

Pflege

Aktuelle sozialrechtliche Informationen zum Thema Pflege



Vorwort

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

Derzeit sind etwa 2,7 Millionen Menschen pflegebedürftig. Experten gehen davon aus, dass die Zahl in den kommenden Jahren deutlich zunimmt. Prognosen zufolge werden bis 2030 rund 3,5 Millionen Menschen pflegebedürftig sein. Umso wichtiger ist, dass alle Betroffenen und ihr Umfeld über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert sind und im Bedarfsfall schnell Hilfe bekommen.

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz wurden bereits 2015 die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörige ausgeweitet. Zudem wurde die Betreuung für alle Pflegebedürftige in der (teil-)stationären Pflege verbessert. Seit 2017 gibt es durch das zweite Pflegestärkungsgesetz einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Damit verbunden ist auch ein neues Begutachtungsverfahren, was zu einer Einteilung in einen von 5 Pflegegraden führt. Primäres Ziel der Änderungen ist, dass möglichst viele Menschen zuhause gepflegt werden können.

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

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

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

Inhalt

Vorwort	2
Pflegestärkungsgesetz	5
Pflegeversicherung	6
Pflegekassen	6
Leistungsvoraussetzungen	6
Pflegebedürftigkeit	7
Definition „Pflegebedürftigkeit“	7
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung	7
Inhalt des Begutachtungsverfahrens	8
Klassifikation der Selbstständigkeit	10
Berechnung des Pflegegrads	11
Pflegeeinstufung von Kindern	12
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	12
Pflegeberatung	15
Pflegestützpunkte	15
Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick	17
Leistungen der häuslichen Pflege	18
Pflegegeld	18
Pfleagesachleistung	19
Kombinationsleistung	20
Ersatzpflege	21
Entlastungsbetrag	23
Ambulant betreute Wohngruppen	23
Pflegehilfsmittel	23
Teilstationäre Pflege	26
Tages- und Nachtpflege	26
Kurzzeitpflege	27
Vollstationäre Pflege	29
Einrichtung der Behindertenhilfe	30
Leistungen für pflegende Angehörige	32
Soziale Sicherung	32
Pflegezeit	33
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	35
Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	35
Familienpflegezeit	35
Pflegekurse	37
Ausländische Pflegekräfte	38

Zuzahlungen in der Krankenversicherung	39
Zuzahlungsregelungen	39
Zuzahlungsbefreiung	40
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	43
Hilfe zur Pflege	44
Wohnen im Alter	45
Wohnumfeldverbesserungen	45
Hausnotrufsystem	46
Betreutes Wohnen	48
Private Pflegeversicherung	50
Patientenvorsorge	51
Vorsorgevollmacht	51
Betreuungsverfügung	51
Patientenverfügung	52
Adressen	53
Impressum	54

Pflegestärkungsgesetz

Die Änderungen durch das erstmals 2015 eingeführte und 2017 ausgeweitete Pflegestärkungsgesetz soll die Situation von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Pflegekräften nachhaltig verbessern. Neu sind vor allem der veränderte Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsverfahren sowie die Einführung von 5 Pflegegraden, welche die bisherigen 3 Pflegestufen ersetzen.

Die grundlegenden Änderungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes:

- Der veränderte Begriff der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt nicht nur körperliche, sondern auch geistige und seelische Beeinträchtigungen. Das ermöglicht z.B. demenziell Erkrankten einen besseren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.
- Die neuen Begutachtungsrichtlinien legen den Fokus auf die Selbstständigkeit des Betroffenen, die durch Vorbeugung und Reha-Maßnahmen gezielt gefördert werden soll. Pflegebedürftige sollen dadurch möglichst lange und eigenständig in ihrem gewohnten Umfeld leben können. Hierzu soll auch die Rolle pflegender Angehöriger gestärkt werden, die besser sozial abgesichert, umfassender beraten und durch Pflegekurse unterstützt werden sollen.
- Die Einführung der 5 Pflegegrade ermöglicht es, individuelle Beeinträchtigungen genauer zu berücksichtigen und die Leistungen der Pflegeversicherung besser auf den jeweiligen Bedarf abzustimmen.

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 SGB XI.

Versicherungspflicht

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.

Beiträge

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

- 2,55 % für Versicherte mit Kind, sowie für Personen, die vor dem 1.1.1940 geboren sind, für Kinder und Jugendliche unter 23 Jahren, für Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz 4), für Wehrdienstleistende und (Bundes)Freiwillige.
- 2,8 % für kinderlose Versicherte (diese tragen einen Beitragszuschuss von 0,25 %).

Besonderheit: In Sachsen ist der Arbeitnehmeranteil erhöht. Arbeitnehmer zahlen 1,775 % (bzw. 2,029 %), Arbeitgeber nur 0,775 %.

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 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.

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
- Menschen, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen, um Leistungen von der Pflegekasse erhalten zu können.

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 oder Bekannte stellen, wenn diese dazu bevollmächtigt sind. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich.

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

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

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.

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

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.

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. Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb von einer Woche mitteilen.

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“ (siehe S. 44) beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Inhalt des Begutachtungsverfahrens

Beim neuen 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.

Module

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 parental 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

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 Pflegegrads 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 Punktbewertung 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 Pflegegrads

Für die Ermittlung des Pflegegrads 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 Pflegegrads miteinfließen.

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

Pflegegrad	Punktwert	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
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 normalerweise innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Wichtiger Hinweis:

Durch die umfassenden Neuregelungen des Begutachtungsverfahrens sind die Bearbeitungsfristen der Pflegekasse **bis zum 31.12.2017 ausgesetzt!**

Erst ab dem 1.1.2018 gelten wieder 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 Antragssteller 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 ab dem 1.1.2018 für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.

Eilbegutachtungsverfahren

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. Bei diesem sog. „Nahtlosigkeitsantrag“ kann der Kliniksozialdienst helfen.

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. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch, wenn der Antragssteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

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.



Praxistipp!

Wird ein Patient von einem ambulanten Palliativteam betreut, so muss das auf dem Pflegeantrag vermerkt sein, damit die Begutachtung schneller stattfindet. Eine zeitnahe Begutachtung ist bei Palliativpatienten wichtig, da sie oft nicht mehr viel Lebenszeit haben - bei gleichzeitig hohem Pflegebedarf.

Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. „Änderungsgutachten“) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft 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. 20) beantragt werden.
- Beim Antrag nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen, z.B. Sehfehler, sowie Begleiterscheinungen angeben.
- Vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit dem Antrag einreichen, z.B. Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, Bescheinigungen des Hausarztes, Gutachten, Atteste.
- Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung (siehe S. 15).

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.



Wer hilft weiter?

Fragen zur gesetzlichen Pflegeversicherung beantworten Pflegestützpunkte, Pflegekassen und das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Pflegeberatung

Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wird durch das neue Pflegestärkungsgesetz deutlich verbessert. Pflegebedürftige aller Pflegegrade 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 Höherstufung, Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege.

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 miteinbezogen. 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 sollen auf ganz Deutschland ausgeweitet werden und 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 finden Sie im Internet unter www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de oder unter www.pflegestuetzpunkte-online.de.
- Gibt es (noch) keinen Pflegestützpunkt in der Nähe, können sich Ratsuchende an den Pflegeberater bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen wenden.

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege. Hier 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. 18).
- **Pflegesachleistung**, wenn die Pflege nur von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird (siehe S. 19).
- **Kombinationsleistung**, wenn die Pflege sowohl von (einem) Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird (siehe S. 20).
- **Ersatzpflege** (auch Verhinderungspflege genannt), wenn zu Hause vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege übernimmt (siehe S. 21).
- **Entlastungsbetrag** für anerkannte Angebote zur Förderung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung pflegender Angehöriger (siehe S. 23).
- Zusätzliche Leistungen für **ambulant betreute Wohngruppen** (siehe S. 23)
- **Pflegehilfsmittel** (siehe S. 23), dazu zählen auch Wohnumfeldverbesserungen und Hausnotrufsysteme (siehe S. 45 f.).

Teilstationäre Pflege

- **Tages- oder Nachtpflege**, d.h.: tageszeitweise stationäre Pflege neben der häuslichen Pflege (siehe S. 26).
- **Kurzzeitpflege**, wenn statt der häuslichen vorübergehend eine vollstationäre Pflege notwendig ist (siehe S. 27).

Vollstationäre Pflege

Im Pflegeheim oder in Einrichtungen für behinderte Menschen sowie zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen (siehe S. 29).

Leistungen für pflegende Angehörige

- **soziale Sicherung der Pflegeperson**, durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (siehe S. 32)
- **Pflegezeit**, zur Freistellung von der Arbeit für berufstätige Angehörige (siehe S. 33)
- **kurzzeitige Arbeitsverhinderung**, für bis zu 10 Tagen (siehe S. 35)
- **Pflegeunterstützungsgeld**, als Lohnersatzleistung während der Arbeitsverhinderung (siehe S. 35)
- **Familienpflegezeit**, zur Reduzierung der Arbeitszeit während der Pflege eines Angehörigen (siehe S. 35)
- **Pflegekurse**, zur Vermittlung von Fertigkeiten für nicht erwerbsmäßig Pflegenden (siehe S. 37)

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.

Leistungsempfänger

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

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

Voraussetzungen

Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegegeld in Anspruch nehmen:

- Er enthält **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, oder in einem Altenwohnheim bzw. Altenheim (auf jeden Fall **nicht** in einem Pflegeheim).

Höhe

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.

Besonderheiten

- Tritt die Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Monats ein, wird das Pflegegeld anteilig nach Tagen gezahlt.
- Das Pflegegeld ist steuerfrei.
- Bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, einer stationären Medizinischen Reha-Maßnahme oder häuslicher Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Pflegegeld bis zu 4 Wochen weiterbezahlt.
- Wird der Pflegebedürftige dauerhaft in einem Pflegeheim untergebracht, erhält er kein Pflegegeld.
- Verstirbt der Pflegebedürftige, wird das Pflegegeld für den Restmonat nicht zurückgefordert.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Das Pflegegeld und die Pflegesachleistung schließen sich in der Regel aus; möglich ist allerdings eine 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 Pflegegrads 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.

Voraussetzungen

Unter folgenden Voraussetzungen kann der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen:

- Er erhält nicht gleichzeitig häusliche Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung **und**
- Pflege im häuslichen Bereich, d.h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde, oder in einem Altenwohnheim (**nicht** Pflegeheim)
- Der Pflegebedürftige befindet sich nicht im Ausland.

Höhe

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

Pflegegrad	Leistungsbetrag
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 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.

Freiwillige Beratungseinsätze

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. 23).

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 Pflege-

bedürftigen.

Höhe

Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindert, 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.

Änderung der Aufteilung

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.

Voraussetzungen

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 Be-

ginn 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

- 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 jeweiligen Pflegegelds nicht überschreiten. Jedoch können nachweisbare zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Insgesamt gibt es aber maximal 1.612 € für Pflegegeld und Aufwendungen. 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 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“ (siehe S. 44), 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 seit 2017 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.

Ambulant betreute Wohngruppen

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

Voraussetzungen

- Es müssen mindestens 3 und höchstens 12 Personen in einer gemeinsamen Wohnung leben, wovon mindestens 3 pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind.
- Für die Wohngruppe muss gemeinschaftliche eine Person beauftragt sein, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung für organisatorische, verwaltende, betreuende oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten zuständig ist.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Erfüllen mehrere Pflegebedürftige der Wohngruppe die Voraussetzungen, zahlt die Pflegekasse die Pauschale für jeden Einzelnen.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche 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 zählen hierzu (siehe S. 45).

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.

Voraussetzungen

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.

Umfang

Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst:

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

Kostenübernahme

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

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

- Pflegehilfsmittel **mit Festbetrag**: Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (s.u.).
- 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 vergleich-

baren 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.

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 also dann 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 (siehe S. 40).



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 bzw. 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- und 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.

Tagespflege

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.

Nachtpflege

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.

Wochenendpflege

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 oder behinderter Menschen

im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen. Hierzu zählen insbesondere Einrichtungen der Behindertenhilfe, z.B. Werkstätten für behinderte Menschen und Fördergruppen.

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 (sog. „Hotelkosten“) 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	Leistungsbetrag
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

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 behinderte Menschen 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

- die pflegebedingten Aufwendungen
- die Aufwendungen der sozialen Betreuung
- die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. „Hotelkosten“) 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 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 jeweils 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.

Voraussetzungen

Vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung findet immer dann statt, wenn häusliche oder 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.

Besonderheiten im Einzelfall sind z.B.:

- Fehlen einer Pflegeperson,
- Überforderung der Pflegeperson,
- Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz des Pflegebedürftigen oder
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen.

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

- Krankenhäuser
- Einrichtungen, deren vorrangiger Zweck
 - die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation,
 - die berufliche oder soziale Eingliederung,
 - die schulische Ausbildung oder
 - die Erziehung kranker oder behinderter Menschen ist.

Umfang

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 (sog. „Hotelkosten“) 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	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 einen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten zur vollstationären Pflege einen Zuschuss von 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 behinderten Menschen.

Zweck der vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe ist

- die berufliche oder soziale Eingliederung,
- die schulische Ausbildung und
- die Erziehung behinderter Menschen.

Zu den vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zählen:

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

Für behinderte Menschen 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.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

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 Pflegetage im häuslichen Bereich.

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

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

Praxistipps!

- Das Bundesfamilienministerium gibt einen kostenlosen 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“, zu bestellen unter Telefon 030 182722721, publikationen@bundesregierung.de oder zum Herunterladen unter www.bmfsfj.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Betreuungsform“.
- Ist der Pflegebedürftige nicht in der Lage, die Kosten für die stationäre Unterbringung zu decken, kann ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt werden

Wer hilft weiter?

Informationen geben Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do 8-18 Uhr, Fr 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.

Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht während der pflegerischen Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt.



Praxistipps!

- Adressen unter www.dguv.de > unten bei den Quicklinks unter „Unfallkassen“.
- 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“.

Rentenversicherung

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

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

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

Die 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.



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 > Service > 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

Ihre Krankenversicherung muss eine Pflegeperson selbst bezahlen. Eine soziale Absicherung wie bei der Unfall- und Rentenversicherung gibt es hier in der Regel nicht. Ist eine beitragsfreie Familienversicherung der Pflegeperson nicht möglich, besteht die Möglichkeit der freiwilligen Krankenversicherung.

Auf Antrag bezuschusst die Pflegekasse die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung:

- wenn nur eine freiwillige Krankenversicherung möglich ist.
- bei der Inanspruchnahme der vollen Pflegezeit.
- wenn Pflegepersonen einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) nachgehen.

Pflegepersonen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert. Dies gilt z.B. während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Bei vielen älteren Pflegepersonen läuft die Rentenkrankenversicherung weiter.

Arbeitslosenversicherung

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.



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger, die Pflegekassen, das Sozialamt oder die örtliche Agentur für Arbeit.

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 (siehe Praxistipp S. 36).

Voraussetzungen

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

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen. Nahe Angehörige sind:
 - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
 - Ehe- und Lebenspartner, 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 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. Eine Aufteilung der Pflegezeit in mehrere getrennte Abschnitte ist nicht möglich. Die Pflegezeit kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme der Pflegezeit ist ein weiterer Anspruch hierauf erloschen; eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (s.u.).

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.

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 bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

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

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

Voraussetzungen

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

Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2017 maximal 101, 50 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Sie erhält auf Antrag einen Zuschuss zur Kranken- und Rentenversicherung, jeweils über die Hälfte des Pflichtbetrags (auf 80 % des laufenden Arbeitsentgelts).
- Ist eine Familienversicherung möglich, wird sie darüber krankenversichert.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zahlt die Pflegeversicherung des Angehörigen.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeträge zur Renten- und Krankenversicherung.

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 und Beendigung

- 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 den selben Angehörigen eine Familienpflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 3 Monate vor Beginn der Familienpflegezeit beim Arbeitgeber schriftlich ankündigen.

Soll nach der Familienpflegezeit für den selben 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 Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist.
- der Arbeitnehmer die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z.B. Tarifverträge) unterschreitet.

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



Praxistipps!

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

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

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.

Ausländische Pflegekräfte

Bei der Beschäftigung ausländischer Kräfte, in der Regel Frauen aus Osteuropa, gibt es Grauzonen. Grundsätzlich ist die legale Beschäftigung über verschiedene Modelle möglich. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“ und „Pflegekraft“.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, also z.B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme einen Aufenthaltstitel, in dem die Erlaubnis zur Aufnahme einer unselbstständigen Tätigkeit vermerkt ist. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“ und „Pflegekraft“.

Ausländische Haushaltshilfen

Eine ausländische Haushaltshilfe darf folgende Tätigkeiten verrichten:

- Hilfe im Haushalt, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen
- Pflegerische Alltagshilfen, z.B. Essen, Trinken, Waschen, An- und Auskleiden (neu seit 2010)
- Soziale Betreuung und Motivation, z.B. Vorlesen, Spaziergehen oder Begleitung zu Arztbesuchen.

Eine Haushaltshilfe darf **keine pflegerischen Tätigkeiten** verrichten. Für Pflege ist eine berufliche Qualifikation Voraussetzung.

Ausländische Pflegekräfte

Ausgebildete Pflegekräfte aus der EU dürfen in Deutschland unter denselben Bedingungen beschäftigt werden wie Deutsche. Für die gesamte Pflegebranche gelten seit 2010 Mindestlöhne. Sie betragen seit 1.1.2017 pro Stunde 10,20 €/9,50 € (West/Ost).

Selbstständige Pflegekräfte

Umstritten ist die Möglichkeit, dass selbstständige Pflegekräfte die Pflege übernehmen. Theoretisch ist das möglich, auch für Pflegekräfte aus dem Ausland, aber: Selbstständig ist nur, wer nicht abhängig ist. Wenn es aber nur einen Auftraggeber gibt (den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen), die Pflegekraft dort im Haushalt wohnt und Anweisungen befolgt, gilt sie als „scheinselbstständig“, was nach dem Gesetz verboten ist.



Wer hilft weiter?

Zur Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen und Pflegekräften informieren:

- Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit unter www.zav.de > Suchfunktion Stichwort „Haushaltshilfen“. Die ZAV hilft bei der Suche nach geeigneten Haushaltshilfen und vermittelt Haushaltshilfen im Rahmen des Arbeitsgenehmigungsverfahrens. Adresse: Virtuelles Welcome Center, Villemombler Str. 76, 53123 Bonn, Telefon 0228 713-1313, Fax 0228 713-1111, E-Mail: make-it-in-germany@arbeitsagentur.de.
- Örtliche Agentur für Arbeit.

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

Bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln müssen Patienten ab 18 Jahren zu folgenden Leistungen der Krankenkasse Zuzahlungen leisten:

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Versicherten-Service > Zuzahlungen und Befreiungen > Befreiungsliste Arzneimittel ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungen, wie z.B. Physiotherapie.

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

Hilfsmittel

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

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

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Einmalhandschuhen) beträgt die Zuzahlung 10 %

der Kosten, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient von Fachpersonal zu Hause 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 für den Patienten Aufgaben im Haushalt 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 zur Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlung 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

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. „Belastungsgrenze“), kann 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.

Diese **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, behinderte Menschen und Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

Alle 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 dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner
- Kinder bis zum 18. Geburtstag
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

- Kindergeld

- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum)
- Landeserziehungsgeld
- Ausbildungsförderung (BAföG)
- Pflegegeld
- Blindenhilfe
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d.h.: Der jährliche Zahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem übers Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Lauf des Jahres die Belastungsgrenze erreicht hat, 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.

Sonderregelung für chronisch kranke Menschen

Für chronisch Kranke, 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.

Definition „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:

- Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 % (schwerbehinderte Menschen). GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Hilfe zur Pflege

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 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.

Voraussetzungen

- Pflegebedürftigkeit, welche die Pflegekasse feststellt und an die das Sozialamt gebunden ist.
- Pflegebedürftige dürfen die Einkommensgrenze nach §§ 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.
- Bei Schwerstpflegebedürftigen des Pflegegrads 5 ist darüber hinaus der Einsatz von mindestens 60 % des Einkommens über der Einkommensgrenze nicht zuzumuten. Das bedeutet, dass von dem Betrag, der über der Einkommensgrenze liegt, maximal 40 % angerechnet werden dürfen.

Eltern leisten für alle Maßnahmen der Hilfe zur Pflege ihrer volljährigen behinderten oder pflegebedürftigen Kinder einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 26 € monatlich, ohne weitere Überprüfung des Einkommens und Vermögens.



Wer hilft weiter?

- Fragen zur Pflegeversicherung beantworten Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit: Mo-Do, 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr, 030 3406066-02.
- Fragen zur „Hilfe zur Pflege“ beantwortet das Sozialamt.

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.

Wohnumfeldverbesserungen

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

Voraussetzungen

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. 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.

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den MDK 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.

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 Verdienstaufschlag von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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

Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII nicht überschritten werden.
- **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 mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die KfW-Bankengruppe fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf 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 Beratungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Meistens sind diese Stellen der Behinderten- oder Seniorenberatung angeschlossen oder laufen unter dem Begriff **Wohnberatungsstellen**. Der Verein „Daheim statt Heim“ bietet auf seiner Internetseite eine umfangreiche Zusammenstellung von Wohnberatungsstellen in ganz Deutschland: www.bi-daheim.de > Service > Wohnberatung. Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.

Hausnotrufsystem

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

Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z.B. um den Hals oder als Armband). Benötigt wird ein Telefonanschluss, denn die Basisstation ist ein Telefonwahlgerät, in das die Rufnummer der Hausnotrufzentrale einprogrammiert wird. 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 Rettungsdienst oder Notarzt. Die Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüsselhinterlegung

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.

Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können neben der Anschlussgebühr 30 bis 50 € monatlich veranschlagt werden.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den MDK meist einen Zuschuss: für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren maximal 18,36 €. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.



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.



Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Pflegehilfsmittelverträge > 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.

Betreutes Wohnen

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.

Formen

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

Viele Einrichtungen für Betreutes Wohnen bieten sowohl Eigentumswohnungen als auch Mietwohnungen an. 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.

Ausstattung

Wohnungen im Betreuten Wohnen sollten folgende Anforderungen erfüllen:

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



Praxistipps!

- Zur Zeit 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 > Wohnen > Betreutes Wohnen > BAGSO-Checkliste zum Betreuten 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 Pflegeversicherung

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

Der Versicherungsnehmer erhält je nach Tarif entweder eine bestimmte Pflegerente, anteilig die tatsächlichen Kosten oder ein Tagesgeld, über das er frei verfügen kann.

Wer zusätzlich zur gesetzlichen Pflegeversicherung eine private Pflege-Zusatzversicherung abschließt, bekommt einen Zuschuss („Pflegevorsorgezulage“) von monatlich 5 €, umgangssprachlich auch „Pflege-Bahr“ genannt.

Voraussetzungen

Voraussetzungen sind insbesondere:

- vor Vertragsabschluss keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung
- Mindestbeitrag in der Pflege-Zusatzversicherung: 10 € monatlich
- Die Zulage wird auf Antrag gewährt. Der Antrag ist beim Versicherer der privaten Pflege-Zusatzversicherung einzureichen.



Praxistipps!

- Vor Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung empfehlen sich ein umfangreicher Versicherungsvergleich und eine fachkundige Beratung, da sich die Versicherungspolice sowohl in ihren Leistungen als auch in der Beitragshöhe stark unterscheiden können.
- Bereits bestehende Pflege-Zusatzversicherungen können gefördert werden, wenn die bestimmte Vorgaben erfüllen. Dazu gehört unter anderem, dass die Verträge keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge enthalten.
- 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.
- In der Antragsphase sollten die Gesundheitsfragen des privaten Pflegeversicherers immer wahrheitsgemäß beantwortet werden. Ansonsten kann die private Pflegezusatzversicherung Leistungen verweigern.

Patientenvorsorge

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

Dies kann 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 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 (s.o.) 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 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.beta-institut](http://www.beta-institut.de) kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

www.betanet.de

Suchmaschine für Sozialfragen im Gesundheitswesen

Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums

Telefon 030 20179131 (Mo-Do 9-18 Uhr)

info@wege-zur-pflege.de

www.wege-zur-pflege.de

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Bundesministerium für Gesundheit

Telefon 030 340606602

Pflege- und Seniorenberatung der AWO

Telefon 0800 6070110

www.awo-pflegeberatung.de

Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA) e.V.

Siebenmorgenweg 6-8

53229 Bonn

Teleofon 02254 2812 oder 0228 9090480

info@biva.de

ww.biva.de

Zentrum für Qualität in der Pflege

Telefon 030 2759395-0

info@zqp.de

www.zqp.de

Compass Private Pflegeberatung für privat Versicherte

Telefon 0800 1018800 (Mo-Fr 8-19 Uhr, Sa 10-16 Uhr)

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

www.pflegelotse.de

www.gesundheits-und-pflegeberatung.de

www.der-pflegekompass.de

Impressum

Herausgeber

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

Redakteur/in

Jutta Meier

Lektorat

Anna Yankers, Andrea Nagl

Layout und Gestaltung

Jutta Meier

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

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.

13. vollständig überarbeitete Auflage, Februar 2017