



Leistungen in der Pflegeversicherung

Impressum:

Landratsamt Ostalbkreis

Pflegestützpunkt

Stuttgarter Straße 41

73430 Aalen

Telefon 07361 503-1820

- Alle Angaben ohne Gewähr -

Inhalt

Pflegegeld für häusliche Pflege	3
Pflegesachleistungen für häusliche Pflegehilfe.....	4
Entlastungsbetrag	5
Teilstationäre Leistungen der Tages-/Nachtpflege	7
Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege: Gemeinsamer Jahresbetrag	8
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.....	11
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	12
Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in entsprechenden stationären Einrichtungen	12
Vollstationäre Pflege und Leistungszuschlag bei der vollstationären Pflege....	13
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld	15
Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	16

PFLEGEGELD FÜR HÄUSLICHE PFLEGE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	kein Anspruch
Pflegegrad 2	347 €
Pflegegrad 3	599 €
Pflegegrad 4	800 €
Pflegegrad 5	990 €

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder sonstige Personen (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 4).

Beratungspflicht bei ausschließliche Pflegegeldbezug:

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in bestimmten Zeitabständen sogenannte „Beratungseinsätze“ in der eigenen Häuslichkeit durchführen lassen. Sie dienen der pflegefachlichen Unterstützung der pflegenden Angehörigen und sollen die Qualität der häuslichen Pflege sichern. Werden diese kostenlosen Pflichtberatungen nicht in Anspruch genommen, kann die Pflegekasse die Pflegegeldzahlungen kürzen oder ganz einstellen.

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 und jene mit Pflegesachleistungs-/ Kombinationsleistungsbezug können auf Wunsch halbjährlich freiwillig einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

Die Beratungen erbringen ambulante Pflegedienste oder unabhängige zugelassene Pflegeberatungsstellen. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse. Auf Wunsch des Versicherten kann jede zweite Beratung auch per Videokonferenz stattfinden.

PFLEGESACHLEISTUNGEN FÜR HÄUSLICHE PFLEGEHILFE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 131 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2	796 €
Pflegegrad 3	1.497 €
Pflegegrad 4	1.859 €
Pflegegrad 5	2.299 €

Die Pflegesachleistungen können für die Unterstützung 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. Werden die Pflegesachleistungen vollständig ausgeschöpft, besteht kein Anspruch mehr auf Pflegegeld. Werden die Pflegesachleistungen nur zum Teil ausgeschöpft (beispielsweise zu 30 %), wird noch ein anteilig reduziertes Pflegegeld ausbezahlt (beispielsweise zu 70 %). Im Rahmen der sogenannten „Umwandlung“ können bis zu 40 % der ungenutzten Pflegesachleistungsbeträge für Entlastungsleistungen verwendet werden (vgl. S. 5). Hierfür ist kein Antrag nötig.

Wichtige Information:

Die Behandlungspflege, wie zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen bei Diabetes, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Wundverbände, etc., zählt zu den Leistungen der Krankenkassen. Sie wird somit nicht über die Pflegeversicherung abgerechnet.

ENTLASTUNGSBETRAG

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat bis zu
Pflegegrad 1-5	131 €

Dieser Betrag kann nur zweckgebunden für bestimmte Hilfen und Angebote eingesetzt werden. Dazu zählen zum Beispiel Hauswirtschaftliche Unterstützung, Gartenarbeit, Betreuung, Eigenanteile der Tagespflege, usw. Daher ist eine direkte Auszahlung nicht möglich. Nicht in Anspruch genommene Beträge können angespart werden und sind bis zum 30.06. des Folgejahres übertragbar. Ambulante Pflegedienste und nach der „Unterstützungsangebote-Verordnung“ (UstA-VO) zugelassene Dienstleister können ihre Leistungen über diesen Betrag abrechnen. Die Liste der Dienstleister erhalten Sie beim Pflegestützpunkt Ostalbkreis. Auf der Homepage des Pflegestützpunktes Ostalbkreis können Sie die Liste auch herunterladen. Es ist keine Antragsstellung erforderlich.

Umwandlungsanspruch:

Sollten Sie regelmäßig mehr als 131 € monatlich für diese Entlastungsleistungen benötigen, haben Sie noch die Möglichkeit, für nach Landesrecht anerkannte Angebote bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages dafür einzusetzen. Beachten Sie bitte, dass dabei dann das Pflegegeld bei einer Kombinationsleistung entsprechend anteilig reduziert wird (vgl. Seite 4).

Regelung für ehrenamtlich Einzelhelfende

Auch Einzelhelfende können Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige erbringen, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt werden kann. Einzelhelferin oder Einzelhelfer kann sein:

- wer das 16. Lebensjahr vollendet hat,
- die Unterstützung ehrenamtlich übernimmt,
- nicht mehr als zwei Personen zeitgleich unterstützt,
- nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist,
- nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt und
- nicht als reguläre Pflegeperson für die unterstützten Personen tätig ist.

Die für die Abrechnung benötigten Formulare erhalten Sie beim Pflegestützpunkt Ostalbkreis oder auf der Homepage des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/ehrenamt-und-selbsthilfe/anerkennung-einzelhelfende>).

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 131 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2	721 €
Pflegegrad 3	1.357 €
Pflegegrad 4	1.685 €
Pflegegrad 5	2.085 €

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tages- und Nachtverlauf 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 Tages- und Nachtpflege berechnet außer den Pflegekosten zusätzlich täglich Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Gebäude (sogenannte Investitionskosten). Diese Zusatzkosten werden privat in Rechnung gestellt und können nachträglich im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI (131 € monatlich, vgl. S. 5) von der Pflegekasse bei Vorlage der Rechnung rückerstattet werden.

KURZZEITPFLEGE UND VERHINDERUNGSPFLEGE: GEMEINSAMER JAHRESBETRAG

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 1	kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 131 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2-5	3539 € für pflegebedingte Kosten einer notwendigen Ersatzpflege

Ab dem 01.07.2025 gibt es keine separaten Beträge für die **Verhinderungs- und Kurzzeitpflege** mehr. Vielmehr werden diese zu einem **gemeinsamen Jahresbetrag** zusammengelegt. Dieser beträgt **3539 €** pro Kalenderjahr und steht ab Pflegegrad 2 zur Verfügung. Aus diesem Topf in Höhe von 3539 € können nach individueller Wahl die Kosten für beide Pflegeformen finanziert werden.

Während die Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, wird die Hälfte des Pflegegeldes für längstens 8 Wochen weiterbezahlt.

Es ist keine Vorpflegezeit mehr erforderlich, d.h. die Leistung kann direkt ab Feststellung des Pflegegrades abgerufen werden.

Viele pflegebedürftige Menschen haben bis zum 30.06.2025 bereits Leistungen der Verhinderungspflege und/oder Kurzzeitpflege genutzt. Diese bis 30.06.2025 in Anspruch genommenen Leistungen werden auf den gemeinsamen Jahresbetrag ab 01.07.2025 angerechnet.

Die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege bleiben als Leistungen grundsätzlich erhalten. Deshalb müssen Sie bei der Pflegekasse weiterhin die Leistungen beantragen und auch benennen, ob Sie die Verhinderungspflege oder die Kurzzeitpflege nutzen wollen, damit die Abrechnung funktioniert.

Deshalb hier noch Informationen zur Unterscheidung der beiden Leistungen:

Kurzzeitpflege:

Viele Pflegebedürftige sind für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim angewiesen, z.B. im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder während des Urlaubs der pflegenden Personen. Hierfür gibt es bis zu 8 Wochen die **Kurzzeitpflege** in entsprechenden stationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflegeversicherung übernimmt die anfallenden Pflegekosten im Rahmen des gemeinsamen Jahresbetrages.

Die stationäre Einrichtung berechnet aber zusätzlich zu den Pflegekosten auch tägliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Gebäude (sogenannte Investitionskosten). Diese werden privat in Rechnung gestellt. Die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten können nachträglich im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI (vgl. S. 5) bei Vorlage der Rechnung von der Pflegekasse ganz oder teilweise rückerstattet werden. **Tipp:** Rechnung einreichen!

Verhinderungspflege:

Macht die Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder sonstige Gründe vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege auch zu Hause (z.B. durch einen Pflegedienst oder Bekannte).

Eine solche Ersatzpflege ist bis zu maximal 8 Wochen pro Kalenderjahr möglich.

Bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige (bis 2. Grad verwandt oder verschwägert) sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 2-fachen Betrag des zur Verfügung stehenden Pflegegeldes beschränkt. Nachgewiesene Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten oder Verdienstausfall wegen unbezahltem Urlaub) können im Rahmen der Höchstbetragsgrenze separat in Rechnung gestellt werden.

Tipp: Die Verhinderungspflege kann auch für eine stundenweise Vertretung der pflegenden Angehörigen (z.B. aufgrund von Terminen) über das gesamte Kalenderjahr verteilt in Anspruch genommen werden. Die Begrenzung auf 8 Wochen gilt hier nicht und auch das Pflegegeld wird in diesem Fall nicht zur Hälfte gekürzt.

Wichtig: Es ist in allen Fällen immer eine Antragsstellung bei der Pflegekasse erforderlich.

PFLEGEHILFSMITTEL, DIE ZUM VERBRAUCH BESTIMMT SIND

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat bis zu
Pflegegrad 1-5	42 €

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, zählen zu den Leistungen der Krankenkassen und werden somit nicht über die Pflegeversicherung abgerechnet.

WOHNUMFELDVERBESSERNDE MAßNAHMEN

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Maßnahme bis zu
Pflegegrad 1-5	4.180 € (bis zu 16.720 €, wenn mehrere Anspruchs- berechtigte zusammen wohnen)

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

Beispiele hierfür sind:

- 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 Wohngemeinschaft kann der Zuschuss beantragt werden, maximal jedoch 16.720 € pro ambulante Wohngemeinschaft.

ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN FÜR PFLEGEBEDÜRFIGE IN AMBULANT BETREUTEN WOHNGRUPPEN

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1-5	224 €

Neue Wohnformen, wie Senioren-Wohngemeinschaften und 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.

PAUSCHALLEISTUNG FÜR DIE PFLEGE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN ENTSPRECHENDEN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1-5	278 €

LEISTUNGEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE

Grad der Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	Kein Anspruch, jedoch kann der Entlastungsbetrag von 131 € hierfür eingesetzt werden
Pflegegrad 2	805 €
Pflegegrad 3	1.319 €
Pflegegrad 4	1.855 €
Pflegegrad 5	2.096 €

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 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 dem 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.

KURZZEITIGE ARBEITSVERHINDERUNG UND PFLEGEUNTERSTÜZUNGSGELD

Beschäftigte haben das Recht, sich in einer **akut** aufgetretenen Pflegesituation kurzzeitig unbezahlt von der Arbeit freistellen zu lassen, 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 muss 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 Pflegekassen, die den Nettoverdienstausfall 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 Ostalbkreis.

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

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

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 und zu versorgen.