

Das Pflegestärkungs- gesetz II – ab 2017

**Eine Informationsbroschüre für
pflegebedürftige Personen und
pflegende Angehörige**

Diese Broschüre wurde ausgehändigt von:

Impressum

Herausgeber: AWO Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62 / 63
10961 Berlin
Telefon: +49(0)30-26309-0
Telefax: +49(0)30-26309-32599
E-Mail: info@awo.org
Internet: www.awo.org

Verantwortlich: Wolfgang Stadler, Vorstandsvorsitzender
Redaktion: Brigitte Döcker, Gudula Wolf
Layout / Satz: Linda Kutzki – textsalz
Foto Seite 3: fotolia.de, Barabas Attila

© AWO Bundesverband e. V.
November 2016

Abdruck, auch in Auszügen, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.
Alle Rechte vorbehalten.





Inhalt

Vorwort

Änderungen für pflegebedürftige Personen

Sie haben bereits eine Pflegestufe.	
Wie bekommen Sie einen Pflegegrad?	8
Was geschieht mit Ihren bisherigen Pflegeleistungen?	
Die Überleitungsregeln.	10
Die neue Pflegebedürftigkeit	12
Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?	14
Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?	16
Wie wird die Pflegebedürftigkeit in Ihrem Zuhause festgestellt?	18
Wie können Sie die Leistungen der Pflegeversicherung einsetzen?	20
Pflegegeld	20
Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe)	20
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	21
Entlastungsbetrag	24
Umwandlungsanspruch	24
Hilfsmittel	25
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	26
Verhinderungspflege	26
Kurzzeitpflege	27
Tagespflege	27
Vollstationäre Pflege	28

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen

Welche Leistungen entlasten Sie in der häuslichen Versorgung?	29
Beratung	29
Regelhafte Beratungseinsätze zu Hause	29
Berufliche Freistellung	30
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld	30
Pflegezeit	30
Familienpflegezeit	31
Leistungen der sozialen Sicherung	31
Unfallversicherung	32
Rentenversicherung	32
Arbeitslosenversicherung	32
Pflegekurse und Schulungen	33
Hilfsmittel	33
Verhinderungspflege	34
Kurzzeitpflege	35
Tagespflege	36
Vollstationäre Pflege	36
Weiterführende Informationen	38
Quellen	39

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) werden zum 1. Januar 2017 wesentliche Neuerungen in der Pflegeversicherung umgesetzt. Insbesondere geht es um eine neue Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Diese orientiert sich an den vorhandenen Fähigkeiten von Menschen. Die Grundlage liegt darin, den Grad der Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Personen zu ermitteln.

Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) verwenden dazu ein neues Verfahren zur Begutachtung (Neues Begutachtungs Assessment = NBA). Die Pflegebedürftigkeit wird dann nicht mehr in drei Pflegestufen, sondern in fünf Pflegegraden dargestellt.

Diese grundlegenden Änderungen in der Pflegeversicherung sind notwendig geworden, damit alle pflegebedürftigen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Künftig werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit einbezogen. Pflegebedürftige Personen sollen dadurch individueller unterstützt werden können.

Die AWO als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit rund 900 teil- und vollstationären Einrichtungen, in denen täglich mehr als 70.000 pflegebedürftige Menschen betreut werden, sowie 500 ambulanten Diensten und Sozialstationen hat sich seit vielen Jahren für die Einführung eines neuen, erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt.

Daher sehen wir uns ganz besonders in der Verpflichtung die praktische Umsetzung des neuen Pflegebegriffs mit Rat und Tat zu begleiten. Ein Baustein dafür ist diese Broschüre, die von der AWO- Pflegeberatung entwickelt wurde.

Sollten sich für Sie als pflegebedürftige Person oder nahe Pflegeperson noch weitere Fragen ergeben, kommen Sie gerne auf uns zu.

Berlin, im November 2016

Mit freundlichen Grüßen

Brigitte Döcker
Vorstandsmitglied
AWO Bundesverband

Änderungen für pflegebedürftige Personen

Sie haben bereits eine Pflegestufe. Wie bekommen Sie einen Pflegegrad?

Zum 01. Januar 2017 werden alle pflegebedürftigen Personen, die eine Pflegestufe haben, im Regelfall in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. Besteht eine zusätzlich festgestellte Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sog. PEA, z. B. bei einer Demenz), dann werden Sie in den übernächsten Pflegegrad überstellt.

Das geschieht ganz automatisch. Eine erneute Begutachtung findet nicht statt. Ihre Pflegekasse sendet Ihnen im vierten Quartal 2016 eine schriftliche Benachrichtigung mit Ihrem umgewandelten Pflegegrad zu.

Für den Pflegegrad 1 gibt es keinen Umwandlungsanspruch, er wird ganz neu eingeführt.

In der folgenden Tabelle werden die möglichen Überleitungssprünge dargestellt:

Pflegestufen (Bis 31.12.2016)	0 (+PEA)	I	I (+PEA)	II	II (+PEA)	III	III (+PEA)	Härtefall
	123 Euro	244 Euro	316 Euro	458 Euro	545 Euro	728 Euro	728 Euro	----
	Geldleistung							
	231 Euro	468 Euro	689 Euro	1.144 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
	Sachleistung ambulant							
Pflegegrade (Ab 01.01.2017)	1	2	3	4	5			
	125 Euro	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro			
	Geldleistung ambulant							
	-----	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro			
	Sachleistung ambulant							
Leistungsbetrag stationär	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro			

Was geschieht mit Ihren bisherigen Pflegeleistungen? Die Überleitungsregeln

Ein gesetzlicher Leistungs- und Bestandsschutz regelt, dass alle pflegebedürftigen Personen, die bis zum 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, weder zurückgestuft noch schlechter gestellt werden dürfen.

Folgende Regelungen gelten:

Pflege zu Hause

Für Ihre häusliche Versorgung bedeutet das über den 01. Januar 2017 hinaus einen automatischen „Besitzstandsschutz“ für regelmäßig wiederkehrende Leistungen wie:

- Pflegesachleistung, Pflegegeld, Kombinationsleistung
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
- Verhinderungspflege
- Tages-/Nachtpflege
- Pflegehilfsmittel
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen



Auch bei kurzzeitiger Unterbrechung verlieren Sie diesen Anspruch nicht. Die Leistungen werden weiter finanziert.

Pflege in einer vollstationären Einrichtung

Nach der Überleitung ab dem 01. Januar 2017 müssen Sie als Bewohnerin oder Bewohner eines Pflegeheims keinen höheren Eigenanteil an Pflegekosten zahlen als bisher. Die Differenz zwischen dem neuen und dem alten Eigenanteil wird von Ihrer Pflegekasse übernommen. Dies gilt nicht, wenn Sie als pflege-

bedürftige Person ab 2017 erstmalig in ein Pflegeheim aufgenommen werden.

Ebenso wird der Betrag des Eigenanteils zukünftig nicht mehr wie bisher bei einem höheren Pflegegrad ansteigen. Unabhängig von Ihrem Pflegegrad zahlen alle Bewohner denselben Betrag für pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.



Wie bisher müssen Sie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen selbst tragen. Diese unterscheiden sich von Pflegeheim zu Pflegeheim.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Sie erhalten bis zum 31. Dezember 2016 zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit einem erhöhten Betrag von 208 Euro. Durch die Überleitung bekommen Sie nur einen Differenzbetrag bis zu 83 Euro zusätzlich gezahlt, sofern Ihre gesamten Leistungen, die durch die Umstellung in einen anderen Pflegegrad entstehen, nicht bereits höher ausfallen.



Bei Pflegestufe 1 mit erhöhter eingeschränkter Alltagskompetenz beziehen Sie bis 31. Dezember 2016 ein Pflegegeld von 233 Euro, zusätzlich 208 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen, das macht zusammen 441 Euro.

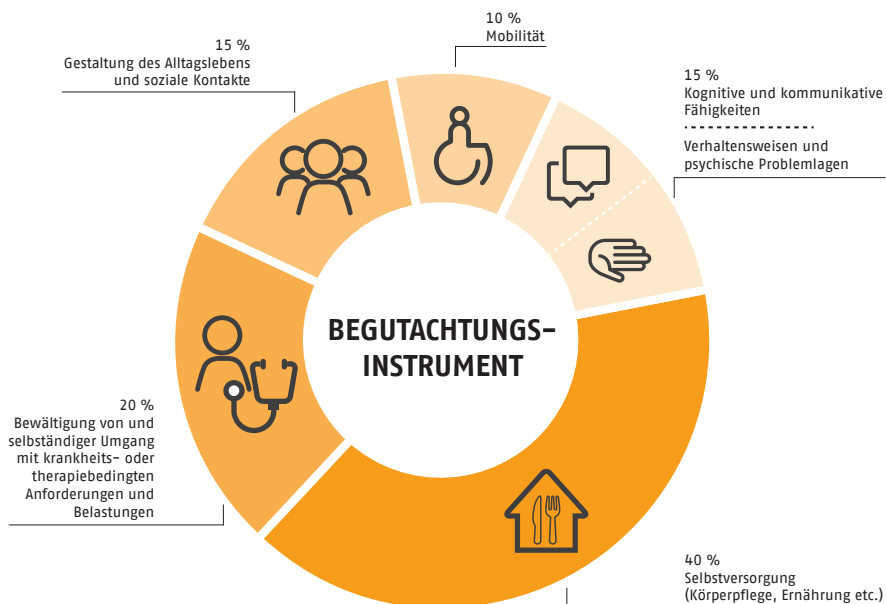
Ab 01. Januar 2017: Sie kommen durch die Doppelsprung-Überleitung in den Pflegegrad 3 und erhalten ein Pflegegeld von 545 Euro, zusätzlich haben Sie Anspruch auf den Entlastungsbetrag von 125 Euro, das macht zusammen 670 Euro.

Sie erhalten in dem neuen Pflegeversicherungssystem 229 Euro mehr an Leistungen und haben daher keinen Anspruch, da sie mit dem neuen Leistungsbetrag deutlich höher als der angesetzte Differenzbetrag liegen.

Die neue Pflegebedürftigkeit

Ab dem 01. Januar 2017 werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit einbezogen. Was zählt, ist der Grad der Unterstützung – unabhängig davon, an welcher Erkrankung jemand leidet.

Wenn Sie dann einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, wird eine Gutachterin oder ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder ein anderes Begutachtungsunternehmen das neue Begutachtungsverfahren (Neues Begutachtungsassessment = NBA) zur Eingruppierung der Pflegebedürftigkeit anwenden. Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind nun die gesundheitlichen Beeinträchtigungen Ihrer Selbstständigkeit oder Ihrer Fähigkeiten. In sechs verschiedenen Aktivitäts- oder Lebensbereichen, den sogenannten Modulen, wird geprüft, was Sie noch selbst machen können oder wo Sie auf Hilfe anderer Personen angewiesen sind.



Folgende sechs Bereiche werden bei Ihnen begutachtet und fließen in die Gesamtbewertung und Zuordnung für Ihren Pflegegrad ein.

Diese Fragen sind in der Begutachtung wichtig:

1. Mobilität	Wie selbständig können Sie sich fortbewegen und Ihre Körperhaltung ändern?
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Wie finden Sie sich in Ihrem Alltag zeitlich und örtlich zurecht? Können Sie selbst Entscheidungen treffen?
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Wie dringend wird Hilfe aufgrund von psychischen Problemen wie etwa bei aggressivem oder ängstlichem Verhalten benötigt?
4. Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung etc.)	Wie selbständig können Sie sich im Alltag bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken versorgen?
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Wie aufwendig oder belastend ist die Unterstützung beim Umgang mit Krankheit und bei Behandlungen zum Beispiel bei Medikamentengabe oder Verbandswechsel?
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Wie selbständig können Sie noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?
7. <i>Außerhäusliche Aktivitäten</i>	
8. <i>Haushaltsführung</i>	

Die Bereiche „*Außerhäusliche Aktivitäten*“ und „*Haushaltsführung*“ sind für die Zuordnung in einen Pflegegrad nicht wichtig. Es werden keine Punkte dafür vergeben. Die erhobenen Informationen zu den beiden Bereichen sollen dabei helfen, die Pflege besser zu planen.

Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?

Die Zuordnung Ihres Pflegegrades erfolgt anhand eines Punktesystems. Jeder Bereich enthält mehrere Eigenschaften (auch Kriterien genannt).

Hier ein Beispiel für den Bereich **Mobilität**:

Positionswechsel im Bett	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Halten einer stabilen Sitzposition	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Umsetzen/Aufstehen aus sitzender Position	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Treppensteigen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

Für jede einzelne Eigenschaft werden je nach Schwere der Beeinträchtigungen Punkte vergeben. Dabei wird nach den vier Einteilungen „*selbständig*“, „*überwiegend selbständig*“, „*überwiegend unselbständig*“ und „*unselbständig*“ unterschieden. „*Selbständig*“ bedeutet danach, dass keinerlei Hilfe durch andere notwendig ist. „*Unselbständig*“ besagt, dass Sie als pflegebedürftige Person vollkommen auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen sind. Grundsätzlich gilt: Je umfangreicher Ihre Beeinträchtigungen bei Fähigkeiten und Aktivitäten sind, desto höher sind die für das jeweilige Kriterium (z. B. Treppensteigen) zu vergebenden Punkte.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden anschließend zusammengezählt und gewichtet. Das bedeutet: Entsprechend Ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein.

Übersicht der Gewichtung:



Mobilität = 10 Prozent



Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen = 15 Prozent



Selbstversorgung = 40 Prozent



Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen = 20 Prozent



Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte = 15 Prozent

Die Gewichtung bewirkt, dass zur Ermittlung des Gesamtpunkts gleichermaßen körperliche wie kognitive oder psychische Erkrankungen gerecht berücksichtigt werden.

Eine Besonderheit stellen die Bereiche 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) dar. Hier gehen nicht beide, sondern nur der höchste der gewichteten Punktwerte in die Berechnung ein.

Anhand des Gesamtpunktwerts, der zwischen 0 und 100 Punkten liegen kann, wird dann das Ausmaß Ihrer Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet.

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

Pflegegrad 1	12,5 bis 26,9 Punkte	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 2	27,0 bis 47,4 Punkte	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 3	47,5 bis 69,9 Punkte	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 4	70,0 bis 89,9 Punkte	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 5	90,0 bis 100 Punkte	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion vor. Ab dem 01. Januar 2017 werden folgende Leistungssätze pro Pflegegrad ausgezahlt.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant	125 Euro*	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro
Sachleistung ambulant	125 Euro*	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Leistungsbetrag stationär	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro

* Entlastungsbetrag: Der Betrag wird nicht ausgezahlt. Die Kosten werden erstattet. Er kann bei Pflegegrad 1 ausnahmsweise auch für die Sachleistung durch einen Pflegedienst (Grundpflege) sowie für Betreuung und Hauswirtschaft eingesetzt werden.



Ab dem 01. Januar 2017 wird jeder neue Antrag auf Pflegeleistungen nach den neuen Richtlinien begutachtet.

Anträge (und Widersprüche), die bis zum 31. Dezember 2016 gestellt und erst im Jahr 2017 begutachtet werden, erfolgen noch nach dem alten Begutachtungsverfahren.

Wiederholungsprüfungen auf Pflegeleistungen werden bis zum 31. Dezember 2018 ausgesetzt, solange nicht die pflegebedürftige Person einen Antrag auf Höherstufung stellt.

Der Pflegegrad 1 ist die erste Stufe der Pflegebedürftigkeit und bedeutet, dass Sie noch weitestgehend selbständig sind und wenig Unterstützung benötigen. Ihnen steht damit eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsangebote zur Verfügung, die Sie auch nebeneinander in Anspruch nehmen können, um möglichst lange in Ihrem Zuhause verbleiben zu können.

Hier einige Beispiele dazu: Häusliche Pflegeberatung, Versorgung mit Hilfsmitteln, Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen und Pflegekurse für Pflegepersonen. Außerdem haben Sie Anspruch auf einen Betrag von 125 Euro für zweckgebundene Leistungen in der Betreuung und Hauswirtschaft sowie Unterstützung in dem Bereich der Selbstversorgung wie beispielsweise beim Duschen, Baden oder der Inkontinenzversorgung.



Die zweckgebundenen Leistungen bekommen Sie gegen Vorlage der entsprechenden Belege zurückerstattet. Nicht verbrauchte Entlastungsbeträge können bis zum 30. Juni des Folgejahres in Anspruch genommen werden.

Wie wird die Pflegebedürftigkeit in Ihrem Zuhause festgestellt?

Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ist von der Vorversicherungszeit abhängig. Diese gilt, wenn Sie vor der Antragstellung innerhalb der letzten zehn Jahre zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen waren.

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss eine Pflegebedürftigkeit für mindestens sechs Monate oder auf Dauer bestehen.

Ihre Kontaktstelle für einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ist die Krankenkasse der Antragstellerin oder des Antragstellers. Sie können einfach anrufen und sich die Unterlagen zusenden lassen oder Sie bekommen die Unterlagen digital zur Verfügung gestellt.

Auf Wunsch können Sie auch einen formlosen Brief schreiben:

Name, Anschrift, Versicherungsnummer, Datum.

„Ich stelle hiermit einen formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.“



Der Beginn der Leistung ist vom Zeitpunkt der Antragstellung abhängig. Das Datum der Antragstellung ist von der Krankenkasse festzuhalten. Das sollten Sie auch tun, um später zu überprüfen, ob die Pflegekasse vom Tag der Antragstellung an zahlt.

Der Pflegeantrag setzt sich aus verschiedenen Fragen zur Person und zum Hilfebedarf zusammen. Sie müssen ebenfalls angeben, ob Sie einen Pflegedienst (Sachleistungen) oder private Hilfe (Pflegegeld) in Anspruch nehmen wollen. Beides zusammen ist auch möglich. Den ausgefüllten Pflegeantrag senden Sie an die Krankenkasse zurück.



Die Antragstellerin oder der Antragsteller ist immer die pflegebedürftige Person selbst. Sie muss den Antrag selbst unterschreiben. Möchten Sie also Pflegeleistungen für eine Person beantragen, benötigen Sie eine Vollmacht der pflegebedürftigen Person oder eine Betreuungsvollmacht durch das Amtsgericht.

Nachdem der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, beauftragt diese den MDK oder ein anderes Begutachtungsunternehmen, den Grad der Selbstständigkeit einzuschätzen. Dazu meldet sich eine Pflegefachkraft oder eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen und vereinbart einen Hausbesuch.

Dieser Hausbesuch ist die Grundlage für ein Pflegegutachten. Darin schlägt die Gutachterin oder der Gutachter der Pflegekasse die Einstufung in den Pflegegrad 1 bis 5 beziehungsweise die Ablehnung des Antrags vor.

Die Pflegekasse folgt in der Regel dieser fachlichen Einschätzung und schickt Ihnen den Bescheid über die Einstufung in einen Pflegegrad zu.

Spätestens fünf Wochen nachdem die Pflegekasse Ihren Antrag erhalten hat, muss sie Ihnen das Ergebnis der Einstufung in einen Pflegegrad mitteilen. Wenn Sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden sind, können Sie gegen den Bescheid Widerspruch einlegen.

Die Frist hierfür beträgt einen Monat nach Zustellung des Bescheides und muss schriftlich bei der Pflegekasse erfolgen. Verwenden Sie hierfür am besten ein Einschreiben mit Rückschein. Es genügt ein formloses Schreiben mit der kurzen Mitteilung, dass Sie Widerspruch einlegen wollen. Sie können gleich eine Begründung nennen oder diese später nachreichen.



Auch das Widerspruchsschreiben muss von der pflegebedürftigen oder einer bevollmächtigten Person (einer gesetzlichen Vertreterin oder einem gesetzlichen Vertreter) unterschrieben werden.

Wie können Sie die Leistungen der Pflegeversicherung einsetzen?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Geld-, Sach- und Dienstleistungen eingeteilt und können flexibel nebeneinander eingesetzt werden. Welche Möglichkeiten Sie haben, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben als pflegebedürftige Person in Ihrem Zuhause mit entsprechenden Leistungen zu führen, zeigen wir Ihnen im Folgenden.

Hier bekommen Sie einen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung:

Pflegegeld

Möchten Sie Ihre häusliche Versorgung und Betreuung durch private Pflegepersonen selbständig finanzieren, dann können Sie ab dem Pflegegrad 2 Pflegegeld beantragen. Die Pflegekasse zahlt das Geld an Sie als pflegebedürftige Person. Damit können Sie dann Ihre Versorgung planen. Benötigen Sie die professionelle Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes, so teilen Sie das Ihrer Pflegekasse mit.



Sie beziehen Pflegegeld und möchten Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, dann bekommen Sie weiterhin den halben Pflegegeldsatz in der Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen und in der Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen überwiesen.

Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe)

Kümmert sich ein professioneller Pflegedienst um die Pflege, dann haben Sie ab Pflegegrad 2 einen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen (aus den Begutachtungsbereichen 1 und 4) und pflegerische Betreuungsmaßnahmen (aus den Begutachtungsbereichen 2, 3 und 6) sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Sie können die Leistungen der soge-

nannten häuslichen Pflegehilfe nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen frei wählen. Die Leistungen werden direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Wenn Sie in den Pflegegrad 1 eingestuft wurden, dann können Sie Ihren Entlastungsbetrag von 125 Euro auch für Sachleistungen (aus dem Bereich Selbstversorgung wie beispielsweise beim Duschen, Baden oder der Inkontinenzversorgung) eines ambulanten Pflegedienstes verwenden. Dazu stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse. Sie bekommen die Aufwendungen bis zur genannten Summe erstattet.



Sie können neben der Pflegesachleistung auch Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit- und Tagespflege beziehen. Ebenso haben Sie Anspruch auf den Entlastungsbetrag.

Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung

Möchten Sie nur bestimmte Hilfen von einem professionellen Pflegedienst auswählen und schöpfen die monatlichen Beträge für die Pflegesachleistung nicht aus? Dann wird Ihnen als pflegebedürftiger Person im Pflegegrad 2 bis 5 ein anteiliger Betrag des Pflegegeldes ausgezahlt.



Bei Pflegegrad 2 besteht ein voller Anspruch auf Pflegesachleistung in Höhe von monatlich 689 Euro. Davon nehmen Sie nur 75 Prozent (= 516,75 Euro) in Anspruch. Sie haben daher noch einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 25 Prozent.

Der volle Anspruch auf Pflegegeld des Pflegegrades 2 beträgt 316 Euro. 25 Prozent von 316 Euro ergeben ein Pflegegeld von 79 Euro, über das Sie als pflegebedürftige Person verfügen können.



Die gewählte Leistungsart muss mindestens sechs Monate beibehalten werden.

Pflege zu Hause		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	----	316 Euro			728 Euro	901 Euro
• monatlich				545 Euro		
Pflegesachleistung für ambulante Pflegedienste	----	689 Euro		1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
• monatlich bis zu						
Werden die monatlichen Beträge für die Pflegesachleistung nicht ausgeschöpft, wird ein anteiliger Betrag des Pflegegeldes ausgezahlt.						
Verhinderungspflege für bis zu 4 Wochen im Jahr						
Auch stundenweise						
• durch nahe Angehörige	----	474 Euro	817,50 Euro	1.092 Euro	1.351,50 Euro	
• durch sonstige Personen						
(z.B. ambulante Pflege)		1.612 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro
Sobald eine sechsmonatige Vorpflegezeit erfolgt ist, besteht ein Anspruch auf Verhinderungspflege sofort. Der jährliche Betrag für die Kurzzeitpflege von 1.612 Euro kann bis zur Hälfte (maximal 806 Euro) für die Verhinderungspflege eingesetzt werden! In diesem Fall erhöht sich der Zeitraum auf 42 Tage und der Betrag auf 2.418 Euro im Jahr. Auf Nachweis werden den nahen Angehörige notwendige Aufwendungen (Verdienstaufschlag, Fahrtkosten) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.						
Entlastungsbetrag		125 Euro				
• monatlich bis zu						
• für alle Pflegegrade						
Umwandlungsanspruch		----	Pflegebedürftige können bis zu bis zu 40 Prozent des Betrages für ambulante Sachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen.			
Beratungseinsätze zu Hause		Halbjährliche Beratung, als Anspruch	Halbjährliche Beratung, verpflichtend.		Vierteljährliche Beratung, verpflichtend.	
• durch zugelassenen Pflegedienst oder anerkannte Beratungsstelle						
Pflegehilfsmittel			40 Euro			
• als Sachleistung monatlich bis zu						
Zum Verbrauch bestimmt, wie Desinfektionsmittel, Handschuhe						

Pflege zu Hause	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Technische Pflegehilfsmittel • z. B. Pflegebett	Leihweise kostenlos, ansonsten Übernahme von 90% der Kosten unter Berücksichtigung von höchstens 25 Euro Eigenbeteiligung je Hilfsmittel				
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes					
1. Je Maßnahme bis zu	4.000 Euro				
2. Für mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung bis zu	16.000 Euro				
Wohngruppenzuschlag für ambulant betreute Wohngruppen	Ein Anspruch auf diese Leistung besteht, wenn Sie mindestens mit zwei und höchstens elf Personen zusammenleben, davon müssen drei pflegebedürftig sein.				
• Grundbetrag monatlich	214 Euro				
Pflege in Einrichtungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen im Jahr	1.612 Euro				
• Pflegeaufwendungen bis zu	Der jährliche Betrag für die Verhinderungspflege von 1.612 Euro kann teilweise oder komplett für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden! In diesem Fall steht ein maximaler Betrag von 3.224 Euro für die Pflegeaufwendungen zu.				
Tages- und Nachtpflege					
• Pflegeaufwendungen monatlich bis zu	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro	
Pflegebedürftige Personen einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft können zusätzlich Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.					
Pflegebedürftige können Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen und /oder Pflegegeld in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.					
Vollstationäre Pflege im Heim	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro
Vollstationäre Pflege für behinderte Menschen	266 Euro				
• monatlich					

Entlastungsbetrag

Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich wird Ihnen auf Antrag gewährt. Es handelt sich um einen Zuschuss, der Ihnen zweckgebunden für Angebote zur Betreuung und zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen dient. Er kann auch für Angebote eingesetzt werden, die Sie als pflegebedürftige Person bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder des Haushalts entlasten oder unterstützen sollen.

Das können unterschiedliche Angebote sein: von Betreuungsangeboten bis hin zu Unterstützungsangeboten in der Haushaltsführung. Alle Angebote zur Unterstützung im Alltag müssen durch das jeweilige Landesrecht Ihres Wohnortes zugelassen sein.

Im Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag auch für Sachleistungen (aus dem Bereich der Selbstversorgung wie Duschen, Baden oder Inkontinenzversorgung) eingesetzt werden.

In den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Betrag ebenfalls zur Bezuschussung des Eigenanteils von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und/oder Investitionskosten können damit gegen Beleg anteilig erstattet werden.



Der Entlastungsbetrag wird gegen entsprechende Belege bis zum Höchstbetrag von Ihrer Pflegekasse zurück-erstattet.

Umwandlungsanspruch

Erhalten Sie als pflegebedürftige Person in den Pflegegraden 2 bis 5 Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst, besteht die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Ihnen nach dem Pflegegrad zustehenden Betrags in Entlastungsleistungen im Alltag umzuwandeln. Voraussetzung ist, dass der

Betrag für die Pflegesachleistung noch nicht vollständig aufgebraucht ist.



Sie haben im Pflegegrad 3 einen Anspruch auf einen Pflegesachleistungsbetrag von 1.298 Euro. Davon werden 1.005 Euro für einen ambulanten Pflegedienst ausgegeben. Es bleibt eine Summe von 293 Euro für Leistungen zur Alltagsunterstützung übrig. Zusammen mit dem Entlastungsbetrag von 125 Euro steht Ihnen mit 418 Euro die höchstmögliche Summe für Angebote zur Alltagsunterstützung zur Verfügung.

Hilfsmittel

Sie haben als pflegebedürftige Person in den Pflegegraden 1 bis 5 einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die der Erleichterung der Pflege und der Linderung Ihrer Beschwerden dienen oder die Ihnen eine selbständigere Lebensführung in Ihrem Zuhause gestatten. Wenn Sie bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit durch den MDK der Empfehlung von Pflege- oder technischen Hilfsmitteln zustimmen, wird automatisch ein Antrag auf diese Leistungen ausgelöst. Der MDK leitet den Antrag an die Pflegekasse weiter, diese gibt dann die Auslieferung in Auftrag.



Zur Sicherheit fragen Sie bei Ihrer Pflegekasse nach.

Unterschieden werden:

- Pflegehilfsmittel. Das sind Verbrauchsmaterialien in der häuslichen Pflege (z. B. Einweghandschuhe, Desinfektionsmittel). Diese erhalten Sie bis zu einem Wert von 40 Euro monatlich von Ihrer Pflegekasse.
- Technische Hilfsmittel. Diese werden zum Erhalt Ihrer Selbstständigkeit verordnet (z. B. Toilettenhilfen, Pflegebetten, Badewannenlifter). Bei den technischen Hilfs-

mitteln fällt eine Eigenbeteiligung je Hilfsmittel von höchstens 25 Euro an, 90 Prozent der Kosten werden übernommen.

Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

Als pflegebedürftige Person in den Pflegegraden 1 bis 5 können Sie zur Verbesserung Ihres persönlichen Wohnumfeldes finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen beantragen. Es gilt die Höchstgrenze von 4.000 Euro pro Maßnahme.

Beispielsweise können Sie damit einen Umbau im Bad bezuschussen lassen. Bedingung dafür ist, dass die Maßnahmen der Erleichterung der häuslichen Pflege oder der Wiederherstellung Ihrer selbständigen Lebensführung dienen.

Verhinderungspflege

Sie haben einen Pflegegrad und werden schon länger als sechs Monate von einem nahen Familienmitglied in Ihrem Zuhause gepflegt? Ab Pflegegrad 2 bis 5 haben Sie einen Anspruch auf Verhinderungspflege. Damit Sie auch beim Ausfall Ihrer pflegenden Angehörigen weiter zu Hause versorgt werden können, stellt Ihnen die Pflegeversicherung jedes Jahr bis zu sechs Wochen einen maximalen Betrag von 1.612 Euro für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Diese kann von Ihnen selbst organisiert und in verschiedenen Varianten genutzt werden:

- Verhinderungspflege durch nicht erwerbsmäßig pflegende Person (z. B. Angehörige, Lebenspartnerin/Lebenspartner, Nachbarin/Nachbar, Bekannte)
- Häusliche Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder familienentlastende Dienste
- Stundenweise Verhinderungspflege
- Verhinderungspflege in einer Tagespflegereinrichtung
- Verhinderungspflege in einer stationären Pflegeeinrichtung
- Verhinderungspflege am Urlaubsort



Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann zusätzlich zu dem Ihnen für die Kurzzeitpflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro (50 Prozent der Kurzzeitpflege) auf insgesamt 2.418 Euro pro Kalenderjahr erhöht werden. Voraussetzung ist, dass für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde.

Anfallende Kosten, zum Beispiel für Unterkunft und Verpflegung, sind von Ihnen als pflegebedürftiger Person selbst zu tragen.

Kurzzeitpflege

Können Sie als pflegebedürftige Person in den Pflegegraden 2 bis 5 beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt aus verschiedenen Gründen noch nicht in Ihr Zuhause entlassen werden, dann haben Sie Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung, in der Sie rund um die Uhr versorgt werden. Dafür stellt Ihnen die Pflegeversicherung jedes Jahr einen Betrag von bis zu 1.612 Euro für maximal acht Wochen zur Verfügung.



Den zusätzlichen Entlastungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag können Sie für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten in der Kurzzeitpflegeeinrichtung einsetzen.

Tagespflege

Als pflegebedürftige Person in den Pflegegraden 2 bis 5 haben Sie Anspruch auf die Versorgung in einer Tagespflegeeinrichtung bis zur festgelegten Höchstgrenze. Die Tagespflege kann ohne Anrechnung neben dem Pflegegeld, der Pflegesachleistung oder der Kombinationsleistung vollständig genutzt werden.

Eine Tagespflege bietet sich an, wenn Ihre Pflegeperson anderweitig beschäftigt ist oder Ihre Pflegebedürftigkeit sich ver-

schlechtert hat. Sie erhalten in der Einrichtung von morgens bis zum späten Nachmittag ein Angebot vielfältiger pflegerischer und therapeutischer Leistungen wie Beschäftigungsangebote, Kontakte zu anderen Menschen, das Wiedereinüben alltäglicher Verrichtungen, Hilfe bei der Grundpflege (z. B. Körperpflege) und die Übernahme medizinisch-therapeutischer Maßnahmen (z. B. Medikamentengabe). Sie werden mit einem Fahrdienst von Ihrer Wohnung zur Einrichtung und wieder zurück befördert.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Tages- pflege	----	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro



Die Tagespflege muss nicht jeden Tag besucht werden. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen Sie als pflegebedürftiges Familienmitglied selbst tragen.

Vollstationäre Pflege

Sie möchten als pflegebedürftige Person in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung umziehen, weil Sie zu Hause nicht mehr richtig versorgt werden können oder weil Ihre Pflegeperson mit der Pflegesituation überfordert ist. Dann haben Sie ab Pflegegrad 2 bis 5 die Möglichkeit, das als Leistung der Pflegeversicherung zuerkannt zu bekommen.

Die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung erfordert eine Antragstellung bei Ihrer Pflegekasse. Diese sendet Ihnen das Antragsformular zu.



Wird bei Pflegegrad 1 die vollstationäre Pflege nötig, zahlt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen

Welche Leistungen entlasten Sie in der häuslichen Versorgung?

Als pflegende/r Angehörige/r oder nahestehende Pflegeperson haben Sie die Möglichkeit, bei der Planung der häuslichen Versorgung mit der pflegebedürftigen Person Leistungen der Pflegeversicherung flexibel einzusetzen und umfangreich auszus schöpfen. Dazu können Sie eine Vielzahl von Leistungen nebeneinander in Anspruch nehmen und so einen höheren Anteil an Entlastung für sich gewinnen.

Beratung

Sie haben Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung durch die bundesweiten Pflegestützpunkte oder Ihre Pflegekasse. Auf Wunsch und mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person können diese Beratungen auch in der häuslichen Umgebung stattfinden.

Regelhafte Beratungseinsätze zu Hause

Wenn Sie als angehörige Pflegeperson ohne professionellen Pflegedienst allein die pflegebedürftige Person pflegen – das heißt, wenn Pflegegeld bezogen wird –, dann sind Sie gehalten, in den Pflegegraden 2 bis 5 eine professionelle Beratung beispielsweise durch einen Pflegedienst vor Ort wahrzunehmen. Die verbindlichen Beratungen für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 und 3 sind in einer halbjährlichen und für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 4 und 5 in einer vierteljährlichen Regelmäßigkeit festgelegt. Nutzen Sie diesen Hausbesuch für Fragen zu Ihrer Pflege zu Hause.



Auch pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 haben halbjährlich einen Anspruch auf Beratungseinsätze zu Hause.

Berufliche Freistellung

Als berufstätige Pflegeperson können Sie verschiedene Modelle von Arbeitsfreistellungen in Anspruch nehmen:

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Wird ein Familienmitglied, bei dem mindestens Pflegegrad 2 vorliegt, akut pflegebedürftig oder verschlechtert sich seine Pflegesituation entscheidend, dann können Sie sich als nahe/r Angehörige/r (z. B. Stiefeltern, lebenspartnerschaftliche Gemeinschaften, Schwägerinnen und Schwäger, Schwieger- und Enkelkinder) zehn Arbeitstage freistellen lassen, um die Pflege zu organisieren. Dieser Anspruch ist unabhängig von der Größe des Unternehmens. Die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber ist in der Regel zur Lohnfortzahlung nicht verpflichtet. Das bedeutet, dass es sich hierbei um einen unbezahlten Sonderurlaub handelt. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt quasi als Lohnersatzleistung für das entgangene Arbeitsentgelt. Als finanziellen Ausgleich erhalten Sie auf umgehenden Antrag Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse Ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds.

Pflegezeit

Benötigen Sie mehr Zeit für die Planung der häuslichen Pflege Ihrer/Ihres pflegebedürftigen Angehörigen (ab Pflegegrad 2), können Sie sich bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen. Das ist möglich, wenn Sie in einem Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten.

Der Pflegegrad muss durch eine Bescheinigung von der Pflegekasse nachgewiesen werden. Zur Sicherung Ihres Lebensunter-

halts können Sie ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen.

Zur Begleitung einer/s nahen pflegebedürftigen Angehörigen in der letzten Lebensphase besteht zusätzlicher Anspruch auf eine vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu drei Monaten. Ist ein minderjähriges pflegebedürftiges Familienmitglied zu Hause oder außerhäuslich zu betreuen, besteht ebenfalls ein Anspruch auf eine teilweise oder vollständige Freistellung im Rahmen der Pflegezeit von bis zu sechs Monaten.

Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit bietet Ihnen die Möglichkeit, für die Versorgung einer/eines pflegebedürftigen Angehörigen (ab Pflegegrad 2) zwei Jahre lang Ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren. Diese geforderte Mindestarbeitszeit muss nur im Durchschnitt eines Jahres vorliegen. Sie können sie ganz nach den Bedürfnissen der Betreuungssituation ausrichten.

Die Familienpflegezeit ist ein Rechtsanspruch, sofern Ihre Arbeitgeberin/Ihr Arbeitgeber neben Auszubildenden insgesamt mindestens 26 Personen beschäftigt. Zur Sicherung des Lebensunterhalts besteht ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen. Dieses können Sie bei Bedarf direkt beim BAFzA beantragen; es wird Ihnen in monatlichen Raten ausgezahlt.

Leistungen der sozialen Sicherung

Die Pflegeversicherung bietet Ihnen als pflegende Person Unfallversicherungsschutz, zahlt Rentenversicherungsbeiträge und unterstützt die berufliche Wiedereingliederung nach der Pflege.

Damit Sie von der Pflegeversicherung als Pflegeperson anerkannt werden, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie pflegen eine oder mehrere Personen mit mindestens Pflegegrad 2.
- Sie pflegen in der häuslichen Umgebung.
- Sie führen die Pflege nicht erwerbsmäßig durch.
- Sie pflegen mindestens zehn Stunden an mindestens zwei Tage in der Woche.
- Sie dürfen nicht mehr als 30 Stunden in der Woche zusätzlich erwerbstätig sein.

Unfallversicherung

Sollten Sie bei der Ausübung der Pflegetätigkeit zu Schaden kommen, zahlt die Unfallversicherung. Hierunter fallen Arbeitsunfälle (wenn Sie sich bei der unmittelbaren Versorgung der pflegebedürftigen Person verletzen), Wegeunfälle (wenn Sie sich beim Einkauf für die pflegebedürftige Person verletzen) und Berufskrankheiten (z. B. Infektions- oder Hautkrankheiten, die durch die pflegebedürftige Person verursacht wurden).



Der Versicherungsschutz besteht automatisch, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Rentenversicherung

Wenn Sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche sozialversicherungspflichtig arbeiten, zahlt Ihnen die Pflegekasse Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Höhe der Beiträge richtet sich sowohl nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person als auch nach dem gewählten Leistungsanspruch (Pflegesachleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung) und damit dem Gesamtpflegeaufwand, den die Pflegeperson leistet. Teilen Sie sich mit anderen Pflegepersonen die Pflege oder es ist noch ein ambulanter Pflegedienst an der Pflege beteiligt, dann wird das bei der Berechnung für die Rentenansprüche berücksichtigt.



Der prozentuale Anteil der Pflegebetreuung wurde in der monatlichen Durchschnittsberechnung des Rentenbezugs neu aufgeteilt. Informationen dazu erhalten Sie bei der Deutschen Rentenversicherung.

Arbeitslosenversicherung

Während der pflegerischen Tätigkeit werden für Sie unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet. Nach dem Ende der Pflegezeit besteht die Möglichkeit, Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen zur Arbeitsförderung zu beanspruchen.



Um als Pflegeperson Leistungen der Arbeitslosenversicherung in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie unmittelbar vor der Pflege Ihrer/Ihres Angehörigen versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein oder eine Betätigung ausgeübt haben, die als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gefördert wurde.

Pflegekurse und Schulungen

Wenn Sie eine pflegebedürftige Person zu Hause pflegen oder sich auf eine häusliche Pflege vorbereiten wollen, können Sie Gruppenkurse oder Einzelschulungen in Anspruch nehmen. Die Teilnahme an den Schulungen ist für Sie kostenlos. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, Pflegekurse und Schulungen für Sie als angehörige oder ehrenamtliche Pflegeperson anzubieten, auf Wunsch auch zu Hause bei der pflegebedürftigen Person.



Ein wichtiger Teil der Gruppenkurse ist der Erfahrungsaustausch mit anderen pflegenden Angehörigen. Sie kommen mit Menschen zusammen, die sich in einer ähnlichen Situation wie Sie befinden, und können sich mit ihnen zu Problemen, Ängsten und Sorgen und dem Umgang damit austauschen. Das kann helfen, mit eigenen Unsicherheiten zurechtzukommen.

Hilfsmittel

Für die Pflege zu Hause stehen der pflegebedürftigen Person monatlich Pflegehilfsmittel im Wert von 40 Euro als Sachleistung zum Verbrauch bei der pflegerischen Verrichtung zur Verfügung. Es handelt sich beispielsweise um Einmalhandschuhe, Schutzschürzen, Desinfektionsmittel, Mundschutz oder Bettunterlagen. Welche Hilfsmittel benötigt werden, hängt von der Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person ab.



Wie Sie zu Ihren gewünschten Hilfsmitteln kommen erfahren Sie von der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person.

Verhinderungspflege

Sie stoßen an Ihre Belastbarkeitsgrenzen und brauchen dringend einen Erholungsurlaub oder eine Auszeit? Oder: Sie sind selbst erkrankt und suchen kurzfristig Ersatz? Oder: Erhält Ihr Familienmitglied Pflegehilfe durch eine „Laienpflegeperson“, die kurzfristig ausfällt? Für diese Fälle bietet die Pflegeversicherung die sogenannte Verhinderungspflege an. Oft wird dieser Anspruch auch als Ersatz- oder Urlaubspflege bezeichnet.

Übernehmen Sie als Verwandte oder Verschwägte(bis zum zweiten Grad) die Pflege, bzw. leben Sie als Pflegeperson in häuslicher Gemeinschaft mit der pflegebedürftigen Person und übernehmen die Pflege, so können bis zum 1,5-fachen des Pflegegeldbetrages des jeweiligen Pflegegrades, sowie die

Fahrtkosten und ein möglicher Verdienstausschlag erstattet werden. Die Aufwendungen dürfen 1.612 Euro nicht überschreiten.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Verhinderungs- pflege	----	1.612 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro
Pflege- geld*	----	474 Euro	817,50 Euro	1.092 Euro	1.351,50 Euro

* Anteiliges 1,5-faches Pflegegeld, für nicht erwerbsmäßig durchgeführte Verhinderungspflege durch Verwandte



Sie beziehen Pflegegeld und möchten Verhinderungspflege beantragen? Dann bekommen Sie weiterhin den halben Pflegegeldsatz in der Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen überwiesen.

Kurzzeitpflege

Ein Familienmitglied kann nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht zu Hause betreut werden? Oder: Sie als Pflegeperson benötigen einen Erholungsurlaub oder sind krank und können die Pflege vorübergehend nicht leisten? Hierfür bietet die Pflegeversicherung die Kurzzeitpflege an. Ihr pflegebedürftiges Familienmitglied wird für eine begrenzte Zeit in einer Pflegeeinrichtung umfassend versorgt.

Kurzzeitpflege wird von der Pflegeversicherung gewährt,

- wenn die Pflege zu Hause noch nicht möglich ist, zum Beispiel, weil noch kein Pflegebett zur Verfügung steht oder das Bad umgebaut werden muss oder die Pflegebedürftigkeit noch zu schwerwiegend für die häusliche Pflege ist.
- wenn Sie als Pflegeperson aufgrund von Krankheit, Urlaub oder einem anderen Grund nicht pflegen können.
- wenn die Pflegebedürftigkeit zunimmt.



Sie beziehen Pflegegeld und möchten die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen? Dann bekommen Sie weiterhin den halben Pflegegeldsatz in der Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen überwiesen.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege	----	1.612 Euro			

Die Kurzzeitpflege kann unter Anrechnung auf den für die Verhinderungspflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1.612 Euro auf dann 3.224 Euro verdoppelt werden. Voraussetzung ist, dass Sie die Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen haben.

Tagespflege

Die Tagespflege bietet sich an, wenn Sie als pflegende/r Angehörige/r einer Erwerbsarbeit nachgehen oder tagsüber bei der Pflege Unterstützung benötigen. Sie kann bei einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit oder zu Ihrer Entlastung genutzt werden.



Bedenken Sie bei der Nutzung der Tagespflege, dass die Versorgung im eigenen Zuhause während der Nacht, am Morgen, am Abend und am Wochenende sichergestellt werden muss.

Die Tagespflege kann neben der ambulanten Pflegesachleistung beziehungsweise dem Pflegegeld in vollem Umfang genutzt werden. Wer also einen Pflegegrad hat und die Tagespflege nicht besucht, verschenkt Geld. Verhinderungspflege sowie „anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag“ sind ebenso in Verbindung mit einer Tagespflegereinrichtung anwendbar. Lassen Sie sich hierzu beraten.

Vollstationäre Pflege

Sie pflegen Ihre Eltern beziehungsweise Ihre Partnerin oder Ihren Partner zu Hause und stellen fest, dass die Versorgung dort nicht mehr ausreicht? Zur Sicherstellung umfassender pflegerischer Versorgung bietet sich die Übersiedelung in ein Pflegeheim an. Die Pflegeversicherung bezuschusst die Kosten für die Pflege im Heim.

Um die Leistung der stationären Dauerpflege nutzen zu können, muss Ihr pflegebedürftiges Familienmitglied zuvor die Einstufung in den Pflegegrad 2 bis 5 von der Pflegekasse zuerkannt bekommen haben. Außerdem wird vorausgesetzt, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falls nicht in Betracht kommt.

Die Kosten für einen Pflegeheimplatz setzen sich aus vier Teilbereichen zusammen:

- Pflege- und Betreuungskosten
- Unterkunfts- und Verpflegungskosten
- Investitionskosten
- Zusatzkosten

Die Pflegeversicherung deckt also nur einen geringen Teil der Gesamtheimkosten ab. Die pflegebedürftige Person muss für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil selbst aufkommen.

In wenigen Bundesländern gibt es Zuschüsse zu den Investitionskosten. Ihre Pflegeeinrichtung informiert Sie über die regionalen Gegebenheiten.



Können die Kosten der stationären Versorgung selbst nicht abgedeckt werden, übernimmt das Sozialamt nachrangig und nach Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen die verbleibenden Kosten. Bitte informieren Sie sich dazu beim Sozialamt vor Ort.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite www.awo-pflegeberatung.de.

Wer hilft & berät sonst noch:

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
www.mds-ev.de
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
www.mdk.de
- Medizinischer Dienst der Privaten (MEDICPROOF)
www.medicproof.de
- Bundesweite Pflegestützpunkte
<https://www.zqp.de/pflegeberatung-auf-einen-blick/?hilite=Pflegeberatung>
- compass private Pflegeberatung
<http://www.compass-pflegeberatung.de>
- Verbraucherzentrale
www.verbraucherzentrale.de
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
www.deutsche-alzheimer.de
- AOK– Allgemeine Ortskrankenkassen
www.aok.de
- TK– Techniker Krankenkasse
www.tk.de
- DAK– Gesundheit
www.dak.de
- BARMER GEK
www.barmer-gek.de
- PKV– Verband der Privaten Krankenversicherung
www.pkv.de

Quellen

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e. V. (MDS). Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung: Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit, Essen, 2016 (Zugriff: 04.10.2016)

- Webadresse: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-ab-2017/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html>

Bundesministerium für Gesundheit: Das Zweite Pflegestärkungsgesetz. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsverfahren. Berlin, 31.08.2016 (Zugriff: 04.10.2016)

- Webadresse: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684>

