



Leistungen der Pflegekasse

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Nicht nur alte Menschen können pflegebedürftig sein. Laut Gesetz spricht man von Pflegebedürftigkeit, wenn Personen in ihrer Selbstständigkeit durch gesundheitliche Beeinträchtigungen eingeschränkt sind und deshalb Hilfe von Anderen benötigen. Hierbei kann es sich um Krankheit oder Behinderung handeln. Ausschlaggebend für einen Pflegebedarf ist, dass die Person bei gewöhnlichen und regelmäßigen Tätigkeiten des täglichen Lebens auf Dauer (oder voraussichtlich für mindestens sechs Monate) in erheblichem Maße Hilfe benötigt.

Die Pflegekassen zahlen Leistungen, nachdem der Medizinische Dienst (MD) der Krankenkassen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt hat. Die helfenden Leistungen können hauswirtschaftlicher und/oder pflegender Art sein. Sie können durch Angehörige oder durch Fach- und Nichtfachkräfte und sowohl in der häuslichen als auch stationären Pflege erbracht werden. Diese Maßnahmen können sein:

- Hilfe bei der Körperpflege
- Hilfe bei der Ernährung
- Hilfe bei der Mobilität
- Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

Wie und wo werden Leistungen der Pflegekasse beantragt?

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse der zuständigen Krankenkasse beantragt werden. Die Pflegekasse ist an der zuständigen Krankenkasse angegliedert; es können somit die gleichen Kontaktdaten genutzt werden. Die Bearbeitung und Prüfung der Pflegebedürftigkeit übernimmt danach der Medizinische Dienst der Pflegekasse. Der MD überprüft die Pflegebedürftigkeit durch die Sichtung von Arztbriefen und Stellungnahmen und im Rahmen einer eigenen Pflegebegutachtung. Die Pflegebegutachtung findet in der Regel zu Hause bei der betroffenen Person statt. Der Medizinische Dienst legt danach die Höhe des Pflegegrades fest. Jedes Bundesland hat einen eigenen Medizinischen Dienst. Früher hieß dieser Dienst „Medizinischer Dienst der Krankenkasse“ und kürzte sich MDK ab.

Die Pflegegrade

Es gibt 5 Pflegegrade. Der Pflegegrad wird daran ermittelt, wie selbstständig Jemand handeln kann und welche erkennbaren Einschränkungen (körperlich, geistig oder psychisch) erfasst werden können. Der Gutachter des MD betrachtet hierfür sechs Lebensbereiche (Module) und vergibt in jedem Lebensbereich Punkte für eine Bewertung. Die Pflegegrade richten sich nach dem ermittelten Punktwert. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Leistungen der Pflegekasse stehen zur Verfügung. Im Pflegegrad 1 wird nur der Entlastungsbeitrag gezahlt, ab Pflegegrad 2 können auch Leistungen wie Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege etc. beantragt werden (siehe Tabellen). Die Leistungen können auch teilweise miteinander kombiniert werden.

Unterschied zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Pflegegeld erhält eine pflegebedürftige Person, wenn die Pflege zu Hause durch Angehörige oder ehrenamtliche Personen durchgeführt wird. Das Pflegegeld erhält die pflegebedürftige

Person selbst und verwaltet dieses Geld. Bei Personen, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, sind regelmäßige Beratungsgespräche verpflichtend. Sie werden alle 3 bzw. 6 Monate je nach Pflegegrad durchgeführt. Die Gespräche dienen zur Sicherstellung der Pflege zu Hause und zur Beratung über unterstützende Angebote und Leistungen gedacht. Diese Beratungsgespräche werden heute „Qualitätssicherungsbesuche“ genannt (früher: „Pflegepflichtbesuche“).

Wird eine Person zu Hause mit Hilfe eines Pflegedienstes versorgt, erhält die Person Pflegesachleistungen. Pflegesachleistungen rechnet der Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse ab. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden (sogenannte „Kombileistung“).

Höhe des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen* (Stand 01/2024)

Pflegegrad	Pflegegeld pro Monat	Pflegesachleistung bis zu pro Monat
1	-	-
2	332,00 €	761,00 €
3	573,00 €	1.432,00 €
4	765,00 €	1.778,00 €
5	947,00 €	2.200,00 €

Die Ersatzpflege/Verhinderungspflege*

Wenn die private Pflegeperson z.B. durch eigene Erkrankung, Reha, Urlaub usw. die Pflege nicht selbst erbringen kann und daher verhindert ist, kann die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege/ Verhinderungspflege übernehmen. Die Verhinderungspflege kann von privaten Personen (z.B. Familie, Freunde, Nachbarn) oder von professionellen Kräften (z.B. Pflegedienste) übernommen werden. Die Verhinderungspflege kann tageweise oder auch nur stundenweise genutzt werden und bis zu 6 Wochen pro Jahr gewährt werden.

Wird die Verhinderungspflege durch enge Angehörige (bis 2. Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt/ verschwägert) oder durch Haushaltsmitglieder erbracht, verringert sich allerdings der Geldbetrag von der Pflegekasse für die übernommene Verhinderungspflege. Wichtig: Es kann zu Kürzungen des Pflegegeldes während der Verhinderungspflege kommen.

Pflegegrad	Verhinderungspflege durch externe Kräfte pro Jahr	Verhinderungspflege durch weitere Angehörige pro Jahr
1	-	-
2	1.612,00 €	498,00 €
3	1.612,00 €	859,50 €
4	1.612,00 €	1.147,50 €
5	1.612,00 €	1.420,50 €

☞ Der Antrag auf Verhinderungspflege sollte frühzeitig gestellt werden, wenn die Pflegeperson schon weiß, wann eine Vertretung für die Pflege gebraucht wird (z.B. Reha/Kur). Verhinderungspflege kann aber auch bei Notfällen bis zu vier Jahre rückwirkend beantragt werden. Die durchgeführten Zahlungen sollten dann nachgewiesen werden können.

Die Kurzzeitpflege*

Wenn die pflegende Person für eine begrenzte Zeit nicht zu Hause gepflegt werden kann und stattdessen stationär in einer Einrichtung versorgt werden muss, kann auch die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Allerdings sind die sog. „Hotelkosten“ für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten davon ausgenommen nicht bezahlt. Sie müssen selbst erbracht werden. Zur Begleichung dieser „Hotelkosten“ kann der Entlastungsbetrag (siehe unten) zusätzlich eingesetzt werden. Die Pflegeversicherung kann die Pflegekosten für die Kurzzeitpflege bis zu 1.774 € übernehmen. Die Kurzzeitpflege kann von Pflegegrad 2 bis 5 ebenfalls für bis zu 8 Wochen pro Jahr genutzt werden.

Kombinationsmöglichkeiten von Verhinderungs – und Kurzzeitpflege

Die Beträge der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege können miteinander kombiniert werden, um im Bedarfsfall auch höhere Kosten abdecken zu können. Wichtig ist, dass die Beträge nicht schon anderweitig aufgebraucht wurden.

Der reguläre Betrag der Verhinderungspflege (1.612 €) kann mit 806 € von dem Betrag der Kurzzeitpflege aufgestockt werden, um damit Kosten für die Verhinderungspflege zu bezahlen: $1.612 \text{ €} + 806 \text{ €} = 2.418 \text{ €} = \text{max. Betrag für die Verhinderungspflege.$

Der reguläre Betrag der Kurzzeitpflege (1.774 €) kann mit 1.612 € von dem Betrag der Verhinderungspflege aufgestockt werden, um damit Kosten für die Kurzzeitpflege in einer Einrichtung zu bezahlen: $1.774 \text{ €} + 1.612 \text{ €} = 3.386 \text{ €} = \text{max. Betrag für die Kurzzeitpflege.$

Ab 01.01.2024: Das Budget der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege wird nicht mehr getrennt, sondern zu einem sog. Entlastungsbudget von 3.386 € zusammengefasst. Das bedeutet, dass das Gesamtbudget von 3.386 € vollständig für die Kosten für die Verhinderungspflege oder für die Kurzzeitpflege in einer Einrichtung verwendet werden können. Auch die Höchstdauer der Verhinderungspflege wird auf 8 Wochen pro Jahr erhöht.

☞ Diese Änderungen gelten ab 01.01.2024 zunächst nur für Personen bis 25 Jahre mit Pflegegrad 4 oder 5. Ab 01.07. 2025 gelten die Regelungen dann für alle Personen ab Pflegegrad 2.

Tagespflege und Nachtpflege*

Die Tages- und Nachtpflege sind teilstationäre Leistungen. Das bedeutet, dass die Pflegebedürftigen nur halbtags oder nachts in einer Einrichtung gepflegt und betreut werden. Die Leistung wird nur gewährt, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist, z.B. weil eine Ergänzung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Auch hier müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten privat bezahlt oder über den Entlastungsbetrag (siehe unten) abgerechnet werden. Die Tagespflege wird häufig von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen dürfen in der Regel nicht bettlägerig sein.

Pflegegrad	Tages- und Nachtpflege pro Jahr
1	125 € Entlastungsbetrag
2	689,00 €
3	1.298,00 €
4	1.612,00€
5	1.995,00 €

Der Entlastungsbetrag*

Der Entlastungsbetrag beträgt bei allen Pflegegraden 125 € pro Monat. Der Entlastungsbetrag steht zusätzlich zu den bereits genannten Leistungen zur Verfügung. Er ist ein Zuschuss, der nicht an die Person ausgezahlt wird, sondern von den Pflegekassen direkt an die Dienstleister gezahlt wird. Der Entlastungsbetrag ist ein niederschwelliges Angebot und kann für folgende Bereiche eingesetzt werden:

- Haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Unterstützung bei Reinigung, Einkaufen, Botengänge, Fahrdienste, Verpflegung)
- Alltagsbegleitung bei Spaziergängen, Arztbesuchen, Ausflügen
- Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten im Rahmen von Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege sowie der Tages- und Nachtpflege

☞ Der Entlastungsbetrag muss nicht monatlich aufgebraucht werden. Er kann auch angespart und zu einem späteren Zeitpunkt genutzt werden. Jedoch verfallen die Beträge jeweils zum 30. Juni des Folgejahres. Das bedeutet, dass die Entlastungsbeträge aus dem Jahr 2024 bis zum 30.06.2025 aufgebraucht werden müssen.

Wohnumfeldverbesserung

Menschen mit Behinderung können zum Ausgleich der Beeinträchtigungen in der Mobilität wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durchführen lassen, z.B. der **den(?)** Einbau eines Treppenliftes, einer Rampe oder der notwendige Umbau des Bades. Dafür stehen **pro** Person ab Pflegegrad 1 in der häuslichen Gemeinschaft bis zu 4.000 € zur Verfügung, für die häusliche Gemeinschaft insgesamt jedoch max. 16.000 €. Die Wohnumfeldverbesserung muss vor der Durchführung bei der zuständigen Pflegekasse beantragt und genehmigt werden. Sie wird nicht rückwirkend bezahlt.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel können bei der Pflegekasse beantragt werden. Jede pflegebedürftige Person hat einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von 40 € pro Monat. Falls der Medizinische Dienst in der Begutachtung festgestellt hat, dass Pflegehilfsmittel benötigt werden, sollte das bei der Antragstellung mitgeteilt werden. Die Pflegehilfsmittel können ohne Rezept beantragt werden. In vielen Fällen ist eine ärztliche Verordnung aber ratsam, damit die Kosten auch sicher übernommen werden. Statt eines Rezepts des Arztes dürfen auch Pflegefachkräfte notwendige Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel empfehlen. Die Empfehlung muss schriftlich erfolgen und darf bei Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Zu Pflegehilfsmittel gehören Dinge wie Desinfektionsspray, Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Lätzchen usw. Wenn die Pflegekasse die Kosten für die Pflegehilfsmittel übernimmt, kann direkt Kontakt zu einem Vertragspartner der Pflegekasse aufgenommen werden. Mit diesem wird besprochen welche Pflegehilfsmittel benötigt werden und wie die weiteren Bedingungen (z. B. Lieferrhythmus) sein müssen. Um alles Weitere kümmern sich der Vertragspartner und die Pflegekasse. Wenn sich der Bedarf verändert, können die Pflegehilfsmittel auch angepasst werden.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Genauere Erklärungen und hilfreiche Tipps z.B. zur Beantragung und Leistungen der Pflegekasse oder für die Pflegebegutachtungen finden sich auf der Website der Verbraucherzentrale unter der Rubrik „Gesundheit & Pflege“. Die Verbraucherzentrale bietet auch unter anderem telefonische Fach- und Rechtsberatungen an:

Verbraucherzentrale

www.verbraucherzentrale.de

Info- und Termintelefon

> Gesundheit & Pflege

> 0711 66 91 10



Angelique Freymann & Jens Röbling

**Sie haben Fragen? Sie brauchen Hilfe?
Wir sind für Sie da!**

Beratung

Wohnen • Arbeiten • Freizeit

Friedrichstraße 46a

-im Margarete-Blarer-Haus-

68199 Mannheim

Telefon 0621- 8600 1719

E-Mail beratung@gemeindediakonie-mannheim.de