



Leistungen der Pflegeversicherung

Mensch^{sein}
für Menschen





Das Pflegeversicherungsgesetz

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt.

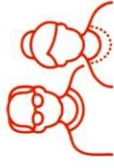
Neben der finanziellen Absicherung im Falle einer Pflegebedürftigkeit ist es das Ziel der Pflegeversicherung, die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person zu fördern: Sie soll – soweit es möglich ist – selbst entscheiden dürfen, wo sie leben möchte und wer sie unterstützt und pflegt. Dabei bleibt es ihr selbst überlassen, welche Leistungen sie in Anspruch nimmt.

Die Pflegeversicherung ist als „Teilleistungssystem“ zu verstehen. Dies bedeutet, dass häufig nicht alle Kosten des eigenen Pflege- und Betreuungsbedarfs gedeckt werden können, sondern auch privat getragen werden müssen.

Wer ist versichert?

Alle Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, sind automatisch auch in der Pflegekasse ihrer Krankenkasse versichert. Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen.

Der Leistungsumfang der Pflegeversicherung ist abhängig von der Schwere und Dauer der Pflegebedürftigkeit.



Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen laut Definition dann, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Probleme oder gesundheitlicher Belastungen ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können und deshalb auf Unterstützung anderer für mindestens sechs Monate angewiesen sind. Das Ausmaß der notwendigen Unterstützung spiegelt sich in einem von fünf Pflegegraden wider: **Je mehr Unterstützung notwendig ist, desto höher der Pflegegrad.**

Information und Beratung

Die Pflegekassen sind verpflichtet, rund um das Thema Pflegebedürftigkeit Auskunft zu geben. Dazu gehören Informationen zu den verschiedenen Leistungs- und Rechtsansprüchen sowie Hilfe bei der Auswahl und Inanspruchnahme von passenden Leistungen.

Wurde ein Antrag gestellt, muss die Pflegekasse innerhalb von 14 Tagen einen konkreten Beratungstermin anbieten. Alternativ kann sie auch einen Beratungsgutschein ausstellen, der bei einer Beratungsstelle eingelöst werden kann. Eine Liste mit Beratungsstellen händigt die Pflegekasse aus.

Antragsverfahren und Begutachtung

Nach Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung beauftragt die Pflegekasse innerhalb von drei Arbeitstagen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter mit einer Pflegebegutachtung. Diese Begutachtung basiert auf einem pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrument und findet in der Regel zu Hause im gewohnten Umfeld statt.

Anhand der folgenden sechs Module wird bewertet, wie selbstständig bzw. unselbstständig die betroffene Person in ihrem Alltag ist. Durch eine spezielle Berechnungssystematik lässt sich im Anschluss ein Pflegegrad ableiten.

Modul 1 – „Mobilität“

Kann die Person selbst aufstehen und sich innerhalb des Wohnbereiches selbstständig bewegen? Ist Treppensteigen möglich?



Modul 2 – „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“

Erkennt die Person andere Personen aus dem nahen Umfeld? Werden Risiken und Gefahren richtig eingeschätzt? Ist die Person örtlich und zeitlich orientiert?

Modul 3 – „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“

Zeigt die Person bestimmte Verhaltensauffälligkeiten wie nächtliche Unruhe? Leidet die Person an Ängsten oder Antriebslosigkeit?



Beispiele

Modul 4 – „Selbstversorgung“

Kann sich die Person selbstständig waschen und an- und ausziehen? Kann die Person selbstständig auf die Toilette gehen? Kann die Person selbstständig essen und trinken?

Modul 5 – „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“

Kann die Person Medikamente selbstständig einnehmen? Können Hilfsmittel wie z. B. ein Rollator eigenständig benutzt werden? Kann die Person selbst einen Arzt aufsuchen?

Modul 6 – „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“

Kann die Person ihren Tagesablauf selbst gestalten? Kann sie in Kontakt mit anderen Menschen treten?

Zusätzlich werden auch Informationen zu Aktivitäten außerhalb des Hauses und der Haushaltsführung ermittelt. Diese Informationen fließen nicht in die Berechnung mit ein, helfen jedoch bei der Beratung zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit und für die Erstellung einer individuellen Versorgungsplanung.

Ergebnismitteilung: Innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags muss die Pflegekasse dem Antragsteller eine schriftliche und verständliche Entscheidung mitteilen. Kann die Frist von 25 Arbeitstagen nicht eingehalten werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung einen Betrag in Höhe von 70 € ausbezahlen. In bestimmten Fällen, wie z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt, können kürzere Fristen gelten.

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie die Bewilligung von Leistungen können auch befristet erfolgen, wenn zu erwarten ist, dass sich der Gesundheitszustand wieder verbessert. Verschlechtert sich der Zustand wesentlich, kann jederzeit eine Höherstufung des Pflegegrades beantragt werden.

Bestehen Zweifel über den ermittelten Pflegegrad, kann der Antragsteller innerhalb eines Monats schriftlich widersprechen. Die Pflegekasse überprüft dann die Entscheidung mit Hilfe eines weiteren Gutachtens.

Leistungen der Pflegeversicherung



Die Pflegeversicherung gewährt Leistungen sowohl für die pflegebedürftige Person selbst als auch für pflegende Angehörige zur Entlastung. Im Wesentlichen kann unterschieden werden zwischen Leistungen bei häuslicher Pflege (ambulant), teilstationärer Pflege und vollstationärer Pflege.

Grundsätzlich stehen die Leistungen allen Personen ab Pflegegrad 2 zur Verfügung. Eine Sonderstellung nimmt der Pflegegrad 1 ein. Bei diesen Personen sind die Beeinträchtigungen von geringem Ausmaß und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Deshalb stehen Beratungs- und Schulungsangebote sowie kleine Teilhilfen im Vordergrund.

Die Versicherten können bei ihrer Pflegekasse eine Übersicht anfordern, die verständlich Auskunft darüber gibt, welche Leistungen bereits in Anspruch genommen wurden und welche Leistungen noch in Anspruch genommen werden können. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt dies automatisch halbjährlich.



Folgende Kosten werden **nicht** von der Pflegeversicherung übernommen, sondern werden der pflegebedürftigen Person gesondert in Rechnung gestellt.

- **Betriebsnotwendige Investitionen:**

Dies sind z. B. Ausgaben für Instandhaltung von Räumlichkeiten, Miete oder Fahrzeuge der Einrichtung (sofern diese nicht bereits von der Kommune übernommen werden)

- **Unterkunft und Verpflegung** bei stationärer Betreuung und Pflege

- **Ausbildungsumlage:** Diese dient der Finanzierung der Pflegeberufausbildung und wird landesweit verbindlich festgelegt



Häusliche Pflege

Häusliche Pflege kann je nach Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person in verschiedenen Umgebungen stattfinden, zum Beispiel zu Hause, bei Familienmitgliedern, in betreuten Wohnanlagen oder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Pflegesachleistung

Wird die Pflege zu Hause durch z. B. einen professionellen Pflegedienst erbracht, steht die sog. Pflegesachleistung zur Verfügung. Hierzu wird vorab ein Pflegevertrag abgeschlossen, auf dessen Grundlage der Pflegedienst Leistungen erbringen und monatlich mit der Pflegekasse abrechnen kann.

Die Pflegesachleistungen können kombiniert werden und umfassen:

- **Körperbezogene Pflegemaßnahmen**
z. B. Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität
- **Pflegerische Betreuungsmaßnahmen**
z. B. Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und soziale Betreuung
- **Hauswirtschaftliche Versorgung**
z. B. Hilfe bei der Haushaltsführung wie Kochen, Einkaufen und Reinigung

Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für erbrachte Pflegesachleistungen bis zur Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs des jeweiligen Pflegegrades:

Pflegegrad	2	3	4	5
Betrag	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €



Abgrenzung – Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Die Gabe von Medikamenten, Injektionen, Verbänden usw. sind medizinische Leistungen der Krankenkasse. Diese werden durch den Hausarzt verordnet und nach Genehmigung der zuständigen Krankenkasse durch den ambulanten Pflegedienst erbracht.

Pflegegeld

Anstelle der häuslichen Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst kann die notwendige Unterstützung auch durch Angehörige, Freunde oder ehrenamtlichen Personen organisiert und sichergestellt werden. In diesem Fall wird Pflegegeld gewährt. Dies dient als finanzielle Anerkennung für die pflegenden Angehörigen.

Die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs richtet sich nach dem Pflegegrad:

Pflegegrad	2	3	4	5
Betrag	347 €	599 €	800 €	990 €

Verpflichtende Beratung

Wird Pflegegeld bezogen, muss regelmäßig eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abgerufen werden, z. B. durch einen zugelassenen Pflegedienst. Diese soll der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege dienen und den pflegenden Angehörigen regelmäßig pflegefachliche Hilfestellung bieten. Die Kosten für die Beratungsbesuche übernimmt die zuständige Pflegekasse. Die Termine müssen von der pflegebedürftigen Person selbst vereinbart werden. Wird der Beratungsbesuch nicht nachgewiesen, kann das Pflegegeld durch die Pflegekasse gekürzt oder gestrichen werden.

Die Verpflichtung zur Beratung gilt bei
→ Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich
→ Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich



- Personen, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen oder Pflegegrad 1 haben, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Beratungstermin auch digital als Videokonferenz stattfinden.

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Pflegesachleistungen und Pflegegeld können je nach Bedarf kombiniert werden. Nimmt die pflegebedürftige Person monatliche Pflegesachleistungen in Anspruch, schöpft dieses Budget aber nicht vollständig aus, wird daneben noch ein anteiliges Pflegegeld ausbezahlt.

Werden zum Beispiel in einem Monat 70 % des **Pflegesachleistungsbetrages** in Anspruch genommen, erhält die pflegebedürftige Person 30 % des ihr zustehenden **Pflegegeldbetrages**. Der ambulante Pflegedienst berät gerne über mögliche Kombinationen, damit die Versorgung bestmöglich sichergestellt ist.

Entlastungsbetrag

Der pflegebedürftigen Person (Pflegegrad 1 bis 5) steht ein sog. Entlastungsbetrag zur Verfügung. Dieser soll der Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Person bei der Gestaltung des Alltags sowie der Entlastung von pflegenden Angehörigen dienen. Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu **131 €** besteht monatlich. Der Betrag verfällt jedoch nicht zum Monatsende, sondern kann angespart und bis in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden.



Der Entlastungsbetrag wird nicht direkt ausbezahlt, sondern steht zweckgebunden für bestimmte qualitätsgesicherte Leistungen zur Verfügung. Die Kosten hierfür werden zunächst selbst gegenüber dem Leistungserbringer beglichen und nach Einreichen entsprechender Rechnungen bei der eigenen Pflegekasse von dieser erstattet (sog. Kostenerstattungsprinzip).

Diese Angebote können in Anspruch genommen werden:

- **Leistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste**

Ausnahme: bei Pflegegrad 2 bis 5 keine Leistungen im Bereich der Selbstversorgung wie Körperpflege oder Ernährung

- **Leistungen der Kurzzeitpflege**

- **Leistungen der Tages- und Nachtpflege**

- **Bestimmte Angebote zur Unterstützung im Alltag**, welche durch das bayerische Landesamt für Pflege anerkannt sind:

- Betreuungsangebote
(z. B. Ehrenamtliche Helferkreise oder Betreuungsgruppen)
- Angebote zur Entlastung im Alltag
(z. B. Haushaltsnahe Dienstleistungen oder Alltagsbegleitung)
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden
(z. B. Pflegebegleitung oder Angehörigengruppen)

Umwandlungsanspruch: Pflegebedürftige (Pflegegrad 2 bis 5) können den Pflegesachleistungsbetrag (ambulant sowie teilstationär) bis zu einer gewissen Höhe für anerkannte Angebote verwenden. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt nach Einreichung entsprechender Nachweise bei der Pflegekasse.

Pflegehilfsmittel

Die Kosten für Pflegehilfsmittel wie z. B. Bettelägen, Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel werden bis zu **42 €** pro Monat von der Pflegekasse übernommen (Pflegegrad 1 bis 5). Technische Hilfsmittel wie Pflegebetten oder Rollstühle werden in der Regel von der Pflegekasse leihweise zur Verfügung gestellt.

Anpassung des Wohnumfeldes

Um die Wohnung der pflegebedürftigen Person (Pflegegrad 1 bis 5) für eine möglichst selbständige Lebensführung bzw. Pflege anzupassen, gewähren die Pflegekassen auf Antrag einen Zuschuss von bis zu **4.180 €** für notwendige Um- oder Einbauten, zum Beispiel ein barrierefreier Zugang zur eigenen Dusche. Wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen, werden bis zu **16.720 €** Zuschuss gewährt.

Pflegekurse und Schulungen

Die Pflegekassen sind verpflichtet, Pflegekurse und Schulungen für Angehörige und Personen, die sich für ehrenamtliche Pflegetätigkeiten interessieren, anzubieten. Diese sind kostenlos und sollen praktische Fertigkeiten für die Durchführung der Pflege und Betreuung zu Hause vermitteln und diese so erleichtern. Die Schulung kann auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der erforderliche Berechtigungsschein für die Teilnahme ist vorab bei der zuständigen Pflegekasse erhältlich.

Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung

Benötigt die Pflegeperson selbst eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung, ist die Pflegekasse dazu verpflichtet, sich um eine geeignete Versorgung der pflegebedürftigen Person zu kümmern. Dies kann entweder in der gleichen Einrichtung, in der die Pflegeperson untergebracht ist, oder in einer anderen zugelassenen Pflegeeinrichtung sein.

Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson an der Pflege tage- oder stundenweise gehindert, z. B. aufgrund von Krankheit oder Erholungsurlaub, übernimmt die Pflegekasse ab Pflegegrad 2 die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege bzw. Verhinderungspflege.

Die Ersatzpflege kann in der eigenen Häuslichkeit durch einen ambulanten Pflegedienst, Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegende oder nahe Angehörige erfolgen. Sie kann auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit erbracht werden, z. B. in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege oder in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen erbracht, die bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder im gleichen Haushalt mit der pflegebedürftigen Person leben (nicht erwerbsmäßig), ist die Erstattung i.d.R. auf den Pflegegeldbetrag begrenzt.

Bis 30. Juni 2025 gilt: Der Anspruch ist auf bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr bzw. auf einen Höchstbetrag von 1.685 € beschränkt. Dieser Betrag kann um bis zu 843 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden.

Gemeinsames Jahresbudget Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Ab 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zu einem gemeinsamen und flexiblen Leistungsbetrag von bis zu **3.539 €** pro Kalenderjahr zusammengefasst.

Die zeitliche Höchstdauer des Leistungsanspruchs wird vereinheitlicht und beträgt dann jeweils bis zu max. acht Wochen – in Abhängigkeit der Kosten der jeweiligen Einrichtung.

Das bisher bezogene Pflegegeld wird immer bis zur jeweilig geltenden zeitlichen Höchstdauer hälftig ausbezahlt.

Außerdem entfällt ab 1. Juli 2025 die bisherige sechsmonatige Vorpflegezeit als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege.

Teilstationäre Pflege



Tages- und Nachtpflege

Zur Ergänzung, Stärkung und Sicherung der häuslichen Pflege sowie zur Entlastung von pflegenden Angehörigen haben pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 Anspruch auf Leistungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. In Tagespflegereinrichtungen erfahren pflegebedürftige Personen Teilhabe an der Gesellschaft durch die Begegnung mit anderen, Förderung und Unterstützung der Selbstständigkeit sowie eine pflegerische und medizinische Betreuung durch professionelle Pflege- und Betreuungspersonen. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück. Die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs richtet sich nach dem Pflegegrad:

Pflegegrad	2	3	4	5
Betrag	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €

Vollstationäre Pflege



Kurzzeitpflege

Zur temporären Entlastung der häuslichen Pflegesituation, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder in Krisensituationen können pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Kurzzeitpflege umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege wie in einer stationären Langzeitpflegereinrichtung. Diese wird z. B. in einem Seniorenzentrum oder auch in eigenen Kurzzeitpflegereinrichtungen angeboten.

Bis 30. Juni 2025 gilt: Der Anspruch ist auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr bzw. auf einen Höchstbetrag von 1.854 € beschränkt. Dieser Betrag kann um bis zu 1.685 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege erhöht werden.

Langzeitpflege

Pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Übernahme der Kosten durch die Pflegekasse für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung, z. B. in einem Seniorenzentrum. Die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs richtet sich nach dem Pflegegrad:

Pflegegrad	2	3	4	5
Betrag	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

Für die pflegebedingten Aufwendungen wird zusätzlich ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) erhoben, den die pflegebedürftigen Personen unabhängig ihres Pflegegrades selbst bezahlen müssen. Pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 erhalten einen Leistungszuschlag von der Pflegekasse in Höhe von

- 15% des erhobenen EEE vom 1. Tag des Einzugs an,
- 30% ab dem 2. Jahr,
- 50% ab dem 3. Jahr und
- 75% ab dem 4. Jahr in der Einrichtung

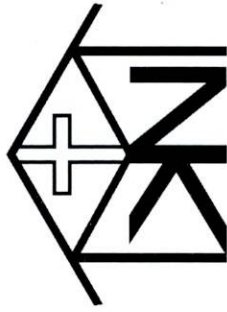
Zusätzlich haben pflegebedürftige Personen in einer Langzeitpflegeeinrichtung Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Die Kosten für diese Leistungen werden von der Pflegekasse übernommen.

Wählen pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 stationäre Langzeitpflege, erhalten sie von der Pflegekasse lediglich einen monatlichen Zuschuss in Höhe von **131 €**.

Die wichtigsten Leistungen im Überblick

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, monatlich	---	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €
Pflegegeld § 37 SGB XI, monatlich	---	347 €	599 €	800 €	990 €
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI, monatlich	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €
Pflegehilfsmittel § 40 SGB XI, monatlich	42 €	42 €	42 €	42 €	42 €
Verhinderungspflege § 39 SGB XI	---	1.685 € pro Jahr		ab 1. Juli 2025: gemeinsames Jahresbudget von 3.539 €	
Kurzzeitpflege § 42 SGB XI	---	1.854 € pro Jahr			
Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI, monatlich	---	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI, monatlich	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

Für Fragen und weitere Informationen
stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Krankenpflege und
Nachbarschaftshilfe
Moorenweis e. V.

Ringstr. 26 · 82272 Moorenweis
Telefon 08146 / 78 79