



**Landkreis
Rotenburg**
(Wümme)



Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit

Ein Leitfaden des Senioren- und Pflegestützpunktes
Niedersachsen im Landkreis Rotenburg (Wümme) – „RoSe“

Herausgeber:

© Landkreis Rotenburg (Wümme)
Der Landrat
Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen
im Landkreis Rotenburg (Wümme) – „RoSe“
27356 Rotenburg (Wümme)
<https://pflgestuetzpunkt.lk-row.de>



7. Auflage, Rotenburg (Wümme), Februar 2024

Allgemeine Hinweise:

In diesem Leitfaden erfolgen alle Angaben ohne Gewähr.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Beratung im Pflegefall.....	6
1.1 Rechtlicher Anspruch auf Pflegeberatung	6
1.2 Pflegeberatungsstellen.....	6
2. Die Pflegeversicherung.....	7
2.1 Voraussetzungen für Pflegeleistungen	7
2.2 Wer ist pflegebedürftig?	7
3. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	8
3.1 Hinweise zur Begutachtung.....	10
3.2 Dauer der Bearbeitung von Anträgen	11
3.3 Widerspruch	12
4. Die Pflegegrade	13
4.1 Pflegegrad 1.....	13
4.2 Pflegegrad 2.....	14
4.3 Pflegegrad 3.....	15
4.4 Pflegegrad 4.....	16
4.5 Pflegegrad 5.....	17
5. Pflege zu Hause	18
5.1 Pflegegeld	18
5.2 Beratungseinsätze	18
5.3 Pflegesachleistungen.....	19
5.4 Kombinationsleistungen.....	19
5.5 Entlastungsbetrag.....	19
5.6 Verhinderungspflege	20
5.7 Pflegehilfsmittel	22
5.8 Wohnungsanpassung	22
5.9 Ambulant betreute Wohngruppen	23
6. Unterstützung durch ambulante Pflegedienste.....	23
7. Hilfen für pflegende Angehörige	23
7.1 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung.....	23
7.2 Pflegezeit	24

7.3	Familienpflegezeit	25
7.4	Gesprächskreise für pflegende Angehörige	25
7.5	Pflegekurse für Pflegepersonen	25
7.6	Medizinische Vorsorge oder Rehabilitation für Angehörige.....	26
7.7	Betreuungsgruppen.....	26
7.8	Soziale Absicherung.....	26
7.9	Informationsmaterial und überregionale telefonische Beratung.....	27
8.	Pflege in einem Pflegeheim oder einer Tagespflege.....	28
<hr/>		
8.1	Kurzzeitpflege.....	28
8.2	Tages- oder Nachtpflege (Teilstationäre Versorgung)	29
8.3	Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	29
8.4	Vollstationäre Versorgung.....	29
8.5	Pflegeeinrichtungen	30
8.6	Sozialhilfe in stationären Einrichtungen.....	31

1. Beratung im Pflegefall

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit gibt es vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten, über die im Rahmen einer **Pflegeberatung** informiert werden kann.

1.1 Rechtlicher Anspruch auf Pflegeberatung

Einen Rechtsanspruch auf eine **Pflegeberatung** gegenüber der **gesetzlichen** oder der **privaten Pflegekasse** haben Versicherte

- die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten
- die noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Leistungsantrag eingereicht haben und bei denen gleichzeitig ein erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf vorliegt
- und pflegende Angehörige, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt.

Bei komplexen Situationen besteht ein Anspruch auf eine erweiterte individuelle Pflegeberatung nach § 7a des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Wenden Sie sich hierfür an die Pflegekasse.

1.2 Pflegeberatungsstellen

Gesetzlich Versicherte

Neben der Beratung durch die Pflegekasse bietet der **Pflegestützpunkt** allen gesetzlich Versicherten eine umfangreiche und kostenfreie Beratung an. In dieser zentralen Anlaufstelle für alle Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige wird zu pflegerischen, sozialen und medizinischen Unterstützungsangeboten beraten bzw. diese werden vermittelt und bei Bedarf koordiniert.

Für den Landkreis Rotenburg (Wümme) bietet der „**Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Rotenburg (Wümme) - RoSe**“ diese neutrale Beratung an. Die Beratung ist kostenfrei und kann bei Bedarf in der Häuslichkeit der Ratsuchenden erfolgen. Alle **Kontakt**daten finden sich auf der Rückseite dieser Broschüre.

Privatversicherte

Allen privat Versicherten und deren Angehörigen bietet die Firma **Compass** eine kostenfreie und neutrale Pflegeberatung an. Es besteht die Möglichkeit einer Pflegeberatung im häuslichen Umfeld.

compass private pflegeberatung GmbH

Gustav-Heinemann-Ufer 74c

50968 Köln

Telefon: 0 800 101 88 00

E-Mail: info@compass-pflegeberatung.de

Internet: <https://www.compass-pflegeberatung.de/>

2. Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt, um Menschen mit Pflegebedarf und ihre Familien zu entlasten. Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung liegt automatisch eine Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung vor. Bei privater Krankenversicherung muss zusätzlich eine private Pflegeversicherung abgeschlossen werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Versicherten, jedoch nicht immer bedarfsdeckend.

2.1 Voraussetzungen für Pflegeleistungen

Für Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung müssen pflegebedürftige Personen

- in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen sein
- einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben
- eine bestehende Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter bescheinigt bekommen haben.

2.2 Wer ist pflegebedürftig?

„Pflegebedürftig“ im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch Andere bedürfen. Es handelt sich um Personen, die körperliche, kognitive (geistige) oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, oder solche, die gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig ausgleichen oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Im Rahmen des **Begutachtungsverfahrens** wird der Grad der Selbständigkeit überprüft. Hierbei wird berücksichtigt, wie selbständig die pflegebedürftige Person den Alltag bewältigt, bzw. wobei Unterstützung benötigt wird. Gemessen wird der Grad der Selbständigkeit in **sechs** Lebensbereichen (**Module**). Diese finden sich im Kapitel 3 näher erläutert. Jedes Modul wird prozentual unterschiedlich gewichtet (s. Seite 10). Die gewichtete Punktzahl aus den sechs Modulen ergibt das Gesamtergebnis. Ab Erreichen einer bestimmten Punktzahl führt dies zur Einstufung in einen der fünf **Pflegegrade**.

Durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes 2017 sollen pflegebedürftige Personen, die bereits im Jahr 2016 Leistungen bezogen haben, nicht schlechter gestellt werden (**Besitzstandsschutz**). Deshalb bleibt der 2017 übergeleitete Pflegegrad der pflegebedürftigen Person **auf Dauer** erhalten. Sollten zukünftig die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit **nicht** mehr bestehen, würde der Besitzstandsschutz entfallen. Bei einer gesundheitlichen Verschlechterung kann dennoch ein Höherstufungsantrag gestellt werden.

3. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung muss ein Antrag bei der Pflegekasse oder Krankenkasse gestellt werden. Die pflegebedürftige Person muss den Antrag in der Regel selbst unterzeichnen. Ersatzweise kann eine Person aus der Familie oder eine andere Person, der eine Vollmacht erteilt wurde oder die als rechtliche Betreuungsperson eingesetzt wurde, den Antrag unterzeichnen. Bei Bedarf kann eine der eingangs genannten Beratungsstellen behilflich sein.

Nach Eingang des Antrages beauftragt die gesetzliche Pflegekasse den **Medizinischen Dienst (MD)** mit der Begutachtung (Bei Versicherten der Knappschaft-Bahn-See erfolgt die Begutachtung durch den Sozialmedizinischen Dienst). Für privat Versicherte wird ein Gutachter der Firma „**Medicproof**“ beauftragt.

Wichtig: Für den Leistungsbeginn ist das Eingangsdatum des Antrages bei der Pflegekasse entscheidend, daher sollte auf eine frühzeitige Antragstellung geachtet werden. Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person kann ein Höherstufungsantrag gestellt werden.

Der Begutachtungstermin wird schriftlich durch den MD mitgeteilt. Die Begutachtung findet bei einem Erstantrag immer in der Häuslichkeit statt, kann bei Höherstufungsanträgen aber auch telefonisch bzw. per Videogespräch durchgeführt werden. Auf Wunsch der versicherten Person muss jedoch ein Hausbesuch erfolgen.

Im Rahmen der Begutachtung werden körperliche, kognitive (geistige) und psychische Einschränkungen berücksichtigt. Die Beurteilung erfolgt gemäß den Begutachtungsrichtlinien („Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“) in insgesamt **sechs Lebensbereichen (Module)**. Den Alltag betreffend wird die Selbständigkeit bzw. der Erhalt der Fähigkeiten und die nötige Unterstützung durch andere Personen erfragt:

Lebensbereich (Modul) 1: Mobilität (körperliche Beweglichkeit)

Bewertet wird die Selbständigkeit der Mobilität im Wohnbereich mit Hilfe einer vierstufigen Skala:

1. selbständig
2. überwiegend selbständig
3. überwiegend unselbständig
4. unselbständig

z. B.: Kann die pflegebedürftige Person selbständig aufstehen oder ist personelle Hilfe nötig?

Lebensbereich (Modul) 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Verstehen und Reden)

Es wird eingeschätzt in welcher Form die geistige Fähigkeit vorhanden ist:

1. vorhanden/ unbeeinträchtigt
2. größtenteils vorhanden
3. in geringem Maße vorhanden
4. nicht vorhanden

z. B: Ist die pflegebedürftige Person zeitlich und räumlich orientiert?

Lebensbereich (Modul) 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Es wird eingeschätzt ob die pflegebedürftige Person das eigene Verhalten selbständig steuern kann, bzw. wie häufig bestimmte Verhaltensweisen personelle Unterstützung erfordern:

1. nie oder sehr selten
2. selten, 1 - 3 x innerhalb von 2 Wochen
3. häufig, 2 - mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
4. täglich

z. B.: Nächtliche Unruhe, Ängste oder depressive Stimmungen der pflegebedürftigen Person.

Lebensbereich (Modul) 4: Selbstversorgung

Hierbei wird die Selbständigkeit im Bereich des Waschens, des An- und Auskleidens, der Ernährung und des Ausscheidens beurteilt:

1. selbständig
2. überwiegend selbständig
3. überwiegend unselbständig
4. unselbständig

z. B.: Kann die pflegebedürftige Person sich selbständig waschen und anziehen?

Lebensbereich (Modul) 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul wird der selbständige Umgang mit Therapien u. a. krankheitsbedingten Anforderungen bewertet:

1. entfällt oder selbständig
2. überwiegend selbständig (Erinnerung/ Anleitung ist mind. 1 x täglich notwendig)
3. überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung/ Beaufsichtigung, mehrmals täglich)
4. unselbständig (benötigt immer Anleitung/ Beaufsichtigung)

z. B.: Kann die pflegebedürftige Person Medikamente selbständig einnehmen?

Lebensbereich (Modul) 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Es wird beurteilt ob die pflegebedürftige Person den Tagesablauf bewusst und individuell gestalten kann, bzw. Kontakt zu Menschen im unmittelbaren Umfeld aufnehmen kann:

1. selbständig
2. überwiegend selbständig
3. überwiegend unselbständig
4. unselbständig

z. B.: Ist eine selbständige Gestaltung des Tagesablaufs möglich?

In den sechs Modulen werden unterschiedliche Kriterien überprüft und, je nach vorhandenem Hilfebedarf, entsprechende Punkte vergeben. Je höher der Unterstützungsbedarf durch andere ist, umso höher fällt die Punktzahl aus.

Für jedes Modul werden die Punkte zusammengezählt. Diese werden entsprechend des prozentualen Anteils des Moduls gewichtet:

- Modul 1 = 10 %
- Modul 2 oder 3 = 15 % (**ACHTUNG:** Nur der höhere Wert fließt in die Berechnung ein)
- Modul 4 = 40 %
- Modul 5 = 20 %
- Modul 6 = 15 %

Je nach Höhe der gesamt gewichteten Punktzahl wird der entsprechende **Pflegegrad** abgeleitet:

Pflegegrad 1: 12,5 bis unter 27 gewichtete Punkte
(geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 2: 27 bis unter 47,5 gewichtete Punkte
(erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 3: 47,5 bis unter 70 gewichtete Punkte
(schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 4: 70 bis unter 90 gewichtete Punkte
(schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 5: 90 bis 100 gewichtete Punkte
(schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung unterscheidet sich je nach Pflegegrad (s. Tabellen ab Seite 13).

Wichtig: Sollte der Pflegeantrag abgelehnt werden, aber dennoch Unterstützung nötig sein, kann Widerspruch eingelegt (s. Pkt. 3.3.) oder ggf. ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt gestellt werden. Anders als bei der Pflegeversicherung erfolgt in diesem Fall eine Überprüfung der Einkommens- und Vermögenssituation.

3.1 Hinweise zur Begutachtung

Vorbereitung der Begutachtung

Vor dem Begutachtungstermin sollten Überlegungen zum erforderlichen Hilfebedarf angestellt werden. Hilfreich ist das Aufschreiben von Unterstützung durch eine Person in Alltagssituationen innerhalb der zuvor genannten sechs Module.

<https://www.sovd.de/pflegegradrechner-und-widerspruchstool>

<https://www.md-niedersachsen.de/versicherte/pflegebegutachtung>

Insbesondere bei der Begutachtung von Personen mit kognitiven Einschränkungen, z. B. Menschen mit einer Demenzerkrankung, ist es sinnvoll, ggf. im Vorfeld Arzt- und

Krankenhausberichte anzufordern und die Pflegekasse evtl. vorab über die Krankheit zu informieren. Unterlagen, wie z. B. Medikamentenpläne, Pflegedokumentation des Pflegedienstes, Arzt- oder Krankenhausberichte sollten zum Begutachtungstermin bereitgelegt werden.

Während der Begutachtung

Im Rahmen der Begutachtung sollte ein realistisches Bild vermittelt werden. Es sollte daher nichts „beschönigt“ oder verschwiegen, sondern der tägliche Unterstützungsbedarf offen geschildert werden. Hierbei sind auch Hilfestellungen, die durch Freunde, Angehörige oder Nachbarn erbracht werden, zu berücksichtigen auch tröstende oder motivierende Telefonate zählen u. U. hierzu.

Hilfreich ist die Anwesenheit der Haupt-Pflegeperson. Im Rahmen der Begutachtung kann es nötig sein, dass die Pflegeperson und der/ die Gutachter/in ein Gespräch ohne die pflegebedürftige Person führen. Auf diese Weise kann sensibler mit schambehafteten Themen umgegangen werden.

3.2 Dauer der Bearbeitung von Anträgen

Für **Erstanträge** auf Pflegeleistungen beträgt die gesetzlich vorgegebene Arbeitsfrist **25 Arbeitstage**. Bei nicht fristgemäßer Bearbeitung durch die Pflegekasse besteht Anspruch auf eine Verzögerungsgebühr in Höhe von 70 Euro pro angefangene Woche. Dies gilt jedoch nicht

- wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder
- der Antragsteller sich in stationärer Pflege befindet oder
- bereits der Pflegegrad 2 vorliegt.

Ausnahmen gibt es für sog. **Eilbegutachtungen**. In diesem Fall werden „Pflegetnotfälle“ zeitnah, meist nach Aktenlage, beurteilt. Die Begutachtung muss dann unverzüglich, spätestens jedoch **innerhalb von 1 bzw. 2 Wochen** nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse erfolgen. Die persönliche Begutachtung durch den MD findet in diesen Fällen zu einem späteren Zeitpunkt statt.

Eilbegutachtung innerhalb von fünf Arbeitstagen:

- bei Aufenthalt der pflegebedürftigen Person im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, im Hospiz, in ambulanter palliativer Versorgung zur Sicherstellung der weiteren Versorgung oder
- wenn eine sog. „Pflegezeit“ beim Arbeitgeber angekündigt wurde, bzw. eine „Familienpflegezeit“ mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde (s. Kapitel 7).

Eilbegutachtung innerhalb von zehn Arbeitstagen:

- wenn die pflegebedürftige Person zuhause gepflegt wird, ohne palliativ versorgt zu werden und wenn dem Arbeitgeber gegenüber eine „Pflegezeit“ angekündigt wurde, oder „Familienpflegezeit“ mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde (s. Kapitel 7).

Nach der Begutachtung erhält die pflegebedürftige Person von der Pflegekasse den **Bescheid** über den Pflegegrad zusammen mit dem **Gutachten**. Im Falle einer Ablehnung ist binnen eines Monats nach Erhalt ein **Widerspruch** möglich.

3.3 Widerspruch

Es besteht die Möglichkeit gegen die Entscheidung der Pflegekasse Widerspruch einzulegen. Die Grundlage hierfür bildet der ablehnende Bescheid der Pflegekasse und das MD-Gutachten.

Innerhalb einer Frist von einem Monat, nachdem der Bescheid zugestellt wurde, muss der Widerspruch bei der Pflegekasse schriftlich eingereicht werden. Der Widerspruch ist kostenfrei und kann zunächst formlos erfolgen. Es muss jedoch eine ausführliche Begründung nachgereicht werden. Der Widerspruch muss von der pflegebedürftigen Person oder einem/ einer gesetzlichen Vertreter/in unterzeichnet werden. Unterstützung beim Verfassen des Widerspruchs bieten ein bereits tätiger Pflegedienst oder eine der eingangs genannten Beratungsstellen.

Im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens beauftragt die Pflegekasse in der Regel den MD mit einer erneuten Begutachtung. Hierbei prüft zunächst der/ die Erstgutachter/in unter Einbeziehung der Unterlagen und des Widerspruchsschreibens nach Aktenlage, ob dem Widerspruch entsprochen werden kann. Sollten sich in der Begründung des Widerspruchs neue Aspekte ergeben, erstellt ein/e weitere/r Gutachter/in ein Zweitgutachten.

Sofern auch der/ die Zweitgutachter/in zu keinem anderen Ergebnis kommt, informiert die Pflegekasse die pflegebedürftige Person schriftlich hierüber. Mit diesem Schreiben erhält die versicherte Person meist einen Fragebogen mit der Fragestellung, ob der Widerspruch aufrechterhalten werden soll. Ist dies der Fall wird die Angelegenheit dem sog. Widerspruchsausschuss vorgelegt, der eine abschließende Entscheidung fällt. Im Rahmen dieses Verfahrens können neue Erkenntnisse schriftlich bei der Pflegekasse eingereicht werden.

Ist der Widerspruch nicht erfolgreich, kann Klage beim zuständigen Sozialgericht erhoben werden.

4. Die Pflegegrade

Die Einstufung erfolgt in einen der fünf Pflegegrade. Die Höhe der Leistungen unterscheidet sich je nach Pflegegrad.

In der folgenden Übersicht ist dargestellt welche Leistungsansprüche in welchem Pflegegrad bestehen. Im Pflegegrad 1 gelten eingeschränkte Leistungsansprüche. Ein vollständiger Leistungsanspruch besteht für Menschen ab dem Pflegegrad 2. Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen finden sich in den Kapiteln 5 bis 8.

4.1 Pflegegrad 1

Es liegt eine geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Leistungen der Pflegekasse:

Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege*	125 €/ Monat (s. Pkt. 5.5.)
Beratung in der eigenen Häuslichkeit, <u>kann</u> halbjährlich in Anspruch genommen werden	Kosten werden von der Pflegekasse übernommen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	max. 40 €/ Monat (s. Pkt. 5.7.)
Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (s. Pkt. 5.8.)	max. 4.000 € pro Maßnahme
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	siehe Punkt 5.7.
Wohngruppenschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (s. Pkt. 5.9.)	214 €/ Monat
Vollstationäre Pflege (s. Pkt. 8.4.)	125 €/ Monat
Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	siehe Punkt 8.3.
Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Inanspruchnahme von „Pflegezeit“ (s. Pkt. 7.1. – 7.3.)	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (s. Punkt 7.1.)
Pflegeberatung jederzeit	kostenfrei
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche an Pfl egetätigkeit interessierte Personen	kostenfrei, Termine bei der Pflegekasse erfragen

* auch für Leistungen eines Pflegedienstes bei häuslicher Pflege einsetzbar

4.2 Pflegegrad 2

Es liegt eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld (s. Pkt. 5.1.)	332 €/ Monat
Pflegesachleistung (s. Pkt. 5.3.)	761 €/ Monat
Kombinationsleistung (s. Pkt. 5.4.)	anteilige prozentuale Berechnung Pflegesachleistung und Pflegegeld
Umwandlungsanspruch in Höhe von max. 40 % der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag (s. Pkt. 5.5.)	304,40 €/ Monat
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	125 €/ Monat
Halbjährliche verpflichtende Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld (s. Pkt. 5.2.)	Kosten werden von der Pflegekasse übernommen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	max. 40 €/ Monat (s. Pkt. 5.7.)
Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (s. Pkt. 5.8.)	max. 4.000 € pro Maßnahme
Verhinderungspflege durch professionelle Pflegepersonen für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	1.612 €/ Jahr Bei ungenutzter Kurzzeitpflege: Erhöhung um 806 €, auf max. 2.418 €/ Jahr
Verhinderungspflege durch Angehörige für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	max. 498 €, ggf. Erstattung von Aufwendungen (z. B. Fahrtkosten), gesamt max. 1.612 €/ Jahr
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	s. Pkt. 5.7.
Tages- und Nachtpflege (s. Pkt. 8.2.)	689 €/ Monat
Wohngruppenschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (s. Pkt. 5.9.)	214 €/ Monat
Kurzzeitpflege (s. Pkt. 8.1.)	8 Wo./ Jahr, max. 1.774 € Bei ungenutzter Verhinderungspflege: Erhöhung um 1.612 €, auf max. 3.386 €/ Jahr
Vollstationäre Pflege (s. Pkt. 8.4.)	770 €/ Monat
Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	s. Pkt. 8.3.
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	10 % des Heimentgelts, max. 266 €/ Monat
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen (s. Pkt. 7.7.)	bei der Pflegekasse erfragen
Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Inanspruchnahme von „Pflegezeit“ (s. Pkt. 7.1. – 7.3.)	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen- versicherung für Pflegepersonen	bei der Pflegekasse erfragen
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (s. Pkt. 7.1.)
Pflegeberatung jederzeit	kostenfrei
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich an Pflege Tätigkeit interessierte Personen	kostenfrei, Termine bei der Pflegekasse erfragen

4.3 Pflegegrad 3

Es liegt eine schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld (s. Pkt. 5.1.)	573 €/ Monat
Pflegesachleistung (s. Pkt. 5.3.)	1.432 €/ Monat
Kombinationsleistung (s. Pkt. 5.4.)	anteilige prozentuale Berechnung Pflegesachleistung und Pflegegeld
Umwandlungsanspruch in Höhe von max. 40 % der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag (s. Pkt. 5.5.)	572,80 €/ Monat
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	125 €/ Monat
Halbjährliche verpflichtende Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld (s. Pkt. 5.2.)	Kosten werden von der Pflegekasse übernommen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	max. 40 €/ Monat (s. Pkt. 5.7.)
Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (s. Pkt. 5.8.)	max. 4.000 € pro Maßnahme
Verhinderungspflege durch professionelle Pflegepersonen für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	1.612 €/ Jahr Bei ungenutzter Kurzzeitpflege: Erhöhung um 806 €, auf max. 2.418 €/ Jahr
Verhinderungspflege durch Angehörige für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	max. 859,50 €, ggf. Erstattung von Aufwendungen (z. B. Fahrtkosten), gesamt max. 1.612 €/ Jahr
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	s. Pkt. 5.7.
Tages- und Nachtpflege (s. Pkt. 8.2.)	1.298 €/ Monat
Wohngruppenschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (s. Pkt. 5.9.)	214 €/ Monat
Kurzzeitpflege (s. Pkt. 8.1.)	8 Wo./ Jahr, max. 1.774 € Bei ungenutzter Verhinderungspflege: Erhöhung um 1.612 €, auf max. 3.386 €/ Jahr
Vollstationäre Pflege (s. Pkt. 8.4.)	1.262 €/ Monat
Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	s. Pkt. 8.3.
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	10 % des Heimentgelts, max. 266 €/ Monat
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen (s. Pkt. 7.7.)	bei der Pflegekasse erfragen
Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Inanspruchnahme von „Pflegezeit“ (s. Pkt. 7.1. – 7.3.)	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen- versicherung für Pflegepersonen	bei der Pflegekasse erfragen
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (s. Pkt. 7.1.)
Pflegeberatung jederzeit	kostenfrei
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich an Pfllegetätigkeit interessierte Personen	kostenfrei, Termine bei der Pflegekasse erfragen

4.4 Pflegegrad 4

Es liegt schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vor.

Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld (s. Pkt. 5.1.)	765 €/ Monat
Pflegesachleistung (s. Pkt. 5.3.)	1.778 €/ Monat
Kombinationsleistung (s. Pkt. 5.4.)	anteilige prozentuale Berechnung Pflegesachleistung und Pflegegeld
Umwandlungsanspruch in Höhe von max. 40 % der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag (s. Pkt. 5.5.)	711,20 €/ Monat
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	125 €/ Monat
<u>Vierteljährliche verpflichtende Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld (s. Pkt. 5.2.)</u>	Kosten werden von der Pflegekasse übernommen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	max. 40 €/ Monat (s. Pkt. 5.7.)
Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (s. Pkt. 5.8.)	max. 4.000 € pro Maßnahme
Verhinderungspflege durch professionelle Pflegepersonen für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	1.612 €/ Jahr Bei ungenutzter Kurzzeitpflege: Erhöhung um 806 €, auf max. 2.418 €/ Jahr
Verhinderungspflege durch Angehörige für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	max. 1.147,50 €, ggf. Erstattung von Aufwendungen (z. B. Fahrtkosten), gesamt max. 1.612 €/ Jahr
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	s. Pkt. 5.7.
Tages- und Nachtpflege (s. Pkt. 8.2.)	1.612 €/ Monat
Wohngruppenschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (s. Pkt. 5.9.)	214 €/ Monat
Kurzzeitpflege (s. Pkt. 8.1.)	8 Wo./ Jahr, max. 1.774 € Bei ungenutzter Verhinderungspflege: Erhöhung um 1.612 €, auf max. 3.386 €/ Jahr
Vollstationäre Pflege (s. Pkt. 8.4.)	1.775 €/ Monat
Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	s. Pkt. 8.3.
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	10 % des Heimentgelts, max. 266 €/ Monat
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen (s. Pkt. 7.7.)	bei der Pflegekasse erfragen
Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Inanspruchnahme von „Pflegezeit“ (s. Pkt. 7.1. – 7.3.)	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen- versicherung für Pflegepersonen	bei der Pflegekasse erfragen
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (s. Pkt. 7.1.)
Pflegeberatung jederzeit	kostenfrei
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich an Pfllegetätigkeit interessierte Personen	kostenfrei, Termine bei der Pflegekasse erfragen

4.5 Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung vor.

Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld (s. Pkt. 5.1.)	947 €/ Monat
Pflegesachleistung (s. Pkt. 5.3.)	2.200 €/ Monat
Kombinationsleistung (s. Pkt. 5.4.)	anteilige prozentuale Berechnung Pflegesachleistung und Pflegegeld
Umwandlungsanspruch in Höhe von max. 40 % der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag (s. Pkt. 5.5.)	880 €/ Monat
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	125 €/ Monat
<u>Vierteljährliche verpflichtende Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld (s. Pkt. 5.2.)</u>	Kosten werden von der Pflegekasse übernommen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	max. 40 €/ Monat (s. Pkt. 5.7.)
Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (s. Pkt. 5.8.)	max. 4.000 € pro Maßnahme
Verhinderungspflege durch professionelle Pflegepersonen für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	1.612 €/ Jahr Bei ungenutzter Kurzzeitpflege: Erhöhung um 806 €, auf max. 2.418 €/ Jahr
Verhinderungspflege durch Angehörige für max. 6 Wo./ Kalenderjahr (s. Pkt. 5.6.)	max. 1.420,50 €, ggf. Erstattung von Aufwendungen (z. B. Fahrtkosten), gesamt max. 1.612 €/ Jahr
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel	s. Pkt. 5.7.
Tages- und Nachtpflege (s. Pkt. 8.2.)	1.995 €/ Monat
Wohngruppenschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (s. Pkt. 5.9.)	214 €/ Monat
Kurzzeitpflege (s. Pkt. 8.1.)	8 Wo./ Jahr, max. 1.774 € Bei ungenutzter Verhinderungspflege: Erhöhung um 1.612 €, auf max. 3.386 €/ Jahr
Vollstationäre Pflege (s. Pkt. 8.4.)	2.005 €/ Monat
Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	s. Pkt. 8.3.
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	10 % des Heimentgelts, max. 266 €/ Monat
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen (s. Pkt. 7.7.)	bei der Pflegekasse erfragen
Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Inanspruchnahme von „Pflegezeit“ (s. Pkt. 7.1. – 7.3.)	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen- versicherung für Pflegepersonen	bei der Pflegekasse erfragen
Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte während kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (s. Pkt. 7.1.)
Pflegeberatung jederzeit	kostenfrei
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich an Pfllegetätigkeit interessierte Personen	kostenfrei, Termine bei der Pflegekasse erfragen

5. Pflege zu Hause

Jeder pflegebedürftigen Person stehen unterschiedliche Versorgungsformen zur Verfügung. Die Entscheidung für die eine oder andere Versorgungsmöglichkeit hängt von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, bzw. den persönlichen Lebensumständen ab.

Jede Änderung der Leistungsart (z. B. von ambulanter zu stationärer Pflege oder von Pflegegeldleistung z. B. zur Kombileistung) muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Informationen zu den verschiedenen Leistungsarten finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

Folgende Möglichkeiten bestehen für die Pflege zu Hause:

5.1 Pflegegeld

Die pflegebedürftige Person wird durch Angehörige oder andere private Pflegepersonen zu Hause versorgt. Das Pflegegeld wird der versicherten Person von der Pflegekasse überwiesen. Über die Verwendung des Pflegegeldes kann frei verfügt werden. Die Pflege zu Hause muss allerdings sichergestellt und für die hauswirtschaftliche Versorgung gesorgt werden. Das überwiesene Pflegegeld wird gewöhnlich durch die pflegebedürftige Person an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weitergegeben. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem Pflegegrad. In Kapitel 4 sind die Leistungsansprüche hinterlegt.

Das Pflegegeld kann mit anderen Leistungen kombiniert werden.

5.2 Beratungseinsätze

Durch die Beratungsbesuche eines niedergelassenen Pflegedienstes oder einer anderen hierzu berechtigten Stelle soll die Qualität der häuslichen Pflege gesichert werden. Nur sofern ausschließlich Pflegegeld bezogen wird **muss** bei

- Pflegegrad 2 und 3 einmal **halbjährlich**
- bei Pflegegrad 4 und 5 **vierteljährlich**

ein Beratungsbesuch erfolgen. Im Zeitraum vom 01.07.2022 bis 30.06.2024 kann jede zweite Beratung per Videokonferenz durchgeführt werden. Hierbei hat die erste Beratung in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

Bei vorliegendem Pflegegrad 1 oder bei Bezug von Pflegesachleistungen (Pflegedienst) ist der halbjährliche Beratungsbesuch freiwillig.

5.3 Pflegesachleistungen

Pflegesachleistungen werden von zugelassenen ambulanten Pflegediensten erbracht, die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause unterstützen. Als Hilfen kommen z. B. in Frage:

- Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilisation oder Lagerung
- Beratung
- Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung
- Betreuungsleistungen

Die Höhe der Pflegesachleistung richtet sich nach dem Pflegegrad. In **Kapitel 4** finden sich nähere Angaben zu den Leistungsansprüchen.

Wird der Anspruch auf Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht genutzte Betrag – maximal 40 % der Leistung – für nach Landesrecht anerkannte **„Angebote zur Unterstützung im Alltag“** (sog. **Entlastungsbetrag**) umgewandelt werden (siehe Punkt 5.5.).

Weiterhin kann durch Pflegedienste die sogenannte **häusliche Krankenpflege** (z. B. Medikamentengabe, Verbandwechsel, Injektionen) als Leistung der Krankenversicherung **auf Verordnung des Hausarztes** erbracht werden.

Pflegesachleistungen können mit dem Pflegegeld kombiniert werden, man nennt dies:

5.4 Kombinationsleistungen

Sofern die pflegebedürftige Person sowohl durch eine private Pflegeperson als auch durch den Pflegedienst zu Hause versorgt wird, bezeichnet man dies als Kombinationsleistung. Pflegegeld und Pflegesachleistung werden kombiniert. Das Pflegegeld vermindert sich in dem Fall monatlich prozentual um den Betrag, der für die Sachleistungen (Pflegedienst) verbraucht wurde.

Beispiel (vgl. a. Pkt. 4.2.):

Von einer pflegebedürftigen Person mit Pflegegrad 2 werden Pflegesachleistungen eines Pflegedienstes im Wert von 380,50 € in Anspruch genommen. Der Höchstbetrag für diesen Pflegegrad beträgt 761 € (= 100 %). Es wurden also die Sachleistungen zu 50 % ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 332 € wären nun noch 50 % (166 €) als Restanspruch übrig.

Wichtig: Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, und der verbleibende Rechnungsbetrag des Pflegedienstes nicht mit eigenen Mitteln bezahlt werden kann, kann einkommensabhängig beim Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden.

5.5 Entlastungsbetrag

Menschen mit Pflegegrad 1 bis 5, die ambulant gepflegt werden, erhalten einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von **125 € monatlich**. Dieser Betrag wird der versicherten Person

nicht ausgezahlt. Er kann für **nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (AZUA)** verwendet werden. Auf Nachweis (Quittung oder Rechnung des Anbieters) wird das Geld von der Pflegekasse erstattet.

Mit dem Entlastungsbetrag können teilweise finanziert werden:

- Leistungen durch **nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag**, z. B. Betreuungsangebote (Einzelbetreuung), Entlastungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf im Alltag (z. B. für Begleitung beim Einkauf, Haushaltshilfe etc.)
- Leistungen zugelassener Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für körperbezogene Pflegemaßnahmen (im Pflegegrad 1 dürfen die Leistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen verwendet werden)
- Eigenanteil der Tages- oder Nachtpflege
- Eigenanteil der Kurzzeitpflege

Nicht verbrauchte Entlastungsbeträge eines Jahres können auf das Folgejahr übertragen werden, und sind bis zum 30.06. des Folgejahres zu verbrauchen. Nicht verbrauchte Beträge aus dem Vorjahr verfallen zum 01.07. Die Pflegekasse gibt Auskunft über die Höhe des noch zur Verfügung stehenden Restbetrages.

Die meisten ambulanten Pflegedienste besitzen die Anerkennung zur Abrechnung dieser besonderen Angebote. Informationen hierzu können bei den Pflegediensten eingeholt werden.

Umwandlungsanspruch aus Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige Personen können **bis zu 40 % der Pflegesachleistung** für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag umwandeln. Die entsprechenden Umwandlungsbeträge sind in den **Tabellen im Kapitel 4** ersichtlich. Hier kann allerdings keine Übertragung von monatlich ungenutzten Beträgen auf die Folgemonate erfolgen.

Adressen der regionalen, **nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (AZUA)** erhalten Sie bei den eingangs genannten Beratungsstellen oder auf den unter Punkt 8.5 genannten Suchportalen der Krankenkassen.

5.6 Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, ist es möglich bei der zuständigen Pflegekasse Verhinderungspflege/ Ersatzpflege zu beantragen. Diese Leistung kann nicht beantragt werden, wenn ausschließlich Pflegesachleistungen durch einen Pflegedienst in Anspruch genommen werden.

Voraussetzung für die Beantragung der Verhinderungspflege ist, dass die Pflegeperson den Menschen mit Pflegebedarf **mindestens 6 Monate zu Hause gepflegt** hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung **mindestens Pflegegrad 2** besteht. Es besteht aber die Möglichkeit der Verhinderungspflege, wenn innerhalb der erforderlichen sechs Monate nur Pflegegrad 1 bewilligt

wurde. In Ausnahmefällen können auch Vorpflegzeiten berücksichtigt werden, wenn noch keine Einstufung durchgeführt wurde.

Wird die Verhinderungspflege durch eine Person erbracht, die mit der pflegebedürftigen Person **nicht bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert** ist, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für maximal 6 Wochen und **bis zu einem Betrag von 1.612 €** pro Kalenderjahr.

Ist die private Pflegeperson für weniger als 8 Stunden am Tag verhindert, entfällt die Begrenzung auf 6 Wochen pro Kalenderjahr. Die Verhinderungspflege kann in diesem Fall **stundenweise** bis zum Betrag von 1.612 € in Anspruch genommen werden. Ein schriftlicher Nachweis der erbrachten Stunden (Stundenzettel) ist gegenüber der Pflegekasse erforderlich.

Wird die Verhinderungspflege von einer Person übernommen, die mit dem Pflegebedürftigen **bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in einem Haushalt lebt**, wird durch die Pflegekasse für die Dauer von bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr lediglich ein Betrag in Höhe des zustehenden Pflegegeldes übernommen. Bei 6 Wochen entspricht das dem 1,5-fachen des jeweiligen Pflegegeldes (s. auch Tabellen ab Seite 13). Nachgewiesene Aufwendungen (Fahrtkosten, Verdienstausschlag etc.) können zusätzlich erstattet werden. Der Höchstbetrag liegt dann bei 1.612 €.

Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in halber Höhe weitergezahlt. Wird die Verhinderungspflege für weniger als 8 Stunden am Tag durchgeführt, wird das Pflegegeld nicht gekürzt.

Übertragbarkeit Kurzzeitpflege auf Verhinderungspflege

Falls in einem Kalenderjahr der Anspruch auf Kurzzeitpflege (s. Pkt. 8.1.) nicht genutzt oder nicht komplett ausgeschöpft wurde, können Verhinderungs- und Kurzzeitpflege miteinander kombiniert werden. Max. **806 €** aus der Kurzzeitpflege können in Verhinderungspflege umgewandelt werden und so **zusätzlich** genutzt werden.

Besonderheit Pflegebedürftige unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 und 5

Seit 01.01.2024 besteht für Pflegebedürftige, die das **25. Lebensjahr noch nicht vollendet** haben, mit Pflegegrad 4 und 5 ein erweiterter Anspruch:

Es entfällt die Voraussetzung, dass die Pflegeperson mindestens sechs Monate vor Verhinderungspflege gepflegt haben muss.

Wenn Kurzzeitpflege in einem Kalenderjahr nicht genutzt wurde, kann der volle Leistungsbetrag von **1.774 €** zusätzlich für die Verhinderungspflege genutzt werden. Es liegt ein verlängerter Anspruch von acht Wochen vor.

Bei Ersatzpflege durch eine Pflegeperson, die bis zum zweiten Grad verwandt ist oder mit in einem gemeinsamen Haushalt lebt, erfolgt eine Begrenzung auf den zweifachen Pflegegeldbetrag. Insgesamt kann mit zusätzlichen Aufwendungen hierbei der Betrag der Verhinderungspflege von 1612 Euro und der nicht genutzten Kurzzeitpflege von 1774 Euro genutzt werden.

5.7 Pflegehilfsmittel

Dies sind Geräte oder Sachmittel, die die häusliche Pflege erleichtern und der pflegebedürftigen Person eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Wenn bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Gutachter Pflegehilfsmittel empfohlen werden, ist kein zusätzlicher Antrag notwendig. Die Pflegekasse unterscheidet:

a. **Technische Pflegehilfsmittel** (Pflegebett, Notrufsystem, Lagerungshilfen)

Für technische Pflegehilfsmittel muss die pflegebedürftige Person (ab 18 Jahren) eine Zuzahlung von 10 %, maximal aber einen Betrag von 25 € pro Pflegehilfsmittel zahlen.

Größere Pflegehilfsmittel, z. B. Pflegebetten, werden leihweise zur Verfügung gestellt, eine Zuzahlung ist nicht erforderlich.

b. **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** (z. B. Betteinlagen, Einmalhandschuhe)

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bis zu einem Betrag von **40 € monatlich**.

Hierzu beraten die Pflegekassen, Sanitätsfachgeschäfte, ambulante Pflegedienste oder die eingangs genannten Beratungsstellen.

Entlastungen für Zuzahlungen können bei der Krankenkasse mit einem Antrag auf Befreiung geprüft werden.

5.8 Wohnungsanpassung

Der Zuschuss der Pflegekasse für sog. „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ beträgt **maximal 4.000 €**. Die Pflegekasse zahlt diesen Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld auf Antrag, unabhängig von der Höhe des Pflegegrades. Hierdurch soll die häusliche Pflege ermöglicht oder erleichtert, oder eine selbständigere Lebensführung ermöglicht werden.

Der Zuschuss wird z. B. für Maßnahmen gezahlt, wie Türverbreiterung, Rampe, Treppen- oder Hublift, Umbau eines Badezimmers oder Ein- und Umbau von Mobiliar. Wohnen mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (Pflege-WG), kann der Zuschuss bis zu 16.000 € betragen. In der Regel wird dieser Zuschusses einmal gezahlt, kann aber u. U. ein zweites Mal genehmigt werden (Ermessensleistung), sofern sich die gesundheitliche Situation deutlich verschlechtert hat.

5.9 Ambulant betreute Wohngruppen

Hier leben Menschen mit Pflegebedarf gemeinsam in kleineren Gruppen. Pflege und Hauswirtschaft erbringen häufig Pflegedienste.

Bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe (Pflege-WG) ist ab Pflegegrad 1 eine einmalige Anschubfinanzierung von 2500 € pro pflegebedürftiger Person möglich. Der Höchstbetrag liegt bei 10.000 € pro Wohngruppe. Daneben hat jede Person mit Pflegebedarf, die in dieser Wohnform lebt, einen zusätzlichen Anspruch auf einen **Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 €** monatlich. Mit diesem Betrag kann z. B. eine Person finanziert werden, die betreuende, hauswirtschaftliche oder organisatorische Aufgaben übernimmt.

6. Unterstützung durch ambulante Pflegedienste

Bei der Pflege zu Hause können pflegebedürftige Personen durch einen Pflegedienst unterstützt werden. In einem Beratungsgespräch mit einem Pflegedienst kann erörtert werden, welche Unterstützung nötig ist, welche Kosten entstehen und wie diese finanziert werden können. Die Pflegedienste geben daneben Auskunft über die angemessene Pflege und helfen häufig auch beim Beantragen von Leistungen der Kranken- oder Pflegekasse.

Unter <https://www.aok.de/pk/pflegenavigator/> (AOK)

<https://pflegelotse.de> (Ersatzkassen)

<https://pflegefinder.bkk-dachverband.de> (BKK)

https://pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx (Knappschaft)

können Adressen und Kontaktdaten von Pflegediensten ermittelt werden. Gesucht werden kann nach der Postleitzahl oder dem Ort mit einer Umkreissuche.

Eine Liste der anerkannten ambulanten Pflegedienste im Landkreis Rotenburg (Wümme) erhalten Sie beim **Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Rotenburg (Wümme) – RoSe** (Kontaktdaten s. Broschürenrückseite) oder im Internet unter:

<https://pflegestuetzpunkt.lk-row.de/>

Stichwort: Downloads → Adresslisten

7. Hilfen für pflegende Angehörige

Unterstützung für die anspruchsvolle und mitunter aufreibende Aufgabe der häuslichen Pflege können die im Folgenden aufgeführten Leistungen bieten.

7.1 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Für Beschäftigte besteht die Möglichkeit **jährlich bis zu 10 Arbeitstage** der Arbeit fernzubleiben, um in einer **akuten** Pflegesituation für einen nahen Angehörigen mit Pflegebedürftigkeit oder wenn dieser voraussichtlich mindestens Pflegegrad 1 erhalten wird eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder selbst durchzuführen. Dieser Anspruch besteht

unabhängig von der Anzahl der beschäftigten Personen. Der Versicherungsschutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt während dieser 10 Tage bestehen. Dem Betrieb ist die kurzzeitige Arbeitsverhinderung unverzüglich mitzuteilen. Auf Nachfrage ist eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit und Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen, sofern noch keine Pflegebedürftigkeit durch den MD festgestellt wurde. Nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit genügt der Bescheid der Pflegekasse.

Sollte keine Lohnfortzahlung erfolgen, kann das sog. **Pflegeunterstützungsgeld** für max. 10 Tage bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragt werden. In diesem Rahmen werden 90 % des Nettoentgelts gezahlt.

7.2 Pflegezeit

Der Anspruch auf Pflegezeit wird einer Person gewährt, die einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegt, bei dem mindestens Pflegegrad 1 vorliegt. Der Antrag ist bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu stellen. Als nahe Angehörige gelten: Ehegatten, Partner in einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder (auch Adoptiv- und Pflegekinder), Enkelkinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder, sowie Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwager.

Es handelt sich hierbei um eine unbezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von max. 6 Monaten. Die Pflegeperson bezieht während der Pflegezeit kein Gehalt, bleibt aber auf Antrag bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person sozialversichert. Während dieser Zeit liegt ein besonderer Kündigungsschutz vor.

Zur Begleitung schwerstkranker Angehöriger in der letzten Lebensphase besteht für max. drei Monate die Möglichkeit, die Arbeitszeit ganz oder teilweise zu reduzieren. Ein Pflegegrad ist nicht erforderlich.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit gilt gegenüber Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten.

Die Pflegezeit muss dem Beschäftigungsbetrieb zehn Arbeitstage vor Beginn, mit Angabe über Umfang und Zeitraum schriftlich mitgeteilt werden. Ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit (z. B. Bescheid der Pflegekasse) ist dem Betrieb vorzulegen. Für Beschäftigte besteht die Wahl zwischen einer vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeit. Unter bestimmten Voraussetzungen ist es möglich, die Pflegezeit vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums zu beenden.

Während der Pflegezeit besteht ein Rechtsanspruch auf Beantragung eines **zinslosen Darlehens** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) zur Absicherung des Lebensunterhalts während der Freistellung. Unter folgendem Link finden sich Formulare und Merkblätter als Download: <https://www.wege-zur-pflege.de>

7.3 Familienpflegezeit

Wird ein naher Angehöriger ab Pflegegrad 1 im häuslichen Umfeld gepflegt, kann in Abstimmung mit dem Beschäftigungsbetrieb die Wochenarbeitszeit reduziert werden. Über einen Zeitraum von **maximal 24 Monaten** kann die **Wochenarbeitszeit auf bis zu 15 Stunden gekürzt** werden. Der **Rechtsanspruch gilt gegenüber Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten**. Während der Familienpflegezeit besteht ein besonderer Kündigungsschutz. Dem Betrieb muss die Inanspruchnahme der Familienpflegezeit mit Angaben zu Zeitraum und Umfang spätestens acht Wochen vor dem gewünschten Beginn schriftlich angekündigt werden. Ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit (z. B. Bescheid der Pflegekasse) ist dem Betrieb vorzulegen.

Um den Einkommensausfall auszugleichen, kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ein zinsloses Darlehen beantragt werden. Zur Berechnung der Darlehenshöhe kann ein Familienpflegezeit-Rechner genutzt werden.

<https://www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/rechner>

In jedem Fall sollte bei Nutzung der o. g. Pflegezeiten eine Beratung zur sozialen Absicherung (Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) erfolgen (s. Punkt 7.7).

7.4 Gesprächskreise für pflegende Angehörige

Gesprächskreise für Angehörige bieten vielfältige Informationen, Anregungen und Austauschmöglichkeiten als Hilfe zur Selbsthilfe. Hier werden wertvolle Anregungen für den Alltag gegeben und es kann so Entlastung erfahren werden. Die Inhalte werden von den Teilnehmenden bestimmt. Die Gesprächsführung wird durch kompetentes Fachpersonal gewährleistet.

Spezielle Gesprächskreise gibt es für Angehörige dementiell erkrankter Menschen. Nähere Informationen zu den Gesprächskreisen im Landkreis vermitteln die eingangs genannten Beratungsstellen.

Beim **Senioren- und Pflegestützpunkt** (Adresse s. Rückseite dieser Broschüre) kann ein **Leitfaden zum Thema Demenz** bezogen bzw. auf der Internetseite heruntergeladen werden, der neben vielen Tipps auch Adressen lokaler Beratungsangebote enthält.

7.5 Pflegekurse für Pflegepersonen

Pflegende Angehörige oder Personen, die sich ehrenamtlich um Menschen mit Pflegebedarf kümmern, können **kostenlos** an einem Pflegekurs der Pflegekasse teilnehmen. Die Kurse bieten praktische Anleitung und Information, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen pflegerelevanten Themen. Daneben erfolgt ein Austausch untereinander und es können Kontakte geknüpft werden. Die Schulung kann bei Bedarf in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person erfolgen.

Informationen über Angebote und Veranstalter erteilen Pflegekassen, Pflegedienste oder die eingangs genannten Beratungsstellen.

7.6 Medizinische Vorsorge oder Rehabilitation für Angehörige

Pflegende Angehörige können und sollen Angebote zur Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch nehmen, um Abstand zu gewinnen und wieder eine neue Perspektive einzunehmen. Die psychische und körperliche Belastung der Pflegetätigkeit sind gute Gründe für eine solche Maßnahme. Ihr Hausarzt/ Ihre Hausärztin unterstützen bei der Antragsstellung.

Wichtig: Die pflegebedürftige Person kann unter Umständen gleichzeitig in der Rehaeinrichtung versorgt werden. Auskunft gibt die Pflegekasse.

https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt23_reha.pdf

7.7 Betreuungsgruppen

Sog. Betreuungsgruppen werden durch qualifiziertes Personal geleitet, ggf. in Zusammenarbeit mit sog. LaienhelferInnen oder Beschäftigungstherapeuten. Ein wichtiger Aspekt für die Teilnahme der pflegebedürftigen Person an einer Betreuungsgruppe ist die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Sie können diese freie Zeit für sich nutzen. Pflegende Angehörige haben die Möglichkeit, während der Eingewöhnungsphase ihre Angehörigen in die Gruppe zu begleiten.

Stundenweise Unterstützung durch LaienhelferInnen

Eine Alternative zu den o. g. Betreuungsgruppen bietet die stundenweise Betreuung in der eigenen Häuslichkeit. Die Betreuung wird durch geschulte LaienhelferInnen übernommen.

Inhalte aller Angebote können sein: Biografiearbeit, jahreszeitliche Gestaltung, Spiele, Seniorengymnastik, Ausflüge, Gedächtnistraining, Kaffee trinken, Erzählen, Musik, Tanzen...

Diese Leistung kann mit dem „Entlastungsbetrag“ (s. Punkt 5.5.) finanziert werden, sofern das Angebot nach Landesrecht anerkannt ist.

Informationen über anerkannte Angebote und Veranstalter halten Pflegekassen, Pflegedienste oder die eingangs genannten Beratungsstellen bereit.

7.8 Soziale Absicherung

Als Pflegeperson im Sinne der Pflegeversicherung gilt, wer einen oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 - 5 in der Häuslichkeit, **nicht erwerbsmäßig**, für mind. 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mind. 2 Tage in der Woche, pflegt. Eine Pflegeperson kann von der Pflegeversicherung Leistungen zur sozialen Sicherung beziehen:

- a. Sofern die Pflegeperson nicht mehr als 30 Std. wöchentlich erwerbstätig ist, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur **Rentenversicherung**. Die Beitragshöhe ist abhängig vom Pflegegrad und der Leistungsart (Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung). Auskunft gibt die Broschüre der Deutschen Rentenversicherung "Rente für Pflegepersonen-Ihr Einsatz lohnt sich".

- b. Sie ist bei allen Verrichtungen der Pflege, und auf allen Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, beitragsfrei **gesetzlich unfallversichert**.
- c. Sollte die eigene Berufstätigkeit für die Dauer der Pflege aufgegeben worden sein, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur **Arbeitslosenversicherung**. Im Anschluss an die Pflege Tätigkeit kann so Arbeitslosengeld I bezogen werden. Weiterhin sind Leistungen der Arbeitsförderung (z. B. Fort- und Weiterbildungen) möglich, falls die ursprüngliche Tätigkeit nach der Pflege nicht wiederaufgenommen werden kann.

Fragen zu diesem Thema beantwortet die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/soziale-absicherung-der-pflegeperson>

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/alles-fuer-pflegende-angehoerige/absicherung-fuer-pflegende-angehoerige-durch-sozialversicherungen-13426>

7.9 Informationsmaterial und überregionale telefonische Beratung

Eine Vielzahl kostenloser Broschüren zu verschiedenen pflegerelevanten Themen, wie z. B. Häusliche Pflege, Pflegeversicherung, Entlastung, oder Betreuung von Menschen mit Demenz sind mittlerweile erhältlich. Daneben ist eine telefonische Beratung möglich. Nähere Informationen sind z. B. zu erhalten unter:

Bundesministerium für Gesundheit

Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>

Reiter „Themen“ → „Pflege“

Reiter „Service“ → „Unsere Publikationen“ → „Pflege“

oder <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege.html>

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

030/ 340 60 66 02

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Internet: <https://www.wege-zur-pflege.de>

Pflegetelefon

030/ 20 17 91 31

Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Internet: <https://www.deutsche-alzheimer.de/>

Alzheimer Telefon

030 / 259 37 95 14

Wegweiser Demenz

Internet: <https://www.wegweiser-demenz.de/>

Internetseite für pflegende Angehörige

Internet: <https://www.pflegen-und-leben.de>

8. Pflege in einem Pflegeheim oder einer Tagespflege

8.1 Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige Menschen ab Pflegegrad 2 bis 5, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, können wegen Krankheit oder Abwesenheit der Pflegeperson für eine begrenzte Zeit auf eine stationäre Pflege angewiesen sein. Dies kann auch z. B. im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in Krisensituationen nötig sein, sofern teilstationäre Pflege (Tagespflege) nicht ausreichend ist. In diesen Fällen kann eine Kurzzeitpflege genutzt werden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht von Beginn der Pflegebedürftigkeit an und ist begrenzt auf **max. 8 Wochen pro Kalenderjahr**.

Durchgeführt wird die Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim). Die Nachfrage nach entsprechenden Plätzen kann möglicherweise das bestehende Angebot übersteigen. Daher ist es empfehlenswert, sich im Bedarfsfall so früh wie möglich an das Pflegeheim der eigenen Wahl zu wenden.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, sowie der medizinischen Behandlungspflege **bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774 € im Kalenderjahr**. Darüber hinaus anfallende Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. „Hotelkosten“) sowie Investitionskosten müssen privat getragen werden. Für diese Kosten kann der sog. „Entlastungsbetrag“ verwendet werden (s. Punkt 5.5.).

Für Menschen mit Pflegegrad 1 besteht kein Anspruch auf Kurzzeitpflege im o. g. Umfang. Hier kann lediglich der Entlastungsbetrag (125 €/ Monat) zur Finanzierung der Heimkosten genutzt werden.

Übertragbarkeit Verhinderungspflege auf Kurzzeitpflege

Wird in einem Kalenderjahr der Anspruch auf Verhinderungspflege nicht genutzt, kann sich die Pflegekasse mit weiteren 1.612 € an der Kurzzeitpflege beteiligen. Es stehen somit **max. 3.386 €** für die Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Das Pflegegeld wird während der Kurzzeitpflege für maximal 8 Wochen in halber Höhe weitergezahlt. Sollten Kombinationsleistungen vereinbart worden sein, wird in der Zeit der Kurzzeitpflege das zuletzt bezogene anteilige Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt

Unter bestimmten Voraussetzungen ist **Kurzzeitpflege** im Anschluss an eine Klinikbehandlung auch **ohne Vorliegen eines Pflegegrades** als eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung möglich (sog. Übergangspflege). Hier informiert der Sozialdienst der jeweiligen Klinik.

8.2 Tages- oder Nachtpflege (Teilstationäre Versorgung)

Für Menschen mit Pflegebedarf wird in teilstationären Einrichtungen tagsüber oder nachts Pflege und Betreuung angeboten. Leider ist das Angebot der Nachtpflege im gesamten Bundesgebiet nur sehr eingeschränkt zu finden. Die Tagespflege kann sowohl zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen als auch eine soziale Isolation der pflegebedürftigen Person vermeiden. Durch den Besuch der Einrichtung wird soziale Gemeinschaft erfahrbar. Es können Kontakte geknüpft werden, als auch entsprechende Beschäftigungsangebote zur körperlichen und geistigen Aktivierung genutzt werden. Pflegebedürftige Menschen können so tagsüber, ein- oder mehrmals wöchentlich, Betreuung und pflegerische Hilfen nutzen, z. B. wenn die Versorgung zu Hause durch Berufstätigkeit der Pflegeperson nicht gewährleistet werden kann. Meist wird die pflegebedürftige Person am Morgen zuhause durch den Fahrdienst der Einrichtung abgeholt, am späten Nachmittag erfolgt die Rückkehr.

Anspruch auf teilstationäre Versorgung haben Menschen ab Pflegegrad 2 bis 5. Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad ab (siehe Kapitel 4). Personen mit **Pflegegrad 1** können zur Finanzierung der Tagespflege lediglich den sog. Entlastungsbetrag (125 €/ Monat) einsetzen.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Darüber hinaus anfallende Kosten für Pflege und Betreuung, Verpflegung und eventuelle Investitionskosten müssen privat getragen werden. Hierzu kann ggf. der „Entlastungsbetrag“ genutzt werden (siehe Punkt 5.5.).

Der Anspruch auf Pflegegeld oder die Pflegesachleistung verringert sich durch die Inanspruchnahme einer Tagespflege nicht.

Eine Liste mit Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Rotenburg (Wümme) erhalten Sie bei den eingangs genannten Beratungsstellen.

8.3 Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen

In teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen haben Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten hierfür einen Vergütungszuschlag. Dieser wird von der Pflegekasse, bzw. der privaten Pflegeversicherung übernommen.

8.4 Vollstationäre Versorgung

In Pflegesituationen, in denen die Hilfe von Angehörigen oder einem ambulanten Pflegedienst nicht mehr ausreichen und ggf. rund um die Uhr Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen müssen, kann die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung sinnvoll sein. Die Pflegeversicherung gewährt die vollstationäre Pflege, wenn die ambulante Pflege oder teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist.

Die Pflegeversicherung zahlt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege. Oftmals reicht dieser Betrag nicht aus. Daher

ist von pflegebedürftigen Personen ein **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)** zu den pflegebedingten Kosten zu leisten. Die zu leistenden Eigenanteile sind zwischen Pflegegrad 2 bis 5 innerhalb einer Pflegeeinrichtung immer gleich hoch. Da jede Pflegeeinrichtung den Eigenanteil selbstständig verhandelt, können sich jedoch von Pflegeeinrichtung zu Pflegeeinrichtung unterschiedlich hohe Eigenanteile ergeben.

Die Pflegekasse übernimmt zusätzlich einen Anteil des EEE – in der Höhe abhängig von der Dauer der vollstationären Pflege:

1. - 12. Monat: 15% des EEE

13.- 24. Monat: 30% des EEE

25.- 36. Monat: 50% des EEE

ab 37. Monat: 75% des EEE

Personen mit Pflegegrad 1 können bei Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung lediglich einen monatlichen Zuschuss von 125 € (Entlastungsbetrag) erhalten.

Zusätzlich sind von den Pflegeheimbewohnern die sog. „Hotelkosten“ für Unterkunft und Verpflegung, sowie die Investitionskosten und ggf. Kosten für zusätzlich gebuchte Leistungen zu tragen. Auch diese sind von Pflegeeinrichtung zu Pflegeeinrichtung unterschiedlich hoch.

8.5 Pflegeeinrichtungen

Unter <https://www.aok.de/pk/pflegenavigator/> (AOK)

<https://pfelegelotse.de> (Ersatzkassen)

<https://pflegefinder.bkk-dachverband.de> (BKK)

https://pfelegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx (Knappschaft)

besteht die Möglichkeit Adressen, Kontaktdaten und Preise von Pflegeeinrichtungen zu ermitteln. Gesucht werden kann nach der Postleitzahl oder dem Ort mit einer Umkreissuche

Eine Liste mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Landkreis Rotenburg (Wümme) erhalten Sie beim **Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Rotenburg (Wümme)** - „RoSe“ (Kontaktdaten s. Broschürenrückseite) oder im Internet unter:

<https://pfelegestuetzpunkt.lk-row.de/>

Stichwort: Downloads → Adresslisten

8.6 Sozialhilfe in stationären Einrichtungen

Pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 können unter bestimmten Voraussetzungen „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen. In diesem Fall kann das Sozialamt die mit der Pflege verbundenen Kosten ganz oder teilweise übernehmen, vorausgesetzt ein Antrag beim Sozialamt wurde gestellt.

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) vor allem gewährt bei

- kostenintensiver (Schwerst-)pflege, bei der die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen
- der Pflege in Einrichtungen für die Finanzierung der Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden und privat zu zahlen sind (Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten)
- nicht pflegeversicherten Personen.

Die ungedeckten Heimkosten werden nach Prüfung der Hilfebedürftigkeit für Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5, bei denen eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist, aus Sozialhilfemitteln übernommen. Außerdem erfolgt die Berücksichtigung eines Barbetrages zur persönlichen Verfügung.

Eine Gewährung erfolgt nur, sofern der pflegebedürftigen Person und einem nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner die Tragung der Kosten weder selbst möglich oder zuzumuten ist noch die Leistung von anderer Seite, z. B. der Pflegeversicherung, übernommen wird. Das Einkommen und Vermögen einer pflegebedürftigen Person und des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners ist vorrangig zur Kostendeckung einzusetzen.

Vermögensfreibetrag

Aus dem Vermögen verbleibt ein Freibetrag für eine Einzelperson in Höhe von 10.000 Euro, für Ehepaare bzw. eheähnliche Gemeinschaften in Höhe von 20.000 Euro.

Für die „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ ist der Sozialhilfeträger zuständig, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung hat oder in den zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hat.

Wichtig: Bei Fragen zur Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung (z. B. Kosten etc.) wird eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt oder dem Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Rotenburg (Wümme) - „RoSe“ empfohlen (s. Broschürenrückseite).

Auskünfte zu Leistungen der Sozialhilfe in Einrichtungen erteilt:

Landkreis Rotenburg (Wümme)
Sozialamt (Kreishaus)
Hopfengarten 2,
27356 Rotenburg (Wümme)
Tel.: 0 42 61 / 983-25 78

Landkreis Rotenburg (Wümme)
Sozialamt (Kreishaus)
Amtsallee 7
27432 Bremervörde
Tel.: 0 47 61 / 983-25 86



**Landkreis
Rotenburg**
(Wümme)

Kontakt

Wir beraten Sie persönlich, telefonisch oder per E-Mail. Bei Bedarf kann die Beratung auch in Ihrer Häuslichkeit stattfinden. Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist an drei Standorten im Landkreis Rotenburg (Wümme) vertreten.



**Gesundheitsamt
Rotenburg (Wümme)**

Bahnhofstr. 15
27356 Rotenburg (Wümme)



**Gesundheitsamt
Bremervörde**

Amtsallee 4
27432 Bremervörde



**Mehrgenerationenhaus
Zeven**

Godenstedter Str. 61
27404 Zeven



04281 983 – 6846

Zentrale Rufnummer für alle drei Standorte. Bitte sprechen Sie auf unseren Anrufbeantworter.



spn@lk-row.de

pfligestuetzpunkt.lk-row.de

 **Senioren- und
PflegeStützpunkt**
Niedersachsen