

LEISTUNGEN DER
PFLEGE-
VERSICHERUNG

AB 01.01.2024

PFLEGE GELD FÜR HÄUSLICHE PFLEGE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	kein Anspruch
Pflegegrad 2	332 €
Pflegegrad 3	573 €
Pflegegrad 4	765 €
Pflegegrad 5	947 €

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder sonstige selbst beschaffte Hilfen (z.B. Freunde, Nachbarn) die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld wird monatlich auf das Konto des Pflegebedürftigen überwiesen. Das Pflegegeld kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden (siehe Seite 2).

Beratungspflicht bei ausschließlichem Pflegegeldbezug

Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen regelmäßig sog. „Beratungseinsätze“ in der eigenen Häuslichkeit durchführen lassen. Sie dienen der pflegfachlichen Unterstützung der pflegenden Angehörigen und sollen die Qualität der häuslichen Pflege sichern. Bei Pflegegrad 2 und 3 sind die Beratungseinsätze halbjährlich, in Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich durchzuführen. Die Fristen sind jeweils zum Halbjahres- bzw. Quartalsende. Werden die Pflichtberatungen nicht in Anspruch genommen, kann die Pflegekasse die Pflegegeldzahlungen kürzen oder im wiederholten Falle ganz einstellen.

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 und jene mit Pflegesachleistungs-/Kombinationsleistungsbezug können auf Wunsch halbjährlich freiwillig einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen. Darüber hinaus kann auf Wunsch des Versicherten bis zum 31.03.2027 jede zweite Beratung auch per Videoberatung stattfinden. Die Beratungen erbringen ambulante Pflegedienste oder unabhängige zugelassene Pflegeberatungsstellen. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse.

PFLEGESACHLEISTUNGEN FÜR HÄUSLICHE PFLEGEHILFE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 125 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2	761 €
Pflegegrad 3	1.432 €
Pflegegrad 4	1.778 €
Pflegegrad 5	2.200 €

Die Pflegesachleistungen können für die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden.

Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden. Dies nennt die Pflegekasse „Kombinationsleistung“: Die Pflegeperson und ein ambulanter Pflegedienst teilen sich die Pflege des Pflegebedürftigen. Wird der „Pflegesachleistungstopf“ vollständig ausgeschöpft, besteht kein Anspruch mehr auf Pflegegeld. Wird der „Pflegesachleistungstopf“ nur zum Teil ausgeschöpft (beispielsweise zu 30 %), wird noch ein anteilig reduziertes Pflegegeld ausbezahlt (beispielsweise zu 70 %).

Im Rahmen der sog. „Umwandlung“ können bis zu 40 % der ungenutzten Pflegesachleistungsbeträge für Entlastungsleistungen verwendet werden (vgl. S. 3). Hierfür ist kein Antrag nötig.

Wichtige Information:

Behandlungspflege wie zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen bei Diabetes, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Wundverbände etc. sind Leistungen der Krankenkasse und werden somit nicht über die Pflegeversicherung abgerechnet.

LEISTUNGEN ZUR ENTLASTUNG FÜR PFLEGENDE

ENTLASTUNGSBETRAG

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat bis zu
Pflegegrad 1-5	125 €

Dieser Betrag kann nur zweckgebunden für bestimmte Hilfen und Angebote eingesetzt werden. Zum Beispiel: Hauswirtschaftliche Unterstützung, Gartenarbeit, Betreuung, Eigenanteile der Tagespflege usw. Daher ist eine direkte Auszahlung nicht möglich.

Alle ambulanten Pflegedienste und nach der „UnterstützungsAngebote-Verordnung“ (UstA-VO) zugelassene Dienstleister können über diesen Betrag abrechnen. Die Liste der Dienstleister erhalten Sie beim Pflegestützpunkt. Auf der Homepage des Pflegestützpunktes Ostalbkreis können Sie die Liste auch herunterladen. Es ist keine Antragsstellung erforderlich.

Nicht in Anspruch genommene Beträge können angespart werden und sind bis zum 30.06. des Folgejahres übertragbar.

Umwandlungsanspruch: Sollten Sie regelmäßig mehr als 125 € monatlich für diese Entlastungsleistungen benötigen, haben Sie noch die Möglichkeit, bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages dafür einzusetzen. Beachten Sie bitte, dass dabei dann das Pflegegeld entsprechend anteilig reduziert wird (vgl. Seite 2). Auch hierfür ist keine Antragsstellung notwendig.

TEILSTATIONÄRE LEISTUNGEN DER TAGES-/NACHTPFLEGE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat für die Pflegekosten bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 125 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der ambulanten Pflegesachleistung und/oder dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Das Pflegegeld und/oder der Pflegesachleistungsbetrag werden nicht gekürzt.

Die Tagespflege berechnet außer den Pflegekosten zusätzlich tägliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Gebäude (sog. Investitionskosten). Diese Zusatzkosten werden privat in Rechnung gestellt und können nachträglich im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI (125 € monatlich, vgl. S. 3) von der Pflegekasse bei Vorlage der Rechnung rückerstattet werden.

KURZZEITPFLEGE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 125 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2-5	1.774 € für pflegebedingte Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen, bei Abwesenheit von Angehörigen oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Hierfür gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Antragsstellung bei der Pflegekasse ist erforderlich.

Der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege kann auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Betrag der Kurzzeitpflege auf bis zu **max. 3.386 €** aufgestockt werden. Parallel kann auch die Zeit für die Inanspruchnahme von bis zu 4 auf bis zu 8 Wochen ausgeweitet werden, sofern der zur Verfügung stehende Leistungsbetrag ausreicht.

Die Höhe der pflegebedingten Kosten ist abhängig vom jeweiligen Pflegegrad!

Das Heim berechnet zusätzlich tägliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Gebäude (sog. Investitionskosten). Diese werden privat in Rechnung gestellt. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten können nachträglich im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI (vgl. S. 3) bei Vorlage der Rechnung von der Pflegekasse rückerstattet werden.

Während der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt.

PFLEGE BEI VERHINDERUNG ODER ZUR ENTLASTUNG EINER PFLEGEPERSON

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch
Pflegegrad 2-5	1.612 € für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits 6 Monate gepflegt hat (sog. Vorpflegezeit, unabhängig vom Datum der Einstufung). Antragsstellung bei der Pflegekasse ist erforderlich.

Eine Ersatzpflege ist bis zu max. 6 Wochen (42 Tage) pro Kalenderjahr möglich. Es können bis zu 806 € aus dem „Topf“ der Kurzzeitpflege zusätzlich für Verhinderungspflege verwendet werden. Dadurch erhöht sich der Höchstbetrag der Verhinderungspflege auf **max. 2.418 €** jährlich. Bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige (bis 2. Grad verwandt oder verschwägert) sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des zur Verfügung stehenden Pflegegeldes beschränkt. Nachgewiesene Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag wegen unbezahltem Urlaub) können separat in Rechnung gestellt werden im Rahmen der Höchstbetragsgrenzen.

In Zeiten der Verhinderungspflege wird das bisherige Pflegegeld für max. 42 Tage zur Hälfte weitergezahlt.

Tipp: Die Verhinderungspflege kann auch für eine stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen verteilt auf das gesamte Kalenderjahr verwendet werden - die Begrenzung auf 42 Tage gilt dann nicht und das Pflegegeld wird nicht gekürzt.

VERHINDERUNGSPFLEGE FÜR KINDER UND JUNGE ERWACHSENE

BIS 25 JAHRE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch
Pflegegrad 2 bis 3	1.612 € für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen (vgl. Seite 5)
Pflegegrad 4 und 5	3.386 € für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 8 Wochen

Für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit den **Pflegegraden 4 und 5** gibt es seit 1.1.2024 Verbesserungen bei der Verhinderungspflege:

Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird von 6 Wochen auf 8 Wochen verlängert. Die Voraussetzung, dass die Pflegeperson das pflegebedürftige Kind vor der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss (sog. Vorpflegezeit, vgl. Seite 5), entfällt. Außerdem können die Leistungen der Kurzzeitpflege vollständig in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden. Bei Ersatzpflege durch nahe Angehörige ist der 2-fache Pflegegeldbetrag plus ggf. nachgewiesene Aufwendungen bis zum Höchstbetrag möglich. Die hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes während der Verhinderungspflege verlängert sich auf maximal 8 Wochen.

Eine Erhöhung der Leistungen erfolgt zum 1. Januar 2025.

PFLEGEHILFSMITTEL, DIE ZUM VERBRAUCH BESTIMMT SIND

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat bis zu
Pflegegrad 1-5	40 €

Versicherten steht dieser Betrag für Pflegeverbrauchsmittel (Einmalhandschuhe, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch bei vorliegender Inkontinenz, Desinfektionsmittel für Flächen und Hände, Nasen-Mundschutz etc.) zur Verfügung.

Bevor die Pflegehilfsmittel zum Verbrauch beantragt werden, muss eine Beratung durch geschulte Fachkräfte erfolgen. Dabei soll über geeignete und notwendige Pflegehilfsmittel gesprochen und der individuelle Bedarf berücksichtigt werden. Bei Interesse wenden Sie sich an eine Apotheke oder ein Sanitätshaus.

Wichtige Information:

Inkontinenzprodukte wie Pants oder Einlagen sind Leistungen der Krankenkasse und werden somit nicht über die Pflegeversicherung abgerechnet.

WOHNUMFELDVERBESSERENDE MAßNAHMEN

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Maßnahme bis zu
Pflegegrad 1-5	4.000 € (bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)

Wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen.

Beispiele hierfür wären:

- Treppenlift
- Rampen
- Ausgleich von Türschwellen
- Handläufe, zusätzliches Treppengeländer
- barrierefreier Badumbau
- etc.

Tipp: Für den Umzug in eine barrierefreie Wohnung, wie z.B. eine betreute Wohnanlage kann der Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ebenfalls beantragt werden.

Auch bei Gründung einer ambulanten Senioren-WG kann der Zuschuss beantragt werden, max. jedoch 16.000 € pro Senioren-WG.

ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IN AMBULANT BETREUTEN WOHNGRUPPEN

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1-5	214 €

Neue Wohnformen, unter anderem Senioren-Wohngemeinschaften sowie Pflege-Wohngemeinschaften, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten - ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten.

KURZZEITIGE ARBEITSVERHINDERUNG UND PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSGELD

Beschäftigte haben das Recht, sich in einer akut aufgetretenen Pflegesituation kurzzeitig (bis zu 10 Arbeitstage) unbezahlt von der Arbeit freistellen zu lassen, wenn dies notwendig ist, um eine bedarfsgerechte Pflege für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Für die Inanspruchnahme der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung braucht noch kein Pflegegrad festgestellt worden zu sein, jedoch muss eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, die mindestens dem Pflegegrad 1 entspricht. Daher wird eine ärztliche Bescheinigung über die akute Pflegesituation benötigt.

Für diese Auszeit kann ein sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung der Pflegekasse, die den Nettoverdienstaufschlag kompensieren soll.

Das Pflegeunterstützungsgeld kann **pro Kalenderjahr** bis zu **10 Arbeitstage** je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden.

Antragstellung bei der Pflegekasse des betroffenen Pflegebedürftigen ist erforderlich.

Für nähere Informationen wenden Sie sich gerne an den Pflegestützpunkt.

LEISTUNGEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	Kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 125 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

Durch Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim leben, unterstützt.

Es gibt in den Pflegegraden 2 bis 5 keine Unterschiede mehr bei den pflegebedingten Eigenanteilen. Das heißt: Wer aufgrund zunehmender Pflegebedürftigkeit in einen höheren Pflegegrad wechselt, muss keine höhere Zuzahlung mehr leisten.

Die exakte Höhe des pflegebedingten Eigenanteils sowie hinzukommende Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen unterscheiden sich von Pflegeheim zu Pflegeheim.

Im Internet können die Preise der einzelnen Pflegeheime über die Pflegeheimnavigatoren der einzelnen Pflegekassen abgerufen werden.

LEISTUNGSZUSCHLAG BEI DER VOLLSTATIONÄREN PFLEGE

Um die finanzielle Belastung abzumildern, wird für die Pflegegrade 2 bis 5 seit 01.01.2024 von den Pflegekassen ein höherer Leistungszuschlag zu den Pflege- und Ausbildungskosten bezahlt.

Die Höhe ist gestaffelt nach der Dauer des stationären Aufenthaltes:

Leistungszuschlag	Dauer des Heimaufenthaltes
15% des Eigenanteiles der Pflege- und Ausbildungskosten	Ab dem 1. Monat
30% des Eigenanteiles der Pflege- und Ausbildungskosten	Mehr als 12 Monate
50% des Eigenanteiles der Pflege- und Ausbildungskosten	Mehr als 24 Monate
75% des Eigenanteiles der Pflege- und Ausbildungskosten	Mehr als 36 Monate

Die Abrechnung erfolgt direkt über die Pflegekasse. Es ist keine Antragsstellung erforderlich. Sie erhalten von der Einrichtung die reduzierte Berechnung des Eigenanteiles.

VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER BEI INANSPRUCHNAHME VON VORSORGE- ODER REHABILITATIONSLEISTUNGEN DURCH DIE PFLEGEPERSON

Ab dem 1. Juli 2024 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen, wenn ihre Pflegeperson gleichzeitig dort eine medizinische Vorsorge- oder Rehaleistung in Anspruch nimmt.

Kann die Einrichtung die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen nicht erbringen, kann sie auch einen ambulanten Pflegedienst einsetzen. Auch eine Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ist während dieser Zeit möglich.

Versicherte, die eine von ihnen gepflegte Person in die Reha-Klinik mitaufnehmen lassen möchten, stellen neben dem Antrag auf eine stationäre medizinische Reha für sich, auch einen Antrag auf Mitnahme der pflegebedürftigen Person. Diese muss hierbei zustimmen.

Der Anspruch auf Pflegegeld ruht während dieser Zeit der Versorgung.

Tipp: vor der Antragstellung sollte Kontakt mit der Klinik aufgenommen werden, um abzuklären, ob dort die Möglichkeit besteht, die pflegebedürftige Person mit ihren speziellen Einschränkungen aufzunehmen.