

Pflege *kompakt*



beta Care

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
Pflegekassen	5
Leistungsvoraussetzungen	6
Pflegebedürftigkeit	7
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung	7
Inhalt des Begutachtungsverfahrens	9
Klassifikation der Selbstständigkeit	12
Berechnung des Pflegegrades	13
Pflegegrade	13
Pflegeeinstufung von Kindern	14
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	14
Pflegeberatung	17
Pflegestützpunkte	18
Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick	19
Leistungen der häuslichen Pflege	21
Pflegegeld	21
Pflegesachleistung	23
Kombinationsleistung	24
Ersatzpflege	25
Entlastungsbetrag	27
Ambulant betreute Wohngruppen	28
Pflegehilfsmittel	28
Teilstationäre Pflege	31
Tages- oder Nachtpflege	31
Kurzzeitpflege	33
Vollstationäre Pflege	35
Einrichtung der Behindertenhilfe	37
Leistungen für pflegende Angehörige	39
Soziale Sicherung	39
Pflegezeit	41
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	43
Pflegeunterstützungsgeld	43
Familienpflegezeit	44
Pflegekurse	46

Vorsorge und Rehabilitation	47
Adressen	49
Impressum	51

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 XI (SGB XI).

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

Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig.

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%.

Pflegekassen

Pflegekassen sind die Träger der Pflegeversicherung. Bei den Pflegekassen sind alle Pflegeleistungen zu beantragen. Sie 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.

Freiwillig Versicherte können sich innerhalb von 3 Monaten ab Beginn der freiwilligen Versicherung von 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.

Versicherungspflicht

Beiträge

Leistungsvoraussetzungen

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 der Krankenversicherung (MDK) 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 MDK, 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 MDK 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 MDK sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z. B. aus einem Pflagetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pflagetagebuch 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 nur noch eine Klage beim Sozialgericht.



Praxistipps!

- Ein Musterformular für den formlosen Widerspruch kann u. a. unter www.pflegegrad.info > *Widerspruch* heruntergeladen werden.
- Einen kostenlosen Vordruck eines Pfl egetagebuchs gibt es u. a. unter www.wohnen-im-alter.de/geld-recht/pflegefall/pflegetagebuch

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/Publicationen* > *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 macht 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:

- 5 Wochen, 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.

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

Der MDK führt die Begutachtung in der Regel nach Aktenlage durch (sog. Überleitungsgutachten) und leitet anschließend seine Empfehlung an die Pflegekasse weiter. Diese muss innerhalb einer Woche über die Bewilligung oder Ablehnung eines vorläufigen Pflegegrads entscheiden. Dieses Verfahren soll einen schnellen und reibungslosen Übergang vom Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause sicherstellen. Nach Entlassung aus der (Reha-)Klinik wird dieser vorläufige Pflegegrad durch den MDK im Rahmen einer persönlichen Begutachtung überprüft.

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

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 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.
- Die vor Ort zuständigen MDKs verschicken mit der Besuchsankündigung das Faltblatt „Informationen zur Pflegebegutachtung“ in dem sie über die wichtigsten Dinge informieren. Das Faltblatt gibt es auch in türkisch, griechisch, polnisch, russisch, kroatisch, italienisch, englisch und französisch. Es 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).

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 oft 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 beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.
- Seit 2019 können Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 die Fahrten zu ambulanten Behandlungen ohne vorherige Genehmigung von der Krankenkasse erstattet bekommen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, wenn zusätzlich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt. Letzteres gilt nicht, wenn bereits am 31.12.16 Pflegestufe 2 vorlag.

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 sie

- 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.

Dies gilt auch für spätere Beratungstermine, z. B. bei Anträgen auf Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege oder Änderungsanträgen.

Auch Termine für Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen müssen innerhalb von 14 Tagen vermittelt werden.

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.

Pflegestützpunkte

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

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen z. B.:

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



Wer hilft weiter?

- Adressen von Pflegestützpunkten können unter www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de gefunden werden.
- Gibt es (noch) keinen Pflegestützpunkt in der Nähe, können sich Ratsuchende an den Pflegeberater bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden.
- Das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit informiert und berät zu allen Themen rund um die Pflegeversicherung, Telefon 030 3406066-02 (Mo–Do von 8–18 Uhr, Fr von 8–12 Uhr).
- Das Bundesministerium für Gesundheit bietet unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/pflegeleistungen-helfer.html einen sog. Pflegeleistungs-Helfer, der Betroffene dabei unterstützt, die Leistungen zu erhalten, die ihnen zustehen.

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

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.

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. 23).
- **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. 31).
- **Kurzzeitpflege**, wenn statt der häuslichen vorübergehend eine vollstationäre Pflege notwendig ist (siehe S. 33).

Vollstationäre Pflege

Im Pflegeheim oder in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen (siehe S. 35).

Häusliche Pflege

Teilstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege

*Leistungen für
pflegende Angehörige*

Leistungen für pflegende Angehörige

- **Soziale Sicherung der Pflegeperson**, durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (siehe S. 39)
- **Pflegezeit**, zur Freistellung von der Arbeit für berufstätige Angehörige (siehe S. 41)
- **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**, für bis zu 10 Tage zur Organisation der Pflege (siehe S. 43)
- **Pflegeunterstützungsgeld**, als Lohnersatzleistung während der Arbeitsverhinderung (siehe S. 43)
- **Familienpflegezeit**, zur Reduzierung der Arbeitszeit während der Pflege eines Angehörigen (siehe S. 44)
- **Pflegekurse**, zur Vermittlung von Fertigkeiten für nicht erwerbsmäßig Pflegende (siehe S. 46)

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).

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

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

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

Leistungsempfänger

Voraussetzungen

Höhe

Besonderheiten

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

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Das Pflegegeld und die Pflegesachleistung schließen sich in der Regel aus; möglich ist allerdings eine Kombination aus beidem.
- Neben dem Pflegegeld können auch der Entlastungsbetrag und Pflegehilfsmittel beantragt werden.
- Es ist trotz Bezug von Pflegegeld möglich, den Pflegebedürftigen in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung betreuen zu lassen.
- 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 der Pflegesachleistung wird der Pflegebedürftige von professionellen Pflegekräften gepflegt, die zu ihm nach Hause kommen.

Die Pflegefachkräfte sind entweder von der Pflegekasse oder einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst angestellt oder sie haben einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen.

Die Pflegekassen haben ein Verzeichnis aller Pflegedienste und Pflegefachkräfte, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Sie müssen dem Pflegebedürftigen Auskünfte darüber erteilen, welche Pflegedienste und Einzelpersonen Pflegesachleistungen anbieten und wie viel diese kosten.

Pflegedienste, die keinen Vertrag mit Pflegekassen geschlossen haben, können trotzdem gegen Privatrechnung an den Pflegebedürftigen Pflegesachleistungen erbringen. Der Pflegebedürftige hat gegenüber der Pflegekasse dann einen Anspruch auf Erstattung von 80 % des jeweiligen Höchstbetrags. Das Sozialamt darf die Differenz **nicht** bezahlen. Der Pflegedienst und die Pflegekasse sind verpflichtet auf diese Tatsachen hinzuweisen.

Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen:

- Der Pflegebedürftige erhält nicht gleichzeitig 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** Pflegeheim).
- 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 €

Voraussetzungen

Höhe

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Pflegesachleistung und Pflegegeld schließen sich normalerweise aus. Möglich ist allerdings eine Kombination aus beidem.
- 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.

Praxistipp!

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. ambulanten Pflegedienst) erbracht wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand für die Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an den Pflegebedürftigen.

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.

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 beantragt 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.

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. Die Ersatzpflege trägt somit zur Entlastung pflegender Angehöriger bei.

Folgende Voraussetzungen müssen 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.

Ersatzpflege wird auch anerkannt, wenn

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

Dauer und Kosten

Dauer und Kosten

- 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 Verdienstausfall 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.

Kostenübernahme Sozialamt

Leistet das Sozialamt „Hilfe zur Pflege“, kann es unter Umständen die Kosten der Ersatzpflege übernehmen.



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.

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 Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung seines Alltags gewährt.

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 Bereich der Selbstversorgung)
oder
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag, z. B. Betreuungsangebote für Demenzpatienten.

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.

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

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

Ambulant betreute Wohngruppen

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

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.

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.

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

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.

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel **nachrangig** gegenüber anderen Hilfsmitteln, die bei Krankheit und Behinderung von den Krankenkassen, den Unfall- oder Rentenversicherungsträgern geleistet werden. Das heißt: War z. B. bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie das auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur krankheitsbedingten Behinderung auch Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung hinzukommt.

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 S. 30).
- **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.

Voraussetzungen

Umfang

Kostenübernahme

Festbeträge

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

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.



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*.

Teilstationäre Pflege

Tages- oder Nachtpflege

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.

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.

Nachtpflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die Hilfestellungen beim Zubettgehen, beim Aufstehen und bei Maßnahmen der Körperpflege benötigen. Nachtpflegeeinrichtungen werden oft von demenzten 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 demenzten Angehörigen kümmern.

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

Nicht zu den Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege gehören:

- Krankenhäuser
- 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.

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

Tagespflege

Nachtpflege

Wochenendpflege

Voraussetzungen

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. Die Pflege- und Betreuungskosten werden direkt zwischen der Einrichtung und der Pflegekasse abgerechnet.

Besucht der Pflegebedürftige eine Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, die keinen Vertrag mit seiner Pflegekasse hat, werden ihm nur 80% des jeweiligen Höchstbetrages von seiner Pflegekasse erstattet. Das Sozialamt darf die Differenz **nicht** bezahlen. Die Einrichtung ist verpflichtet, auf diese Tatsachen hinzuweisen.

Höhe

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.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist die vorübergehende 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 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.

Die Pflegekasse übernimmt:

- Pflegebedingte Aufwendungen
- Aufwendungen der sozialen Betreuung
- Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

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

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.

Anspruch

*Umfang,
Dauer und Höhe*

Eigenanteil

Es ist vom Versicherten ein täglicher **Eigenanteil** zu leisten. Dieser setzt sich aus den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und sog. Investitionskosten zusammen. Dafür kann der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € pro Monat eingesetzt 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.

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 MDK.

Voraussetzungen

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.

Die Pflegekasse übernimmt einen pauschalen Betrag für

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

Umfang

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

Lebt der Pflegebedürftige in einer Pflegeeinrichtung, die keinen Vertrag mit seiner Pflegekasse hat, werden ihm nur 80% des jeweiligen Höchstbetrags von seiner Pflegekasse erstattet. Das Sozialamt darf die Differenz **nicht** bezahlen. Die Einrichtung ist verpflichtet, auf diese Tatsachen hinzuweisen.

Höhe

Der Anspruch beträgt monatlich:

Pflegegrad	Pflegegeld
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 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. Können die Unterhaltspflichtigen nicht leisten, leistet das Sozialamt.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

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

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

Einrichtung der Behindertenhilfe

Die Pflegekasse bezahlt auch einen Zuschuss für die vollstationäre Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen.

Zweck der vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe ist

- die berufliche oder soziale Eingliederung,
- die schulische Ausbildung *und*
- die Erziehung von Menschen mit Behinderungen.

Zu den vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zählen:

- Wohnheime für Menschen mit Behinderungen.
- Förderschulen mit angeschlossenem Internat.
- Einrichtungen, die Menschen mit Behinderungen mit unterschiedlichem Betreuungs- und Pflegeaufwand vollstationär fördern.

Für Menschen mit Behinderungen in teilstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) werden keine Leistungen der Pflegeversicherung erbracht und es wird kein Zuschuss von der Pflegeversicherung gezahlt.

Voraussetzungen und Höhe

- Die Pflegekasse übernimmt einen Zuschuss, wenn mindestens Pflegebedürftigkeit des Pflegegrads 2 besteht.
- Die Pflegekasse zahlt pauschal 10% des Heimentgelts der vollstationären Pflegeeinrichtung, maximal jedoch 266 € monatlich.

Andere Leistungen der Pflegeversicherung können während des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe in der Regel nicht gewährt werden.

Ausnahme:

Wenn häusliche Pflegeleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe kombiniert sind, dann zahlt die Pflegekasse den pauschalen Betrag der vollstationären Pflegeleistung (10% des Heimentgelts bzw. maximal 266 €) und das Pflegegeld für die tatsächlichen Pfl egetage 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 Pfl egetage ist der Kalendermonat immer mit 30 Tagen anzusetzen.

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

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Praxistipps!

- 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“.
- Seit 01.12.2009 werden die Noten für die Qualität der Pflege in Heimen in sog. Transparenzberichten im Internet veröffentlicht. Diese sind auf folgenden Seiten einsehbar:
 - www.bkk-pflege.de (BKK)
 - www.der-pflegekompass.de (Knappschaft, LSV, IKK)
 - www.pflegelotse.de (vdek – Verband der Ersatzkassen)

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 verschiedene Leistungen an, die sie 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.

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.

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.

Unfallversicherung

Rentenversicherung

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 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden auch während eines Urlaubs bis zu 6 Wochen im Jahr von der Pflegeversicherung weiterbezahlt.

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, werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Besonderheit

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 sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.

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.

*Arbeitslosen-
versicherung*

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 MDK.
- 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
- Kranken- und Pflegeversicherung

Die Höhe der Beiträge orientiert sich am Pflegegrad des Pflegebedürftigen. 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.

Die Pflegeperson 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 2019 maximal 105,88 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Während des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld bleibt die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.
- Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt, aber die Pflegeperson steht während der Pflgetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die 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 MDK 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 Pflegende die Möglichkeit, zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung über die Pflegekasse zu beantragen. Weitere Auskünfte gibt der Rentenversicherungsträger.

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

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

Höhe

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.

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.

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

Darlehen zur Gehaltsaufstockung

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. 33) 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. Moorbäder, Krankengymnastik, Massagen oder Heuauflagen.

Ambulante Vorsorgekur

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 13 € täglich. Seit 01.01.2009 zahlen einige Krankenkassen nur noch 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.

Stationäre Vorsorgekur

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

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.

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-Pflegeschutzbund)

Siebenmorgenweg 6-8, 53229 Bonn
Telefon 0228 909048-0 oder -44 für Beratungen
Telefax 0228-909048-22
E-Mail: info@biva.de
ww.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

Weitere hilfreiche Seiten zur Suche nach Adressen, z. B. von Pflegestützpunkten und Pflegeheimen:

- www.pflegelotse.de
- www.der-pflegekompass.de

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, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

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.

4. Auflage, Juni 2019

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:

- 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