

Nr. 40 – Stand: Februar 2023

Pflegeversicherung: Voraussetzungen und Leistungen

Wer kann Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, besteht auch eine Pflegeversicherung bei der Pflegekasse (soziale Pflegeversicherung). Als privat Versicherter müssen Sie einen Vertrag mit entsprechenden Leistungen bei einem privaten Pflegeversicherer abschließen.

Sie beantragen Leistungen der Pflegeversicherung bei Ihrer Pflegekasse bzw. bei dem Pflegeversicherer. Dazu erhalten Sie ein **Antragsformular**. Sie legen dabei fest, was Sie beantragen (zum Beispiel Pflegesachleistung oder Pflegegeld, dazu unten). Danach werden Sie, wenn Sie gesetzlich versichert sind, durch den **Medizinischen Dienst** oder einen beauftragten Gutachter begutachtet, wenn Sie privat versichert sind, durch MEDICPROOF. In der Regel geschieht das bei einem angemeldeten Besuch **in der Wohnung**. Darauf sollten Sie sich vorbereiten: Legen Sie Arztberichte, Entlassungsberichte, eine Liste von Medikamenten und Hilfsmitteln und eventuell die Pflegedokumentation des Pflegedienstes sowie Gutachten und Bescheide anderer Stellen (zum Beispiel über eine Schwerbehinderung) bereit. Wenn möglich, sollten Sie schon in den Wochen vor dem Besuch ein **Pflegetagebuch** führen. Ein Angehöriger/ eine Betreuungsperson sollte bei dem Besuch dabei sein.

Seit 2017 gilt ein erweiterter Begriff der Pflegebedürftigkeit, der stärker auch kognitive und seelische Einschränkungen, zum Beispiel durch eine Demenz, berücksichtigt. Seitdem gibt es anstelle von drei Pflegestufen **fünf Pflegegrade**. Dabei wird anhand eines Punktesystems geprüft, ob und nach welchem Pflegegrad Sie für voraussichtlich mindestens 6 Monate pflegebedürftig sind. Die Prüfung umfasst **6 Teilbereiche** (Module):

1. **Mobilität** (inwieweit kann er/sie sich in der Wohnung oder im Heim fortbewegen und die Körperhaltung verändern?)
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (zum Beispiel sind ihm/ihr Ort und Zeit bekannt, kann er/sie sich an einem Gespräch beteiligen und Aufforderungen verstehen, kann er/sie Gefahren richtig einschätzen, wie ist sein/ihr Gedächtnis?)

3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (zum Beispiel ist er/sie unruhig, aggressiv auch gegenüber den Betreuungspersonen, ängstlich oder depressiv? Liegt ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus vor?)
4. **Selbstversorgung** (zum Beispiel braucht er/sie Hilfe beim Waschen, An- und Ausziehen, Essen und Trinken, und wenn ja, welche?)
5. **Bewältigung/selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen/Belastungen** (zum Beispiel braucht er/sie Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten, beim Arztbesuch?)
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (zum Beispiel kann er/sie Mahlzeiten und Ruhezeiten einhalten, Kontakte pflegen?)

Für jedes Modul werden Punkte vergeben, abhängig davon, wie selbstständig die zu begutachtende Person hier agiert oder wie viel Unterstützung sie im Gegenzug braucht. Allerdings sind die Module nicht gleichrangig. Vielmehr fließen die Punktzahlen für die einzelnen Module unterschiedlich stark in die Gesamtpunktzahl ein (Gewichtung).

Bestimmung des Pflegegrades

- **Pflegegrad 1** (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten): bei 12,5 bis unter 27,0 Punkten
- **Pflegegrad 2** (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten): bei 27,0 bis unter 47,5 Punkten
- **Pflegegrad 3** (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten): bei 47,5 bis unter 70,0 Punkten
- **Pflegegrad 4** (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten): bei 70,0 bis unter 90 Punkten und
- **Pflegegrad 5** (zusätzlich zu Pflegegrad 4 mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung): bei 90,0 bis 100,0 Punkten

Der Gutachter kann auch Empfehlungen geben für vorbeugende (präventive) Maßnahmen, für Maßnahmen, welche die Pflegebedürftigkeit verringern (Rehabilitation) und für Pflegehilfsmittel. Nach der Prüfung erhalten Sie einen **Bescheid** Ihrer Pflegekasse.

Innerhalb von 25 Arbeitstagen nach dem Antragseingang muss die Pflegekasse den Bescheid erteilen, ansonsten für jede Woche nach Fristablauf Ihnen 70 Euro zahlen. Gegen den Bescheid können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Dann gibt es in der Regel eine Zweitbegutachtung.

Welche Leistungen können Sie wegen Pflegebedürftigkeit erhalten?

Pflegegeld

Pflegegeld sollten Sie beantragen, wenn Sie Ihre Betreuung zu Hause selbst organisiert haben und Sie zum Beispiel **von Ihren Angehörigen gepflegt** werden. Zur Prüfung, ob damit Ihre Pflege sichergestellt ist, sind regelmäßige Pflegeeinsätze eines Pflegedienstes vorgeschrieben. Bei Pflegegrad 1 gibt es kein Pflegegeld.

Das Pflegegeld beträgt monatlich:

Pflegegrad 2:	316 Euro
Pflegegrad 3:	545 Euro
Pflegegrad 4:	728 Euro
Pflegegrad 5:	901 Euro

Pflegesachleistung

Eine Pflegesachleistung sollten Sie beantragen, wenn Sie sich zu Hause (auch) durch einen von der Pflegekasse zugelassenen **Pflegedienst** pflegen lassen wollen. Die Pflegesachleistung gilt nicht für Pflegegrad 1. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Kosten des Pflegedienstes bis zu einem monatlichen Höchstbetrag. Die Pflegesachleistung beträgt monatlich:

Pflegegrad 2:	724 Euro
Pflegegrad 3:	1.363 Euro
Pflegegrad 4:	1.693 Euro
Pflegegrad 5:	2.095 Euro

Wird die Pflege teilweise durch Angehörige und teilweise durch einen Pflegedienst übernommen, können Sie **Pflegegeld und Pflegesachleistung kombinieren**.

Beispiel: Schöpfen Sie die zustehende Pflegesachleistung zu 40 Prozent aus, erhalten Sie das Pflegegeld zu 60 Prozent.

Pflege im Heim (vollstationäre Pflege)

Sind Sie auf Dauer in einem **Pflegeheim** untergebracht, das einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat, übernimmt die Pflegekasse die Kosten der Grundpflege, der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung von monatlich:

Pflegegrad 2:	770 Euro
Pflegegrad 3:	1.262 Euro
Pflegegrad 4:	1.775 Euro
Pflegegrad 5:	2.005 Euro

Seit dem 01.01.2022 erhalten Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 einen **Zuschuss** zu den Pflegekosten von **5 Prozent ihres Eigenanteils**, nach über einem Jahr im Heim von **25 Prozent** des Eigenanteils, nach über zwei Jahren im Heim von **45 Prozent** des Eigenanteils und nach über drei Jahren im Heim von **70 Prozent** des Eigenanteils. Es geht dabei immer nur um den Eigenanteil an den Pflegekosten, nicht um den Eigenanteil insgesamt (zum Beispiel auch an Unterkunft und Verpflegung). Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, zum Beispiel Miet- und Instandhaltungskosten des Heimes, übernimmt die Pflegekasse nicht. Heime müssen – auch für Menschen mit Pflegegrad 1 – zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote bereitstellen, zum Beispiel Malen, Musizieren, Spiele, Besuch kultureller Veranstaltungen.

Besonderheiten bei Pflegegrad 1

Sie erhalten bei häuslicher Pflege beispielsweise Pflegeberatung. Die Pflegekasse übernimmt auch **Pflegehilfsmittel** und Kosten bei **Wohnungsumbauten** (dazu **VdK Info-Dienst Nr. 13 und 25**). Bei häuslicher Pflege können Sie den **Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich** etwa zur stundenweisen Betreuung, für Tagespflege, für Entlastungsleistungen von nach Landesrecht zugelassenen Angeboten oder für einen Pflegedienst einsetzen (dazu **VdK Info-Dienst Nr. 41**). Werden Sie im Heim gepflegt, erhalten Sie diese 125 Euro als monatlichen Zuschuss.

Welche wichtigen Leistungen der Pflegeversicherung gibt es noch bei Pflegegrad 2 bis 5?

Ist die regelmäßige Pflegeperson vorübergehend verhindert, zum Beispiel wegen Urlaubs oder Krankheit, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen **Verhinderungspflege** (Ersatzpflege) **bis zu 6 Wochen im Jahr**, begrenzt auf **1.612 Euro**. Ein Pflegegeld wird weitergezahlt. Bei Ersatzpflege durch Verwandte oder Verschwägerte bis zum zweiten Grad, zum Beispiel Sohn, Schwester, oder durch Haushaltsangehörige gilt eine Besonderheit.

Die Pflegekasse übernimmt Kosten einer Pflege in einer Einrichtung der **Tages- oder Nachtpflege** (teilstationäre Pflege). Die Höchstbeträge richten sich nach dem Pflegegrad, zum Beispiel bei Pflegegrad 2 sind es **689 Euro**, bei Pflegegrad 5 **1.995 Euro** monatlich. Haben Sie Pflegesachleistungen oder Pflegegeld beantragt, wird das weitergewährt (ohne Anrechnung).

Die Pflegekasse übernimmt Kosten einer vorübergehenden Pflege in einer Pflegeeinrichtung für bis zu 8 Wochen im Jahr (**Kurzzeitpflege**) bis zu **1.612 Euro**. Ein Pflegegeld wird weitergezahlt. Der Höchstbetrag für die Verhinderungspflege erhöht sich auf maximal **2.418 Euro**, soweit Sie den Betrag für die Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft

haben. Umgekehrt erhöht sich der Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege auf maximal **3.386 Euro**, soweit Sie den Betrag für die Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft haben. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten notwendiger **Pflegehilfsmittel**, zum Beispiel eines Pflegebetts. Bei Pflegehilfsmitteln zum einmaligen Verbrauch zahlt sie pauschal höchstens 40 Euro im Monat. Sie brauchen dafür eine Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder einer Pflegekraft, nicht zwingend eine ärztliche Verordnung. Die Pflegekasse zahlt einen **Zuschuss zu Wohnungsumbauten** von bis zu 4.000 Euro, die infolge der Pflegebedürftigkeit erforderlich werden (dazu **VdK Info-Dienst 13 und 25**).

Wie sind Sie als Pflegeperson in der Sozialversicherung abgesichert?

Bei einem Unfall während der Pflege sind Sie **wie bei einem Arbeitsunfall** abgesichert. Auf Antrag zahlt die Pflegekasse **Rentenversicherungsbeiträge**. Die Rentenversicherungsbeiträge richten sich danach, welchen Pflegegrad die betreute Person hat und ob Sie die Pflege alleine oder mit Hilfe eines Pflegedienstes erbringen. Dadurch erhöht sich die Rente im Alter oder bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit. Voraussetzung: Sie sind nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig, pflegen für mindestens 10 Stunden an zwei Tagen in der Woche und die betreute Person hat mindestens den Pflegegrad 2.

Waren Sie vor der Pflegetätigkeit berufstätig oder bezogen Sie Arbeitslosengeld, zahlt die Pflegekasse **Beiträge an die Agentur für Arbeit**, um einen Anspruch auf Arbeitslosengeld zu erhalten.

Für Rentner, die schon regulär in Rente sind, zahlt die Pflegekasse nicht automatisch ein. Vielmehr muss man in diesem Fall selbst tätig werden und bei der Rentenversicherung den **Wechsel von der Voll- in eine Teilrente** beantragen. Schon der Verzicht auf einen Bruchteil der Rente reicht aus, damit man erneut pflichtversichert ist und die Pflegeversicherung Beiträge aufs Rentenkonto einzahlt. Deshalb sollte man die Pflegekasse **umgehend informieren**, sobald die Umstellung auf Teilrente erfolgt ist.

Welche Ansprüche haben Sie als berufstätige Pflegeperson?

Um die Pflege eines nahen Angehörigen kurzfristig zu organisieren, können Sie von Ihrem Arbeitgeber eine Freistellung **bis zu 10 Arbeitstagen** verlangen und dafür von der Pflegekasse ein **Pflegeunterstützungsgeld** erhalten. Für die häusliche Pflege von nahen Angehörigen können Sie bei einem Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten eine teilweise oder vollständige Freistellung **bis zu 6 Monaten** verlangen (so genannte **Pflegezeit**). Die Freistellung ist **unbezahlt**, Sie können aber beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen beantragen. Für die Pflege von nahen Angehörigen kann der Arbeitgeber Ihre Arbeitszeit für **maximal zwei Jahre** auf

wenigstens 15 Wochenstunden verringern (so genannte **Familienpflegezeit**). Dies gilt allerdings nur für Betriebe mit mehr als 25 Beschäftigten. Auch für diese Zeit können Sie das zinslose Darlehen erhalten. Bitte machen Sie deutlich, ob Sie beim Arbeitgeber eine Freistellung als Pflegezeit oder als Familienpflegezeit geltend machen. Dazu lassen Sie sich, wenn nötig, von der Pflegekasse beraten.

Zulage für private Pflegeversicherungen

Wenn Sie eine private ergänzende Pflegeversicherung mit einer Jahresprämie von mindestens 120 Euro abschließen, erhalten Sie eine Pflegezulage von 60 Euro jährlich. Voraussetzung: Der Versicherer bietet die Versicherung ohne Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse an.