den Pflegesachleistungen und richten sich nach dem Pflegegrad.

Die Pflegekasse zahlt je nach Pflegegrad monatlich bis zu:

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

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können die teilstationäre Pflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, ohne dass dies auf die Leistungen angerechnet wird.



Wer hilft weiter?

Adressen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen können bei der Pflegekasse oder Pflegestützpunkten erfragt werden.

Vollstationäre Pflege

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

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

Besonderheiten im Einzelfall sind z. B.:

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

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

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

Die Pflegekasse übernimmt einen pauschalen Betrag für

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

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen.

Voraussetzungen

Umfang

Höhe

Der Anspruch beträgt monatlich:

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

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

Eigenanteil

Der Pflegebedürftige muss bei der vollstationären Pflege einen pflegebedingten **Eigenanteil** leisten. Die Höhe des Eigenanteils ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Er gilt einheitlich für alle Pflegegrade und erhöht sich daher nicht, wenn eine Höherstufung erfolgt. Die Zahlungspflicht beginnt mit dem Aufnahmetag und endet an dem Tag, an dem der Heimbewohner auszieht oder verstirbt.

Wenn der Pflegebedürftige den Eigenanteil aus seinem Einkommen (in der Regel die Rente) und seinem Vermögen nicht leisten kann, werden seine Eltern, Ehepartner sowie Kinder und indirekt deren Ehepartner herangezogen. Durch die Einführung des Angehörigen-Entlastungsgesetzes müssen Kinder seit 01.01.2020 jedoch erst ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 € zum Unterhalt der Eltern beitragen. Können die Unterhaltspflichtigen nicht zahlen, leistet das Sozialamt.

Näheres zur Unterhaltspflicht von Angehörigen im Rahmen der Sozialhilfe unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Unterhaltspflicht“.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der häuslichen Pflege und der vollstationären Pflege schließen sich gegenseitig aus.

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

In 3 Bundesländern können pflegebedürftige Pflegeheimbewohner mit geringem Einkommen **Pflegewohnngeld** beantragen.

Es unterstützt die Zahlung des Investitionskostenzuschusses:

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

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



Praxistipp!

- In der vom Bundesjustizministerium geförderten „Weißen Liste“ der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen findet man eine Checkliste für Pflegeheime, die Entscheidungskriterien für die Wahl des richtigen Pflegeheims enthält: www.weisse-liste.de > *Pflege* > *Pflegeheim-Checkliste*.
- Das Bundesfamilienministerium gibt einen Leitfaden heraus, der bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz unterstützen soll: „Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen“. Download unter www.bmfsfj.de > *Service* > *Publikationen* > *Suchbegriff: „Wohn- und Betreuungsform“*.
- Zum 01.11.2019 wurde das Verfahren zur Prüfung und Darstellung der Pflegequalität in der stationären Pflege aktualisiert. Die ersten Ergebnisse nach dem neuen Qualitätsbewertungssystem werden ab dem Frühjahr 2020 veröffentlicht. Sie sollen dabei helfen die Qualität einzelner Pflegeeinrichtungen besser einschätzen zu können, um eine geeignete Pflegeeinrichtung auszuwählen. Näheres zum neuen Bewertungssystem unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Qualität und Transparenz* > *Qualitätsprüfungen* > *Stationäre Pflege*.
 Unter folgenden Links sind die Qualitätsberichte einsehbar:
 - www.aok-gesundheitspartner.de > *Pflege* > *Pflege-Navigator* (AOK)
 - www.bkk-pflegefindex.de (BKK)
 - www.pflegelotse.de (vdek - Verband der Ersatzkassen)

Kurzzeitpflege

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

Anspruch

Anspruch auf die Unterbringung eines Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege besteht,

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder
- in Krisensituationen oder
- wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist und
- wenn der Pflegebedürftige mindestens Pflegegrad 2 hat.

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

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

Umfang, Dauer und Höhe

Die Pflegekasse übernimmt pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst bezahlen. Zudem ist ein **Eigenanteil** zu leisten. Die Höhe des Eigenanteils ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse. Der Eigenanteil kann auch mit dem Entlastungsbetrag bezahlt werden.

Kurzzeitpflege kann bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden und wird bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 € im Jahr bezahlt. Der Betrag ist einheitlich für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf insgesamt bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Die Kurzzeitpflege findet in einer vollstationären Einrichtung statt, sodass während des dortigen Aufenthaltes weitere Leistungen der häuslichen Pflege nicht gewährt werden. Allerdings wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds für bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr fortbezahlt.

Praxistipp!

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.

Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen

Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen haben eine vorrangig andere Zielsetzung als die der Pflege.

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 Betreuungsgesetz (WBG) unterliegen *und*
- in denen der Umfang der Gesamtversorgung durch Leistungserbringer regelmäßig dem einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

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.

Umfang und Höhe

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 Pflege tage 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 Pflege tage ist der Kalendermonat immer mit 30 Tagen anzusetzen.

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



Wer hilft weiter?

Informationen zu allen Themen rund um die Pflege geben Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind oft stark belastet. Die Pflegeversicherung bietet neben dem Pflegegeld, dem Entlastungsbetrag und der Kurzzeit- und Ersatzpflege weitere Leistungen, die pflegende Angehörige bei ihrer wichtigen Tätigkeit unterstützen sollen.

Soziale Sicherung

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen, werden von der Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen sozial abgesichert.

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Bei Erhalt von Pflegeunterstützungsgeld (siehe S. 45) und in der Familienpflegezeit (siehe S. 46) gelten andere Regelungen.

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

Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter www.dguv.de > *Quicklinks und Services* > *Unfallkassen*.

Praxistipp!

Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bestellung oder Download unter www.bmas.de > *Service* > *Publikationen* > *Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“*.

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

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

Unfallversicherung

Rentenversicherung

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

Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d. h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z. B. eine Medizinische Reha-Maßnahme.

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

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

Seit dem 01.07.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert werden.

Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“.

Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Vor der Rente heruntergeladen werden.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt (siehe S. 65), werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Krankenversicherung

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

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

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

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur **Arbeitslosenversicherung**. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Arbeitslosenversicherung

Pflegezeit

Für berufstätige Angehörige gibt es einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen.

Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

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

Voraussetzungen

- 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.
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber. Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Dabei muss der Zeitraum der Pflegezeit oder der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt sein.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Dauer

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Sie kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe unten).

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

Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen längstens 24 Monate dauern.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder ist eine häusliche Pflege nicht mehr möglich, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden. Solche Umstände können z. B. Tod des Pflegebedürftigen, stationäre Unterbringung oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein. Liegen keine entsprechenden schweren Umstände vor und die Pflegezeit soll trotzdem vorzeitig beendet werden, so ist dies von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig.

Verlängerung der Pflegezeit

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

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

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Pflegezeit

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson über die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Die Pflegekasse führt an folgende gesetzliche Sozialversicherungen Beiträge ab:

- **Unfallversicherung**
- **Rentenversicherung:**
Die Höhe der Beiträge orientiert sich am Pflegegrad des Pflegebedürftigen.
- **Kranken- und Pflegeversicherung:**
Besteht die Möglichkeit der Familienversicherung, so ist diese zu wählen. Ist dies nicht möglich, muss sich die Pflegeperson während der Pflegezeit freiwillig oder privat krankenversichern. Auf Antrag bezuschusst die Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags der Kranken- und Pflegeversicherung.

Pflegepersonen können sich unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig in der **Arbeitslosenversicherung** versichern.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die **kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße einen Anspruch hat. Diese sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation genutzt werden.**

In dieser Zeit kann z. B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Dieser kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Lohnfortzahlungen können gegeben sein, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

Pflegeunterstützungsgeld

Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Sie benötigt dazu eine ärztliche Bescheinigung. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird beim Bezug einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

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

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2020 maximal 109,38 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Während des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld bleibt die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.
- Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt, aber die Pflegeperson steht während der Pfl egetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeträge zu Renten- und Krankenversicherung.

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

Voraussetzungen

Höhe

Sozialversicherung

Kündigungsschutz

Familienpflegezeit

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

Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MD nachgewiesen werden. Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

Dauer

Im Rahmen der Familienpflegezeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu **15 Stunden** reduzieren.

Die Familienpflegezeit darf **maximal 24 Monate** dauern.

In der Familienpflegezeit besteht **Kündigungsschutz**.

Kombination mit Pflegezeit

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

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

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

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

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase 8 Wochen nachdem

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

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

Praxistipp!

Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesfamilienministerium heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Pflege und Beruf“.

Im Rahmen der reduzierten Lohnzahlung werden auch Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung weiterbezahlt.

Wegen des niedrigeren Einkommens während der Familienpflegezeit sind im Bedarfsfall auch Arbeitslosengeld und Krankengeld niedriger.

Auch die Beiträge zur Rentenversicherung sind während dieser Zeit niedriger, da sie sich prozentual aus dem Einkommen berechnen. Allerdings haben Pflegenden die Möglichkeit, zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung über die Pflegekasse zu beantragen. Weitere Auskünfte gibt der Rentenversicherungsträger.

Ist der Pflegenden privat krankenversichert, weil sein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann es passieren, dass das reduzierte Einkommen unter diese Grenze sinkt. Dann ist der Pflegenden verpflichtet, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Auf Antrag kann er jedoch für die Familienpflegezeit von dieser Versicherungspflicht befreit werden und Mitglied seiner privaten Krankenversicherung bleiben. Für diese Zeit wird in der Regel eine individuelle, befristete Vertragsänderung ausgehandelt.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > Aufgaben > Familienpflegezeit einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags. 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.

Während der Pflegezeit und der Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts. Zur Berechnung des Darlehens wird auch bei einer vollständigen Freistellung maximal eine fiktive Arbeitszeit von 15 Wochenstunden angesetzt.

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

Höhe

Zinsloses Darlehen

Rückzahlung des Darlehens

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

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

Eine Stundung ist in folgenden Härtefällen bei Bezug von

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



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 9–18 Uhr und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter www.wege-zur-pflege.de an.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern, bietet die Pflegekasse Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen an.

Pflegekurse vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Oft werden diese Kurse von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten.

Die Teilnahme ist für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer kostenlos.



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Vorsorge und Rehabilitation

Pflegende Angehörige sind häufig stark belastet – sowohl körperlich als auch psychisch. Das führt nicht selten zu gesundheitlichen Problemen.

Um die Gesundheit pflegender Angehöriger zu erhalten oder wiederherzustellen, kann eine Vorsorgekur oder Rehabilitation beantragt werden.

Während der Auszeit der Pflegeperson kann der Pflegebedürftige über die Ersatzpflege (siehe S. 25) von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (siehe S. 38) versorgt werden.

Eine **ambulante Vorsorgekur** wird an einem anerkannten Kurort erbracht. Anerkannte Kurorte zeichnen sich durch das Vorhandensein natürlicher Heilmittel aus, z. B. Heilquellen oder besonderes Klima. Der pflegende Angehörige muss die Kureinrichtung für eine ambulante Vorsorgekur selbst aussuchen und seinen Aufenthalt selbst organisieren. Für Anwendungen am Kurort muss der Patient eine Verordnung von seinem behandelnden Arzt oder vom Kurarzt (Badearzt) vor Ort vorlegen. Anwendungen sind z. B. Krankengymnastik oder Massagen.

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

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

Im Gegensatz zur stationären Vorsorgekur müssen pflegende Angehörige ab dem 18. Geburtstag Zuzahlungen für Anwendungen am Kurort leisten.

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

Pflegende Angehörige ab 18 Jahren müssen eine Zuzahlung von 10 € täglich für die Dauer des Aufenthalts leisten.

**Ambulante
Vorsorgekur**

**Stationäre
Vorsorgekur**

Medizinische Rehabilitation

Eine **Medizinische Reha** umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Sie wird ambulant oder stationär erbracht, wobei eine ambulante Reha grundsätzlich Vorrang hat. Seit 01.01.2019 können pflegende Angehörige jedoch auch dann eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

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

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren. Ausnahmen hinsichtlich dieses Zeitraums gibt es nur bei dringender medizinischer Erforderlichkeit der Reha.

Es ist möglich, dass Reha-Kliniken neben dem Pflegenden auch den Pflegebedürftigen aufnehmen, falls sie die Voraussetzungen erfüllen.



Praxistipps!

- Ein Ratgeber, der vor allem auf die psychische Belastung abzielt, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) herausgegeben. Er kann unter dem Titel „Entlastung für die Seele“ bei der DPtV unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren heruntergeladen werden.
- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de. 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.
- Pflegende Frauen können für eine Auszeit auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen. Weitere Informationen unter www.muettergenesungswerk.de.
- Ein schwieriges und sensibles Thema ist Gewalt gegen Pflegebedürftige, aber auch gegen Pflegende. Informationen und hilfreiche Anlaufstellen gibt es unter www.pflege-gewalt.de.

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

Die legale Beschäftigung ausländischer Kräfte, die vorwiegend aus Osteuropa kommen, ist über verschiedene Modelle möglich. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“ und „Pflegekraft“.

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

Eine ausländische Haushaltshilfe darf folgende Dienstleistungen anbieten:

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

Zur Verdeutlichung:

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

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

Für die gesamte Pflegebranche gelten Mindestlöhne. Sie betragen seit 01.01.2020 pro Stunde 11,35 €/10,85 € (West/Ost).

Beschäftigungsmodelle

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

Arbeitgebermodell

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

Pflegebedürftige bzw. Privathaushalte, die eine ausländische Haushalts- 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- 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 Arbeitgebers. Wenn das Arbeitsverhältnis jedoch mit einer sog. Zweckbestimmung versehen ist, endet er mit Erreichung des Zwecks, frühestens jedoch 2 Wochen nach einer schriftlichen Information über den Zeitpunkt der Zweckerreichung.
- Es besteht während der Beschäftigung für die Arbeitskraft eine Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.
- Das Gehalt muss konkret angegeben werden und den tariflichen oder ortsüblichen Bedingungen entsprechen. Informationen hierzu geben die örtlichen Agenturen für Arbeit oder die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung.
- Es muss ein eigenes Zimmer für die Haushalts- oder Pflegekraft vorhanden sein. Bei freier Kost und Logis werden die entsprechenden Kosten als geldwerter Vorteil zum Bruttoeinkommen hinzugerechnet.

Entsendemodell

Beim **Entsendemodell** wird vom Pflegebedürftigen ein ausländisches Unternehmen beauftragt, das eine bei ihm angestellte Haushalts- oder Pflegekraft in seinen Haushalt entsendet. Das ausländische Entsendeunternehmen fungiert als Arbeitgeber, zahlt das Gehalt der Arbeitskraft und leistet im Heimatland Steuern und Sozialabgaben. Obwohl die Haushalts- oder Pflegekraft im Heimatland angestellt ist, müssen die Vorgaben des deutschen Arbeitsrechts eingehalten werden.

Der Auftraggeber zahlt einen monatlichen Betrag an das ausländische Unternehmen. Pflegebedürftige oder Angehörige sollten sich unbedingt vergewissern, dass die entsendete Kraft im Ausland sozialversichert ist. Als Nachweis dient die sog. A1-Bescheinigung.

In der Regel werden ausländische Kräfte vom Entsendeunternehmen max. für 2 Jahre entsendet, da nach Ablauf dieser Frist das deutsche Sozialversicherungsrecht gilt.

Für **Selbstständige** gilt in der EU die uneingeschränkte Dienstleistungsfreiheit. Die Haushalts- oder Pflegekraft meldet in Deutschland oder ihrem Heimatland ein eigenes Gewerbe an und arbeitet auf eigene Rechnung. Der Pflegebedürftige schließt einen Dienstleistungsvertrag mit ihr ab, in dem Regelungen über die Tätigkeiten, Vertragsdauer und Vergütung vereinbart werden. Selbstständige dürfen allerdings weder in ihrem Heimatland, noch in Deutschland den Weisungen des Arbeitgebers unterworfen sein. Wenn es jedoch nur einen Auftraggeber gibt (den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen), die Haushalts- oder Pflegekraft dort im Haushalt wohnt und seine Anweisungen befolgt, handelt es sich um eine Scheinselbstständigkeit. Diese ist gesetzlich verboten und wird, auch für den Auftraggeber, mit hohen Strafen geahndet.

Selbstständige Kräfte



Praxistipps!

- Der Deutsche Caritasverband e.V. hat einen Leitfaden zu Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Haushaltshilfen in Haushalten von Pflegebedürftigen erstellt. Er kann unter www.caritas.de > *Hilfe und Beratung* > *Ratgeber* > *Alter und Pflege* > *Pflege* > *Haushaltshilfen legal beschäftigen* eingesehen werden.
- Das von der Caritas entwickelte Modell „Carifair“ vermittelt in Polen geschulte Betreuungskräfte in deutsche Privathaushalte und unterstützt Pflegebedürftige und Angehörige bei der Organisation des Arbeitsverhältnisses. Nähere Informationen unter <https://carifair.de>. Ein ähnliches Angebot bietet die Diakonie mit dem Modell „FairCare“: www.vij-faircare.de.
- Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden, wenn sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegt werden können.



Wer hilft weiter?

- Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit ist für die Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland verantwortlich. Kontakt unter www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/startseite.
- Informationen und Beratung bieten auch Pflegestützpunkte.

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

Versicherer

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Pflegebedürftige erhalten in der Regel auch Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Medikamente. Hierbei müssen sie einen Teil der Kosten in Form von Zuzahlungen selbst tragen.

Die folgenden Seiten informieren über die Höhe der Zuzahlungen und die Möglichkeiten, sich unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreien zu lassen.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5 €	Preis = Zuzahlung
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises
ab 100 €	10 €

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden. 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 bei einem Arzneimittel. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Betroffene selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Physio- oder Ergotherapie.

Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

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

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.

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

Haushaltshilfe

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

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10% der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

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

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

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedenen-geschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z. B. Ehegatte): 5.733 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.822 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.812 €.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Freibetrag

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

Was zu den „**Einnahmen zum Lebensunterhalt**“ zählt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Altersrenten
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im **gemeinsamen Haushalt** (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner. **Nicht** hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, z. B.:

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliches Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

Auch die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

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

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

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt gegebenenfalls eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)

ergibt: 8.643 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 172,86 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- **Schwerwiegend chronisch krank**

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

- pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

- **Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat oder **therapiegerechtes Verhalten** nachweisen kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen:

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

Voraussetzungen

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen
- mit schweren geistigen Behinderungen
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen.

Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich **nicht** an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Richtlinie

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



Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

Landespflegegeld

Das Landespflegegeld wurde 2018 in Bayern zur zusätzlichen Unterstützung für Pflegebedürftige eingeführt. In drei weiteren Bundesländern gibt es eine vergleichbare Leistung, die jedoch eine Schwerbehinderung voraussetzt.

Nur das **Landespflegegeld Bayern** ist speziell auf Pflegebedürftige ausgerichtet.

Um Landespflegegeld zu erhalten gelten folgende Regelungen:

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

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

Das Landespflegegeld beträgt 1.000 € pro Jahr. Es ist nicht steuerpflichtig.

Der **Antrag** muss spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres bei der Landespflegegeldstelle 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.landespflegegeld.bayern.de > *Antrag*.

Antragsformulare gibt es auch bei den Finanzämtern, den Landratsämtern oder dem Zentrum Bayern Familie und Soziales.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen zum Landespflegegeld Bayern erhalten Sie unter www.landespflegegeld.bayern.de oder per E-Mail an: landespflegegeld@lfp.bayern.de.

Voraussetzungen

Höhe

Antrag

Andere Bundesländer

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung ab 50) in folgenden Bundesländern Landespflegegeld:

- **Brandenburg:**

Monatlich 192,40 €.

Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter

<https://msgiv.brandenburg.de> > Themen > Soziales > Soziale Leistungen.

- **Bremen:**

Monatlich 435,08 €, 1 bis unter 18 Jahre 217,54 €.

Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter www.service.bremen.de >

Dienstleistungen > Dienstleistungen A-Z > L > Landespflegegeld für blinde und schwerstbehinderte Menschen.

- **Rheinland-Pfalz:**

Monatlich 384 €, unter 18 Jahre 192 €.

Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter <https://bus.rlp.de> >

Leistungen von A-Z Buchstaben K-L > Landespflegegeld.

Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

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

Hilfe zur Pflege leistet das Sozialamt vor allem

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit, welche die Pflegekasse feststellt und die für das Sozialamt verbindlich ist.
- Einkommensgrenzen:
 - Pflegebedürftige dürfen bestimmte Einkommensgrenzen (§§ 85 ff. SGB XII) nicht überschreiten. Alleinstehende Pflegebedürftige, die niemand anderem unterhaltspflichtig sind, haben bei einem dauerhaften Heimaufenthalt in der Regel ihr gesamtes Einkommen einzusetzen. Für schwerpflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 4 oder 5 und blinde Menschen gilt eine Sonderregel: Hier dürfen maximal 40% des Einkommens über der Einkommensgrenze angerechnet werden.
 - 2017 wurde mit dem Bundesteilhabegesetz ein zusätzlicher Einkommensfreibetrag eingeführt: 40% des Bruttoeinkommens, jedoch max. 275,60 € (65% der Regelbedarfsstufe 1). Dieser Freibetrag gilt nur für Einkommen aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Arbeit, nicht für (Erwerbsminderungs-)Rente.
 - Sonderregelung zum Einsatz von Vermögen: Zusätzlicher Vermögensschonbetrag von bis zu 25.000 € für die Lebensführung und die Alterssicherung, wenn dieser Betrag ganz oder überwiegend als Einkommen aus einer Tätigkeit des Pflegebedürftigen während des Bezugs von Hilfe zur Pflege erworben wird.

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

Voraussetzungen

Wird neben der Hilfe zur Pflege zusätzlich Eingliederungshilfe geleistet, greift seit 2020 das sog. **Lebenslagenmodell**. Das bedeutet: Wurden Leistungen der Eingliederungshilfe bereits vor der Regelaltersrente gewährt, gelten die Einkommensregelungen der Eingliederungshilfe. Werden Leistungen der Eingliederungshilfe erst nach Erreichen der Regelaltersgrenze benötigt, gelten die Regelungen der Hilfe zur Pflege.

 **Praxistipp!**

Genauere Informationen zum Lebenslagenmodell finden Sie in der Broschüre „Pflege in der Eingliederungshilfe“ der Bethel Stiftung unter: www.bethel.de/bthg.html > *Pflege in der Eingliederungshilfe*.

***Unterhaltspflicht
von Eltern***

Eltern leisten für alle Maßnahmen der Hilfe zur Pflege ihrer volljährigen Kinder mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit ab einem Jahresbruttoeinkommen von mehr als 100.000 € einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 34,44 € monatlich.

Wohnen im Alter

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

Wohnumfeldverbesserung

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

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Die Maßnahmen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

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

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

Einbau von Dusche, Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen oder Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation.

Zu den Kosten zählen auch statische Gutachten, Antragsgebühren, Kosten der Bauüberwachung sowie nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstausschlag von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

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

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.000 € je Pflegebedürftigem nicht übersteigen.

Voraussetzungen

Begutachtung

Höhe

Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000 € begrenzt. Bei mehr als 4 Pflegebedürftigen werden die 16.000 € anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.

Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriffe: „Eingliederungshilfe Einkommen und Vermögen“*.
- **Antrag: Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst **danach** die Rechnung bei der Pflegekasse einreicht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die KfW-Bankengruppe fördert mit dem Programm „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 > *Suchbegriff „159“*. Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: www.kfw.de > *Suchbegriff „124“* für Wohneigentümergeinschaften oder *Suchbegriff „134“* für Genossenschaftsanteile.

Wer hilft weiter?

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

Hausnotrufsysteme

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

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 via GSM möglich. Im Notfall löst ein Knopfdruck auf den Funksender bei der Notrufzentrale einen Notruf aus. Automatisch wird sofort eine Sprechverbindung hergestellt und der Mitarbeiter in der Hausnotrufzentrale kann erfragen, um welche Art von Notfall es sich handelt und die notwendigen Hilfen veranlassen, die vorher in einem Hilfeplan vereinbart wurden. So können z. B. zunächst Verwandte oder Nachbarn verständigt werden, je nach Situation auch sofort der Notarzt oder Rettungsdienst. Die Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüssel hinterlegung an, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

Zusatzfunktionen

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

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 neben der Anschlussgebühr 20 bis 40 € monatlich veranschlagt werden plus die Anschlussgebühr von ca. 10 bis 80 €.

Funktionsweise

Kosten

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den MDK in der Regel einen Zuschuss: für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren je 23 € pro Monat. Der Zuschuss wird von der Pflegekasse aber nur bezahlt, wenn der Pflegebedürftige die meiste Zeit des Tages allein lebt und jederzeit mit einer Notsituation aufgrund des Pflegezustands zu rechnen ist. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

Die Kosten für ein Hausnotrufsystem können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden.

Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter:
<https://hilfsmittel.www.gkv-spitzenverband.de> > Hilfsmittelverzeichnis > Produktgruppe 52.
- Grundsätzlich sollte vorher mit dem Arzt abgesprochen werden, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.

Wer hilft weiter?

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

Betreutes Wohnen für Senioren

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

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

Viele Einrichtungen für „Betreutes Wohnen“ bieten sowohl Eigentumswohnungen als auch Mietwohnungen an. Häufig handelt es sich um neu errichtete Wohnanlagen.

Betreutes Wohnen wird jedoch auch im Rahmen von Mehrgenerationen-Projekten, Altbausanierungen oder luxuriösen Senioren-Residenzen angeboten. Auch an Pflegeheime angeschlossene Wohnformen sind möglich. Dies hat den Vorteil, dass die Bewohner bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nicht extra umziehen müssen.

Wohnungen im „Betreuten Wohnen“ sollten folgende Anforderungen erfüllen:

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

Formen

Ausstattung

Praxistipps!

- Zurzeit existieren keine Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien, die einheitliche Qualitätsstandards vorschreiben bzw. den Begriff „Betreutes Wohnen“ definieren und schützen. Deshalb werden viele unterschiedliche Konzepte für „Betreutes Wohnen“ angeboten. Es gibt weder ein festgelegtes Mindestmaß an Betreuung und Beratung, noch vorgegebene Standards bei der baulichen Beschaffenheit der Wohnung oder der Ausstattung. Die Kosten richten sich nach dem Serviceangebot der jeweiligen Wohnanlage sowie den baulichen Standards und fallen deshalb sehr unterschiedlich aus.
- Es empfiehlt sich Angebote verschiedener Anbieter einzuholen und zu vergleichen. Dabei hilft z. B. die Checkliste der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, Download unter www.bagso.de > *Publikationen* > *Checkliste* > *Betreutes Wohnen*. Wichtig ist, die individuellen Verträge mit allen Anhängen und Preislisten sowie auch das Kleingedruckte gewissenhaft durchzulesen.
- Zu beachten ist auch, was mit dem Bewohner im Fall der Pflegebedürftigkeit passiert. Oft ist bei einer schweren und dauerhaften Pflegebedürftigkeit der Umzug in ein Pflegeheim erforderlich. Für diesen Fall sollte eine aktive Unterstützung durch den Betreuungsträger sowie eine kurzfristige Kündigung der Wohnung möglich sein.

Private Pflegezusatzversicherung

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

Es gibt drei Formen von privaten Pflegezusatzversicherungen:

- **Pflegetagegeldversicherung**

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, zahlt die Versicherung einen vertraglich vereinbarten Betrag pro Tag. Die Höhe des Tagessatzes richtet sich meistens nach dem Pflegegrad, wobei das volle Pflegetagegeld oft erst ab Pflegegrad 4 ausgezahlt wird. Ist der Pflegegrad niedriger, gibt es in der Regel nur eine anteilige Auszahlung. Der Pflegebedürftige kann über das Pflegetagegeld frei verfügen. Die Beitragshöhe kann aufgrund der Kostenentwicklung im Laufe der Zeit steigen. Wenn der Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung aufgrund der Gesundheitsfragen nicht möglich ist, kann der sog. Pflege-Bahr (siehe S. 74) eine Alternative sein.

- **Pflegekostenversicherung**

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

- **Pflegerentenversicherung**

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

Der Beitrag einer Pflegezusatzversicherung ist abhängig vom Alter bei Vertragsbeginn, dem Gesundheitszustand sowie dem gewünschten Leistungsumfang.

Bestehen bereits Erkrankungen, kann der Abschluss schwierig werden.

Der Versicherer kann Risikozuschläge erheben, Leistungen für bestimmte Situationen ausschließen oder den Vertragsabschluss ganz ablehnen.

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

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

„Pflege-Bahr“

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

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

Folgende Voraussetzungen müssen in jedem Fall erfüllt sein:

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

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

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

Weitere Informationen zum Pflege-Bahr bietet der Bund der Versicherten e.V. in einem Informationsblatt unter www.bundderversicherten.de [gt] Suchbegriff: „Pflegefällrisiko“.

Praxistipp!

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

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

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

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden.

Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann.

Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll. Im Vergleich zur Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung dann sinnvoll, wenn man keine Person kennt, der man uneingeschränkt vertrauen kann. Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z. B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die medizinische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst dazu nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern.

In der Patientenverfügung kann festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Behandlung

- nicht begonnen werden darf, d.h. unterlassen werden muss *oder*
- nicht weiter fortgeführt werden darf, d.h. beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ mit ausführlichen Informationen sowie die einzelnen Vordrucke zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betacare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter 0231 7380730 *oder* 030 28444840 *oder* 089 2020810.

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 340606602 (Mo-Do von 8-18 Uhr, Fr von 8-12 Uhr)

AWO Bundesverband e. V.

AWO Pflege- und Seniorenberatung
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-Pflegeschatzbund)

Siebenmorgenweg 6-8, 53229 Bonn
Telefon 0228 909048-0 oder -44 für Beratungen
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

Anhang

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

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

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (§ 43a SGB XI) (siehe auch Vollstationäre Pflege, S. 35)	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI)	bis zu 40 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen, (§ 38a SGB XI) (siehe auch Wohnen im Alter, S. 67)	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen, (§ 45e SGB XI) (siehe auch Wohnen im Alter, S. 67)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
316 €	545 €	728 €	901 €
bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)
bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)
bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
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
www.betanet.de

Leitende Redakteurin: Jutta Meier

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Ruth Fries, Maria Kästle, Simone Kreuzer,
Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2019

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.

17. Auflage, Mai 2020

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*

Aktuell sind folgende Ratgeber unter www.betaCare.de erhältlich:

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychose & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter www.betanet.de zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm