

Pflege

Aktuelle sozialrechtliche Informationen zum Thema Pflege



Inhalt

Pflegeversicherung	4
Pflegebedürftigkeit	5
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung	5
Häufige Fehlerquellen bei der Pflegebegutachtung	10
Klassifikation der Selbstständigkeit	11
Berechnung des Pflegegrads	11
Pflegegrade	12
Pflegeeinstufung von Kindern	13
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	13
Pflegeberatung	16
Pflegestützpunkte	17
Leistungen der Pflegeversicherung	19
Leistungen der häuslichen Pflege	21
Pflegegeld	21
Pflegesachleistung	24
Kombinationsleistung	27
Ersatzpflege (=Verhinderungspflege)	28
Gemeinsamer Jahresbetrag	33
Entlastungsbetrag	34
Ambulant betreute Wohngruppen	36
Pflegehilfsmittel	36
Digitale Pflegeanwendungen	40
Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe	41
Teilstationäre Pflege	43
Tages- oder Nachtpflege	43
Vollstationäre Pflege	45
Kosten für Pflege im Pflegeheim	46
Kurzzeitpflege	49
Übergangspflege im Krankenhaus	52
Leistungen für pflegende Angehörige	54
Soziale Sicherung	54
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung - Pflegeunterstützungsgeld	57
Pflegezeit	58
Familienpflegezeit	60
Pflegekurse	62
Reha für pflegende Angehörige	63

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte	66
Beschäftigungsmodelle	67
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	70
Zuzahlungsregelungen	70
Zuzahlungsbefreiung	71
Sonderregelung für chronisch Kranke	73
Landespflegegeld	76
Hilfe zur Pflege vom Sozialamt	78
Wohnen im Alter	80
Wohnumfeldverbesserung	80
Hausnotrufsysteme	83
Betreutes Wohnen für Senioren	85
Private Pflegezusatzversicherung	87
Patientenvorsorge	89
Vorsorgevollmacht	89
Betreuungsverfügung	90
Patientenverfügung	91
Durchsetzung von Rechtsansprüchen	93
Widerspruch	93
Verfahren vor den Sozialgerichten	95
Adressen	98
Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad	99
Impressum	100

Pflegeversicherung

Pflegebedürftige jeden Alters können Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei der Pflegekasse erhalten, um ihr Leben so weit wie möglich selbstbestimmt zu gestalten. Die Pflegekasse übernimmt auf Antrag gesetzlich festgelegte Höchstbeträge für Pflegeleistungen.

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

Die Höchstbeträge für die Leistungen der Pflegeversicherung sind gesetzlich festgelegt. Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass diese Leistungen nicht alle Kosten abdecken. Zusätzliche Kosten müssen von Pflegebedürftigen **selbst** getragen werden. Bei finanzieller Bedürftigkeit kann die Sozialhilfe im Rahmen der **Hilfe zur Pflege** vom Sozialamt (siehe S. 78) weiterhelfen.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.

Versicherungspflicht

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig.

Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert war und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

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

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zum Beitrag der Pflegeversicherung unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“
- Beachten Sie, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung einkommensabhängig sind. Informieren Sie sich über die aktuellen Beitragssätze.
- Überlegen Sie, ob eine private Pflegezusatzversicherung (siehe S. 100) sinnvoll ist, um mögliche Versorgungslücken zu schließen.
- Nutzen Sie die Beratungsangebote (siehe S. 16) Ihrer Krankenkasse bzw. Pflegekasse oder unabhängiger Beratungsstellen, um sich umfassend über Ihre Möglichkeiten und Rechte zu informieren.
- Planen Sie frühzeitig für den Fall einer Pflegebedürftigkeit, um finanziell besser vorbereitet zu sein.

Pflegebedürftigkeit

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI ist,

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

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

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

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

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

Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, siehe S. 16.



Praxistipps!

- Einen kostenlosen Musterantrag zum Ausdrucken und Ausfüllen per Hand oder zum Online-Ausfüllen finden Sie unter www.betacare.de > Ratgeber > Pflege & Pflege - Check. Zur Vorbereitung auf den Begutachtungstermin ist es hilfreich, ein Pflegetagebuch zu führen, um den tatsächlichen Pflegeaufwand besser einschätzen zu können. Ein entsprechender Vordruck für ein Pflegetagebuch als PDF-Datei kann ebenfalls dort heruntergeladen werden.
- Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es **wichtig**, alle Belege aufzubewahren.

Wie läuft die Pflegebegutachtung ab?

Die Pflegekasse gibt beim Medizinischen Dienst (MD) oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei Privatversicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** prüft der Medizinische Dienst (MD), wie stark die Selbstständigkeit und Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen beeinträchtigt sind. Diese Informationen werden dann im **Gutachten** festgehalten. Die Pflegekasse stuft die pflegebedürftige Person nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad (siehe S. 12) ein und sendet der antragstellenden Person den **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse. Ist eine Verringerung des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MD zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen ein **Wiederholungsgutachten** durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Bei Kindern ist ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchzuführen.

Soll nicht der MD, sondern eine **andere unabhängige Person** mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse der antragstellenden Person mindestens 3 Personen, die begutachten können, zur Auswahl nennen. Dies gilt auch, wenn innerhalb von 4 Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist und die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten hat. Die antragstellende Person muss der Pflegekasse ihre Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.

Tipps zur Vorbereitung

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

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

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

Welche Arten der Begutachtung gibt es?

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

Gutachten nach Hausbesuch

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

Gutachten nach Aktenlage

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

Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview bzw. per Videotelefonie

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

Die Begutachtung durch strukturiertes Telefoninterview bzw. per Videotelefonie ist ausgeschlossen, wenn

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

Unter bestimmten Voraussetzungen können Begutachtungen innerhalb einer **verkürzten Frist** durchgeführt werden.

Eilbegutachtung innerhalb von 5 Arbeitstagen

- **Aufenthalt Rehaklinik:** Stellen Versicherte, bei denen während eines Aufenthalts in einer (Reha-)Klinik eine Pflegebedürftigkeit offensichtlich wird, einen Antrag auf Pflegeleistungen, muss der MD unverzüglich eine Pflegebegutachtung durchführen. Der MD führt die Begutachtung in der Regel nach Aktenlage durch (sog. Überleitungsgutachten) und leitet anschließend seine Empfehlung an die Pflegekasse weiter. Die Begutachtung muss innerhalb von 5 Arbeitstagen erfolgen und die Entscheidung soll zeitnah mitgeteilt werden. Dieses Verfahren soll einen schnellen und reibungslosen Übergang vom Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause sicherstellen. Nach Entlassung aus der (Reha-)Klinik wird dieser vorläufige Pflegegrad durch den MD im Rahmen einer persönlichen Begutachtung überprüft. Vorteil: Mit dem sog. Überleitungsgutachten müssen pflegebedürftige Personen nicht auf eine persönliche Begutachtung warten. Sie erhalten ab dem Tag der Antragstellung bereits Pflegeleistungen, auch wenn sie sich zu diesem Zeitpunkt im Krankenhaus befinden.

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

Begutachtung innerhalb von 10 Arbeitstagen

- **Antrag Pflegezeit/Familienpflegezeit:** Wenn eine Pflegeperson mit ihrem Arbeitgeber vereinbart hat, Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Begutachtung innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Antragstellung durchgeführt werden.

Wie wird der Pflegegrad bestimmt?

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

Richtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen*

und Qualitätsprüfungen > Pflegebedürftigkeit heruntergeladen werden.

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

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

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

Unabhängig von der Feststellung des Pflegegrades können Maßnahmen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus) empfohlen werden, z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel, Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung), präventive Maßnahmen, eine Beratung zur Vorbeugung von Krankheiten durch bestimmtes Verhalten (Primärprävention).

Praxistipps!

Wenn Sie bei der Begutachtung zustimmen, leitet die Pflegekasse

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

Häufige Fehlerquellen bei der Pflegebegutachtung

Bei der Pflegebegutachtung können verschiedene Fehler auftreten, die zu einer falschen Einstufung oder Ablehnung des Pflegegrads führen können. Hier sind einige der häufigsten Fehler und wie sie vermieden werden:

- Wohnung aufräumen und alles hübsch machen: Dies kann den Eindruck erwecken, dass die Selbstversorgung gut funktioniert. Die Umgebung sollte so belassen werden, um den Bedarf nach Hilfe nachvollziehbarer zu machen.
- Sich von der besten Seite zeigen: Es ist verständlich, keine Schwäche zeigen zu wollen. Beim Begutachtungstermin ist es jedoch wichtig, die tatsächlichen Herausforderungen und den Bedarf an Hilfe zu zeigen.
- Vier-Augen-Gespräch nicht nutzen: Wenn die pflegebedürftige Person sich verstellt, können Angehörige aktiv um ein Vier-Augen-Gespräch mit der Gutachterin oder

dem Gutachter bitten, um Fehleinschätzungen zu vermeiden.

- Beim Termin allein sein: Wenn die Pflegeperson oder Angehörige keine Zeit haben, um einen anderen Termin bitten. Es ist wichtig, beim Begutachtungstermin Unterstützung zu haben.
 - Offene Fragen ungeklärt lassen: Alle Fragen klären, auch wenn sie unangenehm sind. Dies liefert wichtige Informationen zum tatsächlichen Unterstützungsbedarf.
- Unvorbereitet sein: Gut vorbereitet in den Termin gehen. Vorab ein Pflegetagebuch führen, um alle notwendigen Tätigkeiten zu dokumentieren.



Praxistipps!

- Bereiten Sie sich gut vor, indem Sie alle relevanten Unterlagen sammeln und Ihre Einschränkungen genau beschreiben (siehe Tipps zur Vorbereitung S. 6).
- Stellen Sie sicher, dass alle wichtigen Aspekte Ihres Alltags besprochen und untersucht werden.

Klassifikation der Selbstständigkeit

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

Diese ist wie folgt definiert:

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

Berechnung des Pflegegrads

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

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen (siehe S. 9) wird der Gesamtpunktwert (0–100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Praxistipp!

Der betaCare-Ratgeber „Pflegecheck - Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ beinhaltet neben grundlegenden Informationen zur Vorbereitung auf den Begutachtungstermin auch alle Fragestellungen aus den 6 Modulen zum eigenständigen Durcharbeiten.

Der betaCare-Ratgeber kann unter www.betacare.de > Ratgeber > Pflege & Pflege - Check kostenlos heruntergeladen werden.

Pflegegrade

Folgende 5 Pflegegrade sind möglich:

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 %

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

Praxistipp!

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass bei der Begutachtung die Situation falsch eingeschätzt wird.

Ist die pflegebedürftige Person mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann sie innerhalb eines Monats **Widerspruch** einlegen, Näheres zum Widerspruch auf S. 93.

Pflegeeinstufung von Kindern

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

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

Die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt nach folgenden Punktwerten:

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

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

In der Broschüre „Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI sind die Maßstäbe zur Begutachtung bei Kindern detailliert aufgeführt (siehe „Richtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ auf S. 8).

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb von höchstens 25 Arbeitstagen (d.h. Werktagen, Montag bis Freitag) entscheiden. Unter bestimmten Voraussetzungen gelten verkürzte Fristen (siehe S. 8), innerhalb der die Begutachtung stattfinden muss.

Sie beträgt

- **10 Arbeitstage**, wenn sich die **pflegebedürftige Person zu Hause** befindet und die Pflegeperson Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- **5 Arbeitstage**, wenn sich die **pflegebedürftige Person im Krankenhaus** oder in einer **stationären Reha-Einrichtung** befindet und
 - Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Wei-

terversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder

- die Pflegeperson **Pflegezeit** oder **Familienpflegezeit** beantragt hat oder
- wenn sich die pflegebedürftige Person in einem **Hospiz** befindet oder
- wenn sie eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (**SAPV**) erhält.

Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden diese Fristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an die pflegebedürftige Person zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder die pflegebedürftige Person bereits vollstationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat. Nach Eingang des Gutachtens muss die Pflegekasse dann unverzüglich, d. h. so schnell wie möglich entscheiden (§ 18c SGB XI).

Antrag auf Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) nötig, damit die pflegebedürftige Person in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird. Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Leistungsbescheid und Leistungsbeginn der Pflegekasse

Sobald die Pflegekasse das Gutachten erhalten hat, stuft sie die pflegebedürftige Person in einen Pflegegrad ein und sendet der antragstellenden Person einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse. Wann die **Leistungen** der Pflegekasse **beginnen**, hängt vom Datum der Antragstellung und vom Beginn der Pflegebedürftigkeit ab.

Die Pflegekasse leistet

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



Praxistipps!

- Wenn absehbar ist, dass neben einer Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld noch ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden muss, sollte am besten von Anfang an eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung (sog. Kombinationsleistung, siehe S. 27) beantragt werden.
- Der MD bietet ein Faltblatt mit den wichtigsten Informationen zur

Pflegebegutachtung. Das Faltblatt kann unter www.medizinischerdienst.de > *Versicherte* > *Pflegebegutachtung* (rechte Seite) in verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden.

- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann ggf. beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. **Wichtig** ist in einem solchen Fall, dass die zuständige Sachbearbeitung des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte (S. 17) oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.

Pflegeberatung

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

Es gibt zwei Arten der Beratung:

- die Pflegeberatung bei **Anträgen** auf Pflegeleistungen (§ 7a SGB XI) und
- den **verpflichtenden** Beratungseinsatz (siehe S. 23) bei Pflegegeldbezug (§ 37 SGB XI).

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese:

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

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

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

Was sind die Aufgaben der Pflegeberatung?

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere

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

Praxistipps!

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Einblick „Beratung zur Pflege: Was man wissen sollte und was man erwarten kann“. Kostenloser Download oder Bestellung unter www.zqp.de > *Bestellen* > *Beratung zur Pflege*.
- Bei Bezug von Pflegegeld ist eine regelmäßige Pflegeberatung im häuslichen Umfeld (sog. Beratungseinsatz) **Pflicht**. Näheres unter „Verpflichtender Beratungseinsatz“ auf S. 23.
- In vielen Städten und Gemeinden gibt es kostenfreie Beratungsstellen für Senioren. Dort können sowohl ältere Menschen als auch ihre Angehörigen Hilfe und Unterstützung erhalten, wenn sie in die Lage kommen, pflegen zu müssen. Eine Beratung ist auch möglich, wenn noch keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden.

Pflegestützpunkte

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

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen z. B.:

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

Wer hilft weiter?

- Adressen von Pflegestützpunkten bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter www.zqp.de > *Angebote* > *Beratungsdatenbank*.
- Der AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. bietet unter www.awo-pflegeberatung.de > *Online-Beratung* eine kostenlose Online - Pflegeberatung per E-Mail, Text- oder Video-Chat an.
- Hinweise und Links zu weiteren Informations- und Beratungsangeboten in den Bundesländern gibt es bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) unter

www.nakos.de > Themen > Selbsthilfe und Pflege > Pflegestützpunkte und Pflegeberatung.

- Pflegekassen, Pflegestützpunkte sowie das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung:
030 340606602, Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr.
- Für Privatversicherte gibt es eine kostenlose telefonische und aufsuchende Pflegeberatung über die *www.compass-pflegeberatung.de*, bundesweit gebührenfrei erreichbar unter 0800 101 88 00.

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung unterscheidet zwischen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege. Nachfolgend ein kurzer Überblick zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die bei Pflegebedürftigkeit beantragt werden können. Eine Tabelle mit den wichtigsten Leistungen finden Sie am Ende dieses Ratgebers.

Häusliche Pflege

- **Pflegegeld**, die Pflege wird nur von einer oder mehreren Personen (meist Angehörige, Freunde oder Nachbarn) übernommen (siehe S. 21).
- **Pflegesachleistung**, die Pflege wird nur von einem ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdienst übernommen (siehe S. 24).
- **Kombinationsleistung**, die Pflege wird sowohl von einer oder mehreren Personen als auch von einem ambulanten Pflegedienst übernommen (siehe S. 27).
- **Pflegehilfsmittel** (siehe S. 36), Hausnotrufsysteme (siehe S. 80), Wohnumfeldverbesserungen (siehe S. 80).
- **Digitale Pflegeanwendungen**, Programme, die auf digitalem Weg helfen sollen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (siehe S. 40).
- **Ersatzpflege** (=Verhinderungspflege), zu Hause übernimmt vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege (siehe S. 28).
- **Gemeinsamer Jahresbetrag** (Entlastungsbudget), Zusammenlegung von Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, Gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 33).
- **Entlastungsbetrag**, zur Entlastung der Pflegepersonen und Förderung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen (siehe S. 34).
- Zusätzliche Leistungen für **ambulant betreute Wohngruppen** (siehe S. 36).

Tages- oder Nachtpflege

Teilstationäre Pflege, d. h. zeitweise (tagsüber oder nachts) stationäre Pflege ergänzend zur häuslichen Pflege (siehe S. 43).

Kurzzeitpflege

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

Vollstationäre Pflege

Dauerhafte Pflege im Pflegeheim oder in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Leistungen für pflegende Angehörige

- Soziale Sicherung der Pflegeperson, durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (siehe S. 54).
- Kurzzeitige Arbeitsverhinderung, für bis zu 10 Tage zur Organisation der Pflege (siehe S. 57).
- Pflegeunterstützungsgeld, als Lohnersatzleistung während der Arbeitsverhinderung (siehe S. 57).
- Pflegezeit, zur Freistellung von der Arbeit für berufstätige Angehörige (siehe S. 58).
- Familienpflegezeit, zur Reduzierung der Arbeitszeit während der Pflege einer angehörigen Person (siehe S. 60).
- Pflegekurse, zur Vermittlung von Fertigkeiten für nicht erwerbsmäßig Pflegende (siehe S. 62).
- Reha für pflegende Angehörige, zur Entlastung von Pflegepersonen (siehe S. 63).

Leistungen der häuslichen Pflege

Häusliche Pflege umfasst alle Pflegeleistungen zu Hause und unterscheidet sich von der vollstationären Pflege im Heim. Menschen mit Behinderungen können zusätzlich Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um ihre häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige oder Personen aus dem Freundeskreis oder der Nachbarschaft. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Pflegegeld muss beantragt werden und ist steuerfrei.

Wer bekommt Pflegegeld?

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

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

Anspruchsberechtigt ist die pflegebedürftige Person. Sie bekommt Pflegegeld anstelle der Pflegesachleistung oder als Teil der Kombinationsleistung (siehe S. 27) für die Pflege durch eine selbst beschaffte Pflegeperson (z.B. Angehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine von der pflegebedürftigen Person angestellte Pflegekraft).

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



Praxistipp!

Näheres zur ggf. anteiligen Kürzung von Pflegegeld und zur steuerlichen Behandlung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Pflegegeld Pflegeversicherung".

Voraussetzungen für den Anspruch auf Pflegegeld

- Die pflegebedürftige Person erhält keine Entschädigungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.

- Pflege im häuslichen Bereich, d.h. im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in welchem die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde, oder in einer anderen ambulanten Wohnform, auf jeden Fall **nicht** in einem Pflegeheim.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Höhe

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

Pflegegrad	Pflegegeld 2025
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)
2	347 €
3	599 €
4	800 €
5	990 €

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

Regelungen bei Krankenhausaufenthalt, Heimunterbringung und Todesfall

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

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Das Pflegegeld und die Pflegesachleistung schließen sich in der Regel aus; möglich ist allerdings eine Kombinationsleistung (siehe S. 27).
- Neben dem Pflegegeld können zudem Pflegehilfsmittel (siehe S. 36) beansprucht werden.
- Zudem kann der Entlastungsbetrag (siehe S. 34) genutzt werden. Das geht bereits bei Pflegegrad 1.
- Es ist trotz Bezug von Pflegegeld möglich, dass die pflegebedürftige Person in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege betreut wird (siehe S. 43).
- Bei Kurzzeitpflege (siehe S. 49) wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds bis zu 8 Wochen fortbezahlt, bei Ersatzpflege (=Verhinderungspflege,

siehe S. 28) bis zu 6 Wochen. Die zeitliche Höchstdauer für Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) ist seit 1.1.2024 von bisher 6 auf 8 Wochen für Pflegebedürftige bis 25 Jahren mit Pflegegrad 4 und 5 gestiegen. Zum 1.7.2025 gilt dies für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2.

Auslandsaufenthalt

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

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

Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass die pflegebedürftige Person trotz des Auslandsaufenthalts bzw. -ohnsitzes weiterhin in Deutschland pflegeversichert ist.

Verpflichtender Beratungseinsatz

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

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

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

Termine für diese sog. Beratungseinsätze muss die pflegebedürftige- oder angehörige Person eigenständig vereinbaren. Bei Versäumnis oder Verweigerung der Beratung drohen Kürzungen oder Streichungen des Pflegegelds.

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

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann seit 1.7.2022 bis zum 31.3.2027 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erste Beratung muss im häuslichen Umfeld stattfinden.

Pflegegeld ohne Angabe von Pflegepersonen

Wenn Pflegebedürftige keine Pflegeperson angeben, stellt die Pflegekasse oft auf Pflegesachleistungen (siehe S. 24) um, also auf Leistungen von ambulanten Pflegediensten, und streicht das Pflegegeld. Aber auch ohne Angabe einer Pflegeperson, darf die Pflegekasse das Pflegegeld nicht streichen, solange durch die regelmäßigen Pflichtberatungseinsätze nachgewiesen wird, dass die Pflege gesichert ist.

Die Pflege kann z.B. durch wechselnde Privatpersonen (z.B. Freunde oder Nachbarn) sichergestellt werden, die nicht wollen, dass die pflegebedürftige Person ihre Daten bei der Pflegeversicherung angibt.

Wenn Pflegebedürftige keine Pflegeperson bei der Pflegekasse angeben, sollten sie erklären, wie sie die Pflege ohne Pflegeperson sicherstellen. Sie sollten sich nicht dazu

drängen lassen, Pflegesachleistungen zu akzeptieren oder eine Pflegeperson (auch nicht "pro forma") anzugeben.

Manche Menschen organisieren ihre Pflege selbst, weil ambulante Pflegedienste nicht immer verfügbar sind oder nicht gut zu ihren Bedürfnissen passen. Dies betrifft oft Menschen mit Demenz, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder jüngere Menschen, die Pflege benötigen.

Ausnahme: Eine Pflegeperson **muss** benannt werden, wenn Pflegebedürftige Ersatzpflege (=Verhinderungspflege siehe S. 28) in Anspruch nehmen wollen.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistung bedeutet, dass häusliche Pflegehilfe durch ambulante Pflegedienste oder zugelassene Einzelpersonen erbracht wird.

Pflegesachleistungen bedeutet, dass Pflegebedürftige zu Hause von einem ambulanten Pflegedienst oder zugelassenen Einzelpersonen gepflegt werden. Die Pflegekasse rechnet direkt mit dem Pflegedienst oder der Einzelperson ab, sodass Pflegebedürftige keine Geldleistung sondern eine Sachleistung erhalten. Eine vollständige gleichzeitige Auszahlung von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination (siehe S. 27) beider Leistungen dagegen schon.

Ambulante Pflegedienste: Unterstützung für Pflegebedürftige zu Hause

Ein ambulanter Pflegedienst (auch Sozialstation genannt) kommt zu pflegebedürftigen oder schwer kranken Menschen nach Hause und pflegt sie. Dadurch wird Pflegebedürftigen ermöglicht, möglichst lange in ihrem Zuhause zu bleiben, z.B. wenn die Unterstützung durch Angehörige nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet ist oder nicht gewünscht wird. Pflegedienste, die Leistungen mit der Pflegekasse oder der Krankenkasse abrechnen können, müssen bestimmte Qualitätsstandards erfüllen. Bevor Leistungen in Anspruch genommen werden, sollte ein schriftlicher Pflegevertrag vorliegen. Vor dem Unterschreiben des Pflegevertrags sollte geprüft werden, ob alle wichtigen Punkte enthalten sind.

Ambulante Pflegedienste können auch Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) erbringen. Ersatzpflege (siehe S. 28) ermöglicht pflegenden Angehörigen, eine Auszeit, wenn sie verhindert sind, z.B. durch Urlaub oder Krankheit.

Hinweis: Ab dem 1.7.2025 müssen Pflegedienste, die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) erbringen, der pflegebedürftigen Person unverzüglich nach Leistungserbringung eine schriftliche Kostenübersicht zusenden, auf Wunsch auch per E-Mail. Diese muss klar zeigen, wie viel der Kosten des Gemeinsamen Jahresbetrages (siehe S. 33) abgerechnet wurden.

Praxistipps!

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat den Ratgeber "Ambulante Pflege – Gute professionelle Pflege erkennen" herausgegeben. Das ZQP definiert gute Pflege anhand von Kriterien wie Menschlichkeit, Respekt, Pflegesicherheit, Wohlbefinden, Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung. Kostenloser Download oder Bestellung unter www.zqp.de > *Bestellen* > *Ambulante Pflege - Gute professionelle Pflege erkennen*.
- Ein Muster für einen Pflegevertrag finden Sie beim Fachportal für Leistungserbringer der AOK unter www.aok.de > *Themen* > *Verträge* > *Verträge in der Pflege* > *Rahmenverträge und Empfehlungen*.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf pflegerische Maßnahmen in verschiedenen Bereichen,

- **Mobilität:** z.B. Hilfe beim Aufstehen.
- **Selbstversorgung:** z.B. Hilfe bei oder Übernahme der Körperpflege, Ernährung und Haushaltsführung.
- **Krankheitsbewältigung:** z.B. Bewältigung und Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen. Hilfe bei der Behandlung von Krankheiten.
- **Alltagsgestaltung und soziale Kontakte:** z.B. Unterstützung bei Freizeitaktivitäten und Teilhabe am Gemeinschaftsleben.

Voraussetzungen

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

Höhe

Ambulante Pflegedienste oder zugelassene Einzelpersonen **erhalten monatlich bis zu**

Pflegegrad	Leistungsbetrag 2025
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)
2	796 €
3	1.497 €
4	1.859 €
5	2.299 €

Umwandlungsanspruch

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

Anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag können bei der Pflegekasse vorab erfragt werden oder online z.B. unter www.pflegeberatung.de oder www.pflegelotse.de gefunden werden.

Beispiel

Als Sachleistung im Pflegegrad 3 stehen der pflegebedürftigen Person 1.497 € zur Verfügung. Von dem verfügbaren Betrag werden aber in einem Monat nur 65 % durch den Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse verrechnet = 973,05 €. Damit bleiben 35 % ungenutzt = 523,95 €. Dieser restliche Betrag kann im gleichen Monat für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch genommen werden.



Praxistipps!

- Leben mehrere Pflegebedürftige, die von einer professionellen Pflegekraft betreut werden, in einem Haushalt (z.B. Senioren-WG), können sie ihre **Pflegesachleistungsansprüche** zusammenlegen (sog. Poolen), z.B. für Einkaufen oder Zubereiten von Mahlzeiten. Das Poolen von Pflegeleistungen spart Zeit und Geld. Davon können zusätzliche Leistungen finanziert werden, z.B. weitere hauswirtschaftliche Versorgung, die allen Pflegebedürftigen zugutekommen.
- Unter gewissen Voraussetzungen besteht ein Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 224 € monatlich für jede bezugsberechtigte Pflegeperson und auf eine Anschubfinanzierung bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe (siehe S. 36).
- Pflegesachleistungen können auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege (siehe S. 78) unter bestimmten Voraussetzungen vom Sozialamt bezogen werden.

Kombinationsleistung

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

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

Wie wird Kombinationsleistung berechnet?

Pflegesachleistung ist im Vergleich zum Pflegegeld höher veranschlagt, wird aber nicht in bar ausbezahlt. Die Pflegesachleistung entspricht dem Wert der genehmigten Leistung, z.B. können bei Pflegegrad 3 Sachleistungen in Höhe von 1.497 € in Anspruch genommen werden. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den

Prozentsatz gemindert, den die pflegebedürftige Person in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen.

Berechnungsbeispiel

Bei Pflegegrad 3 besteht ein voller Anspruch auf Pflegesachleistung in Höhe von 1.497 €. Davon nimmt die pflegebedürftige Person 75 %, also 1.122,75 € in Form von Pflegesachleistungen in Anspruch.

Der volle Anspruch auf Pflegegeld bei Pflegegrad 3 beträgt 599 €. 25 % von 599 € ergeben ein anteiliges Pflegegeld von 149,75 €, über das die pflegebedürftige Person verfügen kann.

Änderung der Aufteilung

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

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

Wenn sich **nachträglich** herausstellt, dass weniger Sachleistungen als geplant geleistet wurden, wird im Nachhinein auch ein erhöhtes anteiliges Pflegegeld bezahlt. In der Re-

gel rechnet der ambulante Pflegedienst monatlich die Pflegesachleistung mit der Pflegekasse ab und danach wird das anteilige Pflegegeld ausgezahlt. Möchte eine pflegebedürftige Person nur noch Pflegegeld oder Pflegesachleistung in Anspruch nehmen, gilt die Bindungsfrist von 6 Monaten nicht.

Pflegegeld: In diesen Fällen wird es weitergezahlt

Anspruch auf Weiterzahlung von Pflegegeld:

- In den **ersten 4 Wochen** einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme oder einer häuslichen Krankenpflege, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen, wird das **anteilige Pflegegeld** einer Kombinationsleistung **weitergezahlt**.
- In den **ersten 4 Wochen** einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Reha oder häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts wird das **anteilige Pflegegeld** einer Kombinationsleistung (siehe S. 27) **weitergezahlt**.
- Während einer Ersatzpflege (=Verhinderungspflege siehe S. 28) wird **die Hälfte** des bisher bezogenen Pflegegelds für **bis zu 6 Wochen** fortbezahlt, bei Kurzzeitpflege (siehe S. 49) bis zu 8 Wochen. Für den jeweils ersten und letzten Tag wird das volle Pflegegeld gezahlt.
- Zusätzlich zur Kombinationsleistung kann auch bis zu 100 % Tages- oder Nachtpflege (siehe S. 43) in Anspruch genommen werden.
- Pflegepersonen können unter bestimmten Voraussetzungen ab Pflegegrad 2 bei der Steuererklärung einen Pflege-Pauschbetrag geltend machen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Behinderung > Steuervorteile“.

Ersatzpflege (=Verhinderungspflege)

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

Voraussetzungen allgemein

- Die normalerweise tätige Pflegeperson ist zur häuslichen Pflege verhindert, wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen.
- Prinzipiell müssen die **Vorversicherungszeit** (siehe S. 4) erfüllt, die **Pflegebedürftigkeit** (siehe S. 5) festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) wird auch anerkannt, wenn

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

Hinweis: Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege werden zum 1.7.2025 für alle pflegebedürftigen Menschen zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 33) oder sog. Entlastungsbudget zusammengeführt und können flexibel eingesetzt werden. Es gibt unterschiedliche Regelungen bis zum 30.6.2025 und ab dem 1.7. 2025. Diese sind nachfolgend aufgelistet:

Regelungen für Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) bis zum 30.6.2025

Voraussetzungen bis 30.6.2025

- Wenn die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) **erstmalig** in Anspruch genommen wird, **muss** die Pflege zuhause bereits **mindestens 6 Monate** laufen. Den Beginn der Pflege in häuslicher Umgebung setzen die meisten Pflegekassen mit der Einstufung in einen Pflegegrad gleich. Seit 1.1.2024 ist diese Voraussetzung für Pflegebedürftige vor dem 25. Geburtstag mit Pflegegraden 4 oder 5 entfallen.
- Die pflegebedürftige Person muss zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens im **Pflegegrad 2** eingestuft sein. Die sechsmonatige Pflegezeit ist aber auch erfüllt, wenn davor eine Einstufung in Pflegegrad 1 vorlag.

Dauer und Kosten

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) für **maximal 6 Wochen im Kalenderjahr**. Seit 1.1.2024 sind es für Pflegebedürftige vor dem 25. Geburtstag mit Pflegegraden 4 oder 5 bis zu 8 Wochen (56 Tage) pro Kalenderjahr, Näheres zum Gemeinsamen Jahresbetrag siehe S. 33.

Die Kosten für eine Ersatzpflegekraft dürfen 1.685 € im Kalenderjahr nicht überschreiten.

- Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je Kalenderjahr nicht überschreiten.

Pflegegrad	Pflegegeld mtl.	1,5-fache des Pflegegelds (Höchstbetrag für 6 Wochen)
1	kein Anspruch	kein Anspruch
2	347 €	520,50 €
3	599 €	898,50 €
4	800 €	1.200 €
5	990 €	1.485 €

Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschlag bei der Pflegekasse bis zum **Gesamtbetrag** in Höhe von 1.685 € geltend gemacht werden.

Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister.

Als Verschwägernde gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

- Pflegebedürftige können für die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) **bis zu 2.528 €** im Jahr erhalten. Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen,
 - Leistungsbetrag für die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) in Höhe von **1.685 €**.
 - Erhöhung um bis zu **843 €** aus nicht genutzten Mitteln der Kurzzeitpflege.
- Während der Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) hat die pflegebedürftige Person nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den Tagen dazwischen erhält sie nur die Hälfte des Pflegegelds.
- Wird die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) in einer stationären Einrichtung (z. B. Wohnheim für Menschen mit Behinderungen oder Pflegeheim) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.685 € im Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss die pflegebedürftige Person selbst bezahlen.

Praxistipps!

- Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) kann bis zur Höhe von 1.685 € auch stundenweise in Anspruch genommen werden, z. B. für einen Arzttermin der Pflegeperson. Wenn die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) weniger als 8 Stunden am Tag dauert,
 - kann der Gesamtanspruch von 42 Tagen über das ganze Jahr verteilt werden und
 - das Pflegegeld wird nicht gekürzt.

- Während einer Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt, der erste und letzte Tag wird vollständig bezahlt.
- Familienunterstützende Dienste (FuD) können bei Familien mit Kindern mit Behinderungen stundenweise betreuen, um den restlichen Familienangehörigen Aktivitäten ohne das Kind mit Behinderungen zu ermöglichen. Hat das Kind mit Behinderungen einen Pflegegrad, können die Leistungen des FuD über die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) abgerechnet werden. Auch für Erwachsene mit Behinderungen gilt diese Möglichkeit.
- Bei vielen Krankenkassen kann der Antrag auf Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) entweder heruntergeladen oder direkt online gestellt werden.

Regelungen für Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) ab 1.7.2025

- Bisher musste die Pflege zu Hause mindestens 6 Monate laufen, bevor erstmalig Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) in Anspruch genommen werden konnte. Ab dem 1.7.2025 entfällt diese Voraussetzung für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2.
- Die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) wird von maximal 6 Wochen auf bis zu 8 Wochen pro Jahr verlängert, was der Höchstdauer der Kurzzeitpflege entspricht. Auch das hälftige Pflegegeld wird während dieser Zeit weitergezahlt der erste und letzte Tag wird vollständig bezahlt.
- Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) im selben Jahr auch Kurzzeitpflege beantragt werden. Der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege von 1.854 € kann um bis zu 1.685 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) auf insgesamt bis zu 3.539 € im Kalenderjahr erhöht werden.
- Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) kann bis zur Höhe von 1.685 € auch stundenweise in Anspruch genommen werden, z. B. für einen Arzttermin der Pflegeperson. Wenn die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) weniger als 8 Stunden am Tag dauert,
 - kann der Gesamtanspruch von 56 Tagen über das ganze Jahr verteilt werden und
 - das Pflegegeld wird nicht gekürzt.
- Die Kosten dürfen den Betrag des 2-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 8 Wochen) je Kalenderjahr nicht überschreiten. Für Personen mit Pflegegrad 5 liegt dieser Höchstbetrag bei 1.685 €, da der max. Betrag für Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) nicht überschritten werden darf.

Pflegegrad	Pflegegeld mtl.	2-fache des Pflegegelds (Höchstbetrag für 8 Wochen-gültig ab 1.7.2025)
1	kein Anspruch	kein Anspruch
2	347 €	694 €
3	599 €	1.198 €
4	800 €	1.600 €
5	990 €	1.685 €

Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschlag bei der Pflegekasse bis zum **Gesamtbetrag** in Höhe von 1.980 € geltend gemacht werden.

Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister.

Als Verschwägernde gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

- Pflegebedürftige können für die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) **bis zu 3.539 €** im Jahr erhalten. Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen,
 - Leistungsbetrag für die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) in Höhe von **1.685 €**.
 - Erhöhung um bis zu **1.854 €** aus nicht genutzten Mitteln der Kurzzeitpflege.
- Während der Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) hat die pflegebedürftige Person nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den Tagen dazwischen erhält sie nur die Hälfte des Pflegegelds.
- Familienunterstützende Dienste (FuD) können bei Familien mit Kindern mit Behinderungen stundenweise betreuen, um den restlichen Familienangehörigen Aktivitäten ohne das Kind mit Behinderungen zu ermöglichen. Hat das Kind mit Behinderungen einen Pflegegrad, können die Leistungen des FuD über die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) abgerechnet werden. Auch für Erwachsene mit Behinderungen gilt diese Möglichkeit.
- Wird die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) in einer stationären Einrichtung (z. B. Wohnheim für Menschen mit Behinderungen oder Pflegeheim) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.685 € im Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss die pflegebedürftige Person selbst bezahlen.

Sollten im Jahr 2025 bereits vor der Änderung zum 1.7. Ausgaben für die Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege entstanden sein, rechnet die Pflegekasse diese ab dem 1. 7. 2025 auf den gesamten Jahresbetrag an.

Beispiel

Bis Ende Juni 2025 nutzten Herr und Frau Müller das gesamte Geld für die Verhinderungspflege eines ambulanten Pflegedienstes. Frau Müller war im Mai und Juni 2025 für 6 Wochen auf Reha. Die 1.685 € für die Verhinderungspflege reichten nicht aus, daher nutzten sie zusätzlich 843 € aus der Kurzzeitpflege. Die Pflegekasse übernahm somit 2.528 €. Den Restbetrag müssen sie selbst zahlen, aber Herr Müller erhält noch das halbe Pflegegeld. Die Höchstzeit für Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) von 6 Wochen pro Jahr war damit ausgeschöpft. Ab dem 1.7.2025 können sie den Restbetrag der Kurzzeitpflege für die Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) verwenden, was 1.011 € (1.854 € abzüglich 843 €) sind. Für die Pflegekosten während der Reha im Mai und Juni 2025 konnten sie dieses Geld nicht mehr nutzen. Ab dem 1.7.2025 können sie jedoch den ambulanten Pflegedienst erneut für bis zu 2 Wochen beauftragen, da die jährliche Höchstbezugszeit auf 8 Wochen erhöht wurde. Dies gilt aber nur, wenn die Mittel nicht bereits für die Kurzzeitpflege genutzt wurden.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Ab 1.7. 2025 wird der Gemeinsame Jahresbetrag für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zur Verfügung stehen. Der Höchstbetrag von 3.539 € umfasst die Leistungen aus Kurzzeitpflege und Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) und kann flexibel genutzt werden. Schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre (mit Pflegegrad 4 und 5) können den Gemeinsamen Jahresbetrag bereits seit dem 1.1.2024 nutzen.

Höhe

Der Gemeinsame Jahresbetrag beträgt

- ab 1.1.2025 3.539 € (aus Kurzzeitpflege: 1.854 € und Ersatzpflege (=Verhinderungspflege): 1.685 €) nur für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 und 5,
- ab 1.7.2025 3.539 € (aus Kurzzeitpflege: 1.854 € und Ersatzpflege (=Verhinderungspflege): 1.685 €) für alle pflegebedürftigen Menschen ab Pflegegrad 2.

Zum 1.1.2028 wird der Gemeinsame Jahresbetrag voraussichtlich wiederholt erhöht, orientiert an der Kerninflation der vergangenen 3 Jahre.

Antrag

Den Antrag für die Leistungen Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege stellt die versicherte Person oder eine vertretungsberechtigte Person bei der Pflegekasse.



Praxistipps!

- Beträge, die für Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) oder Kurzzeitpflege in der Zeit vom 1.1.2025 bis einschließlich 30.6.2025 schon verbraucht worden sind, werden auf den gesamten Jahresbetrag angerechnet.
- Wenn Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege (=Verhinderungspflege) genutzt wurde, müssen die Pflegeeinrichtungen der pflegebedürftigen Person eine schriftliche Übersicht der entstandenen Kosten geben. Diese Übersicht zeigt, wie viel Geld bereits ausgegeben wurde und wie viel noch übrig ist. Außerdem müssen die Pflegeeinrichtungen die erbrachten Leistungen der Pflegekasse melden.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 131€ monatlich. Dieser soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag zusätzlich als Zuschuss für die Pflege im vollstationären Bereich nutzen. Der Entlastungsbetrag wird nicht in bar ausgezahlt, hier gilt das Kostenerstattungsprinzip.

Die Angebote zur Entlastung sind in den einzelnen **Bundesländern unterschiedlich** geregelt. Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung.

Voraussetzungen

Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben Pflegebedürftige **aller** Pflegegrade, die zu Hause gepflegt werden, unabhängig davon, ob die Pflegekasse oder das Sozialamt (siehe „Hilfe zur Pflege vom Sozialamt“ auf S. 78) für die Pflegeleistungen zuständig sind.

Der Entlastungsbetrag von der Pflegekasse und vom Sozialamt sind auf je 131 € monatlich begrenzt. Pflegeversicherte Personen müssen zuerst die Leistungen der Pflegeversicherung nutzen. Eine doppelte Auszahlung ist nicht möglich.

Wofür kann der Entlastungsbetrag genutzt werden?

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

- Tages- und Nachtpflege

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

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

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

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

Höhe

Es besteht ein monatlicher Anspruch von 131 €. Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Die Kosten werden bis zur Höhe des Entlastungsbetrags von der Pflegekasse nur für zugelassene Leistungserbringer erstattet. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse erfolgen. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen. Pflegebedürftige die Pflegesachleistung (siehe S. 24) beziehen, können zusätzlich bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages umwandeln und für Entlastungsleistungen nutzen.



Praxistipps!

- Ein **kostenloses Musteranschreiben zur Abrechnung** von Entlastungsleistungen bei der Pflegekasse bietet die Verbraucherzentrale unter www.verbraucherzentrale.de > Suchbegriff: „Wofür Sie in der Pflege Entlastungsleistungen nutzen können“, unter dem Punkt "Was muss ich bei der Kostenübernahme beachten".
- Nicht in Anspruch genommene **Beträge** können auch auf die Folgemonate oder auf das folgende Kalenderhalbjahr **übertragen** werden. Das heißt, dass der Anspruch spätestens am 30.6. des Folgejahres verfällt. Die Übertragung eines nicht bean-

spruchten Leistungsbetrages muss **nicht** beantragt werden.

- Entlastungsangebote können von ambulanten Betreuungs- oder Pflegediensten genutzt werden. Sie können den Entlastungsbetrag auch an Nachbarn, Freunde oder Bekannte weitergeben, die Sie unterstützen. In den meisten Bundesländern ist dafür ein Pflegekurs erforderlich. Ihre Pflegekasse kann Ihnen hierzu Auskunft geben. Zusätzlich gibt es Angebote im Rahmen der Nachbarschaftshilfe oder anderer organisierter Helferkreise. Weitere Informationen, insbesondere zu den **Regelungen** in Ihrem **Bundesland**, finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Entlastungsbetrag“.

Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 224 € monatlich.

Voraussetzungen

- Pflegebedürftige haben Anspruch, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen leben. In dieser Wohngruppe müssen mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sein.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen, d.h. es gelten z.B. keine personellen oder baulichen Vorschriften nach den Vorgaben der länderspezifischen Heimgesetze.

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

Pflegehilfsmittel

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

Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel

- zur **Erleichterung der Pflege** (Produktgruppe 50), dazu zählen z. B. Pflegebetten und Pflegerollstühle.
- zur **Körperpflege/Hygiene** (Produktgruppe 51),

dazu zählen Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen und Urinflaschen.

- zur **selbstständigen Lebensführung** (Produktgruppe 52), z. B. Hausnotrufsysteme.
- zur **Linderung von Beschwerden** (Produktgruppe 53), z. B. Lagerungsrollen.
- die zum **Verbrauch bestimmt** sind (Produktgruppe 54), das sind saugende Bett-schutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung (z. B. Einmalhandschuhe) und Desinfektionsmittel.

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

Umfang

Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst:

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

Pflegehilfsmittel bei der Pflegekasse beantragen

Prinzipiell müssen Pflegehilfsmittel nicht ärztlich verordnet werden, sondern können direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegekasse stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus und mit dieser Bestätigung erhält die versicherte Person vom zugelassenen Leistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) die benötigten Pflegehilfsmittel. Der Leistungserbringer rechnet direkt mit der Pflegekasse ab. Allerdings ist bei "großen" Hilfsmitteln wie Pflegebett oder Pflegerollstuhl eine ärztliche Verordnung notwendig.

Versicherte beantragen das Pflegehilfsmittel mit dem Rezept und einem Kostenvoranschlag des Leistungserbringers (Sanitätshaus, Apotheke) in der Regel selbst. Manche Leistungserbringer übernehmen als Serviceleistung die Antragstellung und reichen das Rezept und den Kostenvoranschlag direkt bei der Pflegekasse ein.

Die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel eventuell von der Krankenkasse bezahlt werden muss, denn für die Kostenübernahme können sowohl die Krankenkasse als auch die Pflegekasse in Frage kommen. Vorrangige Leistungspflicht hat die Krankenkasse.

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel spätestens bis zum Ablauf von **3 Wochen** nach **Antragseingang** zu entscheiden. Ist ein

medizinisches Gutachten notwendig, **verlängert** sich die **Frist** auf **5 Wochen**. Wenn die Fristen von der Pflegekasse nicht eingehalten werden können, muss dies unter Angabe von Gründen der pflegebedürftigen Person schriftlich mitgeteilt werden. Erfolgt diese Mitteilung nicht, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Kosten

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse, meist Sanitätshäuser oder Apotheken. Beziehen Versicherte auf eigenen Wunsch Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, müssen sie die Mehrkosten selbst zahlen. Um dies zu vermeiden, sollten sich Versicherte **vorab** die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Pflegehilfsmitteln mit und ohne Festbetrag:

- **Pflegehilfsmittel mit Festbetrag:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (siehe S. 38).
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Pflegekasse sind:** Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Bei Produktgruppe 54, **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmitteln**, übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu **42 €** im Monat. Alles, was darüber hinausgeht, müssen Versicherte selbst zahlen.

Festbeträge

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

Wann zahlt die Pflegekasse?

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

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

Empfehlung durch Pflegekräfte

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

Die **Empfehlung** gilt höchstens 2 Wochen. Spätestens dann muss die pflegebedürftige Person die Empfehlung **an den Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z.B. ein Sanitätshaus oder einen anderen Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, weiterleiten, **zusammen mit** einem formlosen, schriftlichen Antrag. In Ausnahmefällen kann der Antrag auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse gehen.

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

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



Praxistipps!

Detailliert aufgelistet sind die Produktgruppen in Anhang II der „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“, Download unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Richtlinien und Empfehlungen* > *Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte*.

Diese Richtlinie konkretisiert die Grundsätze zur Abgabe von Empfehlungen. Im Anhang befinden sich ein Formular zur Empfehlung durch die Pflegefachkraft und eine Beschreibung des Antragsverfahrens.

Zuzahlungen

Versicherte ab 18 müssen für technische Hilfen folgende Zuzahlung leisten:

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

Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, müssen sie das Pflegehilfsmittel komplett selbst zahlen. Personen, die die **Belastungsgrenze überschreiten**, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 71).

Praxistipps!

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Bettschutzeinlagen, Windelhosen usw.) werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (meist Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhalten Sie von der Pflegekasse.
- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes **Hilfsmittelverzeichnis**, in dem auch alle Pflegehilfsmittel aufgeführt werden, für die die Pflegekasse die Kosten übernimmt. Dieses sog. Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt auch Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. In dem Verzeichnis kann online recherchiert werden unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Pflegehilfsmittel stehen am Ende ab Produktgruppe 50.
- Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln finden Sie bei dem Verein Barrierefrei Leben unter www.online-wohn-beratung.de > *Finanzielle Hilfen & Kostenübernahme* > *Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln über die Kranken- und Pflegekassen*.

Digitale Pflegeanwendungen

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

Digitale Anwendung

Eine DiPA ist ein Programm, das als App oder webbasierte Anwendung auf Geräten wie Handys, Tablets oder PCs genutzt werden kann. Sie kann z.B. dazu beitragen, die Mobilität oder kognitiven Fähigkeiten zu erhalten und die interaktive Organisation der Pflege sowie die Kommunikation zwischen

Pflegebedürftigen und Pflegenden zu unterstützen.

Falls Pflegebedürftige Schwierigkeiten mit der technischen Anwendung haben, gibt es zusätzliche Unterstützungsmöglichkeiten, wie z.B. Hilfe bei der Installation oder Nutzung der DiPA.

Anspruch und Kostenübernahme

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die Leistungen der häuslichen Pflege durch die Pflegeversicherung erhalten, haben Anspruch auf **die Nutzung** einer DiPA und notwendige **ergänzende Unterstützungsleistungen** durch einen ambulanten Pflegedienst.

Der Anspruch für die Nutzung einer DiPA und ggf. notwendiger ergänzender Unterstützungsleistung umfasst maximal 53 € im Monat. Er kann auf beide Angebote (Nutzung und Unterstützung) aufgeteilt werden.

Da es bisher keine zugelassenen DiPA gibt, können diese Leistungen derzeit nicht beansprucht werden. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass Pflegekassen nicht

zugelassene DiPA freiwillig übernehmen.

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

Alternativ können Sie bei Ihrer Krankenkasse nach digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) fragen. Beispiele für DiGA, die die Selbstständigkeit unterstützen, sind Apps für chronische Rückenschmerzen, orthopädische Beschwerden oder Online-Kurse für psychische Erkrankungen wie Depressionen. Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: "DiGA - Digitale Gesundheitsanwendungen".

Häusliche Pflege und Eingliederungshilfe

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen können zusätzlich zu Pflegeleistungen der Pflegeversicherung und/oder der Hilfe zur Pflege vom Sozialamt (siehe S. 78) bezogen werden.

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

Die Eingliederungshilfe und die Pflege haben nämlich unterschiedliche Aufgaben:

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Themen: Eingliederungshilfe und häusliche Pflege, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe bei der Pflege in einem Pflegeheim und weiteren Themen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Abgrenzung zur Pflege.
- Stellen Menschen mit Behinderungen, neben Leistungen der Pflegeversicherung, einen

Antrag auf Eingliederungshilfe, wird ein Gesamtplanverfahren beim Träger der Eingliederungshilfe ausgelöst. Dies soll ermöglichen, mehrere Leistungen „wie aus einer Hand“ zu gewähren. Näheres unter:

www.betanet.de > Suchbegriff: „Teilhabeplanverfahren“.

- Für die Leistungen der Pflegeversicherung gibt es pauschale (Geld-)Leistungen. Die Eingliederungshilfe leistet bis zur Bedarfsdeckung, das heißt sie übernimmt alle Leistungen die notwendig sind, um den Betroffenen die volle Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss erst ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.*
- Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) bietet Unterstützung, bevor Sie konkrete Leistungen beantragen. Adressen von Beratungsstellen finden Sie unter *www.teilhabeberatung.de*.
Die EUTB informiert und berät kostenlos und unabhängig Menschen mit Behinderung, von Behinderung bedrohte Menschen sowie deren Angehörige.

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege, wie Tages- oder Nachtpflege, ist notwendig, wenn die häusliche Pflege nicht (mehr) ausreicht oder ergänzt werden muss. Voraussetzung dafür ist, dass die Vorversicherungszeit erfüllt ist, die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird.

Tages- oder Nachtpflege

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

Anspruch

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

- die Pflegeperson weiter berufstätig sein möchte.
- die Pflegesituation sich kurzfristig verschlechtert.
- die Pflegeperson entlastet werden soll.
- Pflegebedürftige nur stundenweise beaufsichtigt werden müssen.

Umfang

Pflegebedürftige werden in einer Tages- oder Nachtpflege nur **stundenweise** betreut. Die **Tagespflege** richtet sich an Pflegebedürftige, die z.B. tagsüber alleine in Ihrer Wohnung sind und stundenweise Beaufsichtigung in einer Einrichtung benötigen. Viele Tagespflegeeinrichtungen sind täglich geöffnet, einschließlich Sonn- und Feiertagen. Die **Nachtpflege** ist besonders hilfreich für Menschen mit Demenz oder Parkinson, die einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben. Die Betroffenen werden tagsüber zu Hause von Pflegepersonen oder Angehörigen gepflegt und schlafen in einer Nachtpflegeeinrichtung. Dadurch werden pflegende Angehörige entlastet. Das Angebot einer Nachtpflege ist jedoch nur **selten** verfügbar.

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

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

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

Höhe und Kosten

Die Pflegekasse zahlt je nach Pflegegrad monatlich bis zu:

Pflegegrad	Leistungsbetrag 2025
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 131 €)
2	721 €
3	1.357 €
4	1.685 €
5	2.085 €

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz und rechnen direkt mit der Pflegekasse ab. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (eigene Kosten). Diese sind: Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten), Investitionskosten und ggf. Fahrtkosten (für den Hin- und Rücktransport zwischen der Wohnung und der Einrichtung).

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 müssen die Leistungen allerdings zunächst selbst bezahlen. Diese eigenen Kosten können auch teilweise durch den Entlastungsbetrag (siehe S. 34) ausgeglichen werden.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

- Teilstationäre Pflege kann mit Pflegesachleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung kombiniert werden.
- Tages- und Nachtpflege können neben Pflegesachleistung/Pflegegeld in **vollem** Umfang in Anspruch genommen werden.
- Leistungen der Tages- und Nachtpflege, die monatlich nicht in Anspruch genommen werden, verfallen. Sie können nicht auf einen anderen Zeitraum übertragen werden oder mit anderen Leistungen verrechnet werden.

Wer hilft weiter?

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

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim wird je nach Pflegegrad monatlich von der Pflegekasse bezuschusst. Pflegebedürftige müssen jedoch für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten, ggf. Ausbildungskosten und einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten selbst aufkommen. Für einen Teil dieses Eigenanteils gibt es seit 2022 einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Dieser wurde zum 1.1.2024 erhöht.

Voraussetzungen

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

Besonderheiten im Einzelfall sind z. B.:

- Fehlen einer Pflegeperson,
- Überforderung der Pflegeperson,
- Verwahrlosung der pflegebedürftigen Person,
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz der pflegebedürftigen Person oder
- Fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen.

Leistungsumfang der Pflegekasse

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

Darüber hinaus zahlen Pflegebedürftige eine ganze Reihe von Kosten selbst, siehe „Kosten für Pflege im Pflegeheim“ auf S. 46.

Höhe der Leistung

Pflegegrad	Monatliche Leistung 2025
1	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 131 €)
2	805 €
3	1.319 €
4	1.855 €
5	2.096 €

Wählen Pflegebedürftige die vollstationäre Pflege, obwohl dies nach den Feststellungen der Pflegekasse **nicht erforderlich** ist, erhalten sie für die pflegebedingten Aufwendungen nur einen **Zuschuss** in Höhe der Pflegesachleistung, siehe S. 24 bzw. des Entlastungsbetrags, siehe S. 34.

Kosten für Pflege im Pflegeheim

Pflegebedürftige müssen die Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim größtenteils selbst tragen. Kann dies nicht selbst finanziert werden, hilft das Sozialamt mit der "Hilfe zur Pflege".

Bei vollstationärer Pflege in einem Heim bezahlt die Pflegeversicherung pauschale Leistungen je nach Pflegegrad. Menschen, die in ein Pflegeheim ziehen, schließen einen Pflegeheimvertrag mit der Einrichtung ab. In diesem Vertrag sind alle Entgeltbestandteile (oft Heimentgelt genannt) einzeln aufgelistet.

Das Heimentgelt setzt sich zusammen aus:

- **Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE):** Der EEE ist der Anteil der Pflegekosten im Pflegeheim, der nicht mit den pflegegradabhängigen Zuschüssen der Pflegekassen gedeckt werden kann. Der Eigenanteil unterscheidet sich von Heim zu Heim. Innerhalb eines Pflegeheims ist er aber einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5. Er erhöht sich also nicht bei einer Höherstufung des Pflegegrads. Für den EEE, also nicht für den gesamten Anteil der eigenen Kosten, erhalten Versicherte seit 1.7.2022 einen Leistungszuschlag von der Pflegekasse. Der Leistungszuschlag wird direkt vom Pflegeheim mit der Pflegekasse abgerechnet und muss nicht beantragt werden.
- **Eigenleistungen für Unterkunft und Verpflegung:** Diese Eigenleistungen fallen je nach Pflegeheim unterschiedlich aus und setzen sich zusammen aus den sog. Hotelkosten:
 - Unterkunft: alle Kosten für Heizung, Energie, Wasser und Wartung aller Anlagen, Kosten für gemeinsame Freizeitveranstaltungen
 - Verpflegung: gesamte Verpflegung und Personalkosten für Zubereitung und Anrichten der Speisen und Getränke
- **Investitionskosten:** Darunter fallen die Kosten für die Beschaffung und Instandhaltung von Gebäuden, Anschaffung betrieblicher Güter, z.B. Betten, Tische, Stühle, Aufwendungen für Miete, Pacht und Nutzung von Gebäuden.
- **Ausbildungskosten:** Wenn im Pflegeheim Pflegekräfte ausgebildet werden, kann das Heim dafür anfallende Kosten auf die Pflegebedürftigen umlegen. Die Regelungen dazu variieren je nach Bundesland. Daher ist es möglich, dass diese Kosten auf der Rechnung erscheinen, ggf. aber auch nicht.
- **Zusatzkosten:** Besondere Komfortleistungen, z.B. Wäscheservice oder besondere Zimmerausstattungen, die nicht zur Grundausstattung gehören. Eine Unterbringung im Einzelzimmer darf in der Regel nicht zusätzlich in Rechnung

gestellt werden. Zusätzliche Kosten müssen vorher schriftlich mit der pflegebedürftigen Person vereinbart werden.

Beispiel

Rechenbeispiel für einen vollstationären Pflegeheimplatz mit Pflegegrad 3 für eine Bewohnerin die seit 18 Monaten im Pflegeheim lebt:

Pflegebedingte Kosten gesamt: 2.785 €

abzüglich Zuschuss der gesetzlichen Pflegeversicherung für die stationäre Pflege bei Pflegegrad 3 (Stand 2025): 1.319 €

Restbetrag für die pflegebedürftige Person: 1.466 € (=EEE)

abzüglich Leistungszuschlag der Pflegekasse (30 % bei mehr als 12 Monaten Aufenthaltsdauer im Heim): 439,80 €

Verbleibender Restbetrag für die pflegebedürftige Person: 1.026,20 €

Unterkunft und Verpflegung: 921 €

Investitionskosten: 485 €

Ausbildungszuschlag: 122 €

Die Bewohnerin muss 2.554,20 € monatlich selbst bezahlen.

Eventuelle Kosten für zusätzliche Serviceleistungen sind in diesem Beispiel nicht berücksichtigt.

Besonderheit: Eigenanteil bei außerklinischer Intensivpflege

Bei außerklinischer Intensivpflege müssen Pflegebedürftige im Pflegeheim **keinen** Eigenanteil zu Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung zahlen. Wenn sich der Gesundheitszustand so weit bessert, dass keine Intensivpflege mehr notwendig ist, aber mindestens Pflegegrad 2 weiterbesteht, müssen

Pflegebedürftige diesen Eigenanteil erst nach 6 Monaten wieder zahlen.

Krankenkassen können diese Kosten freiwillig länger übernehmen.

Leistungszuschlag der Pflegekasse zum Eigenanteil (EEE)

Pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 2 bis 5 erhalten bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim, zusätzlich zur **pauschalen Leistung** für ihren Pflegegrad, einen **Leistungszuschlag** von der Pflegekasse. Damit sollen die Kosten des pflegebedingten Eigenanteils (EEE) reduziert werden. Der Zuschuss steigt mit der Dauer des Pflegeheimaufenthalts. Beide Leistungen für die vollstationäre Pflege werden direkt mit dem Pflegeheim abgerechnet. Angefangene Monate im Pflegeheim werden als volle Monate gezählt.

Aufenthaltsdauer im Heim	Leistungszuschlag auf EEE
bis einschließlich 12 Monate	15 %
mehr als 12 Monate	30 %
mehr als 24 Monate	50 %
mehr als 36 Monate	75 %

➔ Praxistipps!

- Nähere Informationen zum Leistungszuschlag unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege“.
- Die Zahlungspflicht beginnt am Tag der Aufnahme der pflegebedürftigen Person und endet mit dem Tag, an dem die pflegebedürftige Person auszieht oder verstirbt. Zieht die pflegebedürftige Person in ein anderes Pflegeheim, darf das aufnehmende Pflegeheim den Verlegungstag berechnen.
- Für die Reservierung eines Pflegeheimplatzes, darf **keine** Gebühr berechnet werden.
- Der Verband der Ersatzkassen (vdek) ermittelt jährlich die Eigenanteile von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern. Nachlesen können Sie die Informationen in dem PDF des vdek unter www.vdek.com > Presse > Daten Gesundheitswesen > Pflegeversicherungsdaten > Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege.
- Wenn Pflegebedürftige die Eigenleistungen aus ihrem Einkommen (in der Regel der Rente) und ihrem Vermögen nicht leisten können, können diese ggf. durch folgende Leistungen der Sozialhilfe vom Sozialamt gedeckt werden: Hilfe zur Pflege (siehe S. 78) und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt.

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

Pflegewohngeld und Wohngeld

Pflegewohngeld

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

Pflegeheim, unter Umständen auch durch die pflegebedürftige Person selbst.

Informationen zum Pflegewohngeld der folgenden Bundesländer gibt es unter:

- **Nordrhein-Westfalen**, (§ 14 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen): www.verbraucherzentrale.nrw > Gesundheit und Pflege > Pflege im Heim > Pflegewohngeld in NRW: Finanzielle Hilfe in stationären Einrichtungen
- **Schleswig-Holstein**, (§ 6 Abs. 4 Landespflegegesetz Schleswig-Holstein): www.zufish.schleswig-holstein.de > Leistungen A-Z > O-P > Pflege: Pflegewohngeld.
- **Mecklenburg-Vorpommern**, (§ 9 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern): www.nordwestmecklenburg.de > Soziales und Gesundheit > Soziale Leistungen > Pflege > Pflegewohngeld.

Wohngeld

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

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

Kurzzeitpflege

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

Anspruch

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 können eine Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen,

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der pflegebedürftigen Person oder
- in sonstigen Krisensituationen, wenn vorübergehend keine oder keine ausreichende häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist, z.B. weil die Pflegeperson wg. einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus muss, oder
- in anderen Situationen, z.B. wenn die Wohnung der pflegebedürftigen Person gerade umgebaut wird.

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur Vorsorge und medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn während der Reha-Maßnahme für eine Pflegeperson (siehe ab S. 63) gleichzeitig die Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

Antrag

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



Praxistipps!

- Anträge erhalten Sie bei der Pflegekasse oder online auf der Internetseite Ihrer Pflegekasse. Der Antrag muss ausgedruckt und von der pflegebedürftigen Person oder einer vertretungsberechtigten Person unterschrieben und bei der Pflegekasse eingereicht werden.
- Fragen Sie bei Ihrer Pflegekasse oder einer Pflegeberatungsstelle nach geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Ihrer Nähe und welche Kosten etwa auf Sie zukommen. Pflegeberatungen (siehe S. 16) können ggf. helfen, einen freien Platz in der Umgebung zu finden.
- Wenn Sie Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in Anspruch nehmen, unterstützt der Sozialdienst im Krankenhaus. Findet das Krankenhaus für die Anschlussversorgung keinen Kurzzeitpflegeplatz, gibt es die Möglichkeit zur Übergangspflege (siehe S. 52).

Umfang, Dauer und Höhe

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

Einen Eigenanteil, z.B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag (siehe S. 34) in Höhe von 131 € monatlich kann dafür eingesetzt werden.

Näheres zu den eigenen Kosten im Pflegeheim siehe S. 46.

Kurzzeitpflege kann **bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr** in Anspruch genommen werden und wird bis zu einem Gesamtbetrag von 1.854 € im Jahr bezahlt. Der Betrag ist **einheitlich** für alle pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5

Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Kurzzeitpflege im selben Jahr auch **Ersatzpflege** (=Verhinderungspflege) beansprucht werden, um pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Erholung oder eines Urlaubs zu geben.

Der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege kann um bis zu 1.685 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Ersatzpflege (=Verhinderungspflege siehe S. 28) auf insgesamt bis zu 3.539 € im Kalenderjahr erhöht werden.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Ab 1.7.2025 ist der **flexibel einsetzbare** Gemeinsame Jahresbetrag für die Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 nutzbar.

Beispiel

Pflegeleistungen: 67 € pro Tag (bei Pflegegrad 2)

Hotelkosten (Unterkunft und Verpflegung): 30 € pro Tag

Investitionskosten: 15 € pro Tag

Für einen 30-tägigen Aufenthalt wären die Gesamtkosten:

Pflegeleistungen: 67 € x 30 Tage = 2.010 €

Hotelkosten: 30 € x 30 Tage = 900 €

Investitionskosten: 15 € x 30 Tage = 450 €

Gesamtkosten: 2.010 € + 900 € + 450 € = 3.360 €

Die Pflegekasse übernimmt einen Zuschuss von 1.854 Euro im Jahr sowie den Entlastungsbetrag von 131 €. Dieser Betrag kann auf die Kurzzeitpflege angerechnet werden, sodass der Eigenanteil auf 1.375 Euro reduziert wird.

Der Entlastungsbetrag kann auch angespart werden und die Gesamtkosten der Kurzzeitpflege reduzieren: z.B. im Jahr 2025 beträgt der monatliche Entlastungsbetrag 131 €. Das ergibt einen jährlichen Betrag von 1.572 € (131 € x 12 Monate). Wenn im Jahr 2025 nur 600 € genutzt werden, können die verbleibenden 972 € in das Jahr 2026 übertragen werden. Im Jahr 2026 stehen dann insgesamt 2.544 € zur Verfügung (1.572 € für 2026 plus 972 € aus 2025). Dieser Betrag kann dann auch einmalig für die Finanzierung der Kurzzeitpflege genutzt werden.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

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

Dabei zählen **Teiltage** (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage.

Die **Höhe des Pflegegelds** richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad. Bei der Ermittlung der zu Hause verbrachten Pflegetage ist der Kalendermonat immer mit 30 Tagen anzusetzen.

Das sich ergebende anteilige Pflegegeld darf zusammen mit der Leistung bei vollstationärer Pflege den jeweiligen Pflegegrad festgelegten maximalen Sachleistungsbetrag (siehe S. 24) bei häuslicher Pflege nicht übersteigen.



Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) bietet unter www.bagso.de > Publikationen > Checkliste > Das richtige Pflege- und Seniorenheim eine

Checkliste, die bei der Wahl des richtigen Pflegeheims unterstützen kann.

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) gibt im Ratgeber „Stationäre Pflege – Gute professionelle Pflege erkennen“ Informationen und Tipps, um die Pflegequalität in einem Pflegeheim einschätzen zu können. Den Ratgeber können Sie kostenlos unter www.zqp.de > *Bestellen* downloaden oder bestellen.
- Beim Heimverzeichnis der gemeinnützigen Gesellschaft zur Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Behinderung gGmbH finden Sie unter <https://heimverzeichnis.de> Adressen von Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen.
- Näheres zum Bewertungssystem zur Darstellung der Pflegequalität in der stationären Pflege unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Qualität und Transparenz* > *Qualitätsprüfungen* > *Stationäre Pflege*.
- Unter folgenden Links finden Sie die Qualitätsberichte von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen:
 - www.aok.de > *Leistungserbringer* > *Pflege* > *Pflegeberatung* > *AOK-Pflegenavigator* (AOK)
 - www.bkk-pflegefinder.de (BKK)
 - www.pflegelotse.de (vdek - Verband der Ersatzkassen)
- In **Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen** steht die Betreuung im Vordergrund, nicht die Pflege. Die **Pflegekasse gewährt einen Zuschuss**, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Dieser Zuschuss beträgt pauschal 15 % des Heimentgelts, maximal jedoch 278 € monatlich. Während des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen können andere Leistungen der Pflegeversicherung in der Regel nicht in Anspruch genommen werden.



Wer hilft weiter?

Pflegekassen, Pflegestützpunkte sowie das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung:
030 340606602, Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr.

Übergangspflege im Krankenhaus

Übergangspflege im Krankenhaus bedeutet, dass Patienten für weitere 10 Tage im Krankenhaus versorgt werden können, obwohl ihre Behandlung abgeschlossen ist. Voraussetzung ist, dass sie noch auf pflegerische Maßnahmen angewiesen sind. Diese Leistung der gesetzlichen Krankenkassen kann von Versicherten nicht frei gewählt werden. Der gesetzliche Anspruch soll sicherstellen, dass Patienten nicht entlassen werden, wenn die erforderliche Anschlussversorgung (noch) nicht oder nur mit sehr großem Aufwand möglich ist.

Anspruch und Zuzahlung

Versicherte können die Übergangspflege im Krankenhaus nicht einfach einfordern, auch wenn sie einen gesetzlichen Anspruch darauf haben. Übergangspflege wird vielmehr im Rahmen des Entlassmanagement vom Krankenhaus organisiert. Sie wird genutzt, wenn nach dem Ende der medizinischen Behandlung die Entlassung nicht möglich ist, weil die nachstationäre Versorgung, z.B. wegen fehlender Plätze oder langer Wartezeiten, z.B. in der Kurzzeitpflege, noch nicht verfügbar ist.

Der Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für maximal 10 Tage pro Krankenhausaufenthalt. Wenn während der Übergangspflege eine erneute Krankenhausbehandlung wegen einer akuten Erkrankung notwendig wird und danach keine nahtlose Anschlussversorgung möglich ist, besteht ein erneuter Anspruch auf bis zu 10 Tage. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ab dem 18. Geburtstag für eine Krankenhausbehandlung (dazu zählt auch die Übergangspflege) eine Zuzahlung von 10 € pro Tag leisten. Diese Zuzahlung ist auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Der Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ganzer Tag.



Praxistipps!

- Sie müssen dem Entlassmanagement des Krankenhauses und der Möglichkeit der Übergangspflege aktiv zustimmen. Dies geschieht oft schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus. Kreuzen Sie dazu einfach „ja“ auf dem entsprechenden Formular (Einverständniserklärung) an.
Manchmal steht in den Formularen, dass Sie die Kosten für die Übergangspflege nach dem 10. Tag selbst tragen müssen. Sie können diesen Hinweis auch streichen und die Einverständniserklärung trotzdem unterschreiben.
- Als privatversicherter Patient können Sie nachfragen, ob Ihr Versicherungsschutz bei der PKV die Leistung der Übergangspflege beinhaltet.
- Übergangspflege wird bisher nicht flächendeckend in jedem Krankenhaus angeboten.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, leisten wertvolle Arbeit. Die Pflegeversicherung unterstützt sie mit Leistungen wie Pflegegeld, dem Entlastungsbetrag sowie Kurzzeit- und Ersatzpflege (=Verhinderungspflege), und bietet darüber hinaus weitere Hilfen an, um ihre wichtige Aufgabe zu erleichtern.

Soziale Sicherung

Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen und bei der Pflegekasse eingetragen sind, werden sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab. Es gibt auch teilweise Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Unfallversicherung

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

Die Unfallversicherung leistet unter folgenden Voraussetzungen:

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

Die Pflegeperson muss bei der Pflegekasse gemeldet sein, ein Antrag ist nicht notwendig. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden.

Adressen unter www.dguv.de > Suchbegriff: „Unfallkassen“.



Praxistipps!

- Nähere Informationen finden Sie in der Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter: www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“.

- Die Unfallkassen Berlin und Nordrhein-Westfalen, die kommunale Unfallversicherung Bayern sowie die Aktion „Das sichere Haus“ bieten zweimal jährlich eine Broschüre mit Tipps, z. B. zur Verhinderung von Unfällen, für pflegende Angehörige an. Kostenloser Download unter: www.das-sichere-haus.de > Broschüren > Sicher zuhause pflegen.

Rentenversicherung

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

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

Der Versicherungsschutz durch die Rentenversicherung tritt automatisch ein, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind und die Pflegeperson ihre Arbeit aufnimmt. Es ist **keine** Anmeldung notwendig, das übernimmt die Pflegekasse. Zur Ermittlung der Beiträge erhält die Pflegeperson von der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person den "Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht-erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen". Der Fragebogen steht bei vielen Pflegekassen als pdf-Download zur Verfügung. Pflegepersonen können den Antrag auch selbstständig ausfüllen und zur Pflegekasse schicken.

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

Weiterzahlungen der Leistungen bei Auslandsaufenthalt oder Inanspruchnahme anderer Leistungen

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt:

- für die Dauer der häuslichen Krankenpflege,
- bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt der versicherten Person oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen (ab 1.7.2025 bis zu 8 Wochen) im Kalenderjahr (Ersatzpflege = Verhinderungspflege, siehe S. 28) sowie
- in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Beiträge für Beschäftigte oder pflegende Rentner

- Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.
- Für pflegende Rentner werden Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Diese Regelung gilt allerdings nicht für Bezieher einer Altersrente, die die reguläre Altersgrenze erreicht haben. Es profitieren von dieser Regelung beispielsweise Beziehende einer

vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente, Flexirente oder Teilrente. Damit können die bestehende Rente aufgebessert bzw. Rentenpunkte für die zukünftige Vollrente gesammelt werden.

Praxistipps!

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

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält eine pflegebedürftige Person Hilfe zur Pflege vom Sozialamt (siehe S. 78), so werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Kranken -und Pflegeversicherung

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

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

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

Arbeitslosenversicherung

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

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung - Pflegeunterstützungsgeld

Die „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“, ist eine Sonderform der Pflegezeit. Berufstätige können diese einmal jährlich pro pflegebedürftige Person für bis zu 10 Arbeitstage beim Arbeitgeber beantragen. Für den Ausfall des Gehalts können Pflegepersonen das Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragen.

Die Freistellung kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation von Angehörigen zur Organisation der Pflege in Anspruch genommen werden.

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

Wo wird Pflegeunterstützungsgeld beantragt?

Vom Arbeitgeber erhalten Pflegepersonen während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung in der Regel **kein** Gehalt. Daher besteht die Möglichkeit, Pflegeunterstützungsgeld als **Lohnersatzleistung** bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu beantragen. Für den Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich.

Dieser Anspruch gilt auch für Beschäftigte in Minijobs, Heimarbeit und Auszubildende. Das Pflegeunterstützungsgeld wird als Einnahme zum Lebensunterhalt betrachtet und wird bei der Berechnung einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.



Praxistipps!

- Anträge für das Pflegeunterstützungsgeld erhalten Sie bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person. Viele Pflegekassen bzw. Krankenkassen bieten diese Anträge als kostenlose Downloads zum Ausdrucken an.
- Sie können die 10 Tage Pflegeunterstützungsgeld auf mehrere Freistellungszeiträume aufgeteilt nehmen, solange jeweils die oben genannten Voraussetzung für eine Freistellung vorliegen. Sollte Ihre Krankenkasse bei einer Aufteilung das Pflegeunterstützungsgeld ablehnen, können Sie dagegen Widerspruch einlegen oder klagen, Näheres ab S. 93.

Keinen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld haben:

- Selbstständige, Beamte sowie Personen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Bürgergeld) und dem Sozialgesetzbuch III (Arbeitsförderung und Arbeitslosengeld) beziehen.
- Pflegepersonen die Entgeltfortzahlung, Kinderpflege-Krankengeld oder Kinderpflege-Verletztengeld erhalten.

- Beschäftigte, die bezahlten Urlaub für die Organisation der Pflege in Anspruch nehmen.

Wie lange wird Pflegeunterstützungsgeld gezahlt und wie hoch fällt es aus?

Das Pflegeunterstützungsgeld wird für höchstens 10 Tage pro Kalenderjahr gezahlt. Auch mehrere Pflegepersonen können es anteilig nutzen. Die Gesamtzahl bleibt jedoch auf 10 Arbeitstage (also 2 Kalenderwochen) begrenzt.

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2025 maximal 128,63 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Kündigungsschutz

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung (sowie Pflegezeit und Familienpflegezeit) dürfen Pflegepersonen in der Regel nicht gekündigt werden.



Wer hilft weiter?

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

Pflegezeit

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

Voraussetzungen

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

- Häusliche Pflege eines nahen pflegebedürftigen Angehörigen.
Nahe Angehörige sind:
 - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
 - Ehe- und Lebenspartner, Partner ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlicher

Gemeinschaften, Geschwister, Schwägerinnen/Schwäger

- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehe- oder Lebenspartners), Schwiegersohn oder -tochter, Enkelkinder

- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst (MD).
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Betrieb.
Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Es muss der Zeitraum der Pflegezeit oder der Umfang der teilweisen Freistellung (Teilzeitarbeit) festgelegt sein.

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

Dauer

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

Soll im Anschluss an die Pflegezeit Familienpflegezeit genommen werden, muss dies dem Betrieb innerhalb von 3 Monaten, spätestens 8 Wochen vor Ende der Pflegezeit, mitgeteilt werden. Die Familienpflegezeit muss unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. Pflegezeit und Familienpflegezeit (siehe S. 60) und dürfen zusammen **längstens** 24 Monate dauern.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist die angehörige Person nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Betrieb ist darüber unverzüglich zu informieren. Solche Umstände können z.B. Tod der pflegebedürftigen Person, stationäre Unterbringung oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein.

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

Verlängerung der beantragten Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Betrieb zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt. Eine Verlängerung

kann z. B. dann notwendig sein, wenn die Pflege von einer zukünftigen Pflegeperson zum vereinbarten Zeitpunkt nicht angetreten werden kann.

Freistellung zur Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase

Zur **Sterbebegleitung** kann die Pflegezeit um bis zu 3 Monate verlängert werden. Die Begleitung kann in Einrichtungen wie Hospizen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen stattfinden

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

Familienpflegezeit

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

Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen zu können, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (MD) nachgewiesen werden. Die Definition von "nahe Angehörige" siehe „Pflegezeit“ auf S. 58. Sind Pflegebedürftige in der privaten Pflegeversicherung versichert, ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen. Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen **mehr als 25 Beschäftigte** hat.

Antrag, Dauer und Beendigung

Für die Familienpflegezeit können Berufstätige ihre Arbeitszeit auf bis zu **15 Wochenstunden** reduzieren. Wenn es aus betrieblicher Sicht möglich ist, kann die Arbeitszeit flexibel aufgeteilt werden. Die Frist von mindestens 15 Wochenstunden gilt im Jahresdurchschnitt. Die Familienpflegezeit darf **maximal 24 Monate** dauern. Während der Familienpflegezeit besteht **Kündigungsschutz**.

Kombination mit Pflegezeit

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

Soll **nach der Pflegezeit** für dieselbe pflegebedürftige Person eine **Familienpflegezeit** anschließen, müssen Arbeitnehmende dies spätestens **3 Monate vor Beginn** der Familienpflegezeit **beim Arbeitgeber** schriftlich ankündigen.

Soll nach der **Familienpflegezeit** für dieselbe angehörige Person eine Pflegezeit anschließen, müssen Arbeitnehmende dies spätestens **8 Wochen vor Beginn** der Pflege-

zeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.

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

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Familienpflegezeit 4 Wochen nachdem

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

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



Praxistipps!

- Die Familienpflegezeit müssen Sie beim Arbeitgeber schriftlich **ankündigen**. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet auf der Internetseite ein Muster zur Ankündigung von Familienpflegezeit, kostenloser Download unter www.wege-zur-pflege.de > Familienpflegezeit > Servicematerial herunterladen.
- Pflegebedürftige können bei der Pflegekasse Pflegegeld (siehe S. 21) beantragen, um es der Person zu geben, die zu Hause pflegt.
- Unter bestimmten Voraussetzungen (siehe Soziale Sicherung auf S. 54) gilt eine Person, die Familienpflegezeit in Anspruch nimmt, als Pflegeperson und hat Anspruch auf die damit verbundenen Leistungen. Beispielsweise zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil sind Zuschüsse zur Krankenversicherung möglich.
- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit können Sie beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.bmfsfj.de > Suchbegriff: „Broschüre: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ herunterladen.
- Informationen wie Broschüren, Merkblätter und Formulare zu den Freistellungsmöglichkeiten des Pflege- und Familienpflegezeitgesetz finden Sie unter: www.wege-zur-pflege.de > Familienpflegezeit.

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

- Trotz reduzierter Lohnzahlung werden Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung weiterbezahlt.
- Wegen des niedrigeren Einkommens während der Familienpflegezeit sind im Bedarfsfall **Arbeitslosengeld und Krankengeld** niedriger.
- Die **Beiträge zur Rentenversicherung** sind während dieser Zeit niedriger, da sie sich prozentual aus dem Einkommen berechnen. Allerdings haben Pflegenden die Möglichkeit, zusätzliche Beiträge zur Rentenversi-

cherung über die Pflegekasse zu beantragen. Weitere Auskünfte gibt der Rentenversicherungsträger.

- Ist die Pflegeperson **privat krankenversichert**, weil ihr Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann es passieren, dass das reduzierte Einkommen unter diese Grenze sinkt. Dann ist die Pflegeperson verpflichtet, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Auf Antrag kann sie jedoch für die Familienpflegezeit von dieser Versicherungspflicht befreit werden und Mitglied der privaten Krankenversicherung bleiben. Für diese Zeit wird in der Regel eine zeitlich begrenzte Anpassung des Arbeitsvertrags vereinbart.

Zinsloses Darlehen

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

Höhe

Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann unter www.baf-za.de > Programme und Förderungen > Familienpflegezeit > Familienpflegezeit-Rechner der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden.

Rückzahlung des Darlehens

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



Wer hilft weiter?

- Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben haben ein gemeinsames Servicetelefon Pflege eingerichtet, Telefon 030 20179131, Mo–Do von 9–16 Uhr und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter www.wege-zur-pflege.de.
- Pflegekassen und Pflegestützpunkte.

Pflegekurse

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

Angebote

Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden.

Viele Pflegekassen bieten ihren Mitgliedern auch kostenlose Online-Pflegekurse an. Nach einer Registrierung kann das Angebot jederzeit von zu Hause aus genutzt werden. Nähere Informationen sowie die Anmeldung finden Sie auf der Webseite Ihrer Krankenkasse.

Inhalte

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

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



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Reha für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige übernehmen tagtäglich eine anspruchsvolle und herausfordernde Aufgabe. Daher ist es wichtig, sich rechtzeitig eine Auszeit zu nehmen, um wieder Kraft zu tanken. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, diese „Auszeiten“ zu gestalten.

Möglichkeiten der Auszeit: Urlaub, Vorsorge und Reha

Die Pflege einer angehörigen pflegebedürftigen Person ist oft eine große Belastung und kann zu psychischen und physischen Problemen führen. Viele pflegende Angehörige stellen ihre eigenen Bedürfnisse hinten an, bis gesundheitliche Probleme auftreten. Studien zeigen, dass Pflegende häufiger an Erschöpfung, Rückenproblemen und psychischen Erkrankungen leiden. Deshalb ist es ratsam, rechtzeitig Vorsorge zu treffen, um die eigene Gesundheit zu schützen.

Pflegende Angehörige haben verschiedene Optionen, um sich eine Pause von der Pflege zu nehmen:

- **Urlaub:** Ein einfacher, aber oft wirkungsvoller Schritt ist der klassische Urlaub. Wäh-

rend des Urlaubs kann die pflegebedürftige Person durch Ersatzpflege (=Verhinderungspflege siehe S. 28) von einem ambulanten Pflegedienst (siehe S. 24) oder in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung (siehe S. 49) betreut werden.

- **Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren:** Diese Maßnahmen helfen, die Gesundheit präventiv zu stärken und sich von den Belastungen des Alltags zu erholen. Einrichtungen des Müttergenesungswerks (www.muettergenesungswerk.de) bieten spezielle Kuren für pflegende Angehörige an, die sich auf die psychische und physische Stabilisierung konzentrieren.
- **Medizinische Reha-Maßnahmen:** Wenn die Gesundheit des pflegenden Angehörigen bereits angegriffen ist, kann eine stationäre medizinische Reha erforderlich sein. Pflegende Angehörige haben Anspruch auf eine stationäre Reha, auch wenn eine ambulante Maßnahme theoretisch ausreichend wäre. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit, die durch den behandelnden Arzt bescheinigt werden muss. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

Mitnahme der pflegebedürftigen Person

Seit 1.7.2024 haben Pflegepersonen Anspruch auf die Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen in derselben Einrichtung. Die pflegerische Versorgung muss während der Rehamaßnahme sichergestellt sein. Dies kann durch die Einrichtung selbst oder durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst erfolgen. Wenn dies nicht möglich ist, kann die Versorgung auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in der Nähe der Rehaklinik stattfinden. Die Kosten dafür übernimmt die zuständige Pflegekasse.

Wer übernimmt die Kosten für die Reha der Pflegeperson?

Für die Kostenübernahme können verschieden Träger zuständig sein:

- Krankenkassen sind zuständig, wenn pflegende Angehörige nicht berufstätig sind, z.B. Rente beziehen.
- Die Rentenversicherung trägt die Kosten bei berufstätigen Pflegepersonen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen können andere Träger z.B. auch die Unfallversicherung oder die Agentur für Arbeit zuständig sein.

Für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Reha fallen Zuzahlungen an.

Wie wird die Reha beantragt?

Wer medizinische Reha beantragt, sollte das mit ärztlicher Hilfe tun.

- **Antragstellung:** Informationen und praktische Tipps zur Antragstellung und zur Wahl der Reha-Einrichtung unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Medizinische Rehabilitation > Antrag".
- **Zuständiger Träger:** Der Antrag sollte an den zuständigen Träger gerichtet werden, im Zweifelsfall an die Krankenkasse. Es ist nicht schlimm, wenn der Antrag beim falschen Träger landet, da dieser ihn an den richtigen Träger weiterleiten muss. Falls

dies nicht geschieht, muss der falsche Träger die Leistung selbst finanzieren.

- **Pflegende Angehörige:** Wenn pflegende Angehörige eine von ihnen gepflegte Person mit in die Reha-Klinik nehmen möchten, müssen sie zwei Anträge stellen:
 - Antrag auf stationäre medizinische Reha für sich selbst.
 - Antrag auf Mitnahme der pflegebedürftigen Person, wobei die pflegebedürftige Person oder die bevollmächtigte Person zustimmen muss.
- **Antragsverfahren:** Die Anträge werden schriftlich gestellt. Ab dem 1.1.2025 ist auch eine Online-Antragstellung bei der Rentenversicherung möglich.

Zwischen 2 Rehamaßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre **Wartezeit** liegen. Ausnahmen sind z.B. aus medizinischen Gründen möglich.

Wenn der Antrag abgelehnt wird, kann Widerspruch (siehe S. 93) eingelegt werden.

Pflegende Angehörige sollten die Leistungen der Pflegeversicherung und anderer Leistungsträger nutzen, um Entlastung zu finden und gesund zu bleiben. Weiterführende Informationen zu Anzeichen für Überlastung und Unterstützungsmöglichkeiten finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Pflegende Angehörige > Entlastung".

Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

24-Stunden-Pflege oder 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zuhause erfolgt meist durch Betreuungskräfte aus Osteuropa. Die legale Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen, Betreuungskräfte oder Pflegekräfte ist über verschiedene Beschäftigungsmodelle möglich. Grundsätzlich gilt für alle Modelle: Eine durchgehende 24-Stunden-Betreuung bzw. Pflege durch eine einzige Person ist in Deutschland legal meistens nicht möglich.

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

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

Eine ausländische Haushaltshilfe oder Betreuungskraft darf folgende Dienstleistungen anbieten:

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

Zur Verdeutlichung:

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

Für die gesamte Pflegebranche gelten **Mindestlöhne**, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Häusliche Pflege > 24-Stunden-Pflege".

Beschäftigungsmodelle

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

Arbeitgebermodell

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

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

- Die tägliche Arbeitszeit darf höchstens 8 Stunden, im Einzelfall bis zu 10 Stunden, betragen. Die durchschnittliche Höchstarbeitszeit von 8 Stunden am Tag darf aber innerhalb von 6 Monaten nicht überschritten werden. Zur Arbeitszeit zählen auch Bereitschaftsdienste, bei denen die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft auf Abruf zur Verfügung steht.
- Bei einer Arbeitszeit von über 6 Stunden ist eine 30-Minuten-Pause Pflicht, bei über 9 Stunden eine 45-Minuten-Pause. Nach der Arbeit muss eine ununterbrochene Ruhezeit von 11 Stunden sichergestellt werden.
- Es gibt einen Anspruch auf mindestens 24 Werktage bezahlten Urlaub im Jahr.
- Die Probezeit darf max. 6 Monate betragen. Während der Probezeit gilt eine Kündigungsfrist von mind. 2 Wochen, danach mind. 4 Wochen.
- Der Arbeitsvertrag endet nicht automatisch mit dem Tod des Arbeitsgebers. Wenn das Arbeitsverhältnis jedoch mit einer sog. Zweckbestimmung versehen ist, endet er mit Erreichung des Zwecks, frühestens jedoch 2 Wochen nach einer schriftlichen Information über den Zeitpunkt der Zweckerreichung.
- Es besteht während der Beschäftigung für die Arbeitskraft eine Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- Unfall- und Arbeitslosenversicherung.
- Das Gehalt muss konkret angegeben werden und den Tarifen oder Mindestlöhnen entsprechen. Informationen hierzu geben die örtlichen Agenturen für Arbeit.
- Es muss ein eigenes Zimmer für die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft vorhanden sein. Ein freies WLAN gilt mittlerweile als Standard.

Entsendemodell

Dies ist in der Praxis die weitaus häufigste Form. Beim Entsendemodell wird von der pflegebedürftigen Person (oder Angehörigen) ein ausländisches Unternehmen beauftragt, das eine angestellte Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft in ihren Haushalt entsendet. Das ausländische Entsendeunternehmen fungiert als Arbeitgeber, zahlt das Gehalt der Arbeitskraft und leistet im Heimatland Steuern und Sozialabgaben. Obwohl die Haushalts- oder Pflegekraft im Heimatland angestellt ist, müssen die

Vorgaben des deutschen Arbeitsrechts eingehalten werden, siehe „Arbeitgebermodell“ S. 67.

Für Verstöße gegen rechtliche Regelungen kann nicht nur das beauftragte Unternehmen zur Rechenschaft gezogen werden, sondern grundsätzlich auch die pflegebedürftige Person oder die Angehörigen, die den Auftrag erteilt haben. Das gilt z.B. wenn eine Person ohne deutsche Arbeitserlaubnis tätig wird, die Vergütung den Mindestlohn unterschreitet oder die zulässige Länge der Arbeitszeit überschritten wird.

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

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

Die Betreuungskräfte haben einen Anspruch auf den Mindestlohn, auch für Zeiten der Bereitschaft.

Selbstständigenmodell

Für Selbstständige gilt in der EU die uneingeschränkte Dienstleistungsfreiheit. Die Haushalts-, Betreuungs- oder Pflegekraft meldet in Deutschland oder ihrem Heimatland ein eigenes Gewerbe an und arbeitet auf eigene Rechnung. Die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen schließen einen Dienstvertrag

(§ 611 BGB), umgangssprachlich auch Dienstleistungsvertrag genannt, mit ihr ab, in dem die Tätigkeiten, Vertragsdauer und Vergütung vereinbart werden.

Das Problem bei diesem Modell ist die Gefahr der Scheinselbstständigkeit. Echte Selbstständige dürfen weder in ihrem Heimatland noch in Deutschland den Weisungen des Arbeitgebers unterworfen sein. Wenn es jedoch nur einen Auftraggeber gibt (pflegebedürftige Person bzw. ihre Angehörigen), die Haushalts- oder Pflegekraft dort im Haushalt wohnt und seine Anweisungen befolgt, handelt es sich wahrscheinlich um eine Scheinselbstständigkeit. Diese ist gesetzlich verboten und kann zu **Bußgeldern** führen. Sie ist auch als Form der Schwarzarbeit **strafbar**, vor allem für den Auftraggeber.



Praxistipps!

- Wenn Sie überlegen, eine selbstständige Kraft (Selbstständigenmodell) mit der Pflege zu beauftragen, haben Sie die Möglichkeit, vorab **rechtssicher** klären zu lassen, ob eine echte Selbstständigkeit vorliegen würde, oder eine illegale Scheinselbstständigkeit (sog. **Statusfeststellungsverfahren**). Die Antragsformulare stellt die Deutsche Rentenversicherung zur Verfügung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „Formularpaket Statusfeststellung“.
- Umfassende Informationen zur Organisation einer Betreuung durch

ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte bietet die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten“ der Verbraucherzentrale. Kostenloser Download unter:

www.verbraucherzentrale.de > *Gesundheit & Pflege* > *Pflege zu Hause* > *Ausländische Betreuungskräfte – wie geht das legal?*.

Auf dieser Seite der Verbraucherzentrale gibt es unter der Überschrift (ganz unten) „Deutsches Arbeitsrecht gilt auch für Menschen aus dem Ausland“ eine tabellarische Übersicht zum kostenlosen Download mit den wichtigsten Bedingungen und Voraussetzungen für eine legale Beschäftigung.

- Die Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können Sie als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer absetzen, wenn Sie sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegen können.
- Als Angehörige sollten Sie zunächst den konkreten Betreuungsbedarf ermitteln und sich bei der Suche nach einem passenden Betreuungsmodell zur Beratung an Pflegestützpunkte (siehe S. 17) wenden.
- Vermittelt werden die Arbeitskräfte in der Regel über private Agenturen. Anzeigen dazu finden Sie in Tageszeitungen oder im Internet. Hier ist es besonders wichtig, sich gut zu informieren, da es zu Ausbeutung von Betreuungskräften kommen kann. Teilweise vermitteln auch Wohlfahrtsverbände wie Diakonie oder Caritas.
- Wenn Sie sich die 24-Stunden-Pflege nicht leisten können, können Sie Hilfe zur **häuslichen Pflege** beantragen. Wenn die 24-Stunden-Pflege weniger kostet als ein Pflegeheim, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Hilfe zur Pflege bewilligt wird. Trotz erheblicher Mehrkosten haben Sie aber bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege für 24-Stunden-Pflege, wenn **kein geeignetes und zumutbares Heim** vorhanden ist.

Wer hilft weiter?

Leider gibt es keine offizielle Stelle, die in diesem sensiblen Bereich berät. Unterstützung finden Sie möglicherweise bei der Verbraucherzentrale, einem Pflegestützpunkt, der Seniorenberatung, den Wohlfahrtsverbänden oder bei Selbsthilfegruppen für Angehörige.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Pflegebedürftige benötigen oft verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, wie Arzneimittel oder Hilfsmittel. Versicherte ab 18 Jahren müssen häufig Zuzahlungen leisten, was für Pflegebedürftige mit kleinen Renten oder chronisch Kranke eine finanzielle Belastung darstellen kann. Deshalb gibt es besondere Regelungen bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für chronisch kranke Menschen.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Service > *Zuzahlungsbefreite 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 die versicherte Person selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich

nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt die betroffene Person also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Es gehört zu den Rechten des Patienten, vom Arzt ausführlich über die möglichen Mehrkosten eines Arzneimittels informiert zu werden.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittel-festbeträge unter www.bfarm.de > *Arzneimittel* > *Arzneimittelinformationen* > *Festbeträge und Zuzahlungen* nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.



Praxistipps!

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z.B. Kinder unter 18 Jahren. Auch wenn Sie Sozialleistungen beziehen, müssen Sie diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Sie als Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.
- Einen Überblick über die Zuzahlungen in der Krankenversicherung finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: "Zuzahlungen Krankenversicherung"*.

Zuzahlungsbefreiung

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

Berechnung des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeits-einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.

Nicht zu den **Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld, Kindergeld.

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

Berücksichtigt werden folgende, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende, Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i. S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
 - mitarbeitende Familienangehörige
 - sonstige Angehörige

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Weitere Angehörige können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden.

Freibetrag

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

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.741 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.494 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.600 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis: Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

Bei Paaren, die sich getrennt haben, aber noch nicht geschieden sind, und bei geschiedenen Paaren wird der Kinderfreibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat.

Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger):
6.741 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 19.200 € (2 x 9.600 €)

ergibt: 4.059 €, **davon** 2 % = Belastungsgrenze: 81,18 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 81,18 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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

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

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

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

- nicht an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen und
- nach dem 1.4.1972 geboren sind.

Richtlinie

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



Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 1-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine

Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Landespflegegeld

Landespflegegeld gibt es in verschiedenen Bundesländern, aber hinter dem gleichen Namen stehen verschiedene Leistungen. Das Landespflegegeld in Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz bekommen Menschen mit Behinderungen. In Brandenburg heißt die Leistung seit 1.7.2024 Teilhabegeld. Das Landespflegegeld Bayern bekommen alle Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2, unabhängig vom Einkommen oder Vermögen.

Unter bestimmten Voraussetzungen wird das Landespflegegeld mit dem Pflegegeld der Pflegeversicherung verrechnet.

Das Landespflegegeld ist eine andere Leistung als das Pflegegeld (siehe S. 21) der Pflegekasse. Es kann zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden.

Bayern

Landespflegegeld Bayern erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mit Hauptwohnsitz in Bayern ab Zeitpunkt der Antragstellung.

Das umfasst sowohl Pflegebedürftige im Pflegeheim als auch in häuslicher Pflege. Das Landespflegegeld Bayern beträgt 1.000 € pro Jahr.

Der Antrag muss spätestens zum 31.12. eines jeden Jahres beim Bayerischen Landesamt für Pflege eingereicht werden. Auch ein Online-Antrag ist möglich. Dem Antrag muss eine Kopie des Bescheids über die Feststellung des Pflegegrads sowie eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses beigelegt werden.

Hinweis: Ab 1.1. 2026 werden sowohl neue als auch bestehende Anträge auf Landespflegegeld erst zu Beginn des Folgejahres ausgezahlt. Das bedeutet, dass auch Pflegebedürftige die bereits Landespflegegeld beziehen, ihr Geld für 2025 erst Anfang 2026 erhalten. Zusätzlich soll das Landespflegegeld in Bayern ab 1.1.2026 von bisher 1.000 € auf 500 € reduziert werden.

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

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

Berlin, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz

Das sog. Landespflegegeld gibt es auch in anderen Bundesländern, aber hinter dem gleichen Namen verbirgt sich eine andere Leistung. In Brandenburg heißt die Leistung seit 1.7.2024 Teilhabegeld.

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

Nähere Hinweise zur Antragstellung in den Bundesländern unter:

- **Bayern:** Nähere Informationen zur Antragstellung sowie Zugang zum Online-Antrag und den Formularen unter www.lfp.bayern.de > *Aufgaben* > *Landespflegegeld*.
- **Berlin:** Informationen zum Antragsverfahren (erforderliche Unterlagen, Kontaktdaten, Antragsformular usw.) im Service-Portal Berlin unter <https://service.berlin.de> > *Suche nach "Landespflegegeldgesetz"*.
- **Brandenburg:** Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter <https://msgiv.brandenburg.de> > *Themen* > *Soziales* > *Soziale Leistungen*. Der Antrag ist beim Sozialamt zu stellen, das für den Wohnort des Menschen mit Behinderung zuständig ist.
- **Bremen:** Weitere Informationen, das Antragsformular und die zuständigen Stellen stehen unter www.service.bremen.de > *Dienstleistungen* > *Suche nach "Landespflegegeld"* > *Landespflegegeld für blinde und schwerstbehinderte Menschen*.
- **Rheinland-Pfalz:** Detaillierte Informationen, Ansprechstellen und Antrag unter www.bus.rlp.de: Im Suchfeld Wo? den Wohnort eingeben und im Suchfeld Was? "Landespflegegeld".



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

Hilfe zur Pflege ist eine Leistung der Sozialhilfe für Pflegebedürftige. Dabei übernimmt das Sozialamt auf Antrag die nicht von der Pflegeversicherung übernommenen Pflegekosten, wenn die Pflegebedürftigen sie weder selbst bezahlen noch anderweitig abdecken können.

Hilfe zur Pflege leistet das Sozialamt vor allem:

- Für nicht pflegeversicherte Personen oder wenn die verfügbaren finanziellen Mittel nicht ausreichen, um die Pflege zu bezahlen.
- Bei kostenintensiver (Schwerst-)Pflege, wenn die nach oben hin begrenzten Teilleistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.
- Für die Finanzierung ungedeckter Pflegeheimkosten (siehe S. 46), die nicht von der Pflegekasse übernommen werden. Darunter fällt neben den sog. Hotelkosten (Unterkunft und Verpflegung) auch Taschengeld (ein sog. Barbetrag) und Bekleidungsbeihilfe.
- Wenn Hilfebedarf für **weniger** als 6 Monate besteht und die Pflegeversicherung deshalb keine Leistungen gewährt und auch die Krankenkasse dafür nicht aufkommt.

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

Voraussetzungen

Wurde Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse festgestellt, ist das Sozialamt daran gebunden und die pflegebedürftige Person erhält die Leistungen entsprechend ihres festgestellten Pflegegrades.

Liegt noch kein Pflegegrad vor, kann das Sozialamt die Pflegebegutachtung in Auftrag geben.

Pflegebedürftige dürfen bestimmte **Einkommensgrenzen** nicht überschreiten.

Alleinstehende Pflegebedürftige, die niemand anderem unterhaltspflichtig sind, haben bei einem dauerhaften Heimaufenthalt in der Regel ihr gesamtes Einkommen einzusetzen.

Antrag

Hilfe zur Pflege muss beim Sozialamt beantragt werden.

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

beispielsweise vor einem Antrag schon Kosten, z.B. aus Schonvermögen der pflegebedürftigen Person gedeckt wurden, werden diese nicht erstattet.

- Einen Pflegeheimplatz können Sie in der Regel frei wählen.

Unterhaltungspflicht

Unterhaltungspflicht der Eltern für ihre volljährigen Kinder

Eltern sind für ihre pflegebedürftigen volljährigen Kinder unterhaltspflichtig, wenn diese finanziell bedürftig sind. Das bedeutet, das pflegebedürftige volljährige Kind kann Leistungen zum Lebensunterhalt fordern und ggf. auch einklagen. Nähere Informationen unter

www.betanet.de > Suchbegriff: "Unterhalt > Überblick".

Elternunterhalt

Auch Kinder sind für ihre pflegebedürftigen Eltern unterhaltspflichtig, wenn diese finanziell bedürftig sind. Ab einem Jahresbruttoeinkommen von mehr als 100.000 € pro Kind holt sich das Sozialamt das Geld für die Hilfe zur Pflege von unterhaltspflichtigen Kindern zurück. Nähere Informationen unter

www.betanet.de > Suchbegriff: "Unterhaltungspflicht > Sozialhilfe und Bürgergeld".



Praxistipp!

Ausführliche Informationen zur Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch das Sozialamt, zu den Einkommensgrenzen sowie zur Unterhaltungspflicht unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.



Wer hilft weiter?

Die Pflegekassen sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr, 030 3406066-02. Fragen zur "Hilfe zur Pflege" beantwortet das Sozialamt.

Wohnen im Alter

Die meisten Menschen möchten lange und unabhängig in ihrem eigenen Zuhause leben. Dabei können verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung helfen.

Wohnumfeldverbesserung

Die Pflegekasse kann mit bis zu 4.180 € Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen. Die durchschnittlichen Kosten, z. B. für einen Badumbau, sind in der Regel deutlich höher. Deshalb fördert die KfW-Bankengruppe altersgerechtes Umbauen (siehe S. 82).

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

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

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

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen.

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

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob die gewünschten Anpassungen gerechtfertigt sind, den Leistungsvoraussetzungen entsprechen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Pflegeheim verhindern kann.

Antrag

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

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

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

Der Antrag kann bei vielen Krankenkassen online über die Serviceportale oder die Krankenkassen-App gestellt werden. Auch Kostenvoranschläge lassen sich dort hochladen.

Begründung

Eine gute und schlüssige Begründung der Notwendigkeit der Maßnahmen kann dazu beitragen, dass keine Begutachtung von der Pflegekasse in Auftrag gegeben wird. Das kann Zeit sparen und somit die Umbauarbeiten beschleunigen. Wichtig ist, dass aus der Begründung eine deutliche Erleichterung der häuslichen Pflege sowie Stärkung der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person hervorgeht. Um dies zu erreichen, sollten alle Hindernisse und deren Einfluss auf die tägliche häusliche Pflege genau beschrieben und die voraussichtlichen Erleichterungen durch die Maßnahmen erläutert werden. Dokumente von Ärzten oder auch aus einer Reha, die die Notwendigkeit der Maßnahmen stützen, sollten beigelegt werden.

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.180 € Zuschuss je Maßnahme.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.180 € je pflegebedürftiger Person nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.720 € begrenzt. Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen werden die 16.720 € anteilig auf die Versicherungsträger der pflegebedürftigen Personen aufgeteilt.

Kostenerstattung nach dem Tod der pflegebedürftigen Person

Bei einigen Leistungen, z.B. Wohnumfeldverbesserung, bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse. Erben können die Kostenerstattung, z.B. für den Umbau des Wohnraums, die die verstorbene

Person nicht mehr erstattet bekommen hat, noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse beantragen.

Praxistipps!

- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten, sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Näheres unter www.kfw.de mit dem Suchbegriff „159“. Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbst genutzte Wohnungen kombinieren: Programmnummer 124 für selbst genutztes Wohneigentum oder Programmnummer 134 für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen. Näheres unter www.kfw.de > Suchbegriff: „124“ bzw. „134“.
- **Eingliederungshilfe**: Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.

Wer hilft weiter?

- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kann die Beratung auch in der Wohnung der pflegebedürftigen Person stattfinden, um vor Ort zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.
- Pflegestützpunkte.
- Der Verein Barrierefrei Leben e. V. hat auf seiner Seite Ansprechpartner und Adressen von Wohnberatungsstellen nach Bundesländern sortiert unter www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen* > *Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren* > *Wohnberatungsstellen*.

Hausnotrufsysteme

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

Wie funktioniert ein Hausnotruf im Notfall?

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

Zusatzfunktionen

- **"Alles-in-Ordnung-Signal":** Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen zu festgesetzten Zeiten ein "Alles-in-Ordnung-Signal". Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeitenden der Hausnotrufzentrale nach, ob etwas passiert ist.
- **Reichweite:** Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z.B. im Keller oder im Garten.
- **Mobilnotrufe:** Als ein weiterreichendes (Haus-)Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.
- **Zusatzinstallationen:** Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden. Es ist auch möglich, sich bei Bedarf an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern zu lassen..

Was kostet ein Hausnotruf?

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

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

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

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

Die restlichen Kosten müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

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



Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52, direkter Link: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Produktgruppe 52.
- Neben dem traditionellen Hausnotruf gibt es moderne Alternativen, die sowohl zu Hause als auch unterwegs genutzt werden können. Dazu gehören z.B. Notrufuhren mit Funktionen wie Positionsbestimmung und automatischer Sturzerkennung. Die Kosten dafür werden jedoch **nicht** von der Pflegekasse übernommen.



Wer hilft weiter?

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

Betreutes Wohnen für Senioren

Betreutes Wohnen, auch bekannt unter "Seniorenwohnen", "Wohnen mit Service" oder "Wohnen plus", ist eine Wohnform für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.

Diese Wohnanlagen werden nach dem Motto „So selbstständig wie möglich, so viel Hilfe wie nötig“ konzipiert. Einheitliche Standards gibt es nicht, deshalb ist bei der Suche nach passenden Angeboten ein intensiver Preis- und Leistungsvergleich zu empfehlen.

Was ist betreutes Wohnen?

Betreutes Wohnen ermöglicht älteren Menschen oder Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, trotz Unterstützungsbedarf, selbstständig und selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung zu leben. Bei Bedarf stehen qualifizierte Hilfeleistungen zur Verfügung, die schnell und unkompliziert abgerufen werden können.

Wohnmöglichkeiten im betreuten Wohnen

Betreutes Wohnen bietet eine Vielzahl an Wohnmöglichkeiten für unterschiedliche Bedürfnisse und Lebenssituationen:

- **Eigentums- und Mietwohnungen:** Viele Einrichtungen bieten beides an, oft in neu errichteten Wohnanlagen.
- **Verschiedene Projekte:** Betreutes Wohnen gibt es auch in Mehrgenerationen-Projekten, sanierten Altbauten oder Senioren-Residenzen.
- **An Pflegeheime angeschlossene Wohnungen:** Diese bieten den Vorteil, dass pflegebedürftige Personen bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nicht umziehen müssen und mit den örtlichen Gegebenheiten bereits vertraut sind.

Ausstattung: Was beinhaltet betreutes Wohnen?

Wohnungen im Betreuten Wohnen sollten folgende Anforderungen erfüllen:

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

- **Freizeiteinrichtungen:** Manche Anlagen des Betreuten Wohnens verfügen auch über Einrichtungen zur Gestaltung der Freizeit, z. B. Café, Lesezimmer, Schwimmbad, Sauna, Gymnastikraum, Hobbyraum usw.

Wer bezahlt betreutes Wohnen?

Die Kosten richten sich nach dem Serviceangebot der jeweiligen Wohnanlage sowie den baulichen Standards und fallen deshalb sehr unterschiedlich aus. In der Regel müssen die Kosten aus eigenen Mitteln getragen werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen in Frage kommen, um einen Teil der Kosten mit zu decken, z. B. Wohngeld, nähere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohngeld“.



Praxistipps!

- In der DIN-Norm 77800 „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ sind Mindestqualitätsstandards zu Anforderungen an das Leistungsangebot festgelegt. Die Einhaltung der Standards ist jedoch rechtlich **nicht** verbindlich. Für Barrierefreiheit bei Neubauten gibt es schon Maßvorgaben, die in entsprechenden Landesbauverordnungen verbindlich geregelt sind. Daher lohnt sich eine konkrete Nachfrage nach Qualitätsstandards bei der Besichtigung des betreuten Wohnens.
- Vergleichen Sie Angebote verschiedener Anbieter. Dabei hilft z.B. die Checkliste der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen,, Download unter www.bagso.de > Publikationen > Checkliste > Betreutes Wohnen.
Wichtig ist, die individuellen Verträge mit allen Anhängen und Preislisten sowie auch das Kleingedruckte gewissenhaft durchzulesen.
- Informieren Sie sich, was passiert, wenn Sie im „Betreuten Wohnen“ pflegebedürftig werden. Oft ist bei schwerer und dauerhafter Pflegebedürftigkeit der Umzug in ein Pflegeheim erforderlich. Für diesen Fall sollte eine aktive Unterstützung durch den Betreuungsträger sowie eine kurzfristige Kündigung der Wohnung möglich sein.

Private Pflegezusatzversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Kosten im Fall der Pflegebedürftigkeit ab. Private Pflegezusatzversicherungen können helfen, finanzielle Belastungen bei einer Pflegebedürftigkeit zu mindern.

Es gibt mehrere Formen von privaten Pflegezusatzversicherungen:

Pflegetagegeldversicherung

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, zahlt die Versicherung einen vertraglich vereinbarten Betrag pro Tag. Die Höhe des Tagessatzes richtet sich meistens nach dem Pflegegrad, wobei das volle Pflegetagegeld oft erst ab Pflegegrad 4 ausgezahlt wird. Ist der Pflegegrad niedriger, gibt es in der Regel nur eine anteilige Auszahlung. Pflegebedürftige können über das Pflegetagegeld frei verfügen. Die Beitragshöhe kann aufgrund der Kostenentwicklung im Laufe der Zeit steigen. Wenn der Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung aufgrund der Gesundheitsfragen nicht möglich ist, kann der sog. Pflege-Bahr (siehe S. 100) eine Alternative sein.

Pflegekostenversicherung

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

Pflegerentenversicherung

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

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

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

Da die Bedingungen von Pflegezusatzversicherungen variieren, ist es wichtig, vor Abschluss des Vertrages die Details genau zu prüfen.

„Pflege-Bahr“

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

Folgende Voraussetzungen müssen in jedem Fall erfüllt sein:

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

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

Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist eine Tagesgeldversicherung, d. h. im Fall der Pflegebedürftigkeit wird ein festgelegter Betrag ausgezahlt, über den Pflegebedürftige frei verfügen können. Die Höhe des Tagesgelds richtet sich nach dem Pflegegrad und dem vereinbarten Tarif.



Praxistipps!

- Weitere Informationen zum Pflege-Bahr bietet der Bund der Versicherten e.V. in einem Informationsblatt unter www.bundderversicherten.de > *Hilfe und Informationen* > *Pflegefallrisiko*.
- Unterbrechung der Zahlungen, z.B. wegen Arbeitslosigkeit oder wegen eines finanziellen Engpasses, führen in der Regel dazu, dass das bis dahin eingezahlte Geld und der Versicherungsschutz verloren gehen. Geförderte Versicherungen können jedoch bis zu 3 Jahre beitragsfrei ruhen, wenn Versicherte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Sozialhilfe erhalten.



Wer hilft weiter?

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

Patientenvorsorge

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

Dafür gibt es 3 verschiedene Erklärungen:

- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht

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

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

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

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

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



Praxistipp!

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

Betreuungsverfügung

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

Eine **Betreuungsverfügung** ist dann sinnvoll, wenn die **verfügende Person**

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

Wer für eine rechtliche Betreuung vorgeschlagen wird, sollte genau über die Vorstellungen der ggf. zu betreuenden Person informiert werden und muss damit einverstanden und geeignet sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine **Betreuungsverfügung** ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die **auf keinen Fall** zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer **Betreuungsverfügung** zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das **Betreuungsgericht** zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder) und Personen mit persönlicher Bindung in Betracht.

Das Betreuungsgericht darf nur dann von der Betreuungsverfügung abweichen, wenn

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

Vorteil einer **Betreuungsverfügung** gegenüber einer **Vorsorgevollmacht** ist, dass das

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

Patientenverfügung

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

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

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

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

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

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

Sterbebegleitung – Sterbehilfe

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

Praxistipp!

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betacare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

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

Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, wie z.B. zu Pflegegrad, Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente oder dem Grad der Behinderung, haben erhebliche finanzielle Auswirkungen. Wer mit einem Bescheid (Verwaltungsakt) nicht einverstanden ist, kann Widerspruch einlegen. Dies gilt unabhängig davon, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

Widerspruch

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

Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die Behörde überprüft dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oft statt.

Form und Frist

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

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

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

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

oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch **vor Ort** bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs **bestätigen** zu lassen. Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. Es ist hingegen eher **nicht sinnvoll**, den Widerspruch **per Einschreiben** (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten **nicht als Nachweis** für die Einhaltung der Frist.



Praxistipps!

- Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen reicht es, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein.“ Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch. Die Begründung kann dann nachgereicht werden.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten.“

Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen.

Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akten-einsicht** zu beantragen. Die Akte kann man sich im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 95. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

Verfahren vor den Sozialgerichten

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

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

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

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

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

Klage

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

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Es besteht bei einer Klage **kein Anwaltszwang**, d.h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

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

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

Berufung

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

Revision

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

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

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

Praxistipps!

- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie

genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.

- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Ein gerichtliches Eilverfahren (einstweiliger Rechtsschutz) kann z. B. helfen, schnell Sozialleistungen zu erhalten, wenn Sozialleistungsträger oder Ämter zu lange brauchen oder wenn ein normales Gerichtsverfahren zu lange dauern würde. Das ist z. B. bei Krankheit, Behinderung oder dringend benötigten Leistungen für Wohnung und Essen wichtig. Zuständig ist meistens das Sozialgericht, teilweise aber auch das Verwaltungsgericht. Die Entscheidung in Eilverfahren gilt nur vorläufig, bis zum Ende des eigentlichen Verfahrens. Es besteht also das Risiko, erhaltenes Geld später zurückzahlen zu müssen oder die Kosten für eine erhaltene Leistung erstatten zu müssen.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eilverfahren im Sozialrecht“.
- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Beratungshilfe“.
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe“.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Pflegetelefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Glinkastraße 24, 10117 Berlin
Telefon 030 20179131 (Mo–Do von 9–18 Uhr)
E-Mail: info@wege-zur-pflege.de
www.wege-zur-pflege.de

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Bundesministerium für Gesundheit
Telefon 030 3406066-02 (Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr)

AWO Bundesverband e. V.

AWO Pflegeberatung
Heinrich-Albertz-Haus, Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
Telefon 030 26309-0
Telefax 030 26309-32599
Telefon der Pflegeberatung: 0800 6070110
E-Mail: info@awo.org
www.awo-pflegeberatung.de

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

Siebenmorgenweg 6–8, 53229 Bonn
Telefon 0228 909048-0 oder -44 für Beratungen
(Mo–Do von 9–12 Uhr, Mo und Mi von 13.30–15 Uhr)
Telefax 0228-909048-22
E-Mail: info@biva.de
www.biva.de

Zentrum für Qualität in der Pflege

Reinhardtstraße 45, 10117 Berlin
E-Mail: info@zqp.de
www.zqp.de

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad						Stand 1.1.2025
Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	
<u>Pflegegeld</u> für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) mtl.	—	347 €	599 €	800 €	990 €	
<u>Pflegesachleistung</u> (§ 36 SGB XI) mtl.	—	bis zu 796 €	bis zu 1.497 €	bis zu 1.859 €	bis zu 2.299 €	
<u>Tagespflege und Nachtpflege</u> (§ 41 SGB XI) mtl.	—	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €	
<u>Entlastungsbetrag</u> für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) mtl.	131 €	131 € ^{*1}	131 € ^{*1}	131 € ^{*1}	131 € ^{*1}	
<u>Vollstationäre Pflege</u> (§ 43 SGB XI) mtl. + <u>Leistungszuschlag</u> ^{*2} je nach Aufenthaltsdauer im Heim	—	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €	
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit <u>Behinderungen</u> (§ 43a SGB XI) mtl.	—	15 % des Heim- gelts (bis zu 278 €)	15 % des Heim- gelts (bis zu 278 €)	15 % des Heim- gelts (bis zu 278 €)	15 % des Heim- gelts (bis zu 278 €)	
<u>Ersatzpflege</u> (= Verhinderungspflege) bis zu 6 Wochen jährlich durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 1.685 €	bis zu 1.685 €	bis zu 1.685 €	bis zu 1.685 €	
<u>Ersatzpflege</u> (= Verhinderungspflege) bis zu 6 Wochen jährlich durch Angehörige, bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft lebend ab 1.7.2025 bis zu 8 Wochen jährlich (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 520,50 € (347 € x 1,5)	bis zu 898,50 € (599 € x 1,5)	bis zu 1.200 € (800 € x 1,5)	bis zu 1.485 € (990 € x 1,5)	
<u>Kurzzeitpflege</u> bis zu 8 Wochen jährlich (§ 42 SGB XI)	—	bis zu 694 € (347 € x 2)	bis zu 1.198 € (599 € x 2)	bis zu 1.600 € (800 € x 2)	bis zu 1.685 € ^{*3} (Höchstbetrag)	
<u>Gemeinsamer Jahresbetrag</u> ab 1.7.2025 für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 ^{*4}	—	bis zu 1.854 €	bis zu 1.854 €	bis zu 1.854 €	bis zu 1.854 €	
<u>Pflegehilfsmittel</u> (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB XI) mtl.	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €	
<u>Digitale Pflegeanwendungen</u> (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) mtl.	bis zu 53 €	bis zu 53 €	bis zu 53 €	bis zu 53 €	bis zu 53 €	
<u>Wohnumfeldverbesserung</u> (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.720 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €	
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.613 € (max. 10.452 €)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 €)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 €)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 €)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 €)	
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) mtl.	224 €	224 €	224 €	224 €	224 €	

^{*1} In den Pflegegraden 2–5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z.B. Waschen, Ankleiden u.s.w.).

^{*2} Näheres zum Leistungszuschlag unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege“.

^{*3} Nachweisbare zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschlag können den Höchstbetrag auf bis zu 1.980 € erhöhen.

^{*4} Kinder/Jugendliche unter 25 mit Pflegegrad 4 und 5 seit 1.1.2025.

Weitere sozialrechtliche Informationen rund um das Thema Pflege sowie einen Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

Impressum

Herausgeber

Redaktion

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

Zusammenstellung der Inhalte: Claudia Gottstein

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Lea Maier,
Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Manuela Mahl, Katja Wagner

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2025

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.

21. Auflage, Januar 2025