Bundesministerium
für Gesundheit

Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

RATGEBER

Ratgeber Pflege

Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

Liebe Leserin, lieber Leser,

zeitlebens möglichst fit und gesund zu bleiben, selbstständig und selbstbestimmt das Leben und den Alltag zu meistern – dieser Wunsch steht bei vielen Menschen an vorderster Stelle. Gerade auch für ältere Menschen hat er einen besonderen Stellenwert.

Tatsache ist aber, dass aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung zunehmend mehr Menschen auf professionelle Hilfe, Betreuung und Pflege angewiesen sein werden.

Unser Anliegen ist, dass alle pflegebedürftigen Menschen – ob auf dem Land oder in der Stadt – gut und menschenwürdig versorgt werden. Dazu gehört auch, dass ihre Selbstständigkeit in jeder Lebensphase so weit wie möglich erhalten bleibt und gefördert wird.

Pflegebedürftigkeit kann jeden Menschen in jeder Lebensphase treffen. Deshalb ist es gut, dass wir in Deutschland mithilfe der Pflegeversicherung im Bereich der Langzeitpflege ein flächendeckendes Netz aus den unterschiedlichsten Betreuungs- und Unterstützungsangeboten gespannt haben.

Mit dem „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" haben wir für höhere Leistungen und mehr Unterstützung im häuslichen und stationären Bereich gesorgt. Diese Verbesserungen werden stufenweise wirksam. Die ersten Leistungserhöhungen sind zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten, zum 1. Januar 2025 sind weitere Leistungserhöhungen gefolgt.

Egal, ob Sie selbst pflegebedürftig sind oder sich für einen Angehörigen informieren möchten: Sie sind mit Ihren Fragen nicht allein. Es gibt zahlreiche Beratungsangebote, beispielsweise in einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe oder direkt bei Ihrer Pflegekasse.

Wenn Sie sich mithilfe dieses Ratgebers einen Überblick verschafft haben: Nutzen Sie diese weiteren Beratungsangebote. Denn es geht um Ihre individuelle Lebenssituation oder um die Ihres Angehörigen. Dafür wünsche ich Ihnen alles Gute!

Ihr

Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit

Die Pflege

1
GKV
PKV
2
1
2
3
4
5
PFLEGEGRADE
PFLEGESTÜTZPUNKT
6
PFLEGEEINRICHTUNG
7
HOSPIZ

1 – Die Grundlagen der Pflegeversicherung S. 15
2 – Pflegebedürftig – was nun? S. 35
3 – Häusliche Pflege S. 55
4 – Leistungen und Rechte für Pflegepersonen, Förderung des ehrenamtlichen Engagements S. 97
5 – Teilstationäre und vollstationäre Pflege S. 119
6 – Qualität, Transparenz, Hilfe bei Problemen S. 133
7 – Pflegeleistungen der Krankenkasse und Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende S. 145

Inhaltsverzeichnis

1. Die Grundlagen der Pflegeversicherung 15

1.1 Die Versicherten 18
1.1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung 18
1.1.2 Versicherte der privaten Krankenversicherung 19
1.1.3 Sonstige Versicherte 20
1.1.4 Zusatzversicherungen 22

1.2 Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung 23
1.2.1 Beitragssatz 23
1.2.2 Beitragszuschlag für Kinderlose 24
1.2.3 Die neuen Beitragssätze für Eltern mit mehreren Kindern 26
1.2.4 Beitragsbemessungsgrenze 29

1.3 Die Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung 31

2. Pflegebedürftig – was nun? 35

2.1 Antragsverfahren 37
2.1.1 Antragstellung 37
2.1.2 Entscheidung über den Antrag 40
2.1.3 Weitere Unterlagen zum Leistungsbescheid 41

2.2 Pflegebedürftigkeit 42
2.2.1 Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Erwachsenen 42
2.2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern 46
2.2.3 Pflegegrade 47

2.3 Förderung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege 49

2.4 Pflegeberatung 51

3. Häusliche Pflege 55

3.1 Pflege durch Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Personen 57
3.1.1 Pflegegeld 57
3.1.2 Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei Pflegegeldbeziehenden 58
3.1.3 Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen 60
3.1.4 Verhinderungspflege 60

3.2 Ambulante Pflegesachleistungen: Pflege und Betreuung durch Pflegedienste, Einzelpflegekräfte und Betreuungsdienste 67
3.2.1 Ambulanter Pflegedienst 67
3.2.2 Pflege durch Einzelpflegekräfte 70
3.2.3 Ambulanter Betreuungsdienst 70

3.3 Zuschüsse zur Wohnungsanpassung 72

3.4 Pflege-Wohngemeinschaften und andere alternative Wohnformen 74

3.5 Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“) 77

3.6 Pflegehilfsmittel 77

3.7 Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen 80

3.8 Weitere Leistungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag 82
3.8.1 Entlastungsbetrag 82
3.8.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag 84
3.8.3 Umwandlungsanspruch 87

3.9 Leistungen bei Pflegegrad 1 93

4. Leistungen und Rechte für Pflegepersonen, Förderung des ehrenamtlichen Engagements 97

4.1 Soziale Absicherung für Pflegepersonen 99

4.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert? 102
4.2.1 Das Recht auf Pflegezeit 102
4.2.2 Das Recht auf Familienpflegezeit 109
4.2.3 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld 112

4.3 Pflegekurse 114

4.4 Förderung des ehrenamtlichen Engagements 115

5. Teilstationäre und vollstationäre Pflege 119

5.1 Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege 121

5.2 Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege 123

5.3 Pflegerische Versorgung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson 126

5.4 Vollstationäre Pflege im Heim 127
5.4.1 Leistungen bei vollstationärer Pflege 127
5.4.2 Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt? 128
5.4.3 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen 129

5.5 Medizinische Versorgung in Pflegeheimen 130

5.6 Wohngeld für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen 132

6. Qualität, Transparenz, Hilfe bei Problemen 133

6.1 Qualitätssysteme in der Pflege 135
6.1.1 Qualitätssystem für die stationäre Pflege 135
6.1.2 Qualitätssystem für die ambulante Pflege 137

6.2 Qualitätsprüfungen 137
6.2.1 Was wird kontrolliert? 137
6.2.2 Wer führt die Kontrollen durch? 138
6.2.3 Zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden 139

6.3 Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse 140

6.4 Verfahren bei Qualitätsmängeln 141
6.4.1 Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Qualitätsmängeln? 141
6.4.2 Kann Pflegeeinrichtungen gekündigt werden? 141

6.5 Abrechnungsprüfungen 142

7. Pflegeleistungen der Krankenkasse und Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende 145

7.1 Pflegeleistungen der Krankenkasse 147
7.1.1 Bei akuter Erkrankung oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt 147
7.1.2 Leistungen der Krankenkassen für pflegende Angehörige 150

7.2 Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende 152
7.2.1 Versorgung zu Hause 152
7.2.2 Hospizliche Versorgung 153
7.2.3 Vorsorge für die letzte Lebensphase 154

Die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2025 im Überblick 158

Institutionen 166

Stichwortregister 168

Adressen 171

Informationsangebote 177
Weitere Publikationen 178
Bürgertelefon 180
Infotelefone des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) 181

Impressum 182

1

Die Grundlagen der Pflegeversicherung

Jeder Mensch wünscht sich ein möglichst langes Leben in Gesundheit. Doch Pflegebedürftigkeit kann jede und jeden treffen. Damit Sie in diesem Fall abgesichert sind, gibt es die Pflegeversicherung. Dieses Kapitel zeigt Ihnen, wie sich die Pflegeversicherung finanziert und wer zu den Versicherten gehört.

Was ist die Pflegeversicherung?
Die Pflegeversicherung wurde am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Es gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer* und Arbeitgeber größtenteils paritätisch entrichten. Wann Pflegebedürftige Leistungen aus der Versicherung bekommen und welche Leistungen das sind, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und von der Art der Pflege ab. Braucht jemand nur Hilfe beim täglichen Waschen und Einkaufen? Kann die Person sich gut orientieren? Kann sie zu Hause wohnen oder braucht sie rund um die Uhr Betreuung in einem Pflegeheim? Je nach dem Umfang der Einschränkungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten gibt es verschiedene Pflegegrade.

Die Pflegeversicherung gibt den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden. Sie haben die Wahl, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen oder aber Geld beziehen wollen, das sie zum Beispiel pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung geben können. Oberstes Ziel ist es, dass die pflegebedürftigen Menschen so weit wie möglich selbstbestimmt leben können. Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab. Den Rest tragen die Pflegebedürftigen selbst, gegebenenfalls auch direkte Angehörige oder – im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit – die Sozialhilfe. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilleistungssystem“ bezeichnet. Im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

*Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die Formulierung der weiblichen Schreibweise verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

Warum ist die Pflegeversicherung notwendig?
Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: Ihre Gesellschaften werden immer älter. Nach den Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl älterer Personen (67 Jahre und älter) bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf knapp 21,5 Millionen steigen. Diese positive Entwicklung zu einer Gesellschaft des langen Lebens hat jedoch auch eine Kehrseite: Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an. Das heißt: Je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit bedeutet für Betroffene und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen, zumal sich Familienstrukturen verändert haben: In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war.

1.1 Die Versicherten

Generell ist jede und jeder dort pflegeversichert, wo sie beziehungsweise er krankenversichert ist.

1.1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört automatisch der sozialen Pflegeversicherung an. Ein gesonderter Antrag zur Aufnahme in die soziale Pflegeversicherung muss also nicht gestellt werden. Dies gilt zum Beispiel für Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte, Studierende und Rentnerinnen und Rentner. Wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, zum Beispiel, weil er seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat, kann sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern *(siehe Kapitel 1.1.3 ab Seite 20).*

Familienversicherte
Unterhaltsberechtigte Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen nicht höher als 535 Euro beziehungsweise 556 Euro bei geringfügig Beschäftigten ist, sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Die im Rahmen der Familienversicherung Mitversicherten brauchen keine Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen.

Freiwillig Versicherte
Auch für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte besteht eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Sie können sich von dieser Pflicht jedoch befreien lassen. Die Voraussetzung dafür: Innerhalb der ersten drei Monate während der freiwilligen Versicherung muss die Entscheidung getroffen werden, ob die gesetzliche oder private Kranken- und Pflegeversicherung gewünscht wird. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn die beziehungsweise der Versicherte nachweist, dass sie beziehungsweise er eine entsprechende Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen hat.

1.1.2 Versicherte der privaten Krankenversicherung

In einer privaten Krankenversicherung Versicherte müssen eine private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) abschließen. Die Leistungen sind mit denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung – wie bei der privaten Krankenversicherung.

Pflegebedürftigkeit kann jede und jeden treffen.

1.1.3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflicht für sonstige Personen
Von der Pflegeversicherung sind neben allen gesetzlich und privat krankenversicherten Personen auch sonstige Personen erfasst, die nicht gesetzlich oder privat krankenversichert sind, sondern über einen anderen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Hierzu zählen zum Beispiel Personen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben. Seit Juni 2021 unterliegen auch Mitglieder von Solidargemeinschaften der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung.

Weiterversicherung
Versicherte, die aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ausgeschieden sind, können sich unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag freiwillig in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern, um den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten. Die beziehungsweise der Versicherte muss dafür in den vorherigen fünf Jahren mindestens 24 Monate oder in den vorherigen zwölf Monaten ununterbrochen Mitglied der sozialen Pflegeversicherung gewesen sein. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen.

Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland aus der Versicherungspflicht

ausscheiden, können sich ebenfalls auf Antrag in Form einer Anwartschaftsversicherung binnen einem Monat weiterversichern.

Personen, die in einen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), nach Island, Liechtenstein, Norwegen (Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums – EWR) oder in die Schweiz umziehen und aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich unter bestimmten Voraussetzungen mit Leistungsanspruch freiwillig weiterversichern. Im Rahmen einer solchen freiwilligen Weiterversicherung kann zum Beispiel Pflegegeld *(siehe Kapitel 3.1.1 ab Seite 57)* bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen von der deutschen Pflegeversicherung bezogen werden, auch wenn die Person in der Sozialversicherung des EU-Staates, des EWR-Staates oder der Schweiz versichert ist.

Staatliche Förderung für Pflege-Zusatzversicherungen
Eine Pflegetage- oder Pflegemonatsgeldversicherung wird mit einer staatlichen Zulage gefördert, wenn sie unter anderem folgende Bedingungen erfüllt:

- Der Eigenanteil der beziehungsweise des Versicherten muss mindestens 10 Euro monatlich betragen.
- Die entsprechende Zusatzversicherung muss für alle Pflegegrade Leistungen vorsehen, für Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro im Monat.
- Es findet keine Gesundheitsprüfung statt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge sind ebenfalls nicht erlaubt.

Die Zulage beträgt monatlich 5 Euro beziehungsweise jährlich 60 Euro. Sie wird dem Versichertenvertrag automatisch gutgeschrieben. Es gilt Kontrahierungszwang. Die Versicherungsunternehmen müssen also jede Person aufnehmen, die einen Anspruch auf die staatliche Zulage hat – dies sind volljährige Versicherte in der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung, die nicht bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

1.1.4 Zusatzversicherungen

Pflegebedürftigkeit kann jede und jeden treffen. Oft kommt der Pflegefall überraschend und bedeutet eine große Umstellung für die gesamte Familie. Bei allen Entscheidungen, die dann zu treffen sind, sollten die Wünsche der Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen und nicht die Sorge darum, welche Art der Pflege und Betreuung finanziell tragbar ist. Da die gesetzliche Pflegeversicherung nur die Grundversorgung absichert und die tatsächlichen Pflegekosten nicht selten höher ausfallen, ist eine zusätzliche private Vorsorge meist sinnvoll.

Von vielen Versicherungsgesellschaften werden freiwillige private Pflege-Zusatzversicherungen angeboten, die das Risiko privater Zuzahlungen abfangen oder mildern sollen. Hierbei lassen sich drei Arten von Zusatzversicherungen unterscheiden:

- **Pflegekostenversicherung:** Sie erstattet diejenigen Pflegekosten, die nach der Vorleistung der Pflichtversicherung noch verbleiben. Dabei ist zwischen Tarifen zu unterscheiden, die Restkosten ganz oder teilweise übernehmen. In jedem Fall ist ein Nachweis der Ausgaben erforderlich.
- **Pflegetage- oder Pflegemonatsgeldversicherung:** Bei Nachweis der Pflegebedürftigkeit wird ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflegetag beziehungsweise jeden Pflegemonat gezahlt. Diese Zahlung ist unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten, Ausgabennachweise sind nicht erforderlich.
- **Pflege-Rentenversicherung:** Sie wird als Lebensversicherung angeboten. Wenn die beziehungsweise der Versicherte pflegebedürftig wird, zahlt die Versicherung je nach Hilfebedarf eine monatliche Rente aus.

Lassen Sie sich am besten unabhängig beraten, welche Art der privaten Pflege-Zusatzversicherung für Ihren Bedarf sinnvoll sein könnte.

1.2 Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wird grundsätzlich paritätisch von Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern finanziert.

1.2.1 Beitragssatz

Seit dem 1. Januar 2025 beträgt der Betragssatz 3,6 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen sind es 4,2 Prozent des Bruttoeinkommens (Beitragssatz plus Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,6 Prozent des Bruttoeinkommens). Arbeitnehmerinnen beziehungsweise Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen den Beitrag – ohne den Kinderlosenzuschlag; diesen tragen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer alleine – grundsätzlich zur Hälfte, also jeweils 1,8 Prozent. Eine abweichende Regelung gilt im Bundesland Sachsen, das bei der Einführung der Pflegeversicherung keinen Feiertag gestrichen hatte. Dort entfallen von den 3,6 Prozent Pflegeversicherungsbeitrag 2,3 Prozent auf die Beschäftigten und 1,3 Prozent auf die Arbeitgeber.

Beitragsverteilung in der sozialen Pflegeversicherung

	Arbeitnehmer	Kinderloser Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Bundesland Sachsen	2,3 %	2,9 %	1,3 %
Übrige Bundesländer	1,8 %	2,4 %	1,8 %

Der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung ist abhängig vom Einkommen: Der Beitragssatz wird jeweils auf die beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben *(zur Beitragsbemessungsgrenze siehe Kapitel 1.2.4 ab Seite 29)*.

Seit 2015 werden die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten, im Jahr 2025 jährlich rechnerisch rund 2 Milliarden Euro, dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung (Pflegevorsorgefonds) zugeführt, den die Bundesbank verwaltet. Die Zuführung für das Jahr 2023 wurde im Jahr 2024 geleistet, für die Jahre 2024 bis einschließlich 2027 werden Zuführungen in Höhe von jährlich 0,7 Milliarden Euro geleistet. Der Fonds soll zu einer verlässlichen Finanzierung der Pflegeversicherung in der Zukunft beitragen und ab dem Jahr 2035 dabei helfen, den Beitragssatz zu stabilisieren. Damit bleibt die Pflege auch dann finanzierbar, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in ein Alter kommen, in dem sie möglicherweise pflegebedürftig werden.

1.2.2 Beitragszuschlag für Kinderlose

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem Jahr 2005 zusätzlich zu dem normalen Beitragssatz einen Beitragszuschlag entrichten. Dieser sogenannte Beitragszuschlag für Kinderlose beläuft sich seit dem 1. Juli 2023 auf 0,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze). Ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle.

Die Zahlung des Beitragszuschlags für Kinderlose erfolgt im Rahmen des für den Pflegeversicherungsbeitrag üblichen Beitragseinzugsverfahrens. Die beitragsabführende Stelle behält den Zuschlag in Höhe von 0,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen ein (also zum Beispiel der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt oder die Versorgungswerke von den Versorgungsbezügen) und führt ihn zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle ab.

Regelungen für Rentnerinnen und Rentner ohne Kinder

Die Regelung, dass vor dem 1. Januar 1940 geborene Mitglieder keinen Beitragszuschlag zahlen müssen, gilt selbstverständlich

auch für kinderlose Altersrentnerinnen und Altersrentner. Gleiches gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Versorgungsbezügen (zum Beispiel Betriebsrenten).

Bei kinderlosen Rentnerinnen und Rentnern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, wird der Beitragszuschlag ebenso wie der Pflegeversicherungsbeitrag von der Rente durch den Rentenversicherungsträger einbehalten und an die Pflegeversicherung abgeführt. Bei kinderlosen Versorgungsempfängerinnen und -empfängern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, übernimmt dies die Zahlstelle der Versorgungsbezüge.

Pauschalzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit
Für bestimmte zuschlagspflichtige Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Bundesagentur für Arbeit werden die Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Dies dient der Verwaltungsvereinfachung. Das einzelne Mitglied muss keinen Beitragszuschlag zahlen. Diese Regelung gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und – soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist – für Bezieherinnen und Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe.

Regelungen für kinderlose Menschen mit Behinderungen
Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose Menschen mit Behinderungen in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Sind Menschen mit Behinderungen sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus beitragsfrei über ihre Eltern familienversichert, weil sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, haben sie bei Kinderlosigkeit keinen Beitragszuschlag zu entrichten.

Sofern sie sich im Berufsbildungsbereich befinden und Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen sie bei Kinderlosigkeit keinen Beitragszuschlag zu zahlen. Die Bezieherinnen und Bezieher dieser Leistungen sind einbezogen in die Pauschalzahlung der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Berücksichtigung des Kinderlosenzuschlags bei Festlegung des Existenzminimums

Trotz des Beitragszuschlags bleibt das Existenzminimum der und des Einzelnen gesichert, da der Kinderlosenzuschlag bei der Festlegung der Sozialhilfe berücksichtigt wird. Alle Menschen, deren Einkommen für den Lebensunterhalt nicht ausreicht und die ergänzend auf Sozialhilfe oder Grundsicherung zurückgreifen müssen, erhalten dann höhere Sozialhilfeleistungen, weil auf den Sozialhilfeanspruch nur das Einkommen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge, also einschließlich des Kinderlosenzuschlags, angerechnet wird. Damit ist sichergestellt, dass trotz des Kinderlosenzuschlags das sozialhilferechtliche Existenzminimum erhalten bleibt.

1.2.3 Die neuen Beitragssätze für Eltern mit mehreren Kindern

Seit dem 1. Juli 2023 gelten für Eltern unterschiedliche Beitragssätze in der Pflegeversicherung, je nachdem, wie viele Kinder sie haben. Dies dient der Umsetzung eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022. Mitglieder mit Kindern erhalten je Kind unter 25 Jahren einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Dies gilt vom zweiten bis zum fünften Kind. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt 1,0 Beitragssatzpunkten. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte. Bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Spürbare Entlastung während der aktiven Kindererziehungszeit
Eltern mit mehreren Kindern werden somit in der Zeit der aktiven Kindererziehung entlastet. Zur Finanzierung der Abschläge für Kinder wurde der Beitragszuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben.

Es gelten somit seit dem 1. Januar 2025 folgende Beitragssätze:

- Mitglieder ohne Kinder = 4,20 %
  (Arbeitnehmer-Anteil: 2,40 %)
- Mitglieder mit 1 Kind = 3,60 %
  (lebenslang) (Arbeitnehmer-Anteil: 1,80 %)
- Mitglieder mit 2 Kindern = 3,35 %
  (Arbeitnehmer-Anteil: 1,55 %)
- Mitglieder mit 3 Kindern = 3,10 %
  (Arbeitnehmer-Anteil: 1,30 %)
- Mitglieder mit 4 Kindern = 2,85 %
  (Arbeitnehmer-Anteil: 1,05 %)
- Mitglieder mit 5 und mehr Kindern = 2,60 %
  (Arbeitnehmer-Anteil: 0,80 %)

Gleichbleibender Beitragsanteil für Arbeitgeber
Der Arbeitgeberanteil beträgt unabhängig von der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder 1,8 %. Für das Bundesland Sachsen gilt die Ausnahme, dass der Arbeitgeberanteil unabhängig von der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder 1,3 % beträgt.

Nachweis der berücksichtigungsfähigen Kinder
Für die Berücksichtigung der Abschläge muss die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren gegenüber der beitragsabführenden Stelle (zum Beispiel dem Arbeitgeber oder dem Rentenversicherungsträger) nachgewiesen sein, es sei denn, dieser sind die Angaben bereits bekannt. Bei Selbstzahlerinnen und Selbstzah-

lern ist der Nachweis gegenüber der Pflegekasse zu führen. Die aktualisierten Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Nachweis der Elterneigenschaft können auf dessen Website eingesehen werden.

Regelungen für den Übergangszeitraum
Die Umsetzung der – je nach Kinderzahl – unterschiedlichen Beitragssätze ist für die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen mit nicht unerheblichem Aufwand verbunden. Deshalb sieht der Gesetzgeber für sie einen Übergangszeitraum vor: Können die Abschläge von ihnen nicht direkt ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 30. Juni 2025, zu erstatten. Der Erstattungsbetrag ist zu verzinsen.

Außerdem gilt in dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 (Übergangszeitraum) ein vereinfachtes Nachweisverfahren. In diesem Zeitraum gilt der Nachweis hinsichtlich der Kinder unter 25 Jahren auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt. Auf die Vorlage und Prüfung konkreter Nachweise kann in diesem Fall verzichtet werden. Spätestens nach dem Übergangszeitraum müssen die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen die angegebenen Kinder jedoch überprüfen.

Einführung eines digitalen Nachweisverfahrens
Um sowohl die Eltern als auch die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen von Verwaltungsaufwand zu entlasten, soll bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt werden. Damit sollen den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen die Daten zu den berücksichtigungsfähigen Kindern bis spätestens zu diesem Zeitpunkt in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden. Bis zum Ende des Übergangszeitraums am 30. Juni 2025 verbleiben somit

noch drei Monate, um die Abschläge rückwirkend zum 1. Juli 2023 zuzüglich Zinsen zu erstatten.

1.2.4 Beitragsbemessungsgrenze

Für die soziale Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2025 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 66.150,00 Euro im Jahr (5.512,50 Euro monatlich).

Zusammenfassend gibt es somit im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 für die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen grundsätzlich folgende drei Möglichkeiten:

1. Sie können sich die Nachweise vorlegen lassen und diese prüfen.
2. Sie können sich die Angaben zu den Kindern ohne weitere Prüfung mitteilen lassen.
3. Sie können die Einführung des digitalen Nachweisverfahrens abwarten.

Rechengrößen der Sozialversicherung und Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) – ohne evtl. Beitragszuschlag für Kinderlose oder Beitragsabschlag für Eltern – sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) seit dem 1. Januar 2025 in Euro

	Jahr	Monat
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung	96.600,00	8.050,00
Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	66.150,00	5.512,50
Bezugsgröße in der Rentenversicherung	44.940,00	3.745,00
Bezugsgröße in der Kranken- und Pflegeversicherung	44.940,00	3.745,00
Geringfügigkeitsgrenze[1]		556,00
Grenze für Familienversicherung		
– ohne geringfügige Beschäftigung		535,00
– mit geringfügiger Beschäftigung		556,00
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder[2]		44,94
Höchstbeitrag Pflegeversicherung		198,46
SPV-Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland[3]		22,47
SPV-Beitrag für Studierende		30,78
PPV-Beitrag für Studierende (bis 39 Jahre)		25,97
PPV-Höchstbetrag für Beamte		79,38
PPV-Beitrag für Ehegatten oder Lebenspartner		297,69

[1] Bis zu diesem Einkommen gelten Besonderheiten bei der Tragung der Beiträge zur Sozialversicherung.
[2] Bemessungsgrundlage: 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße.
[3] Bemessungsgrundlage: 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße.
Beitragssätze: allgemeine Rentenversicherung: 18,6 Prozent; Arbeitslosenversicherung: 2,6 Prozent; Pflegeversicherung: 3,4 Prozent.

1.3 Die Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Der privaten Pflege-Pflichtversicherung gehören diejenigen an, die für den Krankheitsfall bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Über die Pflege-Pflichtversicherung wird ein privater Versicherungsvertrag abgeschlossen. Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Dies bedeutet, dass Alterungsrückstellungen gebildet werden müssen, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. In der privaten Pflegeversicherung bemisst sich die Prämienhöhe nicht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – nach dem Einkommen beziehungsweise der Leistungsfähigkeit der Versicherten. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in der Höhe ihrer hälftigen Prämie – maximal bis zum möglichen Höchstbetrag des Arbeitgeberanteils in der sozialen Pflegeversicherung.

Wie hoch sind die Prämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung?

Die Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung richtet sich unter anderem nach dem Lebensalter und dem Gesundheitszustand, also dem individuellen Versicherungsrisiko beim Eintritt in die Pflegeversicherung. Dieses Risiko ist bei einem fortgeschrittenen Eintrittsalter in der Regel höher und die Zeit, Altersrückstellungen zu bilden, ist kürzer; entsprechend fällt dann auch die Prämie höher aus. Der Gesetzgeber hat jedoch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugunsten der Versicherten allen privaten Versicherungsunternehmen in erheblichem Umfang Rahmenbedingungen für eine sozialverträgliche Prämiengestaltung vorgegeben. So dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert.

Bei der Prämienhöhe wird grundsätzlich zwischen Versicherten unterschieden, die bereits von Anfang an – also seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung zum 1. Januar 1995 – ohne Unterbrechung privat pflegeversichert waren, und Versicherten, die erst später privat pflegeversichert wurden. Bei den von Anfang an Versicherten ist die Prämie zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt worden. Für die Ehepartnerin

beziehungsweise den Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder mit einem regelmäßigen monatlichen Gesamteinkommen von nicht mehr als 535 Euro beziehungsweise 556 Euro bei geringfügig Beschäftigten ist eine Prämienvergünstigung vorgesehen worden, nach der für beide Ehegatten zusammen die Höchstprämie nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung betragen darf. Bei den späteren Neuzugängen gilt für die Dauer von fünf Jahren keine Prämienbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung. Somit müssen diese Versicherten – je nach Alter und Gesundheitszustand – unter Umständen erhöhte Prämien leisten. Außerdem gibt es auch keine Ehegattenermäßigung. Nach Ablauf der fünf Jahre darf die Prämie aber auch bei späteren Neuzugängen den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten.

Personen, die im Bereich der privaten Krankenversicherung im Basistarif einen besonderen sozialen Schutz erhalten, werden im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen einbezogen. So ist zum Beispiel auch ihr Beitrag von Anfang an auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. Die günstigeren Bedingungen gelten unabhängig davon, ob die private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

Da die private Pflege-Pflichtversicherung gleichwertige Versicherungsleistungen wie die soziale Pflegeversicherung zu erbringen hat, gibt es hier keinen Basistarif. Aber auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung wurden ergänzend zu den Vorgaben der sozialverträglichen Durchführung der Pflegeversicherung weitere soziale Regelungen zur Begrenzung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung geschaffen.

Mitnahme von Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Seit dem Jahr 2009 ist es innerhalb der privaten Krankenversicherung möglich, Alterungsrückstellungen bei neu abgeschlossenen Verträgen mitzunehmen. Das umfasst auch die Alterungsrückstellungen für die private Pflege-Pflichtversicherung. Dies gilt dort nicht nur für Versicherte, die ab diesem Zeitpunkt eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen (Neufälle), sondern auch für Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt bereits pflegeversichert waren (Altfälle).

2

Pflegebedürftig – was nun?

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie und wo Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen können, wie eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt, wie Prävention und Rehabilitation in der Pflege gefördert werden und wie Sie Pflegeberatung in Anspruch nehmen können.

2.1 Antragsverfahren

2.1.1 Antragstellung

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden; dies kann auch telefonisch erfolgen. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Den Antrag können auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte stellen, wenn sie dazu bevollmächtigt werden. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird, beauftragt diese den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen oder Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung Medicproof.

Für alle Medizinischen Dienste ist das Verfahren der Begutachtung in den bundesweit einheitlich geltenden Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) verbindlich geregelt. Ferner gelten die Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren verbindlich. Sie regeln insbesondere die allgemeinen Verhaltensgrundsätze für die Gutachterinnen und Gutachter bei der Durchführung der Begutachtung, die individuelle und umfassende Information der Versicherten über das Begutachtungsinstrument (auch in den Sprachen Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Russisch, Türkisch), eine Versichertenbefragung sowie das Beschwerdemanagement.

So stellen Sie Ihren Erstantrag auf Pflegeleistungen

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken- beziehungsweise Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Selbstverständlich können das auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte für Sie übernehmen, wenn Sie sie dazu bevollmächtigen.

---

2. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten der Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie können diese Liste bei der Pflegekasse auch anfordern, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen stellen.

---

3. Sie haben darüber hinaus einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse. Der Anspruch gilt auch für Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, sofern Sie zustimmen. Die Pflegekasse bietet Ihnen unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Leistungen oder wenn Sie sich mit dem Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an die Pflegekasse wenden, einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung durchzuführen ist. Die Pflegekasse benennt Ihnen außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist. Möglich ist auch, dass Ihnen die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zweiwochenfrist eingelöst werden kann.

   Auf Ihren Wunsch kommt die Pflegeberaterin beziehungsweise der Pflegeberater auch zu Ihnen nach Hause. Die Pflegeberatung kann auf Ihren Wunsch durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden. Wenn es in Ihrer Region einen Pflegestützpunkt gibt, können Sie sich ebenso an diesen wenden. Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse.

   Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „compass private pflegeberatung GmbH“ an. Die Bera-

tung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater bei Ihnen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

4. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.

5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung anwesend zu sein.

6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege zu Hause längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen wollen.

7. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Pflege- und Betreuungsangebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.

   Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort zur Verfügung. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter der Rufnummer 030 3406066-02.

   Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des BMG per Videotelefonie unter www.gebaerdentelefon.de/bmg und per E-Mail an: info.gehoerlos@bmg.bund.de.

8. Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, www.pkv.de.

   Die „compass private pflegeberatung GmbH“ erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer 0800 1018800 (kostenfrei).

2.1.2 Entscheidung über den Antrag

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beträgt 25 Arbeitstage. Eine verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche gilt in folgenden Fällen:

- bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist;
- bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, wenn die pflegende Person mit ihrem Arbeitgeber vereinbart hat, eine Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) in Anspruch zu nehmen, oder wenn sie eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt hat *(siehe Kapitel 4.2 ab Seite 102)*;
- wenn sich die antragstellende Person in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Befindet sich die antragstellende Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und hat die pflegende Person mit ihrem Arbeitgeber vereinbart, eine Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen, oder hat sie eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt, ist eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen.

Die abschließende Begutachtung ist unverzüglich nachzuholen. Sofern die antragstellende Person unmittelbar im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, hat die abschließende Begutachtung des Medizinischen Dienstes innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die Antragstellerin oder der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt wurden (mindestens Pflegegrad 2).

Voraussetzung für Leistungsansprüche
Um Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu können, muss die beziehungsweise der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

2.1.3 Weitere Unterlagen zum Leistungsbescheid

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für die Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Das Gutachten wird der Antragstellerin oder dem Antragsteller deshalb durch die Pflegekasse automatisch übersandt, sofern sie oder er der Übersendung nicht widerspricht. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen. Darüber hinaus erhalten die versicherte Person sowie mit deren Einwilligung beispielsweise auch Personen ihres Vertrauens die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller dem zustimmt. Willigt die antragstellende Person ein, leitet die Pflegekasse darüber hinaus eine Mitteilung über empfohlene Heilmittel an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt weiter.

2.2 Pflegebedürftigkeit

Rund 5,6 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten Leistungsempfängerinnen und -empfänger, rund 4,7 Millionen, erhalten ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 0,9 Millionen Menschen (Stand: Jahresende 2023, Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung).

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Gesetzes gelten Personen als pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

2.2.1 Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Erwachsenen

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst, von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und den Pflegegrad im Einzelnen zu ermitteln. Bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch den medizinischen Dienst von Medicproof. Zur Begutachtung kommt die jeweilige Gutachterin oder der jeweilige Gutachter ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung in die Wohnung oder die Pflegeeinrichtung – es gibt keine unangekündigten Besuche. Zum Termin sollten idealerweise auch die Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuer des zu untersuchenden Menschen, die diesen unterstützen, anwesend sein. Das Gespräch mit ihnen ergänzt das Bild der Gutachterin oder des Gutachters davon, wie selbstständig die Antragstellerin oder der Antragsteller noch ist.

Unter bestimmten Voraussetzungen und sofern die zu begutachtende Person zustimmt, kann ergänzend oder anstelle einer Untersuchung in ihrem Wohnbereich eine telefonisch gestützte Begutachtung durchgeführt werden, die auch per Videotelefonie erfolgen kann. Die näheren Einzelheiten sind in den Begutachtungs-Richtlinien für alle Gutachterdienste verbindlich festgelegt. Danach scheidet eine telefonische Begutachtung insbesondere aus,

- wenn es sich um eine erstmalige Untersuchung der antragstellenden Person handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
- wenn es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
- im Fall einer Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- bei Fehlen einer für die telefonische Begutachtung erforderlichen Unterstützungsperson; eine solche ist beispielsweise im Fall einer Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Jugendlichen zwischen dem vollendeten 14. und unter dem 18. Lebensjahr erforderlich.

Infolge einer gesetzlichen Neuregelung durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wird den Versicherten darüber hinaus auch in Krisensituationen ein zeitnaher Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen gewährleistet: In solchen Situationen können die Pflegegutachten aufgrund der den Gutachterinnen und Gutachtern zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie durch – gegebenenfalls telefonische oder digitale – strukturierte Befragungen der Versicherten, ihrer Bevollmächtigten und rechtlichen Betreuer sowie ihrer Angehörigen und sonstiger zur Auskunft fähiger Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragstellenden Person, Mitarbeitende des versorgenden Pflegedienstes, sonstige Personen, die an der Pflege beteiligt sind) erstellt werden.

Zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und zur Einstufung in einen Pflegegrad kommt ein **Begutachtungsinstrument** zum Einsatz, das von der individuellen Pflegesituation ausgeht. Es orientiert sich an Fragen wie: Was kann die oder der Pflegebedürftige im Alltag allein leisten? Welche Fähigkeiten sind noch vorhanden? Wie selbstständig ist die Person? Wobei benötigt sie oder er Hilfe? Grundlage der Begutachtung ist dabei ein **Pflegebedürftigkeitsbegriff,** der die individuellen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit ins Zentrum stellt – unabhängig davon, ob körperlich, geistig oder psychisch bedingt. Was zählt, sind der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag allein bewältigen kann.

Um festzustellen, wie selbstständig eine pflegebedürftige Person ist, wirft die Gutachterin oder der Gutachter einen genauen Blick auf folgende sechs Lebensbereiche:

Modul 1 „Mobilität“: Hier geht es um motorische Aspekte. Zum Beispiel: Kann die betroffene Person allein aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen? Ist Treppensteigen möglich?

Modul 2 „Kognitive („geistige“) und kommunikative Fähigkeiten“: Dieser Bereich umfasst das Verstehen, Erkennen oder Entscheiden etc. (als Denkprozesse). Zum Beispiel: Kann sich die betroffene Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?

Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“: Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für ihre Angehörigen belastend sind. Auch wenn Abwehrreaktionen bei pflegerischen Maßnahmen bestehen, wird dies hier berücksichtigt.

Modul 4 „Selbstversorgung“: Kann die Antragstellerin oder der Antragsteller sich zum Beispiel waschen und anziehen, selbstständig die Toilette benutzen sowie essen und trinken?

Modul 5 „Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung“: Die Gutachterin oder der Gutachter schaut, ob die betroffene Person fähig ist, zum Beispiel Arzneimittel selbst einzunehmen, den Blutzucker eigenständig zu messen, mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder Rollator umzugehen und eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt aufzusuchen.

Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“: Kann die betroffene Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen?

Für jedes Kriterium in den genannten Lebensbereichen ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln, durchführen) und 3 (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen). So wird in jedem Bereich der Grad der Beeinträchtigung sichtbar. Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

Zusätzlich bewerten die Gutachterinnen und Gutachter die **außerhäuslichen Aktivitäten** und die **Haushaltsführung**. Die Antworten in diesen Bereichen werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen, weil die hierfür relevanten Beeinträchtigungen schon bei den Fragen zu den sechs

Lebensbereichen mitberücksichtigt sind. Allerdings helfen diese Informationen den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekasse, wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde: Sie können die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen mit Blick auf weitere Angebote und Sozialleistungen beraten und einen auf sie oder ihn zugeschnittenen Versorgungsplan erstellen. Auch für eine Pflegeplanung der Pflegekräfte sind die Informationen als Ergänzung sehr hilfreich.

Darüber hinaus prüft die Gutachterin oder der Gutachter, ob eine Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Prävention besteht. Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen können angezeigt sein, um den Gesundheitszustand zu verbessern und eine drohende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder diese auch ganz zu vermeiden. Insbesondere die Rehabilitation kann ebenfalls bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit empfehlenswert sein, da die Möglichkeit besteht, dass sich die vorhandenen Beeinträchtigungen aufgrund der Durchführung dieser Maßnahmen verringern oder zumindest nicht verstärken. Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre beziehungsweise seine Einschätzung der Pflegekasse. Die Pflegekasse leitet der antragstellenden Person die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung spätestens mit der Entscheidung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, zu *(siehe auch Kapitel 2.3 ab Seite 49)*.

2.2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern

Bei Kindern wird die Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter, die über eine Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder -pfleger beziehungsweise als Kinderärztin oder -arzt verfügen, vorgenommen. Der Pflegegrad wird durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit der Selbstständigkeit oder den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder ermittelt.

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten: Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig. Damit auch für diese Kinder ein fachlich angemessener Pflegegrad ermittelt werden kann, werden bei der Begutachtung nur die altersunabhängigen Bereiche „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen" und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen" einbezogen. Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen.

Bei Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist eine telefonische Begutachtung nicht möglich. Bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 14. und unter dem 18. Lebensjahr kommt eine telefonisch gestützte Begutachtung nur in Betracht, wenn die Anwesenheit einer Unterstützungsperson gewährleistet ist *(siehe auch Kapitel 2.2.1 ab Seite 42).*

2.2.3 Pflegegrade

Fünf Pflegegrade ermöglichen es, Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen unabhängig davon zu erfassen, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt sind. Die Pflegegrade und damit auch der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt *(siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42).*

So funktioniert die Berechnung der fünf Pflegegrade

1 | Erfassung des Grades der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten nach pflegefachlich begründeten Kriterien in sechs Lebensbereichen (Module)

1	2	3	4	5	6
Mobilität	kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Selbstversorgung	selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

2 | Gewichtung der Punkte und Berechnung (Anlage 2 zu § 15 SGB XI)

1	2	3	4	5	6
10 %	15 % (höherer Wert fließt ein)		40 %	20 %	15 %

Gesamtpunkte

3 | Einstufung in einen der fünf Pflegegrade

ab **12,5** bis unter **27**	ab **27** bis unter **47,5**	ab **47,5** bis unter **70**	ab **70** bis unter **90**	ab **90** bis **100**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Unterhalb von 12,5 Gesamtpunkten sind die Einschränkungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht so gering, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung vorliegt. Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl von 90 nicht erreicht wird. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen in den Begutachtungs-Richtlinien.

2.3 Förderung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung geraten Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr in den Fokus. Ziel ist es, gesünder alt werden und die Selbstständigkeit und Lebensqualität möglichst lang erhalten zu können. Vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen häufig vorkommen, wie etwa Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels oder auch Demenzerkrankungen, kann durch einen gesunden Lebensstil entgegengewirkt werden. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität, Stressvermeidung und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei. Diesbezüglich stellt das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) Informationen auf der Website www.gesund-aktiv-aelter-werden.de zur Verfügung.

Bei vielen Erkrankungen ist es möglich, die Gesundheit durch Maßnahmen der Rehabilitation zu verbessern, die Funktionsfähigkeit wiederherzustellen und einer Verschlechterung von Symptomen und Beeinträchtigungen entgegenzuwirken. Ziel des Prinzips „Reha vor Pflege" ist es, eine drohende Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf zu reduzieren. Hierdurch wird pflegebedürftigen Menschen ermöglicht, so lange wie möglich ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und ihre Lebensqualität zu steigern.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung gewinnen die Gutachterinnen und Gutachter einen Eindruck von der Lebenssituation sowie der Lebensführung der überwiegend älteren Personen und können daher auch Empfehlungen zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen geben. Im Mittelpunkt steht die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person. Während der Begutachtung werden insbesondere folgende Fragen geklärt: Wie kommt die Person in ihrem Alltag zurecht? Gibt es Hilfsmittel, die ihr das Leben erleichtern können? Kann das Wohnumfeld verbessert werden? Im Pflegegutachten werden Rehabilitationsmaßnahmen und präventive Maßnahmen empfohlen, wenn dies als erforderlich angesehen wird. Sofern die antragstellende Person eingewilligt hat, löst die Mitteilung an den Rehabilitationsträger über vorhandenen medizinischen Rehabilitationsbedarf ein entsprechendes Antragsverfahren aus. Darüber hinaus gelten mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person zum Beispiel bestimmte Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel

Suchtgefahr im Alter

Beim Umgang mit Arzneimitteln ist ein besonderes Augenmerk auf starke Schmerzmittel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel zu richten, die bei unsachgemäßem Gebrauch zu Abhängigkeiten führen können. Besonders gefährlich ist die Kombination von Alkohol und Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder Antidepressiva. Informationen über substanzbezogene Störungen im Alter finden sich auf der Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. unter: www.unabhaengig-im-alter.de.

direkt als Antrag auf Leistungsgewährung. Das ist eine spürbare Vereinfachung für die pflegebedürftigen Menschen.

Mit dem Präventionsgesetz wurden die Pflegekassen 2016 zudem erstmals dazu verpflichtet, spezifische Leistungen zur Prävention in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Der „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen" des GKV-Spitzenverbandes nennt dazu etwa die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Für Leistungen zur Prävention hat die soziale Pflegeversicherung im Gesamtjahr 2023 rund 28,2 Millionen Euro bereitgestellt. Für pflegende Angehörige, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten der Krankenkassen zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen, wurde die Möglichkeit geschaffen, diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrzunehmen. Hierfür hat sich der Zuschuss der Krankenkasse für die Unterkunft und Verpflegung auf bis zu 16 Euro täglich erhöht.

2.4 Pflegeberatung

Ob stationär oder zu Hause: Für die Betreuung, Begleitung und Unterstützung einer pflegebedürftigen Person gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen der Pflegeversicherung. Hinsichtlich Ihrer Ansprüche sollten Sie sich daher gut beraten lassen.

Anspruch auf Pflegeberatung
Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das für sie die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf

besteht. Der Anspruch besteht auch, wenn sich Versicherte mit ihrem Pflegebedarf an die Pflegekassen wenden, um die Pflegebedürftigkeit durch eine Begutachtung feststellen zu lassen. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen.

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Die Pflegekasse benennt Ratsuchenden eine für sie persönlich zuständige Pflegeberaterin beziehungsweise einen zuständigen Pflegeberater, an die beziehungsweise den man sich mit allen Fragen wenden kann. Die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekasse verfügen über umfassendes Wissen, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht, und haben eine besondere Qualifikation für die Pflegeberatung erworben. Sobald Sie bei der Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen gestellt oder den Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erklärt haben, erhalten Sie von der Pflegekasse

- entweder unter Angabe einer Kontaktperson das Angebot für einen konkreten Beratungstermin, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
- oder einen Beratungsgutschein, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zweiwochenfrist eingelöst werden kann.

Die Pflegeberaterinnen und -berater, die auf Wunsch die Beratung auch zu Hause und zu einem späteren Zeitpunkt durchführen, nehmen sich Ihrer Sorgen und Fragen an, ermitteln den individuellen Hilfebedarf, beraten umfassend über das vorhandene Leistungsangebot und begleiten in der jeweiligen Pflegesituation. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden. Falls erforderlich sowie auf Wunsch erstellen die Pflegeberaterinnen

und -berater auch einen individuellen Versorgungsplan mit den für die pflegebedürftige Person erforderlichen Hilfen.

Sie müssen gegebenenfalls auch über Angebote und Leistungen der Pflegeversicherung informieren, die die Pflegepersonen, also insbesondere pflegende Angehörige, entlasten und unterstützen.

Beratung im Pflegestützpunkt
In einem Pflegestützpunkt werden die Beratung und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und Hilfe suchenden Betroffenen die infrage kommenden Sozialleistungen erläutern und mit Rat zur Seite stehen. Anspruchsberechtigte können die Pflegeberatung auch in einem Pflegestützpunkt wahrnehmen. Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt.

3

Häusliche Pflege

Mehr als 80 Prozent aller Pflegebedürftigen in Deutschland nehmen häusliche Pflege vor allem in der eigenen Wohnung in Anspruch. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Leistungen dafür unter welchen Bedingungen in Anspruch genommen werden können.

3.1 Pflege durch Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Personen

3.1.1 Pflegegeld

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden. Die Pflegeversicherung unterstützt deshalb auch, wenn sich Betroffene dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Pflegenden versorgt zu werden. Hierfür zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegegeld.

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege in geeigneter Weise selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Sie kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Die Höhe des Pflegegeldes ist wie die der Sachleistungen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrad 2	347 Euro
Pflegegrad 3	599 Euro
Pflegegrad 4	800 Euro
Pflegegrad 5	990 Euro

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick *ab Seite 158*.

Während einer Verhinderungspflege *(siehe Kapitel 3.1.4 ab Seite 60)* wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld für bis zu sechs Wochen und bei einer Kurzzeitpflege *(siehe Kapitel 5.2 ab Seite 123)* für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe weitergezahlt.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

3.1.2 Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei Pflegegeldbeziehenden

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich und in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungsbetrag, der für ambulante Pflegesachleistungen durch Pflegedienste vorgesehen ist, allein für die Inanspruchnahme von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag verwendet wird (im Rahmen des Umwandlungsanspruchs). Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einmal einen solchen Beratungsbesuch abrufen, wenn sie dies wünschen. Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, können ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erstmalige Beratung hat jedoch stets in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

- zugelassenen Pflegediensten
- neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind
- Pflegefachkräften, die von der Pflegekasse beauftragt wurden, aber nicht bei dieser beschäftigt sind
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen
- Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen

3.1.3 Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen *(siehe Kapitel 3.2 ab Seite 67)* zu kombinieren (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen.

Durchgerechnet:
Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt ambulante Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 398 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag für ambulante Sachleistungen beläuft sich auf 796 Euro im Monat. Er hat somit den Betrag für ambulante Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 347 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 173 Euro.

3.1.4 Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, der sogenannten Verhinderungspflege, für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Die Ersatzpflege kann zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegende, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen. Die Leistungen für die Verhinderungspflege können auch in Anspruch genommen werden, wenn die Ersatzpflege in einer Einrichtung stattfindet. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson die pflegebedürftige Person mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat. Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Die Ersatzpflege kann zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegende, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen.

Wird die Verhinderungspflege von Personen sichergestellt, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.685 Euro je Kalenderjahr. Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen, also den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades, nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausfall) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.685 Euro aufgestockt werden.

Nutzung von Leistungsbeträgen der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können im Kalenderjahr bis zu 843 Euro des noch nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen dann bis zu 2.528 Euro im Kalenderjahr für

die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und die in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten.

Durchgerechnet:
Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei einer Verhinderungspflege
Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen, sodass eine Ersatzpflege notwendig wird. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld für Pflegegrad 4 in Höhe von 800,00 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld gezahlt (von 800,00 Euro anteilig auf den Tag bezogen). An den übrigen 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 173,33 Euro gezahlt (50 Prozent von 800,00 Euro = 400,00 Euro × 13/30 = 173,33 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, sollte auch die Möglichkeit der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege geprüft werden *(siehe Kapitel 5.1 ab Seite 121).*

Ausblick
Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden im Bereich der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege Änderungen eingeführt, die in zwei Stufen in Kraft treten. Mit der zweiten Stufe werden ab 1. Juli 2025 grundlegende Vereinfachungen für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 vorgenommen, eine erste Stufe betrifft Leistungen für junge Schwerstpflegebedürftige und trat bereits am 1. Januar 2024 in Kraft. Im Folgenden werden beide Stufen beschrieben.

Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 ab 1. Juli 2025
Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem **Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** zusammengefasst werden. Damit wird für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ab dem 1. Juli 2025 ein kalenderjährlicher

Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung stehen, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen zwischen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege werden damit entfallen. Die Höhe des neuen Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege wird ab 1. Juli 2025 bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr betragen.

Gleichzeitig werden die geltenden Voraussetzungen bei der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege so weit wie möglich angeglichen werden, wo die Vereinheitlichung dazu dient, den flexiblen Einsatz des Gesamtleistungsbetrags zu ermöglichen und Hindernisse abzubauen. So wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen werden. Gleiches gilt beispielsweise für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Zudem entfällt ab dem 1. Juli 2025 das Erfordernis einer sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege. Damit wird der Anspruch auf Verhinderungspflege – ebenso wie heute bereits der Anspruch auf Kurzzeitpflege – künftig unmittelbar ab Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden können. Zeitgleich werden Informations- und Transparenzregelungen eingeführt, die dazu dienen, dass die Pflegebedürftigen jederzeit im Blick behalten können, in welcher Höhe Leistungen über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden.

Vorgezogene, bereits geltende Vereinfachungen bei der Verhinderungspflege für junge Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 seit 1. Januar 2024

Zum 1. Januar 2024 sind in einer ersten Stufe bereits Änderungen im Bereich der Verhinderungspflege für junge Pflegebedürftige mit besonders hohen Pflegegraden in Kraft getreten. Hiermit wurden **für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,** wesentliche Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags bereits

zum 1. Januar 2024 vorgezogen. Dies hat den Hintergrund, dass pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten typischerweise langjährig durch ihre Eltern gepflegt werden, die bei der Versorgung oft besonders belastet sind und die damit bereits frühzeitiger Entlastung erfahren sollen.

Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gilt daher seit dem 1. Januar 2024 gemäß § 39 Absatz 4 und 5 SGB XI insbesondere:

- Die Verhinderungspflege kann anstatt bis zu sechs bereits bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden,
- auch die hälftige Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege erfolgt anstatt für bis zu sechs bereits für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr,
- es können im Kalenderjahr bis zu 100 Prozent – im Jahr 2025 also bis zu 1.854 Euro – der Mittel der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden, soweit die Mittel nicht bereits für Leistungen der Kurzzeitpflege verbraucht worden sind (der umgewidmete Betrag wird dabei auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet, vermindert diesen also entsprechend), und
- die Voraussetzung der sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege entfällt bei diesen Pflegebedürftigen.

Der erhöhten zeitlichen Höchstdauer entsprechend gibt es zudem auch hier Änderungen hinsichtlich der Höhe der regelmäßigen Kostenübernahme in den Fällen, in denen die Ersatzpflege durch Personen erbracht wird, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben und die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausüben. Allerdings wird hier-

bei zwischen dem 1. Januar 2024 und dem 1. Juli 2025 noch differenziert:

- Grundsätzlich dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse seit dem 1. Januar 2024 bei einer Verhinderungspflege für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres in diesen Fällen regelmäßig anstatt wie bisher den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen bereits den Betrag des Pflegegeldes für bis zu zwei Monate nicht überschreiten.
- Wie bisher können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege durch diese Personen auf Nachweis weiterhin grundsätzlich auch über diesen Betrag hinaus notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.
- Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Verhinderungspflege dürfen im Kalenderjahr aber insgesamt den Leistungsbetrag, der für die Verhinderungspflege zur Verfügung steht, nicht überschreiten. Dieser Leistungsbetrag beträgt im Jahr 2025 regulär bis zu 1.685 Euro. Werden nicht verbrauchte Leistungsbeträge der Kurzzeitpflege in der für diese Gruppe der Pflegebedürftigen geltenden höchstmöglichen Höhe zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet, kann der zur Verfügung stehende Betrag im Jahr 2025 dabei um bis zu 1.854 Euro auf bis zu 3.539 Euro erhöht werden.

Das bedeutet für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und bei denen die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig durch Personen übernommen wird, die mit ihnen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben, Folgendes:

Auch wenn der seit 1. Januar 2025 geltende Pflegegeldbetrag für Pflegegrad 5 von 990 Euro für zwei Monate eine Höhe von 1.980 Euro erreicht, kann für Leistungen der Verhinderungspflege nur der reguläre Leistungsbetrag von bis zu 1.685 Euro

im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege beansprucht werden. Nur soweit zusätzlich nicht verbrauchte Mittel der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege in einer entsprechenden Höhe umgewidmet werden, kann die Pflegekasse die regelmäßige Kostenübernahme auf bis zu 1.980 Euro erstrecken sowie gegebenenfalls noch darüber hinaus angefallene notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernehmen.

Durchgerechnet:
Verhinderungspflegeleistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige seit 1. Januar 2025

Eine Mutter, die üblicherweise ihr pflegebedürftiges Kind mit Pflegegrad 5 pflegt, muss mehrfach vorübergehend ins Krankenhaus, sodass in dieser Zeit jeweils eine Ersatzpflege notwendig wird. Das pflegebedürftige Kind ist zwölf Jahre alt. In der Zeit, in der die Mutter ausfällt, übernimmt die Großmutter des pflegebedürftigen Kindes die Ersatzpflege. Für insgesamt acht Wochen Verhinderungspflege werden gegenüber der Pflegekasse dabei Aufwendungen für die Ersatzpflege durch die Großmutter in Höhe von 1.980 Euro geltend gemacht. Zusätzlich macht die Großmutter im Zusammenhang mit der Ersatzpflege notwendig angefallene Fahrkosten in Höhe von 110 Euro geltend, die sie gesondert nachweist.

Grundsätzlich darf die Pflegekasse für die Verhinderungspflege insgesamt maximal nur 1.685 Euro im Kalenderjahr übernehmen. Da das pflegebedürftige Kind aber keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, widmet es 405 Euro der Mittel der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege um. Damit wird der für die Verhinderungspflege zur Verfügung stehende Leistungsbetrag auf 2.090 Euro erhöht, sodass die geltend gemachten Ersatzpflegekosten von der Pflegekasse in voller Höhe übernommen werden können. Für eine Kurzzeitpflege stehen danach in dem Kalenderjahr noch bis zu 1.449 Euro zur Verfügung (1.854 Euro – 405 Euro = 1.449 Euro).

3.2 Ambulante Pflegesachleistungen: Pflege und Betreuung durch Pflegedienste, Einzelpflegekräfte und Betreuungsdienste

3.2.1 Ambulanter Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können. Das Leistungsangebot des ambulanten Pflegedienstes erstreckt sich über verschiedene Bereiche.

Dies sind vor allem:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, wie etwa Körperpflege, Ernährung, Förderung der Bewegungsfähigkeit,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, zum Beispiel Hilfe bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte,
- häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie zum Beispiel Arzneimittelgabe, Verbandswechsel, Injektionen,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie
- Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Kochen oder Reinigen der Wohnung.

Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben.

Ambulante Pflegesachleistungen
Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 als ambulante Pflegesachleistungen die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung bis zu einem gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag. Dieser richtet sich nach dem Pflegegrad:

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit	maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	796 Euro
Pflegegrad 3	1.497 Euro
Pflegegrad 4	1.859 Euro
Pflegegrad 5	2.299 Euro

* Pro Monat bis zu 131 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag.
Leistungen der Pflegeversicherung im *Überblick ab Seite 158*.

Darüber hinaus kann auch der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro im Monat für Leistungen ambulanter Pflegedienste eingesetzt werden. In den Pflegegraden 2 bis 5 darf der Entlastungsbetrag jedoch nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung genutzt werden, also zum Beispiel für die Unterstützung beim morgendlichen Waschen. Hierfür stehen vielmehr die oben genannten Sachleistungen zur Verfügung. In Pflegegrad 1 hingegen darf der Entlastungsbetrag auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der Selbstversorgung verwendet werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ im *Kapitel 3.8.1 ab Seite 82*.

Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige
Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsarrangements in der häuslichen Pflege. Sie sind vom ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienst *(siehe Kapitel 3.2.3 ab Seite 70)* bereits vor Vertragsschluss und auch später nach jeder wesentlichen Veränderung zeitnah durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer konkret beabsichtigten Leistungsinanspruchnahme in der Regel schriftlich zu informieren. Dadurch bleibt die Gestaltungsmöglichkeit mit der damit verbundenen Kostenfolge für die Pflegebedürftigen im Rahmen ihres jeweiligen Pflegearrangements transparent und nachvollziehbar. Zu beachten ist, dass die Pflege- und Betreuungsdienste von den Pflegekassen zugelassen sein müssen, um beispielsweise die Leistungen der häuslichen Pflege über sie abrechnen zu können. Einen guten Überblick unter anderem über zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen und deren Angebote wie auch die sogenannten Angebote zur Unterstützung im Alltag geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung stellen, die aber auch im Internet abrufbar sind.

Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu beantragen. Auf diese Weise können

maximal 40 Prozent des jeweiligen Betrags für ambulante Sachleistungen umgewandelt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im *Kapitel 3.8.3 ab Seite 87.*

3.2.2 Pflege durch Einzelpflegekräfte

Einzelpflegekräfte sind in der Regel in Pflege und Betreuung qualifizierte Pflegepersonen, wie zum Beispiel Altenpflegerinnen beziehungsweise Altenpfleger oder Altenpflegehelferinnen beziehungsweise -helfer, die sich selbstständig gemacht haben. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben die Möglichkeit, Einzelpflegekräfte in Anspruch zu nehmen, wenn diese einen entsprechenden Vertrag mit der Pflegekasse abschließen. Die Pflegekassen sollen nur mit fachlich geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, um so diesen Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.

Erfolgt die häusliche Pflege durch Einzelpflegekräfte, müssen diese auch mit der oder dem Pflegebedürftigen einen sogenannten Pflegevertrag abschließen, in dem Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der mit der Pflegekasse vereinbarten Vergütungen darzustellen sind. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der Einzelpflegekraft und der Pflegekasse, es besteht kein Beschäftigungsverhältnis zwischen der Einzelpflegekraft und den Pflegebedürftigen.

3.2.3 Ambulanter Betreuungsdienst

Betreuungsdienste sind ambulante Dienste, die Leistungen der häuslichen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung unter Leitung einer verantwortlichen Fachkraft erbringen. Diese Leitungsperson muss keine Pflegefachkraft sein. Gleiches gilt auch für das einzusetzende Personal. Als verantwortliche Personen eingesetzt werden können qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich.

Das Angebot der Betreuungsdienste umfasst unter anderem persönliche Hilfeleistungen, wie Unterstützung bei der Orientierung und Gestaltung des Alltags und im Haushalt sowie bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und sozialer Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Sie leisten damit einen wichtigen und wertvollen Beitrag zur Professionalisierung von Betreuung und Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich.

Pflegefachliche Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit *(siehe hierzu Kapitel 3.1.2 ab Seite 58)* werden von den ambulanten Betreuungsdiensten nicht durchgeführt. Im Übrigen finden aber alle Vorschriften zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die sich auf ambulante Pflegedienste beziehen (auch zum Beispiel beim Entlastungsbetrag), entsprechende Anwendung auch auf die ambulanten Betreuungsdienste, soweit der Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung betroffen ist.

3.3 Zuschüsse zur Wohnungsanpassung

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.180 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen zahlen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erheblich erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen. Ziel solcher wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ist es auch, eine Überforderung der Pflegepersonen zu verhindern.

Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.180 Euro, also bis zu 16.720 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der Gesamtbetrag anteilig auf die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

Was wird von der Pflegekasse bezuschusst?
Einen Zuschuss der Pflegekasse gibt es für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz der Wohnung verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen und Treppenlifte, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem finanziell unterstützt werden der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, sowie der feste Einbau bestimmter technischer Hilfen. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

Durchgerechnet: Wohnungsanpassung in einer Pflege-Wohngemeinschaft
Wohnen acht pflegebedürftige Personen zusammen in einer Wohngemeinschaft, würde jede Person ein Achtel des Gesamtbetrags von 16.720 Euro bekommen. Das wären 2.090 Euro pro pflegebedürftiger Person.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf bauliche Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung beträgt drei Wochen nach Antragseingang. Sie verlängert sich auf fünf Wochen, wenn für die Leistungsentscheidung ein medizinisches Gutachten notwendig ist. Kann die Pflegekasse die Frist nicht einhalten, muss sie dies der antragstellenden Person rechtzeitig schriftlich mitteilen und begründen. Unterbleibt diese Mitteilung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Eigentümerinnen und Eigentümern wie auch Mieterinnen und Mietern steht unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Alter die Möglichkeit zur Verfügung, einen Investitionszuschuss aus Mitteln des Bundes zur Beseitigung oder Verringerung von Barrieren zu beantragen. So können beispielsweise der leichtere Zugang zum Haus, der Einbau eines Aufzugs oder Treppenliftes oder notwendige Umbauten in Küche und Bad gefördert werden. Die Abwicklung des Förderprogramms Nr. 455-B erfolgt durch die KfW (www.kfw.de/455). Einzelmaßnahmen werden mit einem Betrag von bis zu 2.500 Euro bezuschusst; erreicht man mit den Maßnahmen den Standard Altersgerechtes Haus, wird ein Zuschuss von bis zu 6.250 Euro gewährt. Wichtig ist dabei, die technischen Mindestanforderungen zu beachten.

Darüber hinaus gibt es noch ein Eigenmittelprogramm (www.kfw.de/159) der KfW-Bankengruppe, das günstige Finanzierungskonditionen für Maßnahmen der Barrierereduzierung bietet. Dieses Programm steht allen Antragstellern offen – auch Wohnungsgenossenschaften und Wohnungsunternehmen. Darüber ist es möglich, einen Kredit von bis zu 50.000 Euro zu erhalten.

3.4 Pflege-Wohngemeinschaften und andere alternative Wohnformen

Immer mehr Menschen haben den Wunsch, im Alter möglichst selbstbestimmt zu leben. Neue Wohnformen sind beispielsweise das betreute oder Servicewohnen, bei dem außer dem Mietvertrag auch ein Servicevertrag mit der Vermieterin beziehungsweise dem Vermieter abgeschlossen wird. Dieser Vertrag beinhaltet die Vereinbarung bestimmter zusätzlicher Dienst- und Hilfeleistungen. Ebenfalls zu den alternativen Wohnformen zählen das Wohnen in Mehrgenerationenhäusern, in denen Jung und Alt sich gegenseitig helfen, oder auch das „Wohnen für Hilfe", bei dem einzelne Wohnungen oder Zimmer beispielsweise an Studierende vermietet werden. Die Studierenden zahlen in diesem Fall weniger Miete, müssen sich jedoch verpflichten, hilfebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses zu unterstützen, beispielsweise im Haushalt, beim Einkaufen oder bei Behördengängen.

Zu den neuen Wohnformen zählen auch die sogenannten Pflege-Wohngruppen. Diese bieten die Möglichkeit, zusammen mit Gleichaltrigen zu leben und gemeinsam Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngruppe leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen gemeinsame Aktivitäten durchzuführen.

Pflege-Wohngemeinschaften, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen, gelten als ambulant betreute Wohngruppen. Diese Gruppen werden von der Pflegeversicherung besonders gefördert, da sie es den Pflegebedürftigen ermöglichen, möglichst lange selbstständig und in häuslicher Umgebung zu wohnen, ohne dabei jedoch auf sich selbst gestellt zu sein. Pflegebedürftige, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 224 Euro im Monat erhalten, den sogenannten Wohngruppenzuschlag. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, müssen weder Pflegegeld noch ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Weitere Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag sind,

- dass die oder der Pflegebedürftige mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung lebt und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das

Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

- dass keine Versorgungsform, einschließlich teilstationärer Pflege, vorliegt, in der die Anbieterin beziehungsweise der Anbieter der Wohngruppe oder eine Dritte beziehungsweise ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Der Wohngruppenzuschlag wird den pflegebedürftigen Wohngruppenmitgliedern gewährt, um damit die oben beschriebene, durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft zu finanzieren.

Förderung für Neugründungen

Diejenigen, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben, können bei der Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen eine Anschubfinanzierung zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung erhalten. Dieser Zuschlag wird zusätzlich zu den Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt *(siehe Kapitel 3.3 ab Seite 72).*

Hinweise zur Gründung einer Pflege-Wohngemeinschaft

Wenn Sie eine Pflege-Wohngemeinschaft gründen möchten, brauchen Sie zunächst natürlich interessierte Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner. Diese können Sie beispielsweise über einen Aushang im nächstgelegenen Seniorentreff suchen. Sie können auch im nahe gelegenen Pflegestützpunkt nachfragen, ob sich dort Interessentinnen oder Interessenten gemeldet haben. Hilfreich könnte auch eine Anfrage bei ambulanten Pflegediensten sein, die bereits Pflege-Wohngemeinschaften betreuen.

Alle Pflegebedürftigen, die sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligen, können bei ihrer Pflegekasse im Rahmen dieser Anschubfinanzierung einmalig eine Förderung von bis zu 2.613 Euro beantragen. Je Wohngemeinschaft ist diese Förderung allerdings auf 10.452 Euro begrenzt – bei mehr als

vier anspruchsberechtigten Antragstellerinnen und Antragstellern wird der Gesamtbetrag anteilig auf sie aufgeteilt. Diese Förderung steht Pflegebedürftigen aller Pflegegrade zu. Den Antrag auf Bewilligung dieser Mittel müssen die Wohngemeinschaftsmitglieder innerhalb eines Jahres ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen stellen. Die Bestimmungen zu den Einzelheiten und zur Verfahrensweise sind bei den Pflegekassen zu erfahren.

3.5 Zusammenlegen von Leistungen („Poolen“)

Pflegebedürftige können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-Wohngemeinschaft – in Anspruch nehmen. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-Wohngemeinschaften verbessern und deren Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Mehrfamilienhaus oder in einer Wohngemeinschaft ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die insbesondere hierdurch entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen.

3.6 Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, diese erleichtern oder dazu beitragen, der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegeversicherung unterscheidet zwischen:

- technischen Pflegehilfsmitteln, wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem, sowie
- Verbrauchsprodukten, wie zum Beispiel Einmalhandschuhen oder Betteinlagen.

Um Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese hat über den Leistungsantrag innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn für die Leistungsentscheidung eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst beteiligt werden. Kann die Pflegekasse die Frist nicht einhalten, muss sie dies der antragstellenden Person rechtzeitig schriftlich mitteilen und begründen. Unterbleibt diese Mitteilung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung müssen der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter im Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Diese

Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf diese Leistungen, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt. Mit der jeweiligen Empfehlung der Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter wird zugleich bestätigt, dass die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln notwendig beziehungsweise die Versorgung mit bestimmten pflegerelevanten Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich ist. Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung und ihrer Beratungseinsätze ebenfalls bei der Antragstellung durch den Pflegebedürftigen konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Damit entfällt eine zusätzliche fachliche Prüfung der Notwendigkeit der Versorgung durch die Pflege- oder Krankenkasse. Diese Regelungen dienen der Vereinfachung des Antragsverfahrens, damit die Versicherten wichtige Hilfsmittel zur Förderung ihrer Selbstständigkeit schneller und einfacher erhalten.

Wann kommt die Pflegekasse für die Kosten der Pflegehilfsmittel auf?

Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn das beantragte Pflegehilfsmittel dazu beiträgt, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Zudem darf keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bestehen. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen gibt eine Orientierung, welche Pflegehilfsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden.

Zu den Kosten für technische Pflegehilfsmittel muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, zuzahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen. Von den Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 42 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

3.7 Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit leben, haben einen Leistungsanspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen in Höhe von bis zu insgesamt 53 Euro monatlich.

Digitale Pflegeanwendungen können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder dem Pflegedienst genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Zu diesen Anwendungen gehören neben Pflege-Apps etwa browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf klassischen Desktop-Rechnern.

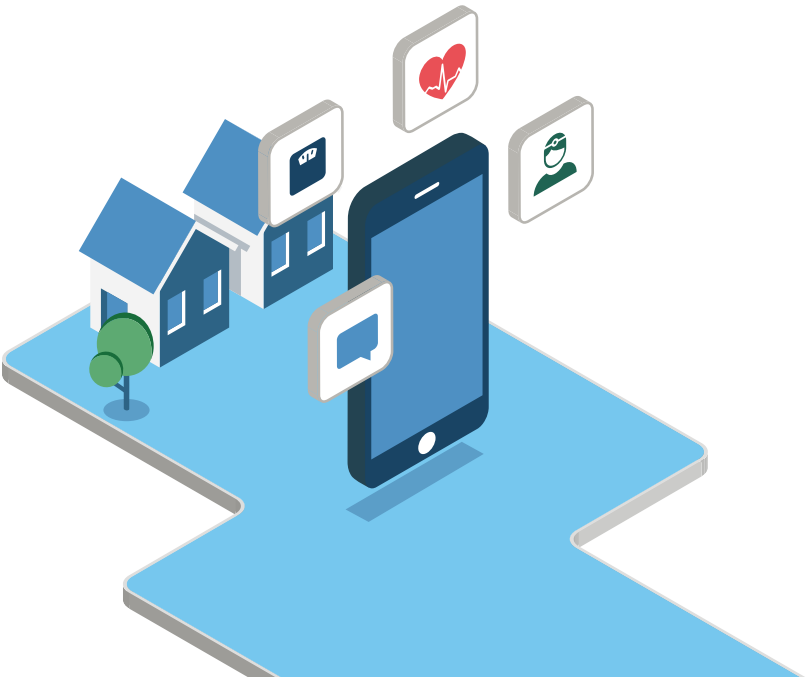
Digitale Pflegeanwendungen können Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Unter den Leistungsanspruch fallen auch digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können.

Ergänzende Unterstützungsleistungen können durch Pflegedienste erbracht werden, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und sie im Einzelfall für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind.

Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein sogenanntes DiPA-Verzeichnis wurde ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt.

Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer DiPA, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen bis zur Höhe von insgesamt 53 Euro im Monat. Etwaige Mehrkosten sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Die erstmalige Bewilligung der DiPA ist von der Pflegekasse zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Ergibt die Prüfung der Pflegekasse, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, erteilt die Pflegekasse eine unbefristete Bewilligung. Ein erneuter Antrag der pflegebedürftigen Person ist hierfür nicht erforderlich.



3.8 Weitere Leistungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag

3.8.1 Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.572 Euro im Jahr). Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Soweit der monatliche Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen der oder des Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der zugelassenen Pflegedienste oder zugelassenen Betreuungsdienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt werden kann, handelt es sich insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie um Hilfen bei der Haushaltsführung. Das Gleiche gilt für ambulante Betreuungsdienste. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem ebenfalls für Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Das sind bestimmte Unterstützungsleistungen aus dem Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, zum Beispiel Hilfen beim Duschen oder Baden.

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI kann es sich je nach Ausrichtung der anerkannten Angebote um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung in Kleingruppen, Einzelbetreuung), Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen, auch im Haushalt, oder organisatorischen Hilfestellungen) handeln.

Wenn es sich um Leistungen der Tages- oder Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege handelt, entspricht es der Praxis der

Pflegekassen, dass auch im Zusammenhang mit diesen Leistungen angefallene Kostenanteile für Unterkunft und Verpflegung aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden können.

Um die Kostenerstattung für die entstandenen Aufwendungen zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, jeweils Belege eingereicht werden. Aus den eingereichten Belegen und dem Antrag auf Erstattung der Kosten muss hervorgehen, im Zusammenhang mit welchen der oben genannten Leistungen den Pflegebedürftigen Eigenbelastungen entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden sollen.

3.8.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig zu bewältigen. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Betreuungsangebote: Insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer übernehmen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen in Gruppen oder im häuslichen Bereich;
2. Angebote zur Entlastung von Pflegenden: Sie dienen der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende;
3. Angebote zur Entlastung im Alltag: Sie dienen dazu, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt zu unterstützen, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen.

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die jeweils zuständige Behörde nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere

- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen,
- Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen,
- Familienentlastende Dienste,

- Alltagsbegleiterinnen und -begleiter,
- Pflegebegleiterinnen und -begleiter und
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten zum Beispiel

- die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung,
- eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung,
- Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags,
- die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.

Die nach Landesrecht anerkannten Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots enthält sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. In der Regel sind die Angebote zur Unterstützung im Alltag ehrenamtlich geprägt.

Um eine Kostenerstattung für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu erhalten, kann insbesondere der Entlastungsbetrag *(siehe Kapitel 3.8.1 ab Seite 82)* genutzt werden.

3.8.3 Umwandlungsanspruch

Für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 besteht eine weitere Möglichkeit, eine Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu erhalten: Gemäß § 45a Absatz 4 SGB XI können zur Inanspruchnahme dieser Angebote nämlich auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags eingesetzt werden, der vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, soweit dieser in dem Monat nicht für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird, die von ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten erbracht werden. Auf diese Weise kann der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen monatlich zu einem gewissen Teil in einen Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag „umgewandelt" werden. Daher wird dieser Anspruch Umwandlungsanspruch genannt.

Um eine entsprechende Kostenerstattung zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die oder der Pflegebedürftige versichert ist, ein Kostenerstattungsantrag gestellt und Belege eingereicht werden, aus denen hervorgeht, welche Eigenbelastungen den Pflegebedürftigen durch die Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag für welche Monate entstanden sind und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten im Wege des Umwandlungsanspruchs erstattet werden sollen. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Das heißt: Pflegebedürftige können die Angebote zur Unterstützung im Alltag auch erst einmal nutzen und den Kostenerstattungsantrag nachträglich stellen.

Um den Überblick zu behalten, können Pflegebedürftige gemeinsam mit den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen auch einen sogenannten Versorgungsplan erstellen, in dem unter anderem berechnet und übersichtlich dargestellt wird, welche Leistungsbeträge für welche Leistungsarten monatlich zur Verfügung stehen und welche Folgen die Kom-

bination der verschiedenen Leistungen jeweils hat. Es lohnt sich also, die Pflegekasse hierauf anzusprechen.

Im Rahmen der Kombinationsleistung *(siehe hierzu Kapitel 3.1.3 auf Seite 60)* wird der umgewandelte Betrag so behandelt, als hätte man in Höhe dieses Betrags (ebenfalls) ambulante Sachleistungen bezogen. Nutzen Pflegebedürftige einen Teil ihres ambulanten Sachleistungsbetrags für Leistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes und einen anderen Teil für den Umwandlungsanspruch, werden der Betrag der Sachleistung und der Umwandlungsbetrag zusammengerechnet. Ist damit der ambulante Pflegesachleistungsbetrag noch nicht vollständig verbraucht, kommt im Rahmen der Kombinationsleistung daneben noch ein anteiliges Pflegegeld in Betracht.

Beziehen Pflegebedürftige keine ambulanten Sachleistungen von Pflege- oder Betreuungsdiensten, sondern wandeln nur bis zu 40 Prozent des ambulanten Sachleistungsbetrags zugunsten der Angebote zur Unterstützung im Alltag um, erhalten sie daneben in jedem Fall noch ein anteiliges Pflegegeld (zum Beispiel bei Umwandlung in Höhe von 40 Prozent des ambulanten Sachleistungsbetrags noch 60 Prozent des jeweiligen Pflegegeldbetrags).

Schöpfen Pflegebedürftige den ambulanten Sachleistungsbetrag zum einen für ambulante Sachleistungen von ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten sowie zum anderen für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs im Monat insgesamt voll aus, verbleibt hingegen kein Raum mehr für ein anteiliges Pflegegeld.

Die Höhe des Betrags bezogener ambulanter Sachleistungen und des Umwandlungsbetrags beim Umwandlungsanspruch hat im Rahmen der Kombinationsleistung also Einfluss darauf, wie viel Pflegegeld Pflegebedürftige für diesen Monat noch beanspruchen können. Haben sie für den Monat, in dem sie die Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag bezogen

Durchgerechnet:

Umwandlungsanspruch

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 1.047,90 Euro, das sind 70 Prozent des in Pflegegrad 3 für ambulante Sachleistungen vorgesehenen monatlichen Leistungsbetrags von 1.497,00 Euro.

Weitere ambulante Sachleistungen benötigt der Pflegebedürftige nicht. Er möchte jedoch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag nutzen, das eine kontinuierliche Pflegebegleitung für pflegende Angehörige anbietet. Hierfür kann er seinen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 Euro monatlich einsetzen. Um seiner Frau, die ihn jeden Tag pflegt und betreut, mehr Unterstützung durch die ehrenamtlichen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter zu geben, will er zusätzlich aber auch den nicht genutzten Teil des Betrags für ambulante Sachleistungen entsprechend umwidmen.

So kann er im Rahmen des Umwandlungsanspruchs für die Pflegebegleitung eine zusätzliche Kostenerstattung in Höhe von 449,10 Euro pro Monat erhalten. Da er hierdurch den ambulanten Pflegesachleistungsbetrag insgesamt voll ausnutzt, bekommt er daneben kein anteiliges Pflegegeld mehr.

Beispiel 2

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 benötigt keine ambulanten Pflegesachleistungen durch einen Pflegedienst. Sie nimmt jedoch das Tagesbetreuungsangebot einer Gruppe von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern in Anspruch, das als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach dem geltenden Landesrecht anerkannt ist. Daher wandelt sie 40 Prozent des in Pflegegrad 2 vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags von monatlich 796,00 Euro – also einen Betrag in Höhe von 318,40 Euro – im Rahmen des Umwandlungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch um, den sie für diese anerkannte Tagesbetreuung nutzt.

Der umgewandelte Betrag wird im Rahmen der Kombinationsleistung genau so behandelt, als hätte die Pflegebedürftige für diesen Betrag ambulante Pflegesachleistungen bezogen. Den Betrag für ambulante Sachleistungen in Pflegegrad 2 in Höhe von 796,00 Euro monatlich hat sie hier in Höhe von 318,40 Euro genutzt, also zu 40 Prozent. Damit verbleiben daneben noch 60 Prozent des Pflegegeldbetrags in Höhe von 347,00 Euro in Pflegegrad 2. Das sind 208,20 Euro anteiliges Pflegegeld.

Den halbjährlichen Beratungsbesuch, den sie als Pflegegeldempfängerin abrufen muss, muss die Pflegebedürftige auch bei der Nutzung des Umwandlungsanspruchs weiterhin abrufen, denn sie nutzt zwar den Leistungsbetrag, der für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, tatsächlich kommt aber kein ambulanter Pflegedienst zu ihr nach Hause, der bei ihr ambulante Sachleistungen erbringt.

Beispiel 3

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bezieht von einem ambulanten Pflegedienst jeden Monat Sachleistungen in Höhe von 929,50 Euro, das sind 50 Prozent des in Pflegegrad 4 für ambulante Sachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags von 1.859,00 Euro monatlich. Im Rahmen der Kombinationsleistung bekommt sie daneben regelmäßig noch ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 50 Prozent des in Pflegegrad 4 vorgesehenen Pflegegeldbetrags von 800,00 Euro, also jeden Monat 400,00 Euro.

Die Pflegebedürftige entschließt sich, ab Februar 2025 neben dem Pflegedienst zusätzlich jeden Monat auch eine Einzelbetreuung zu Hause durch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen. Hierfür möchte sie im Rahmen des Umwandlungsanspruchs 40 Prozent des insoweit noch nicht ausgenutzten ambulanten Sachleistungsbetrags einsetzen. 40 Prozent des monatlichen Leistungsbetrags von 1.859,00 Euro sind 743,60 Euro.

Die Pflegebedürftige stellt die Kostenerstattungsanträge jedoch nicht direkt und hat die Nutzung des Umwandlungsanspruchs auch nicht vorab mit ihrer Pflegekasse besprochen, sondern reicht Anfang Mai 2025 einen Kostenerstattungsantrag für die zurückliegenden Monate ab Februar bei ihrer Pflegekasse ein. Diesem fügt sie die entsprechenden Belege bei, aus denen sich ergibt, dass sie sowohl im Februar als auch im März und im April jeweils tatsächlich Leistungen des anerkannten Angebotes in Höhe von jeweils 743,60 Euro in Anspruch genommen hat.

Hierdurch hat die Pflegebedürftige ab Februar 2025 pro Monat ambulante Sachleistungen von 929,50 Euro sowie im Rahmen des Umwandlungsanspruchs Leistungen von 743,60 Euro bezogen. Das sind insgesamt 1.673,10 Euro monatlich und damit 90 Prozent des monatlichen ambulanten Sachleistungsbetrags von 1.859,00 Euro in Pflegegrad 4. Folglich verbleibt daneben noch ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 10 Prozent des Pflegegeldbetrags in Pflegegrad 4 von 800,00 Euro, also jeden Monat 80,00 Euro.

Da die Pflegekasse von der Nutzung des Umwandlungsanspruchs nichts wusste, hatte sie für die Monate Februar bis April zunächst jeweils weiterhin 400,00 Euro anteiliges Pflegegeld an die Pflegebedürftige ausgezahlt. Das sind pro Monat 320,00 Euro mehr, als die Pflegebedürftige nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrags an sich noch als Pflegegeld hätte beanspruchen können.

Die Pflegebedürftige muss die zu viel gezahlten Pflegegeldbeträge aber nicht zurückzahlen, sondern diese werden gleich mit der beantragten Kostenerstattung verrechnet. Die Pflegekasse zieht die jeweils zu viel gezahlten 320,00 Euro für die Monate Februar, März und April also von der beantragten Kostenerstattung von 743,60 Euro für die jeweiligen Monate ab und zahlt im Rahmen des Umwandlungsanspruchs für die Monate Februar, März und April noch jeweils 423,60 Euro an die Pflegebedürftige aus.

Im Ergebnis stellt sich die Pflegebedürftige dabei nicht schlechter: Sie hat in den Monaten Februar, März und April Leistungen des anerkannten Angebotes von insgesamt 2.230,80 Euro bezogen, deren Erstattung sie im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragt hat. Die Pflegekasse zahlt ihr als Kostenerstattung für diese Monate insgesamt noch 1.270,80 Euro aus. Gleichzeitig hatte die Pflegekasse der Pflegebedürftigen für die Monate Februar, März und April aber insgesamt auch 1.200,00 Euro an anteiligem Pflegegeld ausgezahlt, obwohl bei Berücksichtigung der Umwandlung nur noch ein Anspruch auf insgesamt 240,00 Euro bestand.

Damit hat die Pflegekasse insgesamt 960,00 Euro anteiliges Pflegegeld zu viel ausgezahlt, die aber nicht zurückgefordert werden. 960,00 Euro und 1.270,80 Euro zusammen ergeben wiederum 2.230,80 Euro.

haben, bereits das volle oder ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt erhalten und beantragen danach die Erstattung von Kosten im Rahmen des Umwandlungsanspruchs, wird das insoweit zu viel gezahlte (anteilige) Pflegegeld mit dem Kostenerstattungsbetrag verrechnet. Das heißt: Die Pflegebedürftigen müssen das zu viel ausgezahlte Pflegegeld nicht zurückzahlen, aber der Betrag der Kostenerstattung wird entsprechend gekürzt.

Im Hinblick auf die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit *(siehe hierzu Kapitel 3.1.2 ab Seite 58)* bleibt es auch bei einer Nutzung des Umwandlungsanspruchs dabei: Pflegebedürftige, die Pflegegeld, aber keine ambulanten Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst beziehen, müssen je nach Pflegegrad halb- oder vierteljährlich einmal einen Beratungsbesuch abrufen.

Der Umwandlungsanspruch besteht neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag. Die beiden Ansprüche können daher auch völlig unabhängig voneinander genutzt werden.

3.9 Leistungen bei Pflegegrad 1

Seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 werden in den neuen Pflegegrad 1 Menschen eingestuft, die nur verhältnismäßig geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen. Dies betrifft zum Beispiel Menschen mit geringen körperlichen Beeinträchtigungen aufgrund von Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen. Dadurch, dass in solchen Fällen bereits bei geringen Beeinträchtigungen bestimmte Leistungen zur Unterstützung, Beratung und Schulung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen zur Verfügung gestellt werden, werden früher als zuvor Möglichkeiten geschaffen, die Selbstständigkeit zu erhalten oder wieder zu verbessern. Durch die Einführung des Pflegegrades 1 wurde der Kreis der Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, deutlich erweitert.

Aufgrund der vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen, die in Pflegegrad 1 vorliegen, werden für diesen Personenkreis noch keine ambulanten Sachleistungen durch Pflegedienste oder Pflegegeld vorgesehen, wie sie für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erbracht werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 konzentrieren sich vielmehr darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben daher Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung, mit der bereits frühzeitig auf ihre konkrete Situation eingegangen werden kann. Hierfür können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Beratungsangebote ihrer Pflegekasse oder ihres privaten Versicherungsunternehmens oder das Beratungsangebot in einem nahe gelegenen Pflegestützpunkt nutzen. Darüber hinaus können sie einmal je Halbjahr eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine hierfür zugelassene Stelle – beispielsweise durch einen zugelassenen Pflegedienst – in Anspruch nehmen *(siehe Kapitel 3.1.2 ab Seite 58)*. Insbesondere für pflegende An- und Zugehörige besteht ferner die Möglichkeit, kostenfrei an einem Pflegekurs teilzunehmen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben bei Bedarf zudem Anspruch auf finanzielle Zuschüsse zur Anpassung ihres Wohnumfelds (zum Beispiel zum Einbau einer barrierefreien Dusche) und auf eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln sowie mit digitalen Pflegeanwendungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen. Wohnen sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung, haben sie außerdem Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag und gegebenenfalls die Anschubfinanzierung zur Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe.

Darüber hinaus steht auch ihnen bei häuslicher Pflege der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich zu. Dieser kann in Pflegegrad 1 grundsätzlich genauso eingesetzt werden wie in den Pflegegraden 2 bis 5, allerdings mit einer Besonderheit: Anders als in den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung (das sind bestimmte Leistungen aus dem Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen) eingesetzt werden. Das bedeutet, dass in Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag beispielsweise auch für die Unterstützung durch einen Pflegedienst beim Duschen oder Baden genutzt werden kann.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim, erhalten sie von der Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich. In teil- und vollstationären Einrichtungen haben sie wie alle Versicherten außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Auch die Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung stehen bei Pflegegrad 1 zur Verfügung.

4

Leistungen und Rechte für Pflegepersonen, Förderung des ehrenamtlichen Engagements

Wer sich dafür entschieden hat, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, dem bietet die Pflegeversicherung verschiedene Hilfen und Leistungen.

4.1 Soziale Absicherung für Pflegepersonen

Wer gilt als Pflegeperson?
Eine Pflegeperson im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung ist eine Person, die eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung pflegt. Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Hierbei handelt es sich um Leistungen in Bezug auf die Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung, die im Folgenden näher erläutert werden.

Rentenversicherung
Die Pflegeversicherung zahlt für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die wenigstens zehn Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, eine oder mehrere pflegebedürftige Personen pflegen, Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente über die Regelaltersgrenze hinaus können Beiträge weitergezahlt werden. Die Höhe der Beiträge richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart *(siehe Tabelle auf Seite 101).*

Die Pflegekasse zahlt Rentenversicherungsbeiträge zwischen 131,65 und 696,57 Euro monatlich (Werte 1. Januar 2025).

Im Jahr 2025 werden die Pflegepersonen durch die gezahlten Rentenversicherungsbeiträge beispielsweise so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 707,81 und 3.745,00 Euro monatlich (Werte: 1. Januar 2025) erhalten. Für ein Jahr Pflegetätigkeit kann ein monatlicher Rentenanspruch zwischen 6,61 und 34,99 Euro (Wert: 1. Januar 2025) erworben werden.

Unfallversicherung
Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Erfasst sind dabei die Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung selbst als pflegerische Maßnahmen berücksichtigt werden, sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung. Ebenso besteht Unfallversicherungsschutz auf dem direkten Hin- und Rückweg vom Ort der Pflegetätigkeit, wenn die oder der Pflegebedürftige in einer anderen Wohnung als die Pflegeperson wohnt.

Arbeitslosenversicherung
Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen zu kümmern, zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Das bedeutet: Die Pflegepersonen verlieren ihren Versicherungsschutz nicht und haben damit – bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen – Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Diese Versicherungspflicht tritt nur dann ein, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit bereits pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung war oder einen Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hatte – in erster Linie also Arbeitslosengeld. „Unmittelbarkeit“ in diesem Sinne liegt

Zahlung von Rentenversicherungs-beiträgen für Pflegepersonen seit dem 1. Januar 2025

Pflegegrad der/des Pflegebedürftigen	Art der bezogenen Leistung	Beitragshöhe in Euro pro Monat
2	Geldleistung	188,07
	Kombinationsleistung	159,86
	volle ambulante Sachleistung	131,65
3	Geldleistung	299,53
	Kombinationsleistung	254,60
	volle ambulante Sachleistung	209,67
4	Geldleistung	487,60
	Kombinationsleistung	414,46
	volle ambulante Sachleistung	341,32
5	Geldleistung	696,57
	Kombinationsleistung	592,08
	volle ambulante Sachleistung	487,60

vor, wenn zwischen dem Ende der Versicherungspflicht oder dem Bezug der Entgeltersatzleistung und dem Beginn der versicherungspflichtigen Pflegetätigkeit nicht mehr als ein Monat liegt. Besteht für die Pflegeperson bereits aus anderen Gründen – zum Beispiel im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung – eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung, geht diese Absicherung zudem vor. Die Beiträge werden bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen allein von der Pflegeversicherung getragen und an die Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Für Pflegepersonen, die aufgrund ihrer Pflegetätigkeit nach dem bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Recht freiwillig in der Arbeitslosenversicherung versichert waren, wird die freiwillige Versicherung seit dem 1. Januar 2017 als Pflichtversicherung (das heißt Beitragstragung allein durch die Pflegeversicherung) fortgesetzt, solange die Pflegetätigkeit geleistet wird.

Weiterzahlung von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen während eines Urlaubs

Für die Dauer eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen und der Arbeitslosenversicherungsschutz erhalten.

4.2 Wie wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefördert?

4.2.1 Das Recht auf Pflegezeit

Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 Pflegezeitgesetz (PflegeZG), die eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen

Bei minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen besteht ein Anspruch auf Freistellung auch bei außerhäuslicher Betreuung.

pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen, haben Anspruch auf Pflegezeit. Es handelt sich um eine vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Bei minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen besteht ein Anspruch auf Freistellung auch bei außerhäuslicher Betreuung. Ferner sind Beschäftigte zur Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase, zum Beispiel in einem Hospiz, freizustellen (bis zu drei Monate). Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Er besteht jedoch nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Beschäftigte in Betrieben mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten haben zwar keinen Anspruch gegenüber ihrem Arbeitgeber, können aber auf freiwilliger Basis mit diesem eine Pflegezeit vereinbaren. Als nahe Angehörige gelten: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Ankündigung und Vereinbarung der Pflegezeit
Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber, spätestens zehn Arbeitstage bevor sie in Anspruch genommen wird, in Textform angekündigt werden. Gleichzeitig muss erklärt werden, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Bei einer teilweisen Freistellung ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Wenn Pflegezeit in Teilzeit in Anspruch genommen werden soll, müssen die Arbeitsvertragsparteien eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit treffen. Der Arbeitgeber hat den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, wenn dem keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Die Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes nachgewiesen werden. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen. Für die Vereinbarung einer Pflegezeit in Betrieben mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten sind keine Fristen einzuhalten. Hier haben Arbeitgeber entsprechende Anträge der Beschäftigten auf Pflegezeit innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Antrags zu beantworten und im Fall der Ablehnung zu begründen (§ 3 Absatz 6a PflegeZG).

Verlängerung und Beendigung der Pflegezeit
Eine für eine kürzere Zeit als sechs Monate in Anspruch genommene oder vereinbarte Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine entsprechende Verlängerung kann verlangt werden, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die oder der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig ist oder die Pflege der oder des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist. Im Übrigen kann die Pflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Kann die Pflegezeit auch mit der Familienpflegezeit kombiniert werden?

Alle Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz *(siehe Kapitel 4.2.2 ab Seite 109)* können miteinander kombiniert werden. Sie müssen aber nahtlos aneinander anschließen. Ihre Gesamtdauer beträgt höchstens 24 Monate. Die jeweiligen Ankündigungsfristen sowie die unterschiedlichen Ansprüche je nach Größe des Arbeitgebers sind zu beachten.

Soziale Absicherung während der Pflegezeit

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung für alle Pflegegrade den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags. Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person in allen Pflegegraden den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Wird die Arbeitszeit während der Pflegezeit lediglich reduziert, zahlt der Arbeitgeber zudem die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.

Während einer Pflegezeit mit nur teilweiser Freistellung besteht der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung grundsätzlich im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses fort. Bei einer vollständigen Freistellung ist die Pflegeperson während der Pflegezeit versicherungspflichtig, wenn sie einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in einem zeitlichen Umfang von mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson in der Arbeitslosenversicherung bereits unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte *(siehe Kapitel 4.1 ab Seite 99)*.

Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Die Beschäftigten erhalten von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz. Für die mit Arbeitgebern in kleineren Betrieben vereinbarte Pflegezeit erstreckt sich der Kündigungsschutz auf die Zeit der Freistellung (§ 5 Absatz 1 Satz 2 PflegeZG). Eine Kündigung ist dann nur in Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige oberste Landesbehörde für Arbeitsschutz oder eine von ihr bestimmte Stelle.

Förderung während der Pflegezeit

Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen; dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit. Das Darlehen kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (www.bafza.de). Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab.

Auf entsprechenden Antrag kann auch eine niedrigere monatliche Darlehensrate in Anspruch genommen werden (Mindesthöhe: 50 Euro). In Fällen, in denen eine vollständige Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird, ist die Darlehensrate im Übrigen auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.

Sofern in kleineren Unternehmen kein Anspruch auf Freistellung besteht, kann eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

4.2.2 Das Recht auf Familienpflegezeit

Beschäftigte haben gemäß § 2 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Das heißt, sie können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres teilweise für die Pflege in häuslicher Umgebung einer beziehungsweise eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Pflegegrade 1 bis 5) freistellen lassen. Ein Anspruch auf teilweise Freistellung besteht auch für die häusliche oder außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Als nahe Angehörige gelten die in § 7 Absatz 3 PflegeZG Genannten *(siehe Kapitel 4.2.1 ab Seite 102).*

Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 25 Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten. In Betrieben mit 25 oder weniger Beschäftigten haben Beschäftigte zwar keinen Anspruch gegenüber ihrem Arbeitgeber, können aber auf freiwilliger Basis mit ihm eine Familienpflegezeit vereinbaren (§ 2a Absatz 5a FPfZG). In diesem Fall sind die Arbeitgeber verpflichtet, einen Antrag auf Familienpflegezeit innerhalb von vier Wochen nach dessen Zugang zu beantworten und eine gegebenenfalls erfolgte Ablehnung zu begründen.

Ankündigung und Vereinbarung der Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit ist mit einer Frist von mindestens acht Wochen in Textform anzukündigen. Mit der Ankündigung ist gleichzeitig zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Arbeitgeber und Beschäftigte haben über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe dem entgegenstehen.

Verlängerung und Beendigung der Familienpflegezeit
Eine für eine kürzere Zeit als 24 Monate in Anspruch genommene oder vereinbarte Familienpflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine entsprechende Verlängerung kann verlangt werden, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Person der oder des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Familienpflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die oder der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig ist oder die Pflege der oder des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist. Im Übrigen kann die Familienpflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Soziale Absicherung während der Familienpflegezeit/ besonderer Kündigungsschutz
Während der Familienpflegezeit zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter. Zusätzlich überweist die Pflegekasse an die Rentenversicherung während der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand für eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Rentenansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades der zu pflegenden Person, sodass sie im Ergebnis je nach Pflegegrad ein Niveau erreichen können, das einer Vollbeschäftigung entspricht. Auskunft darüber, wie sich die Familienpflegezeit auf die Höhe des Rentenanspruchs im Einzelfall auswirkt, erteilt der zuständige Rentenversicherungsträger. In der Arbeitslosenversicherung besteht der Versicherungsschutz während einer Familienpflegezeit grundsätzlich im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses fort. Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade

2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Die Beschäftigten erhalten von der Ankündigung – höchstens jedoch ab zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz einen besonderen Kündigungsschutz. Für die vereinbarte Familienpflegezeit in kleinen Betrieben besteht der Kündigungsschutz für die Zeit der Freistellung. Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.

Förderung während der Familienpflegezeit

Beschäftigte haben während der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de). Das Darlehen wird in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen den pauschalierten Nettoentgelten vor und während der Freistellung gewährt. Beschäftigte können sich auch für einen geringeren Darlehensbetrag entscheiden, wobei die monatliche Darlehensrate mindestens 50 Euro betragen muss. Wird eine Freistellung auf freiwilliger Basis vereinbart, ist ebenfalls eine Förderung möglich. Eine Berechnungshilfe bietet der Familienpflegezeitrechner, der zusammen mit weiteren Informationen und Antragsformularen auf der Internetseite www.wege-zur-pflege.de/start zu finden ist.

Kombination von Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz

Pflegende nahe Angehörige können Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz auch kombiniert in Anspruch nehmen. Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt zusammen höchstens 24 Monate. Nahe Angehörige können die Freistellungen auch parallel oder nacheinander in Anspruch nehmen und sich so die Pflege partnerschaftlich teilen.

Pflegezeit und Familienpflegezeit für Beamtinnen und Beamte
Für die Beamtinnen und Beamten gelten die jeweiligen beamtenrechtlichen Regelungen des Bundes beziehungsweise der Länder. Mit dem „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Beamtinnen und Beamte des Bundes sowie Soldatinnen und Soldaten" wurden 2016 die genannten Regelungen, die für die Privatwirtschaft und für Tarifbeschäftigte gelten, im Wesentlichen wirkungsgleich im Beamten- und Soldatenbereich nachvollzogen. Es wurde ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit eingeführt, und es kann auch ein Vorschuss in Anspruch genommen werden, um während der (teilweisen) Freistellung den Lebensunterhalt besser bewältigen zu können.

4.2.3 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 PflegeZG haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Beschäftigten wird hiermit unter anderem geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall der oder des nahen Angehörigen, sofern dieser (voraussichtlich) eine Pflegebedürftigkeit nach sich zieht. Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – mitzuteilen. Auf Verlangen des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit des Fernbleibens von der Arbeit zum Zwecke der Organisation der bedarfsgerechten Pflege beziehungsweise der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vorgelegt werden. Das Recht nach § 2 Absatz 1 PflegeZG haben alle Beschäftigten unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Zur Fortzahlung der Vergütung im Fall der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung ist der Arbeitgeber nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

Pflegeunterstützungsgeld

Als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung haben Beschäftigte Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr und je pflegebedürftigen nahen Angehörigen, wenn sie für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber (siehe vorheriger Absatz) und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt für die Pflege von pflegebedürftigen nahen Angehörigen aller Pflegegrade. Pflegebedürftig sind in diesem Zusammenhang auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 SGB XI voraussichtlich erfüllen.

Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt brutto 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung vorangegangenen zwölf Kalendermonaten beträgt das Pflegeunterstützungsgeld brutto 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen.

Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten derselben oder desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen der oder des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird,

Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen statt. Darüber hinaus sollen die Pflegekassen auch digitale Pflegekurse anbieten.

ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit der beziehungsweise des Angehörigen bei der Pflegekasse oder beim privaten Versicherungsunternehmen einzureichen.

4.3 Pflegekurse

Die Pflegekassen haben für Personen, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen, sowie für sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse vor Ort durchzuführen. Durch die Pflegekurse soll das soziale Engagement im Bereich der Pflege gefördert und gestärkt werden, Pflege und Betreuung sollen erleichtert und verbessert werden und es sollen pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert und ihrer Entstehung vorgebeugt werden. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und -einrichtungen, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung bei den unterschiedlichsten Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden An-

und Zugehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen statt. Darüber hinaus sollen die Pflegekassen auch digitale Pflegekurse anbieten.

4.4 Förderung des ehrenamtlichen Engagements

Das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege wird von der Pflegeversicherung mit verschiedenen Maßnahmen unterstützt und gestärkt. Denn mit der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen steigt sowohl der Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften als auch der Bedarf an Menschen, die ehrenamtlich in der Pflege tätig sind. Deshalb stellt die Pflegeversicherung Fördermittel bereit für

- den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag,
- den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich Tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die gefördert werden können, handelt es sich insbesondere um ehrenamtlich geprägte Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen gezielt in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch

Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen). Gefördert werden können außerdem sogenannte Initiativen des Ehrenamts, also Gruppen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

Fördermittel der Pflegeversicherung gibt es ebenfalls für die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen, in denen sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung verschiedene Akteure zusammenfinden, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind. An solchen regionalen Netzwerken können sich in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet auch organisierte Gruppen ehrenamtlich Tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen beteiligen.

Wertvolle Hilfe und Anregungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben zudem insbesondere auch Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Bei Selbsthilfegruppen handelt es sich um freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung – auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerlichen Engagement bereiter Personen – die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pfle-

gebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern.

Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, stellen für die Förderung und den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen Mittel in Höhe von 15 Cent pro Versichertem und Jahr zur Verfügung, insgesamt sind das mehr als 12 Millionen Euro pro Jahr. Auch die Gründung von neuen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen kann dabei mit Zuschüssen gefördert werden. Ferner besteht die Möglichkeit einer Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kon-

taktstellen. Im Rahmen der Förderung können ebenfalls digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Des Weiteren haben zugelassene Pflegeeinrichtungen das Recht, ehrenamtlich Engagierten, die sie bei der allgemeinen Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen unterstützen, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen und Schulungen anzubieten. Hierfür anfallende zusätzliche Aufwendungen werden in den Vergütungen der Einrichtungen durch die Pflegekassen berücksichtigt.

Darüber hinaus können Personen, die sich für eine ehrenamtliche Pflegetätigkeit interessieren, auch kostenfrei an den Pflegekursen der Pflegekassen teilnehmen.

5

Teilstationäre und vollstationäre Pflege

Die meisten Pflegebedürftigen bevorzugen eine Pflege in der eigenen Wohnung. Aber in vielen Fällen kommt es vorübergehend oder dauerhaft dazu, dass die häusliche Pflege nicht mehr ausreicht. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Angebote dann infrage kommen.

5.1 Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege

Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann oder wenn eine Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, gibt es eine Vielzahl weiterer Pflegemöglichkeiten. Eine wesentliche Unterstützung kann die Pflege und Betreuung in einer teilstationären Pflegeeinrichtung leisten.

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags nach Hause zurückgebracht.

Im Rahmen der Leistungshöchstbeträge übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen grundsätzlich privat getragen werden. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist.

Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad ab. Der Anspruch auf teilstationäre Sachleistungen gilt für Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5. Personen des Pflegegrades 1 können ausschließlich den Entlastungsbetrag einsetzen.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Außerdem übernimmt die Pflegeversicherung in teilstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten von sogenannten zusätzlichen Betreuungskräften für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen *(siehe hierzu Kapitel 5.4.3 ab Seite 129)*.

Neben der Tages- und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen und/oder (anteiliges) Pflegegeld ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Weitere Informationen zur Finanzierung von Tages- und Nachtpflege finden Sie außerdem im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ *(siehe Kapitel 3.8.1 ab Seite 82)*.

Teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit	maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	721 Euro
Pflegegrad 3	1.357 Euro
Pflegegrad 4	1.685 Euro
Pflegegrad 5	2.085 Euro

* Pro Monat bis zu 131 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag.
Leistungen der Pflegeversicherung im *Überblick ab Seite 158*.

5.2 Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen. Als Leistung der Pflegeversicherung kann die Kurzzeitpflege ab dem Pflegegrad 2 in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch eine teilstationäre Pflege nicht ausreicht.

In begründeten Einzelfällen kann Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Voraussetzung ist, dass die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor, gibt es unter bestimmten Voraussetzungen Kurzzeitpflege zudem als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung *(siehe Kapitel 7.1 ab Seite 148)*.

Welche Leistungen beinhaltet die Kurzzeitpflege?
Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.854 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro pro Monat, also bis zu 1.572 Euro pro Jahr, einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Auch Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können für Leistungen der Kurzzeitpflege zusätzlich den Entlastungsbetrag nutzen.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können in vollem Umfang auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.539 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt.

Zu Änderungen hinsichtlich des Anspruchs auf Kurzzeitpflege, die mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) eingeführt worden sind und zum 1. Juli 2025 in Kraft treten werden, *siehe Kapitel 3.1.4 ab Seite 60.*

Weitere Informationen zur Finanzierung von Kurzzeitpflege finden Sie auch im Abschnitt „Entlastungsbetrag“ *(siehe Kapitel 3.8.1 ab Seite 82).*

Darüber hinaus haben auch Pflegebedürftige, die vollstationäre Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, einen gesonderten Anspruch auf eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht *(siehe Kapitel 5.4.3 auf Seite 129).*

5.3 Pflegerische Versorgung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

Seit dem 1. Juli 2024 haben Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 gemäß § 42a SGB XI Anspruch auf pflegerische Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden und die pflegerische Versorgung der oder des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sichergestellt ist. Die Einrichtung kann die pflegerische Versorgung auch durch den Einsatz ambulanter Pflegedienste sicherstellen. Wird die pflegerische Versorgung nicht in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung selbst erbracht, ist auch eine Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung während dieser Zeit möglich.

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und wünscht die Versorgung der oder des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt dieser Antrag zugleich einen Antrag der oder des Pflegebedürftigen auf die Leistungen nach § 42a Absatz 1 SGB XI dar, sofern die oder der Pflegebedürftige zustimmt. Das gilt sowohl für die soziale Pflegeversicherung als auch für die private Pflege-Pflichtversicherung. Der Anspruch auf Pflegegeld ruht während dieser Zeit der Versorgung. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erhält die Kosten für die Versorgung der pflegebedürftigen Person von deren Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, erstattet.

Sofern im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch der Pflegeperson auf Versorgung der pflegebedürftigen Person während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson besteht, geht dieser Anspruch nach

§ 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V dem Anspruch nach § 42a SGB XI vor. Bei Bedarf können sich Versicherte hierzu durch die Kranken- und Pflegekassen beraten lassen.

5.4 Vollstationäre Pflege im Heim

Die Pflegesätze sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Pflegeeinrichtung werden im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen zwischen einer Pflegeeinrichtung und den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) vereinbart. Die Pflegesätze müssen es einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen (Personal- und Sachaufwendungen) zu finanzieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

5.4.1 Leistungen bei vollstationärer Pflege

Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 131 Euro
Pflegegrad 2	805 Euro
Pflegegrad 3	1.319 Euro
Pflegegrad 4	1.855 Euro
Pflegegrad 5	2.096 Euro

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick ab *Seite 158*.

Einen guten Überblick über zugelassene Pflegeheime geben zum Beispiel die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung stellen; sie sind auch im Internet abrufbar.

5.4.2 Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt?

Reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, ist von der pflegebedürftigen Person ein Eigenanteil zu zahlen. Dieser war früher mit zunehmender Pflegebedürftigkeit überproportional gestiegen. Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe mussten also mehr zuzahlen als Pflegebedürftige mit niedrigerer Pflegestufe. Das führte dazu, dass sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil oft gegen eine Neubegutachtung wehrten, obwohl sie mehr Pflege brauchten.

Im Jahr 2017 schaffte hier eine Neuregelung Abhilfe. Seither gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** für die Pflegegrade 2 bis 5. Betroffene im Pflegegrad 5 zahlen für die Pflege also genauso viel zu wie Betroffene im Pflegegrad 2. Der pflegebedingte Eigenanteil unterscheidet sich nur noch von Einrichtung zu Einrichtung.

Um Pflegebedürftige vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, zahlt die Pflegeversicherung neben dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag einen Leistungszuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil der pflegebedürftigen Person, der mit der Dauer der vollstationären Pflege steigt: Seit Januar 2024 trägt die Pflegekasse im ersten Jahr 15 Prozent des pflegebedürftigen Eigenanteils, im zweiten Jahr 30 Prozent, im dritten Jahr 50 Prozent und danach 75 Prozent.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege für die Pflegebedürftigen stets weitere Kosten an, zum Beispiel für die Unterbringung und Verpflegung. Auch

müssen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung gegebenenfalls gesondert berechenbare Investitionskosten übernehmen. Hierbei handelt es sich um Ausgaben des Betreibers für Anschaffungen, Gebäudemiete und Ähnliches, die auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden können. Wenn die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner zudem besondere Komfort- oder Zusatzleistungen in Anspruch nimmt, muss sie beziehungsweise er diese ebenfalls privat bezahlen. Grundsätzlich gilt: Da die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Komfortleistungen je nach Einrichtung sehr unterschiedlich ausfallen können, ist es dringend angeraten, sich bei der Auswahl eines Heims ausführlich darüber zu informieren.

5.4.3 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Jede pflegebedürftige Person in voll- und teilstationären Einrichtungen einen Anspruch auf eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Menschen in der stationären Pflege wird durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie ein besseres Teilnehmen am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Die Kosten für diese Leistungen werden im vollen Umfang von der Pflegeversicherung getragen, indem sogenannte zusätzliche Betreuungskräfte finanziert werden. Deren Zahl ist in den letzten Jahren aufgrund gesetzlicher Verbesserungen deutlich gestiegen.

5.5 Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

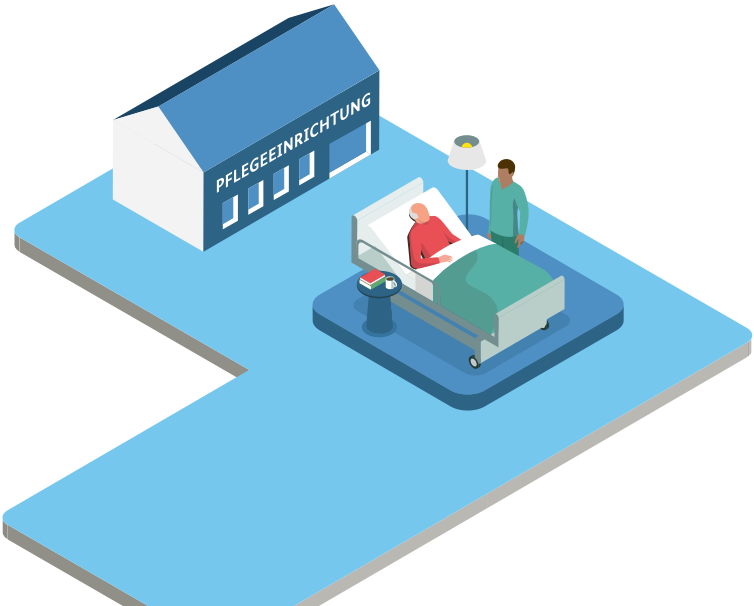
Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen unterscheidet sich nicht von der für andere Versicherte, die zum Beispiel zu Hause wohnen. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung haben die medizinische Versorgung auch in Pflegeheimen sicherzustellen. Für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen gilt die freie Arztwahl.

Die Frage der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Pflegeheim. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Kooperationsverträge mit Haus-, Fach- und Zahnärzten abzuschließen. Sie sind zudem verpflichtet, den Pflegekassen mitzuteilen, wie sie diese ärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert haben. Dabei sollen sie insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Pflegeeinrichtung in Ärztenetze sowie auf den Abschluss von Verträgen mit Apotheken hinweisen. Dazu gehören zum Beispiel Informationen zur Häufigkeit der haus-, fach- und zahnärztlichen Visiten sowie zur ärztlichen Rufbereitschaft und zur Versorgung, insbesondere nach 22 Uhr und an Wochenenden. Auch auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativdienst sollen Pflegeheime hinweisen.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Informationen in dem Pflegeheim, im Internet sowie auch in anderer geeigneter Form verständlich, übersichtlich, vergleichbar und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Pflegeheime können eine Ärztin oder einen Arzt anstellen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Heim nicht von den niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten in der Umge-

bung sichergestellt werden kann und das Pflegeheim bei der Kassenärztlichen Vereinigung zuvor erfolglos einen Antrag auf Vermittlung eines Kooperationsvertrags mit niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten gestellt hat. Heimärztinnen beziehungsweise -ärzte verteuern die Pflege im Heim nicht. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegesätze einfließen.



5.6 Wohngeld für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen können einen Anspruch auf Wohngeld haben, sofern es sich um ein Heim im Sinne des Heimgesetzes oder entsprechender Gesetze der Länder handelt und die betroffene Person dort nicht nur vorübergehend aufgenommen ist. Bei der Ermittlung des Wohngeldes gilt hier eine wichtige Besonderheit: Als anzunehmende Miete wird in diesem Fall der Höchstbetrag für die Miete zugrunde gelegt. Durch die Wohngeldreform zum 1. Januar 2023 sind zudem die Einkommensgrenzen angehoben worden und das durchschnittliche monatliche Wohngeld ist auf 297 Euro gestiegen.

Ein Antrag auf Wohngeld kann bei der zuständigen Wohngeldbehörde der Gemeinde, Stadt oder Kreisverwaltung gestellt werden. Ein Antrag kann auch vom Heimträger – bevollmächtigt vom Antragsberechtigten – gestellt werden. Antragsformulare sind in den Bürgerämtern/Wohngeldbehörden sowie im Internet zu finden. Bei vielen Wohngeldbehörden kann der Antrag bereits online gestellt werden. Wer eine erste Einschätzung bekommen möchte, ob ein Anspruch auf Wohngeld besteht, kann den neuen Wohngeld-Plus-Rechner nutzen. Dieser ist auf der Website des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen zu finden.

Der Rechner ist einfach gehalten. Es sind dazu nur wenige Daten zur Eingabe erforderlich. Alle Eingaben sind anonym. Wichtig ist, dass für eine rechtsverbindliche Auskunft bezüglich des Wohngeldanspruchs ein Antrag bei der für die Auszahlung des Wohngeldes zuständigen Behörde gestellt werden muss. Die Berechnung mit dem Wohngeldrechner ersetzt diesen Antrag nicht.

Weitere Informationen finden Sie auf *Seite 172*.

6

Qualität, Transparenz, Hilfe bei Problemen

Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Pflege – und gute Pflege muss erkennbar sein. In diesem Kapitel wird erläutert, welche Maßnahmen dazu beitragen, die Qualität und Transparenz in der Pflege zu verbessern und bestehende Mängel zu beseitigen.

6.1 Qualitätssysteme in der Pflege

6.1.1 Qualitätssystem für die stationäre Pflege

Im Oktober 2019 wurde mit der schrittweisen Einführung eines neuen Qualitätssystems für die stationäre Pflege begonnen. In diesem System nimmt die Ergebnisqualität eine sehr viel größere Rolle als zuvor ein. Ein zentrales neues Element sind die seit 1. Januar 2022 halbjährlich durch die Pflegeheime anhand von insgesamt zehn Qualitätsindikatoren zu erhebenden Versorgungsergebnisse. Qualitätsindikatoren sind Instrumente, mit denen die Ergebnisqualität in der stationären Pflege gemessen und bewertet werden sollen. Mithilfe des Indikators „Dekubitusentstehung" wird beispielsweise erhoben, wie oft bei den Bewohnern eines Pflegeheims ein Druckgeschwür entstanden ist. Das Ergebnis kann dann mit dem Durchschnitt aller vollstationären Pflegeeinrichtungen für diesen Indikator verglichen werden.

Das neue stationäre Qualitätssystem umfasst insgesamt zehn Indikatoren:

1. erhaltene Mobilität
2. erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen
3. erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung
5. schwerwiegende Sturzfolgen
6. unbeabsichtigter Gewichtsverlust
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Bei einigen dieser Indikatoren wird eine Unterscheidung in jeweils zwei Risikogruppen vorgenommen.

Wie in der stationären Pflege werden auch in der ambulanten Pflege die Qualitätsprüfungen zukünftig stärker als bisher auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein.

Die externen Qualitätsprüfungen der Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes und der Careproof GmbH – der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) – in Pflegeheimen wurden ebenfalls stärker auf die bewohnerbezogene Ergebnisqualität ausgerichtet. Die Prüfungen bauen auf den erhobenen Qualitätsdaten auf, auf deren Grundlage auch ein Teil der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen bestimmt wird. Daneben gehören auch Fachgespräche mit den Pflegekräften zur Qualitätsprüfung. Damit erhalten die Pflegekräfte die Möglichkeit, ihre pflegefachlichen Kompetenzen einzubringen und mit den Prüferinnen und Prüfern in einen partnerschaftlichen Dialog zu treten. Insgesamt sollen die Prüfungen noch deutlicher einen beratungsorientierten Ansatz verfolgen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Die Qualitätsdarstellung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hat drei Bestandteile: die von den Einrichtungen erhobenen Daten, die Ergebnisse der externen Prüfungen sowie weitere

qualitätsrelevante Informationen über die Pflegeeinrichtungen. Verbraucherinnen und Verbraucher erhalten damit sehr viel mehr und aussagekräftigere Informationen über Pflegeheime als zuvor. Ein zentrales Element der Qualitätsberichte sind die durch die Einrichtungen erhobenen Qualitätsdaten: Anders als die Qualitätsprüfungen basieren diese nicht auf einer begrenzten Stichprobe, sondern auf einer Gesamterhebung für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims.

6.1.2 Qualitätssystem für die ambulante Pflege

Auch für die ambulante Pflege soll es ein neues Qualitätssystem geben. Die Entwicklungsarbeit durch unabhängige Pflegewissenschaftler und auch ein umfassender Praxistest (Pilotierung) sind inzwischen abgeschlossen. Die Ergebnisse des Praxistests bilden nun die Grundlage für eine Überarbeitung der Qualitätsinstrumente. Nach deren Abschluss wird die Pflege-Selbstverwaltung den bundesweiten Start des neuen Qualitätssystems in der ambulanten Pflege vorbereiten.

Wie in der stationären Pflege werden auch in der ambulanten Pflege die Qualitätsprüfungen zukünftig stärker als bisher auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein. Derzeit werden bei ambulanten Pflegediensten noch Pflegenoten nach dem alten Prüfverfahren in drei Bereichen vergeben.

6.2 Qualitätsprüfungen

6.2.1 Was wird kontrolliert?

Im Vordergrund der Überprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Der Medizinische Dienst und die Careproof GmbH bewerten nicht nur die Aktenlage, sondern konzentrieren sich bei der Prüfung auch und besonders auf den Pflegezustand der Menschen. Bestandteil der Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten ist auch die Kontrolle der Abrechnungen.

Pflegeheime und ambulante Pflegedienste werden regelmäßig einmal im Jahr (Regelprüfung) vom Medizinischen Dienst, von der Careproof GmbH oder von einer beziehungsweise einem beauftragten Sachverständigen geprüft.

Davon abweichend werden vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die ein gutes Qualitätsniveau erreicht haben, im Abstand von höchstens zwei Jahren geprüft. Zur Feststellung des Qualitätsniveaus ziehen die Landesverbände der Pflegekassen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie die anhand der Qualitätsindikatoren ermittelten Versorgungsergebnisse heran. Die entsprechenden Kriterien sind in den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114c SGB XI festgelegt.

6.2.2 Wer führt die Kontrollen durch?

Der Medizinische Dienst ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen prüft der Medizinische Dienst auch die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Careproof GmbH übernimmt die gleichen Aufgaben wie der Medizinische Dienst und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

Die Prüfungen werden von den Landesverbänden der Pflegekassen in Auftrag gegeben. Dabei gehen jährlich zehn Prozent der gesamten Prüfaufträge an die Careproof GmbH. Der Medizinische Dienst und die Careproof GmbH haben neben der eigentlichen Qualitätsprüfung auch die Aufgabe, Einrichtungen in Qualitätsfragen zu beraten und Empfehlungen darüber abzugeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Auch die Heimaufsichtsbehörden in den Bundesländern überwachen und beraten die Pflegeeinrichtungen durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen. Die Inhalte und

die Durchführung dieser Prüfungen sind in den jeweiligen Bundesländern gesetzlich geregelt.

6.2.3 Zusätzliche Anlassprüfungen bei Beschwerden

Bei konkreten Anhaltspunkten für eine mangelnde Qualität in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen, die sich zum Beispiel infolge von Beschwerden und Hinweisen von Pflegebedürftigen und Angehörigen an die Pflegekasse ergeben haben, kann die Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder die Careproof GmbH damit beauftragen, unangemeldete Anlassprüfungen durchzuführen.

Zudem können die Landesverbände der Pflegekassen bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Abrechnungsverhalten selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige Abrechnungsprüfungen durchführen.

6.3 Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse

Bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung können die Qualitätsergebnisse der jeweiligen Einrichtung eingesehen werden. Sie werden, so ist es gesetzlich vorgeschrieben, verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt. Die Qualitätsergebnisse sollen auch in den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung. Der Aushang sollte das Datum der letzten Prüfung enthalten sowie eine verständliche Zusammenfassung der aktuellen Qualitätsergebnisse und deren Einordnung.

Die Qualitätsergebnisse sind auf folgenden Websites abrufbar:

- pflege-navigator.de (AOK)
- pflegelotse.de (vdek – Verband der Ersatzkassen)
- pflegefinder.bkk-dachverband.de (BKK)

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter:

- heimverzeichnis.de

6.4 Verfahren bei Qualitätsmängeln

6.4.1 Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Qualitätsmängeln?

Zeigt der Qualitätsbericht Mängel auf, bestehen gegenüber den Einrichtungen Sanktionsmöglichkeiten. Es gibt ein abgestuftes Instrumentarium: Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf der Grundlage des Prüfberichts und nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um die festgestellten Mängel zu beseitigen. Die Pflegekassen erteilen dem Träger der Einrichtung dazu einen Mängelbescheid und setzen ihm zugleich eine Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Wenn die Leistungen einer Pflegeeinrichtung nicht der erforderlichen Qualität entsprechen, verletzt sie ihre gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten. Ist dies der Fall, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen.

6.4.2 Kann Pflegeeinrichtungen gekündigt werden?

Werden die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags von der Einrichtung nicht mehr erfüllt, können die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe den Versorgungsvertrag ganz oder teilweise kündigen. Voraussetzung der Kündigung ist, dass die Landesverbände der Pflegekassen und der zuständige Träger der Sozialhilfe überzeugt sind, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen auf Dauer nicht erfüllen kann und wird. In besonders schwerwiegenden Fällen kann der Versorgungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist – also mit sofortiger Wirkung – gekündigt werden. Voraussetzung ist, dass die Pflichtverletzung der Pflegeeinrichtung derart gravierend

Um Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste wirksam zu verhindern, gibt es eine Pflichtprüfung der Abrechnungen durch den Medizinischen Dienst und die Careproof GmbH.

ist, dass den Landesverbänden der Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe ein Festhalten am Versorgungsvertrag nicht zumutbar ist. Darüber hinaus kann die zuständige Pflegekasse einem Pflegedienst bei festgestellten schwerwiegenden Mängeln die weitere Versorgung des betroffenen Pflegebedürftigen vorläufig untersagen. In diesem Fall ist es die Aufgabe der Pflegekasse, eine nahtlose Versorgung durch einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln. Bei schwerwiegenden, kurzfristig nicht zu behebenden Mängeln in Pflegeheimen sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Pflegebedürftigen auf Antrag ein neues Pflegeheim zu vermitteln.

6.5 Abrechnungsprüfungen

Um Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste wirksam zu verhindern, gibt es eine Pflichtprüfung der Abrechnungen durch den Medizinischen Dienst und die Careproof GmbH. Diese Prüfinstitutionen können zudem Anlasskontrollen auch in der ambulanten Pflege unangemeldet durchführen. Bei Pflegediensten, die ausschließlich Leistungen der häuslichen

Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, hat die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht. In die Stichproben bei den Qualitätsprüfungen von Pflegediensten werden zudem auch Personen einbezogen, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten.

Eine zentrale Rolle bei der Aufdeckung von Abrechnungsbetrug nehmen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein, die im Jahr 2003 bei Krankenkassen, Pflegekassen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet wurden. Diese Stellen haben Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Pflegekasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Jede Person kann sich – auch anonym – an diese Stellen mit Hinweisen wenden. Diese Stellen haben den Hinweisen nachzugehen, wenn sie aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen. Gegebenenfalls haben sie die zuständige Staatsanwaltschaft zu informieren. Die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen tauschen darüber hinaus regelmäßig Erfahrungen untereinander aus. An diesem Austausch sind auch berufsständische Kammern sowie die Staatsanwaltschaften beteiligt.

7

Pflegeleistungen der Krankenkasse und Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende

Die Pflegeleistungen der Krankenkasse hängen von verschiedenen Faktoren ab. In diesem Kapitel können Sie nachlesen, welche Leistungen das genau sind, wann diese Ihnen zustehen und welche Möglichkeiten es außerdem bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden gibt.

7.1 Pflegeleistungen der Krankenkasse

7.1.1 Bei akuter Erkrankung oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen – in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Die häusliche Krankenpflege umfasst in der Regel die Grund- und Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandswechsel). Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Voraussetzung: Im Haushalt leben keine Personen, die die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen können.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten. Der Haushaltsbegriff ist jedoch breiter: Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und bei erhöhtem Pflegebedarf ebenso in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erbracht werden. Kein Anspruch besteht für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht. Ausnahmsweise kann auch Versicherten in Pflegeheimen medizinische Behandlungspflege verordnet werden, wenn sie auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – einen besonders hohen Bedarf an solcher Pflege haben.

Leistungen für pflegebedürftige Menschen ohne Pflegeeinstufung oder mit Pflegegrad 1

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung.

Früher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke hat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt geschlossen. Es wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der Krankenkassen eingeführt: Versicherte haben für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden.

Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht ein Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.854 Euro. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgestellt ist.

Wenn Pflegebedürftige aus dem Krankenhaus entlassen werden, müssen die Pflegeeinrichtungen einbezogen werden. Dabei soll es eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den Pflegeberaterinnen und -beratern geben.

Versicherte haben für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe.

Übergangspflege im Krankenhaus nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Recht der Pflegeversicherung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der sogenannten Übergangspflege entweder in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung.

Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf

Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

Fahrkosten bei einer ambulanten Behandlung
Fahrten zu einer ambulanten Behandlung bedürfen grundsätzlich der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, wenn sie dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, und für alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 sowie für Menschen mit Behinderungen mit dem Kennzeichen „aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl" (blind) oder „H" (hilflos) in ihrem Schwerbehindertenausweis werden die Kosten für medizinisch notwendige Fahrten zu einer ambulanten Behandlung abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung übernommen. Sie gelten mit der ärztlichen Verordnung als genehmigt. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

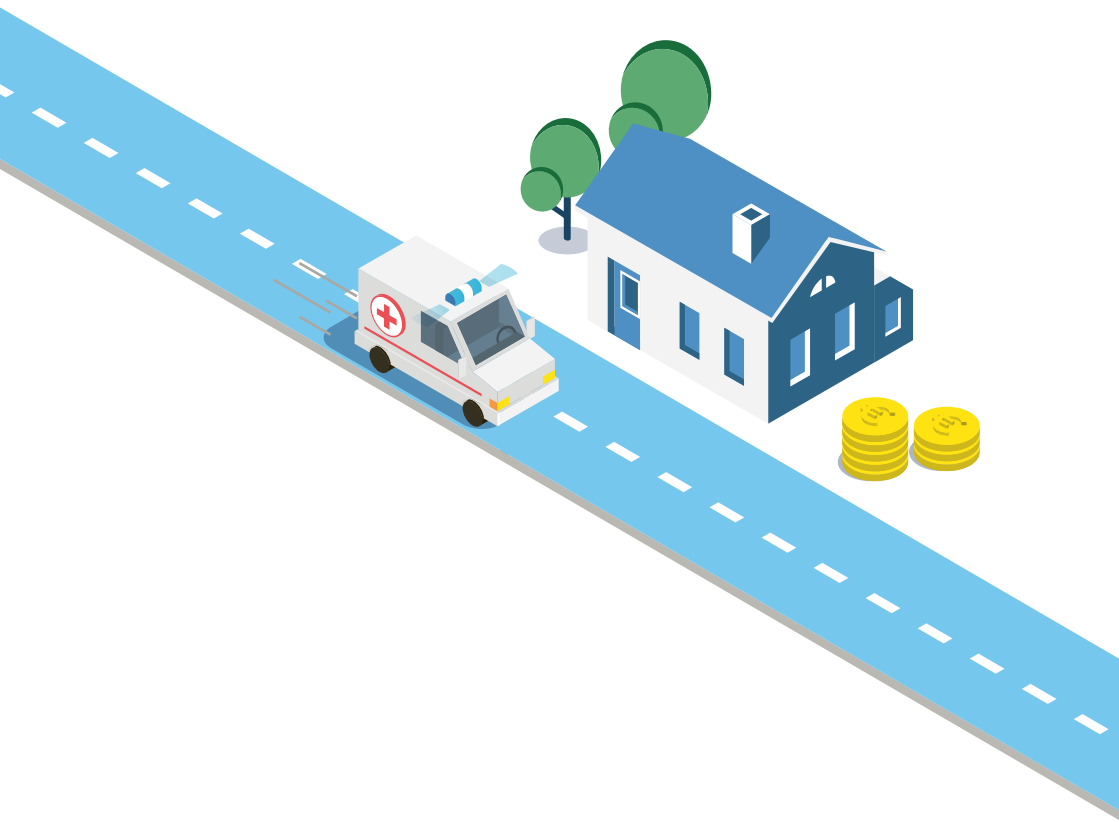
7.1.2 Leistungen der Krankenkassen für pflegende Angehörige

Damit pflegende Angehörige Angebote zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation der Krankenkassen leichter in Anspruch nehmen können, sind ihre besonderen Belange zu berücksichtigen. Pflegende Angehörige können nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen, ohne dass es darauf ankommt, ob ambulante Leistungen ausreichen würden.

Zudem haben pflegende Angehörige bei einer eigenen Rehabilitationsmaßnahme die Möglichkeit, die pflegebedürftige Person in die Rehabilitationseinrichtung mitzunehmen. Wenn die pflegebedürftige Person in derselben Reha-Einrichtung wie der pflegende Angehörige versorgt werden kann, übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Sollen Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung aufgenommen werden, muss die Krankenkasse in Zusammenarbeit mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person die Versorgung organisieren. Dabei kann die Versorgung der pflegebedürftigen Person in dieser Zeit zum

Beispiel in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in der Nähe der Rehabilitationseinrichtung organisiert werden, damit der Kontakt erhalten bleibt. Natürlich kann die pflegebedürftige Person in dieser Zeit vorübergehend aber auch in einer anderen vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht werden oder zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. In diesen Fällen richten sich die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen jeweils nach dem Pflegeversicherungsrecht im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Pflegekassen und Pflegestützpunkte beraten pflegende Angehörige entsprechend. Rehabilitationsleistungen für erwerbstätige pflegende Angehörige liegen weiterhin in der Verantwortung der gesetzlichen Rentenversicherung.



7.2 Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende

Das Sterben ist ein fester Bestandteil des Lebens. Insbesondere hochbetagte und schwerstkranke Menschen beschäftigen sich häufig mit dem Tod. In diesem Abschnitt erfahren Sie Wissenswertes über den Umgang mit dem Thema Sterben.

7.2.1 Versorgung zu Hause

Die Sterbebegleitung ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung geworden. Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Dazu gehört auch der Anspruch auf eine palliative Versorgung. Die Palliativmedizin hat das Ziel, die Folgen einer Erkrankung zu lindern (Palliation), wenn auf Heilung keine Aussicht mehr besteht.

Palliativversorgung kann überall dort geleistet werden, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen – zu Hause, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern oder in stationären Hospizen. Die medizinische und pflegerische Versorgung Sterbender ist Teil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung beraten.

Viele schwerstkranke Menschen haben den Wunsch, in ihrer letzten Lebensphase in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Damit dieser Wunsch möglichst oft erfüllbar bleibt, befindet sich die ambulante Palliativversorgung (AAPV) in einem stetigen Ausbau. Schwerstkranke sterbende Menschen haben zudem Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die sowohl palliativmedizinische als auch palliativpflegerische Leistungen umfasst. Auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen wird der Ausbau dieser Versorgung gefördert. Darüber hinaus kann eine häusliche Kran-

kenpflege für die Palliativversorgung nunmehr länger als für die früher möglichen vier Wochen verordnet werden. Zu den Leistungen, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden, gehört sowohl die Komplexleistung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und -patienten" als auch sämtliche weitere verordnungsfähige häusliche Krankenpflegeleistungen wie zum Beispiel die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten.

Wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der beziehungsweise des Versicherten nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Palliativstationen versorgt werden. Möglich ist auch eine Versorgung in stationären Hospizen, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig oder gewünscht ist.

7.2.2 Hospizliche Versorgung

Ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, die auf ehrenamtlichem Engagement beruhen, leisten einen wesentlichen Beitrag zur würdevollen Begleitung und Unterstützung Sterbender und ihrer Angehörigen. Die gesetzlichen Krankenkassen leisten Zuschüsse für ambulante Hospizdienste, die palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und ehrenamtliche Sterbebegleitung leisten, sowie für die Versorgung und Begleitung durch teilstationäre und stationäre Hospize.

Um die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenenhospize zu stärken, wurde durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) der Mindestzuschuss der Krankenkassen angehoben. Bislang unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten seither einen höheren Tagessatz pro betreuter Person. Zudem tragen die Kassen heute 95 Prozent statt wie zuvor 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Kinderhospize bieten unter bestimmten Voraussetzungen eine Begleitung und Versorgung bereits ab der Diagnose der unheilbaren Erkrankung.

Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten nun auch Sachkosten (zum Beispiel Fahrkosten ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) berücksichtigt. Zudem wird ein angemessenes Verhältnis von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichergestellt.

7.2.3 Vorsorge für die letzte Lebensphase

Es empfiehlt sich, Regelungen zur Vorsorge für die letzte Lebensphase möglichst frühzeitig zu treffen.

In stationären Pflegeeinrichtungen kann eine Beratung über die Planung der gesundheitlichen Versorgung in der letzten Lebensphase angeboten werden. Es geht darum, Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern die Möglichkeit zu geben, sich durch Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, mit qualifizierten nicht ärztlichen Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern sowie mit ihren nächsten Angehörigen umfassend über bestehende Angebote zu informieren, damit sie zum Beispiel eine Patientenverfügung verfassen und detailliert über ihre künftige persönliche medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung entscheiden können.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützen. Dabei haben sie ihre Versicherten auch in allgemeiner Form über die Möglichkeiten

In stationären Pflegeeinrichtungen kann eine Beratung bei der Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase angeboten werden.

persönlicher Vorsorge, insbesondere über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, zu informieren.

Möchten Menschen sicherstellen, dass in den letzten Tagen des Lebens und auch darüber hinaus in ihrem Sinn gehandelt wird, können folgende Dokumente verfasst werden:

- **Betreuungsverfügung:** Mit ihr kann im Voraus festgelegt werden, wen das Gericht als rechtliche Betreuerin oder rechtlichen Betreuer bestellen soll. Das Gericht ist an diese Wahl gebunden, es sei denn, die betroffene Person will erkennbar an ihren Wünschen nicht festhalten oder die ausgewählte Person ist zur Führung der Betreuung nicht geeignet. Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall als Betreuerin oder Betreuer infrage kommen soll. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für die Führung der Betreuung durch die Betreuerin beziehungsweise den Betreuer; so kann etwa bestimmt werden, ob im Pflegefall eine Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird.
- **Vorsorgevollmacht:** Mit einer Vorsorgevollmacht können Sie einer anderen Person das Recht einräumen, in Ihrem Namen in den von Ihnen benannten Aufgabenbereichen stellvertretend zu handeln und damit Rechtsgeschäfte im Namen des Vollmachtgebers vorzunehmen. Außerhalb der Vollmacht kann mit der bevollmächtigten Person verein-

bart werden, dass von der Vorsorgevollmacht erst Gebrauch gemacht werden darf, wenn Sie selbst nicht mehr in der Lage sind, über Ihre Angelegenheiten zu entscheiden. Es empfiehlt sich, diese Verabredung in der Vollmacht festzuhalten, um etwaige Unklarheiten zu vermeiden. Die Vorsorgevollmacht ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Wichtigste Voraussetzung ist jedoch Ihr volles Vertrauen zu der Person, die Sie mit dieser Vollmacht ausstatten wollen.

- **Patientenverfügung:** Mit einer schriftlichen Patientenverfügung können Patientinnen und Patienten für den Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit in medizinischen Angelegenheiten vorsorglich festlegen, dass in einer bestimmten Situation bestimmte medizinische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind. Treffen die konkreten Festlegungen in einer Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation der Patientin oder des Patienten zu, sind die Betreuerin oder der Betreuer, die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt wie auch die Pflegekräfte daran gebunden.

Mithilfe dieser Dokumente können Bürgerinnen und Bürger sicherstellen, dass ihre Wünsche respektiert und umgesetzt werden. Weitere Informationen hierzu enthalten die vom Bundesministerium für Justiz (BMJ) herausgegebenen Broschüren „Patientenverfügung“ sowie „Betreuungsrecht“ wie auch die Broschüre „Erben und Vererben“ zur Vorsorge über den Nachlass, die auch zum Download von der Website des BMJ zur Verfügung stehen. Dort findet sich auch ein Hinweis auf eine von den Verbraucherzentralen in Zusammenarbeit mit dem BMJ erarbeiteten Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung am Computer zu erstellen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2025 im Überblick

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails.		**Pflegegrad 1** geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Häusliche Pflege	Pflegegeld von Euro monatlich	–	347,00
	oder		
	Pflegesachleistungen von bis zu Euro monatlich;	*	796,00*
	Kombinationsleistung	–	
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	Euro monatlich	224,00	224,00
Entlastungsbetrag	Leistungsbetrag von bis zu Euro monatlich	131,00	131,00
Verhinderungspflege** **• durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder**	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	–	520,50 (1,5-Faches von 347,00)
• durch sonstige Personen		–	1.685,00
		–	

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

** Ab dem 1. Juli 2025 können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 den Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen in Höhe von insgesamt bis zu 3.539,00 Euro je Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen. Bei der Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder sind die Pflegeaufwendungen grundsätzlich auf den je nach Pflegegrad geltenden Pflegegeldbetrag für bis zu zwei Monate begrenzt.

	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	599,00	800,00	990,00
	1.497,00*	1.859,00*	2.299,00*
	Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden.		
	224,00	224,00	224,00
	131,00	131,00	131,00
	898,50 (1,5-Faches von 599,00)	1.200,00 (1,5-Faches von 800,00)	1.485,00 (1,5-Faches von 990,00)
	1.685,00	1.685,00	1.685,00
	Der Leistungsbetrag von 1.685,00 Euro kann um bis zu 843,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.528,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.		

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Verhinderungspflege bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben **• durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder**	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	–	
• durch sonstige Personen		–	
		–	
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	*	1.854,00*
		–	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu Euro monatlich	*	721,00*
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal Euro monatlich	131,00	805,00
		–	
Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

** Ab dem 1. Juli 2025 können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 den Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen in Höhe von insgesamt bis zu 3.539,00 Euro je Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen. Bei der Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder sind die Pflegeaufwendungen grundsätzlich auf den je nach Pflegegrad geltenden Pflegegeldbetrag für bis zu zwei Monate begrenzt.

Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	1.600,00 (2-Faches von 800,00)	1.685,00 (2-Faches von 990,00, begrenzt auf 1.685,00***)
	1.685,00	1.685,00
Der Leistungsbetrag von 1.685,00 Euro kann um bis zu 1.854,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.539,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.		
1.854,00*	1.854,00*	1.854,00*
Der Leistungsbetrag von 1.854,00 Euro kann um bis zu 1.685,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.539,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.		
1.357,00*	1.685,00*	2.085,00*
1.319,00	1.855,00	2.096,00
Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende, nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge: ab dem ersten Monat 15 Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach 12 Monaten 30 Prozent, nach 24 Monaten 50 Prozent und nach 36 Monaten 75 Prozent.		
15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vereinbarten Vergütung, höchstens 278,00 Euro monatlich		

*** Begrenzung auf den regulären Leistungsbetrag, sofern nicht zusätzlich eine Umwidmung von Mitteln der Kurzzeitpflege erfolgt.

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu Euro monatlich	42,00	42,00
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen von insgesamt bis zu Euro monatlich	53,00	53,00
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach bezogener Leistungsart bis zu Euro monatlich	–	188,07
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	Euro monatlich	–	48,69
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu Euro monatlich		
	Krankenversicherung****	213,46	213,46
	Pflegeversicherung	44,94	44,94
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr		

**** Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 2,5 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	42,00	42,00	42,00
	100 Prozent der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 Prozent, höchstens 25,00 Euro je Pflegehilfsmittel, zu leisten.		
	4.180,00 Euro je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.720,00 Euro –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)		
	53,00	53,00	53,00
	299,53	487,60	696,57
	48,69	48,69	48,69
	213,46 44,94	213,46 44,94	213,46 44,94
	90 Prozent – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit, unabhängig von deren Höhe, 100 Prozent – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts		

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen:	x	x
• auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mitberücksichtigt (Fallmanagement)	x	
• auf Wunsch kann die Pflegeberatung zusätzlich durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erbracht werden	x	x
• frühzeitige Pflegeberatung (nach Eingang von Anträgen auf Leistungen oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bietet die Pflegekasse von sich aus eine Pflegeberatung an, die zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen soll), auf Wunsch auch bei der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen zu Hause	x	x
• pflegende Angehörige können mit Zustimmung der oder des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten	x	x
• Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann	x	x
Pflegeberatung kann auf Wunsch auch durch wohnortnahe Pflegestützpunkte erfolgen, soweit diese in der Region eingerichtet sind.	x	x
Übersendung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit und einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an die versicherte Person und gegebenenfalls Personen oder Institutionen ihres Vertrauens, die bei der Umsetzung unterstützen können.	x	x

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet:		
• Leistungs- und Preisvergleichslisten – über zugelassene Pflegeeinrichtungen und – über Angebote zur Unterstützung im Alltag	x x	x
• Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
• Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck.		
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet und in anderer geeigneter Form darüber hinaus		
• verständliche, übersichtliche und vergleichbare Informationen über die Qualität der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für eine deutliche Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x
Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	x	

Institutionen

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)
Das BAFzA, ehemals Bundesamt für den Zivildienst, ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Neben der Bundesservicestelle „Aktion zusammen wachsen", der Servicestelle des „Bundesprogramms Mehrgenerationenhaus", der Geschäftsstelle der Conterganstiftung sowie der Geschäftsstelle des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf werden darüber hinaus auch die Hilfetelefone „Gewalt gegen Frauen" und „Schwangere in Not" sowie das „Pflegetelefon" vom BAFzA betreut.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
Das BfArM ist eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Behörde ist zuständig für die Zulassung von Fertigarzneimitteln, die Registrierung homöopathischer und traditioneller pflanzlicher Arzneimittel und die Genehmigung klinischer Prüfungen. Zudem erfasst und bewertet sie Arzneimittelrisiken (Pharmakovigilanz) sowie Risiken bei Medizinprodukten. Weiterhin gehören die Überprüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen, die Überwachung des Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehrs in Deutschland sowie Forschung zu den Aufgaben des BfArM.

Careproof GmbH – der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV)
Die Careproof GmbH übernimmt hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen die gleichen Aufgaben wie der Medizinische Dienst und ist mit den gleichen Befugnissen ausgestattet, um an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllen.

Deutsche Verbindungsstelle Kranken-/Pflegeversicherung – Ausland (DVKA)
Die DVKA ist eine Abteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Sie befasst sich insbesondere mit Fragen der grenzüberschreitenden Regelungen und Ansprüche, vor allem auch im Zusammenhang mit dem EU-Ausland. Die DVKA versteht sich als zentrale Schnittstelle für internationale Partner und Träger der sozialen Sicherheit und berät auch direkt bei grenzüberschreitenden pflegeversicherungsrechtlichen Fragestellungen. Sie erbringt umfassende Serviceleistungen im Rahmen internationaler Abkommen mit über 40 Staaten. Umfangreiche Informationen und Antworten auf häufig gestellte Fragen sowie Merkblätter zur Pflegeversicherung finden Sie auf den Internetseiten der DVKA unter www.dvka.de.

Medizinischer Dienst
Der Medizinische Dienst ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der Medizinische Dienst übernimmt wichtige Aufgaben bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und in der Qualitätssicherung.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
Der GKV-Spitzenverband ist der gesetzlich vorgesehene Verband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene. Zu seinen Aufgaben gehört insbesondere die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu gewährleisten. Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für seine Mitgliedskassen, die Landesverbände der Krankenkassen und für die Versicherten. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. In der Pflegeversicherung nimmt der Verband die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr.

Stichwortregister

Aktivierung ... 96, 122, 125, 129, 149, 165
Alternative Wohnformen ... 74 ff., 147
Ambulante Betreuungsdienste ... 69 ff., 83, 87 f.
Ambulante Pflegedienste ... 39, 57 ff., 67 f., 71, 76 f., 81 ff., 89 ff., 96, 126, 137 f., 140, 142
Ambulante Pflegesachleistung ... 57 f., 60, 67 ff., 75, 87 ff., 93 f., 101, 122
Angebote zur Unterstützung im Alltag ... 38, 58, 67 ff., 82 ff., 115 f., 165
Anschubfinanzierung ... 76, 94

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ... 37 ff., 46 f., 49 f., 52, 78 f., 128, 138, 164, 167
Beitragsbemessungsgrenze ... 23 f., 29 f., 113
Beitragssatz ... 23 f., 26 ff., 30, 162
Beitragszuschlag ... 23 ff., 30
Beratung in der eigenen Häuslichkeit ... 52, 58 f., 71, 80, 93 f.
Betreuungsdienste ... 67, 69 ff., 82 f., 87 f.
Betreuungsverfügung ... 154 f.

Careproof GmbH (Prüfdienst der PKV) ... 136 ff., 142, 166

Demenz ... 49, 80, 85, 115, 172 f., 178
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) ... 80 f., 94, 162
Digitale-Versorgung-und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) ... 80

Ehrenamtliches Engagement ... 38, 52, 57, 60 f., 80, 84, 86, 89 f., 97, 114 ff., 118, 153 f., 165
Einzelpflegekräfte ... 60 f., 67, 70
Entlastungsbetrag ... 68, 71, 75, 82 ff., 86, 89, 93, 96, 121 f., 124 f., 158, 160
Ergänzende Unterstützungsleistungen ... 80 f., 94, 162

Familienpflegezeit ... 106, 108 ff.
Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) ... 40, 106, 109, 111
Freistellung ... 40, 103 f., 107 ff., 111 ff., 163

GKV-Spitzenverband ... 51, 167

Häusliche Krankenpflege ... 67, 147, 153
Häusliche Pflege ... 55 ff., 62, 68 ff., 70, 72, 77, 82 f., 96, 109, 120 f., 123, 158
Hilfsmittel ... 44 f., 50, 77 ff., 149, 162
Hospiz ... 40, 103, 130, 152 ff.
Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) ... 154

Kombinationsleistung ... 60, 75, 88, 90 f., 101, 158
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ... 148
Kurzzeitpflege ... 40, 58, 61 ff., 82 f., 123 ff., 148 f., 158 ff.

Leistungsbescheid ... 41

Medizinischer Dienst ... 37, 39 f., 42, 49, 78, 104, 136 ff., 142, 166 f.

Netzwerke ... 116, 173

Palliativversorgung ... 40, 152 ff.
Patientenverfügung ... 154 ff.
Pflegebedürftigkeit ... 16 ff., 20, 22, 36 ff., 49 f., 52, 57, 68 f., 80, 93, 104, 112 f., 122 f., 125, 127 ff., 148, 164, 167
Pflegebedürftigkeit von Kindern ... 43, 46 f.
Pflegeberatung ... 36, 38 f., 51 ff., 94, 164
Pflegeeinrichtungen ... 38 f., 42, 51, 62, 69, 81, 96, 118, 121 ff., 126 ff., 135 ff., 148, 150 ff., 154 f., 165 f.
Pflegegeld ... 21, 57 f., 60 ff., 64 f., 75, 88 ff., 122, 124, 126, 158 f.
Pflegegrad ... 17, 21, 41 ff., 57 f., 60 ff., 68, 70, 72, 75, 77, 82 f., 87, 89 ff., 93 f., 96, 99, 101, 103, 106 f., 109 f., 113, 121 ff., 126 ff., 148, 150, 158 ff.
Pflegehilfsmittel ... 50, 77 ff., 94, 162 f.
Pflegekurs ... 94, 114 f., 118, 165
Pflegepersonen ... 38 f., 52 f., 57, 60 ff., 65 f., 70, 72, 83 ff., 93, 97, 99 ff., 106 f., 110, 115 f., 126, 162, 165
Pflegequalität ... 58, 134 ff., 175
Pflegestützpunkt ... 38 f., 53, 76, 94, 140, 151, 164
Pflegetelefon ... 166, 175
Pflegeunterstützungsgeld ... 112 f., 162
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) ... 43, 62, 125
Pflegeversicherung ... 15 ff., 29 ff., 37, 39, 42, 47, 49, 51, 53, 57, 60, 68, 70 f., 75, 77, 79, 93 f., 96, 98 ff., 102, 106, 115 f., 122 ff., 126 ff., 138, 148 f., 151 f., 158 ff.

Pflegevorsorgefonds ... 24
Pflege-Wohngemeinschaft ... 72, 74 ff.
Pflegezeit ... 63 f., 96, 102 ff., 106 ff., 112
Pflegezeitgesetz (PflegeZG) ... 40, 102, 104, 106, 108 f., 111 f.
Poolen ... 77
Prävention ... 36, 41, 46, 49 ff., 164, 180
Private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) ... 19, 30 ff., 37 f., 42, 51, ... 104, 106, 117, 126
Prüfdienst der PKV (Careproof GmbH) ... 136 ff., 142, 166

Qualitätsbericht ... 137, 141
Qualitätsprüfung ... 136 ff., 144, 166
Qualitätssystem ... 135, 137

Rehabilitation ... 36, 39 ff., 46, 49 f., 126, 149 ff., 164 f.

Selbsthilfegruppe ... 116 f., 165, 173 f.
Soziale Absicherung für Pflegepersonen ... 99
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ... 152
Stationäre Versorgung ... 121, 123 f., 130, 135, 164 f.

Tages- oder Nachtpflege ... 39, 62, 82 f., 121 f., 160
Teilstationäre Versorgung ... 62, 76, 121 ff., 129

Übergangspflege ... 149
Umwandlungsanspruch ... 58, 75, 87 ff.

Verhinderungspflege ... 58, 60 ff., 124, 158 ff.
Versicherung ... 17, 19, 22, 102
Versicherungspflicht ... 17 ff., 100, 102, 107
Vollstationäre Pflege ... 39, 41, 51, 58, 62, 76, 96, 119, 123 ff., ... 135 f., 138, 150 f., 160
Vorsorgefonds ... 24
Vorsorgevollmacht ... 154 ff.

Wohngeld ... 132
Wohngruppenzuschlag ... 75 f., 94
Wohnungsanpassung ... 72 f., 171

Zusatzversicherung ... 21 f.

Adressen

Wer kann Ihnen sonst noch weiterhelfen?

Arbeitgeber- und BerufsVerband Privater Pflege e. V. (ABVP e. V.)
Rendsburger Straße 14, 30659 Hannover
Telefon: 0511 515111-0
E-Mail: dialog@abvp.de
www.abvp.de

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
Heinrich-Albertz-Haus, Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
Telefon: 030 26309-0
E-Mail: info@awo.org
www.awo.org

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)
An den Gelenkbogenhallen 2–6, 50679 Köln
Telefon: 0221 3673-0
E-Mail: service@bafza.bund.de
www.bafza.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 31006-0
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V.
Mühlenstraße 48, 13187 Berlin
Telefon: 030 47474700
E-Mail: info@wohnungsanpassung-bag.de
www.wohnungsanpassung-bag.de

Bundesministerium der Justiz (BMJ)
Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: 030 18580-0
E-Mail: poststelle@bmj.bund.de
www.bmj.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Glinkastraße 24, 10117 Berlin
Telefon: 030 18555-0
E-Mail: poststelle@bmfsfj.bund.de
www.bmfsfj.de
www.wegweiser-demenz.de
www.wege-zur-pflege.de

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB)
Krausenstraße 17–18, 10117 Berlin
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@bmwsb.bund.de
www.bmwsb.bund.de
www.bmwsb.bund.de/wohngeldrechner

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.
Zweigertstraße 50, 45130 Essen
Telefon: 0201 354001
E-Mail: info@bad-ev.de
www.bad-ev.de

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
Friedrichstraße 148, 10117 Berlin
Telefon: 030 308788-60
E-Mail: bund@bpa.de
www.bpa.de

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
Maarweg 149–161, 50825 Köln
Telefon: 0221 8992-0
E-Mail: poststelle@bioeg.de
www.bioeg.de
www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Demenznetzwerke
Ellernholzstraße 1–2, 17489 Greifswald
Telefon: 03834 867593
E-Mail: demenznetzwerk@dzne.de
www.demenzversorgung-forschungsnetzwerk.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
Keithstraße 41, 10787 Berlin
Telefon: 030 2593795-14 (Alzheimer-Telefon)
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon: 030 8934014
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
www.dag-shg.de

Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-0
E-Mail: info@caritas.de
www.caritas.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
Aachener Straße 5, 10713 Berlin
Telefon: 030 8200758-0
E-Mail: info@dhpv.de
www.dhpv.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin
Telefon: 030 24636-0
E-Mail: altenhilfe@paritaet.org
www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Generalsekretariat
Carstennstraße 58, 12205 Berlin
Telefon: 030 85404-0
E-Mail: drk@drk.de
www.drk.de

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1, 10115 Berlin
Telefon: 030 65211-0
E-Mail: diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege
Claudia Moll, MdB
Mauerstraße 29, 10117 Berlin
Telefon: 030 184413421
E-Mail: pflegebevollmaechtigte@bmg.bund.de
www.pflegebevollmaechtigte.de

Hirnliga e. V., Geschäftsstelle
Postfach 13 66, 51657 Wiehl
Telefon: 02262 9999917
E-Mail: buero@hirnliga.de
www.hirnliga.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (NAKOS)
Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon: 030 31018960 (Di., Mi. 10–13 Uhr, Do. 14–17 Uhr)
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Pflege in Not – Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V.
Bergmannstraße 44, 10961 Berlin
Telefon: 030 69598989
E-Mail: pflege-in-not@dwbsm.de
www.pflege-in-not.de

Pflegetelefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Telefon: 030 20179131
E-Mail: info@wege-zur-pflege.de
www.wege-zur-pflege.de/start

Pflegetelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
Telefon: 030 3406066-02
www.bundesgesundheitsministerium.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schulstraße 22, 33330 Gütersloh
Telefon: 05241 9770-0
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
www.schlaganfall-hilfe.de

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB) Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 132, 45219 Essen
Telefon: 02054 9578-0
E-Mail: info@vdab.de
www.vdab.de

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.
Hebelstraße 6, 60318 Frankfurt am Main
Telefon: 069 944371-0
E-Mail: zentrale@zwst.org
www.zwst.org

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstraße 45, 10117 Berlin
E-Mail: info@zqp.de
www.zqp.de

Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder das Magazin dauerhaft als Digital- und/oder Printversion abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Pflege finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Pflegethemen. Sie finden das Angebot unter:
www.gesund.bund.de

Verständliche und transparente Informationen über den Umfang und die Qualität der Versorgung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern finden Sie im Bundes-Klinik-Atlas des Bundesministeriums für Gesundheit unter:
www.bundes-klinik-atlas.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail:	publikationen@bundesregierung.de
Telefon:	030 182722721
Fax:	030 18102722721
postalisch:	Publikationsversand der Bundesregierung Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Website:	www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen

Pflegeleistungen zum Nachschlagen

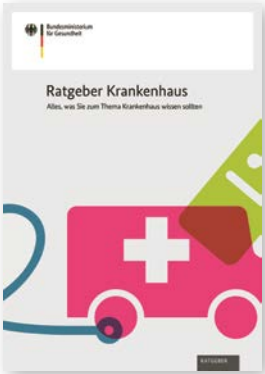
Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie zusammengefasst in dieser Broschüre. Das Nachschlagewerk richtet sich sowohl an Menschen, die Pflege benötigen, als auch an Angehörige und andere Personen, die Pflege leisten.
Bestellnummer: BMG-P-11025

Ratgeber Demenz – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.
Bestellnummer: BMG-P-11021

Ratgeber Krankenversicherung – Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten

Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis hin zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.
Bestellnummer: BMG-G-07031



Ratgeber Krankenhaus – Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.
Bestellnummer: BMG-G-11074

Ratgeber für Patientenrechte – Informiert und selbstbestimmt

Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz wurden wichtige Patientenrechte ausdrücklich im Gesetz festgeschrieben. Dieser Ratgeber bietet Ihnen eine verständliche Darstellung und Erläuterung der Rechte von Patientinnen und Patienten.
Bestellnummer: BMG-G-11042

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Mittwoch von 8 bis 16 Uhr, Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter den folgenden Nummern:

Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 3406066-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 3406066-03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg

E-Mail:
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Telemark Rostock Kommunikations- und Marketinggesellschaft mbH betrieben wird. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und vom Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorgegebenen Grenzen erhoben, verarbeitet und genutzt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon

Infotelefone des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

BIÖG-Infotelefon zur Suchtvorbeugung[1]
0221 892031

Sucht & Drogen Hotline[2]
01806 313031

BIÖG-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung[3]
0800 8313131

BIÖG-Telefonberatung zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt sowie zum Schutz vor Konversionsbehandlungen[4]
0221 8992876

BIÖG-Infotelefon für Fragen rund um die Organspende[5]
0800 9040400

BIÖG-Telefonberatung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen[6]
0221 892031

---

[1] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

[2] Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr; kostenpflichtig (0,20 Euro pro Anruf aus dem deutschen Festnetz und aus dem Mobilfunknetz)

[3] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

[4] Montag bis Donnerstag von 12 bis 16 Uhr

[5] Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

[6] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Impressum

Herausgeber
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

bmg.bund
bmg_bund
BMGesundheit
bundesgesundheitsministerium

Stand
Januar 2025, 30. aktualisierte Auflage
Erstauflage: Juli 2008

Druck
Bonifatius GmbH, 33100 Paderborn

Papier
Umschlag: Circle Offset Premium white, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert
Inhalt: Steinbeis Nature, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Gestaltung
Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Layout und Satz
ifok GmbH, 64625 Bensheim

Bildnachweis
Jan Pauls / BMG / S. 4
Oliver Rossi / Getty Images / S. 32
Maskot / Getty Images / S. 71
pikselstock / Adobe Stock / S. 74

RUNSTUDIO / Getty Images / S. 78
Milan Markovic / Getty Images / S. 85
Cecilie Arcurs / Getty Images / S. 95
NDABCREATIVITY / Adobe Stock / S. 105
FredFroese / Getty Images / S. 117
Maskot / Getty Images / S. 125
zinkevych / Adobe Stock / S. 139
Westend61 / Getty Images / S. 143
PeopleImages / Getty Images / S. 157
Nicolas Hansen / shapecharge / Getty Images / S. 176

Den Ratgeber Pflege können Sie kostenlos herunterladen oder bestellen:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Servicetelefon: 030 182722721
Servicefax: 030 18102722721
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Onlinebestellung: www.publikationen-bundesregierung.de

Bestellnummer: BMG-P-07055

Weitere Publikationen der Bundesregierung zum Herunterladen und zum Bestellen finden Sie ebenfalls unter:
www.publikationen-bundesregierung.de

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Wir wollen Pflege in Deutschland Schritt für Schritt besser machen. Aktuelle Informationen finden Sie hier:

RG4

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.