



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflegeleistungen zum Nachschlagen



RATGEBER

Pflegeleistungen zum Nachschlagen



Liebe Leserin, lieber Leser,

wir leben in Deutschland in einer älter werdenden Gesellschaft. In den nächsten zwanzig Jahren wird die Zahl der Menschen über 67 Jahre voraussichtlich auf über 21 Millionen steigen. Das sind rund ein Drittel mehr als heute. Diese Entwicklung bedeutet für unsere Gesellschaft eine besondere Herausforderung, denn etwa ab dem 80. Lebensjahr sind Menschen zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Pflegebedürftigkeit entsteht aber nicht nur im Alter, sondern kann Menschen und ihre Angehörigen in allen Lebensphasen betreffen.

Damit jede und jeder Pflegebedürftige weiterhin ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen und sich als Teil unserer Gemeinschaft fühlen kann, bietet die Pflegeversicherung viele Leistungen und Unterstützungsangebote. Pflegebedürftige können entscheiden, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften zu Hause

oder im Heim in Anspruch nehmen möchten oder Pflegegeld beziehen wollen, das sie pflegenden Angehörigen oder anderen Pflegepersonen als finanzielle Anerkennung geben können.

Wie wichtig gute Pflege ist, das zeigt die Corona-Pandemie noch einmal mehr. Gerade durch diese Erfahrung gibt es in unserer Gesellschaft eine hohe Akzeptanz, eine hochwertige pflegerische Versorgung zu sichern. Wir müssen die Situation in der Pflege stetig weiterentwickeln. Dafür hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren zahlreiche gesetzliche Verbesserungen auf den Weg gebracht und 2018 die Konzertierte Aktion Pflege gestartet. Zusammen mit Ländern, Verbänden und weiteren Partnern haben wir Ziele und Maßnahmen vereinbart, um den Alltag in der Pflege spürbar und langfristig weiter zu verbessern. Wir möchten, dass die Menschen in unserem

Land auch in Zukunft auf eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung vertrauen können.

Als Bundesgesundheitsminister ist es mir wichtig, dass Sie sich über alle Unterstützungsmöglichkeiten umfassend und verständlich informieren können. Deshalb haben wir in dieser Broschüre die Leistungen der Pflegeversicherung übersichtlich zusammengestellt und veranschaulichen Ihnen, unter welchen Voraussetzungen Sie die verschiedenen Leistungen erhalten können.

Ihr



Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

› Vorwort	2
› Die passende Leistung für jede und jeden	6
Häusliche Pflege	8
› Pflegegeld für häusliche Pflege sowie pflegefachliche Beratungsbesuche	9
› Pflegesachleistungen für häusliche Pflege	11
› Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch	12
• Entlastungsbetrag	12
• Umwandlungsanspruch	14
› Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	15
› Pflegeunterstützungsgeld	17
› Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	18
• Wohngruppenzuschlag	18
• Anschubfinanzierung	20
› Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	21
› Pflegehilfsmittel	22
• Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	22
• Technische Pflegehilfsmittel	23
› Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen	24
› Soziale Absicherung der Pflegeperson	25

Die passende Leistung für jede und jeden

Wer Pflege benötigt oder als Angehörige oder Angehöriger Pflege leistet, wird nicht allein gelassen: Die Pflegeversicherung bietet viele Leistungen und Angebote zur Unterstützung, damit Ihr Alltag verbessert wird.

Jede und jeder Pflegebedürftige hat andere Einschränkungen und Bedürfnisse. Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie in dieser Broschüre.

Um diese Leistungen erhalten zu können, müssen Sie zunächst einen Antrag bei der Pflegekasse stellen. Sie haben Anspruch auf Leistungen, wenn Sie innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung zwei Jahre lang in der Pflegeversicherung versichert gewesen sind. Zudem muss die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen – mit der vom Gesetzgeber festgelegten Schwere, wie es § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorsieht.

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade, beginnend mit Pflegegrad 1 („geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“). Ob und in welcher Schwere Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird im Auftrag der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst oder durch andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter beziehungsweise – für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung – durch den Medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherungsunternehmen „MEDICPROOF“ geprüft.

Dabei wird insbesondere untersucht, wie selbstständig Sie bestimmte Aktivitäten durchführen können. Die Gutachter prüfen sechs Lebensbereiche:

- Mobilität
- geistige und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dem Antragsteller¹ ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse über die Zuerkennung eines Pflegegrades und die damit verbundenen Leistungen der Pflegeversicherung schriftlich mitzuteilen. Zudem sendet die Pflegekasse der Antragstellerin oder dem Antragsteller auch das Gutachten direkt zu, sofern sie oder er der Übersendung nicht widersprochen hat. Daneben erhält die Antragstellerin oder der Antragsteller eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung. Diese kann auf Wunsch auch an Personen oder Institutionen gesendet werden, denen die Antragstellerin oder der Antragsteller vertraut und die sie oder ihn bei der Umsetzung unterstützen können.

Ob zu Hause oder stationär: Welche Variante für Sie infrage kommt, sollten Sie schon vor der Begutachtung überlegen. Auf diese Weise können die Leistungen der Pflegeversicherung individuell auf Sie zugeschnitten werden – zudem können weitere Maßnahmen empfohlen werden.

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das für sie die private Pflegepflichtversicherung durchführt, einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen.

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die Formulierung der weiblichen Schreibweise verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

Häusliche Pflege

Pflegegeld für häusliche Pflege sowie pflegefachliche Beratungsbesuche

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Die oder der Pflegebedürftige muss mit dem entsprechenden Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

Diese Geldleistung wird der oder dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen ausgezahlt. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten > **Pflegesachleistungen** kombiniert werden; dann werden Pflegegeld und Pflegesachleistung anteilig in Anspruch genommen.

Während einer Verhinderungspflege wird für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen jährlich die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt. Während der > **Kurzzeitpflege** wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Dies gilt auch, falls der > **Umwandlungsanspruch** genutzt wird und neben dessen Nutzung nicht auch ambulante Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst bezogen werden.

Werden zu Hause (auch) ambulante Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst bezogen, sind die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 nicht verpflichtet, aber berechtigt, einmal pro Halbjahr einen pflegefachlichen Beratungsbesuch in der Häuslichkeit abzurufen. Anspruch auf einen pflegefachlichen Beratungsbesuch zu Hause einmal pro Halbjahr haben auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

** Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat auch für Leistungen der ambulanten Pflegedienste einsetzen.*

Mit den ambulanten Pflegesachleistungen können Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege die Hilfe eines zugelassenen ambulanten Pflegedienstes oder ambulanten Betreuungsdienstes oder von Einzelkräften in Anspruch nehmen, die mit der Pflegekasse einen Vertrag abgeschlossen haben.

Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden, sondern beispielsweise in einer Pflegewohngemeinschaft (Pflege-WG) oder im Haushalt der Pflegeperson. Ausgeschlossen ist der Bezug von häuslichen Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in stationären Einrichtungen, wie beispielsweise dem Pflegeheim (> siehe: Leistungen bei stationärer Pflege).

Zu den Leistungen der zugelassenen professionellen Pflegedienste zählen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Zugelassene ambulante Betreuungsdienste erbringen pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

Ambulante Pflegesachleistungen können auch mit dem > **Pflegegeld** kombiniert werden. Im Rahmen dieser Kombinationsleistung wird das Pflegegeld je nach der Höhe der bezogenen häuslichen Pflegesachleistungen anteilig ausgezahlt.

Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftigkeit	Leistungen
in Graden	pro Monat
Pflegegrade 1–5	bis zu 125 Euro

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr). Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die der oder dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der **> Teilstationären Tages- oder Nachtpflege**, Leistungen der **> Kurzzeitpflege**, Leistungen der zugelassenen Pflegedienste (oder zugelassenen Betreuungsdienste) im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstehen.

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI handelt es sich inhaltlich um Leistungen, die ambulante Pflegedienste auch als häusliche Pflegesachleistungen erbringen können, insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie um Hilfen bei der Haushaltsführung. Das Gleiche gilt für ambulante Betreuungsdienste.

Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem auch für Leistungen zugelassener ambulanter Pflegedienste im Bereich

der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Das sind zum Beispiel Leistungen zur Unterstützung beim Duschen oder Baden.

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI kann es sich je nach der Ausrichtung um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung in Kleingruppen, Einzelbetreuung), Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen, auch im Haushalt, oder organisatorischen Hilfestellungen) handeln. Welche anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag es in Ihrer Umgebung gibt, können Sie bei Ihrer Pflegekasse oder Ihrem privaten Versicherungsunternehmen erfragen.

Zu der Möglichkeit, auch einen Teil des ambulanten Sachleistungsbetrags für Leistungen von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu verwenden, siehe die Erläuterungen zum **> Umwandlungsanspruch**.

Um die Kostenerstattung im Rahmen des Entlastungsbetrags zu erhalten, sind bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung durchführt, entsprechende Belege einzureichen.

Soweit der Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, wird also nicht mit den anderen Leistungsansprüchen verrechnet.

Einheitlicher Entlastungsbetrag
für alle Pflegegrade (1–5)

Umwandlungsanspruch

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 besteht im Rahmen des Umwandlungsanspruchs noch eine weitere Möglichkeit, eine Kostenerstattung für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten **Angeboten zur Unterstützung im Alltag** zu erhalten:

Schöpfen Pflegebedürftige den monatlichen Leistungsbetrag, der in dem jeweiligen Pflegegrad für ambulante Pflegesachleistungen durch Pflegedienste oder Betreuungsdienste vorgesehen ist, nicht oder nicht vollständig für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen von Pflegediensten oder Betreuungsdiensten aus, können sie den nicht verbrauchten häuslichen Sachleistungsbetrag auch für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen, die sie in diesem Monat bezogen haben. Der ambulante Sachleistungsanspruch wird dabei insoweit in einen Kostenerstattungsanspruch für die Leistungen umgewandelt, die man von den anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag erhalten hat.

Um die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs zu erhalten, sind bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung durchführt, entsprechende Belege einzureichen. Maximal dürfen auf diese Weise 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags nach § 36 SGB XI, der vorrangig für häusliche Pflegesachleistungen vorgesehen ist, zugunsten von Angeboten zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden.

Im Hinblick auf das Pflegegeld wird der umgewandelte Betrag so behandelt, als hätte man für den Betrag, den man erstattet bekommt, Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst oder Betreuungsdienst bezogen. So kann man den Bezug der Kostenerstattung beispielsweise auch mit dem Bezug eines anteiligen Pflegegeldes im Rahmen der Kombinationsleistung verbinden.

Den Entlastungsbetrag und den Umwandlungsanspruch können die Pflegebedürftigen vollkommen unabhängig voneinander in Anspruch nehmen.

Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Verhinderungspflege	
	durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder	durch sonstige Personen
	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	474,00 (1,5-Faches von 316,00)	1.612,00
Pflegegrad 3	817,50 (1,5-Faches von 545,00)	1.612,00
Pflegegrad 4	1.092,00 (1,5-Faches von 728,00)	1.612,00
Pflegegrad 5	1.351,50 (1,5-Faches von 901,00)	1.612,00

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, der sogenannten Verhinderungspflege.

Die Leistungen betragen grundsätzlich auf Nachweis bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr, wenn die Verhinderungspflege von Personen sichergestellt wird,

- die mit der pflegebedürftigen Person nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und
- die mit der pflegebedürftigen Person nicht in häuslicher Gemeinschaft leben.

Für nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, die Pflege aber nicht erwerbsmäßig ausüben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden.

Wird die Ersatzpflege von dem nahen Angehörigen oder dem Haushaltsmitglied erwerbsmäßig ausgeübt, können ebenfalls bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und die oder der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Wartezeit von sechs Monaten gilt beispielsweise auch als erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Die Pflege muss nicht ununterbrochen ausgeführt worden sein. Im Einzelfall berät hierzu die Pflegekasse.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für die > **Kurzzeitpflege** (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten. Zudem wird während der Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) > **Pflegegeldes** weitergezahlt.

Bis zu 6 Wochen Verhinderungspflege
= mehr Erholung für Pflegende

Pflegeunterstützungsgeld

Pflegebedürftigkeit

in Graden

Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung

für bis zu insgesamt 10 Arbeitstage je pflegebedürftiger Person

Pflegegrade 1–5

90 % bzw. bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen von Arbeitsentgelt in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit 100 % des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten. Dabei darf das Pflegeunterstützungsgeld 70 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen.

Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte, die für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Wohngruppenzuschlag

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrade 1–5	214 Euro

Neue Wohnformen wie Pflegewohngemeinschaften, sogenannte Pflege-WGs, bieten die Möglichkeit, zusammen mit anderen in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten.

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben zusätzlich zu den anderen Leistungen bei häuslicher Pflege Anspruch auf einen monatlichen Wohngruppenzuschlag,

- wenn sie zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zusammenleben, von denen neben ihnen selbst mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind, und
- in den Pflegegraden 2 bis 5: wenn sie Leistungen im Rahmen von Pflegegeld, häuslichen Pflegesachleistungen, der Kombinationsleistung, dem Umwandlungsanspruch oder/und dem Entlastungsbetrag beziehen, und
- wenn eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung der WG-Mitglieder für die Wohngruppe allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

- wenn keine Versorgungsform, einschließlich teilstationärer Pflege, vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für die **> Vollstationäre Pflege** vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Den Wohngruppenschlag erhalten auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben.

Der Wohngruppenschlag wird den pflegebedürftigen WG-Mitgliedern gewährt, um damit die oben beschriebene, durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Person zu finanzieren, die für die Wohngruppe als solche tätig wird.

Stärkere Unterstützung von Pflege-WGs

= Leistungen auch schon für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1

Anschubfinanzierung

Pflegebedürftigkeit	Leistungen
in Graden	einmaliger Höchstbetrag
Pflegegrade 1–5	2.500 Euro pro Person
	10.000 Euro pro Wohngruppe

Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen im oben genannten Sinne sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung vor. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch schon vor dem Einzug erfolgen.

Voraussetzungen:

- Ab dem Einzug in die gemeinsame Wohnung muss Anspruch auf den **> Wohngruppenschlag** bestehen.
- Die Finanzierung wird nur an die an der Gründung der Wohngruppe beteiligten Pflegebedürftigen geleistet.

Der Betrag ist pro Person auf 2.500 Euro und pro Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt. Die Leistung gibt es auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder die Ausstattung mit technischen (Pflege-)Hilfsmitteln bestehen zusätzlich.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximaler Zuschuss je Maßnahme
Pflegegrade 1–5	4.000 Euro
Pflegegrade 1–5 wenn mehrere Anspruchs- berechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro

Wenn Versicherte zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anzupassen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Ziel solcher Maßnahmen ist es, dass dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für solche Anpassungsmaßnahmen zahlen. Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Er wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bestehen neben der **> Anschubfinanzierung** für Wohngruppen.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der beziehungsweise des Pflegebedürftigen beitragen oder ihr beziehungsweise ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrade 1–5	40 Euro

Die Kosten für Verbrauchsprodukte in Höhe von bis zu 40 Euro pro Monat werden von der Pflegekasse erstattet. Dazu gehören zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Technische Pflegehilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Bei der Zuzahlung muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, übernehmen. Werden technische Pflegehilfsmittel leihweise überlassen, entfällt die Zuzahlung. Typische technische Pflegehilfsmittel sind Notrufsysteme, Pflegebetten und Aufrichtehilfen oder Sitzhilfen zur Pflegeererleichterung. Die Pflegekassen prüfen die Notwendigkeit der Anschaffung.

Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegebedürftigkeit	Leistungen
in Graden	maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrade 1–5	50 Euro

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) auf mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dabei unterstützen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Sie können auch die Interaktion mit Dritten, wie Angehörigen oder Pflegediensten, verbessern.

Die Pflegekasse kann zukünftig Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 50 Euro für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen erstatten.

Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein sogenanntes DiPA-Verzeichnis wird ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angesiedelt. Mit der Aufnahme erster Anwendungen wird im Frühjahr des Jahres 2022 gerechnet.

Die Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bestehen neben den Leistungen für **> Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** und der Versorgung mit **> Pflegehilfsmitteln**.

Soziale Absicherung der Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Zahlung von Rentenversiche- rungsbeiträgen für Pflege- personen	Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen- versicherung für Pflegepersonen	Zuschüsse zur Kranken- und Pflege- versicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit
	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Ostdeutschland)	€ monatlich (Ostdeutschland)	bis zu € monatlich Krankenversicherung/ Pflegeversicherung
Pflegegrad 1	–	–	174,37/33,45
Pflegegrad 2	165,22 (156,44)	39,48 (37,38)	174,37/33,45
Pflegegrad 3	263,13 (249,14)	39,48 (37,38)	174,37/33,45
Pflegegrad 4	428,36 (405,57)	39,48 (37,38)	174,37/33,45
Pflegegrad 5	611,94 (579,39)	39,48 (37,38)	174,37/33,45

Wer sich dazu entschieden hat, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, dem bietet die Pflegeversicherung auch Unterstützung.

Es gilt:

Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Hierbei handelt es sich um Leistungen in Bezug auf die Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden.

Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 unter bestimmten Voraussetzungen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit.

Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert.

Beschäftigte, die nach den Maßgaben des Pflegezeitgesetzes (für die Dauer von bis zu sechs Monaten) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflegepflichtversicherung.

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Neben den beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege zu Hause gibt es weitere Leistungen, die die häusliche Pflege begleitend unterstützen können.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

** Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Tages-/Nachtpflege in Anspruch zu nehmen.*

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die vorübergehende Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können in Anspruch genommen werden, wenn **> Häusliche Pflege** nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Im Rahmen der Leistungshöchstbeträge übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen grundsätzlich privat getragen werden.

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Für die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege kann ebenfalls der **> Entlastungsbetrag** eingesetzt werden. Dieser kann (entgegen der Grundregel) zudem für die sogenannten „Hotelkosten“ (Unterkunft, Verpflegung), die im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege entstehen, verwendet werden.

Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit	Leistungen
in Graden	maximale Leistungen
Pflegegrad 1	*
Pflegegrade 2–5	pro Kalenderjahr: 1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen

** Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.*

Viele Pflegebedürftige sind nur eine begrenzte Zeit auf **> Vollstationäre Pflege** angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für diesen Fall gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht, also maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet. Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt.

Für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege kann ebenfalls der Entlastungsbetrag eingesetzt werden. Dieser kann zudem für die sogenannten „Hotelkosten“ (Unterkunft, Verpflegung), die im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege entstehen, verwendet werden.

Vollstationäre Pflege

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

Die Pflegeversicherung zahlt bei dauerhafter vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, ist von der pflegebedürftigen Person ein Eigenanteil zu zahlen. Für die Pflegegrade 2 bis 5 gilt ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil. Das bedeutet, dass alle Pflegebedürftigen in der Einrichtung den gleichen pflegebedingten Eigenanteil zahlen, unabhängig von dem vorliegenden Pflegegrad. Somit ist beispielsweise auch bei einer Höherstufung des Pflegegrades kein höherer Eigenanteil zu zahlen.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege stets weitere Kosten an. Hierzu zählen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Auch müssen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung gegebenenfalls gesondert berechenbare Investitionskosten übernehmen.

Leistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten¹

Pflegebedürftigkeit	Leistungen
in Graden	maximale Leistungen der Pflegeversicherung pro Monat
Pflegegrade 2–5	266 Euro

Bei Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, die Teilhabe an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten für die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) vereinbarten Vergütung, höchstens jedoch mit 266 Euro monatlich. Das Gleiche gilt für Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und in Räumlichkeiten leben,

- in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
- auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet (bei denen die Überlassung von Wohnraum und Pflege- oder Betreuungsleistungen also in bestimmter, im Gesetz beschriebener Weise miteinander verbunden sind) und
- in denen der Umfang der Gesamtversorgung der in den Räumlichkeiten wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

Bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in solchen Räumlichkeiten als auch in Einrichtungen ist eine Gesamtbetrachtung

1 Im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI.

anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

Gemäß der Regelung für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf in § 103 Absatz 1 SGB IX gilt im Übrigen: Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI erbracht, umfasst die Leistung der Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen in diesen Einrichtungen oder Räumlichkeiten.

Die Pflegebedürftigen haben im Rahmen der Pflegeversicherung darüber hinaus Anspruch auf ungekürztes > **Pflegegeld** anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, an denen sie also nicht in den Einrichtungen oder Räumlichkeiten, sondern zu Hause – beispielsweise bei den Eltern – gepflegt und betreut werden. Die Tage der An- und Abreise gelten dabei als volle Tage der häuslichen Pflege.

Kurzzeitpflege nach dem Recht der Krankenversicherung für Menschen ohne Pflegegrad oder mit Pflegegrad 1

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend vollstationäre Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der Krankenkassen wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz zum 1. Januar 2016 eingeführt und entspricht hinsichtlich Leistungsdauer (bis zu acht Wochen je Kalenderjahr) und Leistungshöhe (bis zu 1.612 Euro jährlich) der Kurzzeitpflege nach dem Recht der Pflegeversicherung.

Des Weiteren haben Versicherte seit dem 1. Januar 2016 in Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre alt sind oder eine Behinderung haben und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden.

Pflegeleistungen im Überblick

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich ¹	–
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ^{1,2}	*
Verhinderungspflege ³ durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder ⁴ durch sonstige Personen ⁵	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	–
		–
Kurzzeitpflege ⁶	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁷	*
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	*
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	Leistungsbetrag bis zu € monatlich	125,00
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214,00
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal bis zu € monatlich	125,00

* Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat für diese Leistungen einsetzen.

Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
316,00	545,00	728,00	901,00
689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
474,00 (1,5-Faches von 316,00)	817,50 (1,5-Faches von 545,00)	1.092,00 (1,5-Faches von 728,00)	1.351,50 (1,5-Faches von 901,00)
1.612,00	1.612,00	1.612,00	1.612,00
1.612,00	1.612,00	1.612,00	1.612,00
689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
125,00	125,00	125,00	125,00
214,00	214,00	214,00	214,00
770,00	1.262,00	1.775,00	2.005,00

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI⁸	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40,00
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von	
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu	
Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen von bis zu € monatlich	50,00
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁹	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Ostdeutschland)	–
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen¹⁰	€ monatlich (Ostdeutschland)	–

Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung, höchstens 266 € monatlich			
40,00	40,00	40,00	40,00
100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel, zu leisten. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei, zur Verfügung gestellt.			
4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)			
50,00	50,00	50,00	50,00
165,22 (156,44)	263,13 (249,14)	428,36 (405,57)	611,94 (579,39)
39,48 (37,38)	39,48 (37,38)	39,48 (37,38)	39,48 (37,38)

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung ¹¹	174,37
	Pflegeversicherung	33,45
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	insgesamt bis zu 10 Arbeitstage	

- 1 Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.
- 2 Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40% des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch). Die Regelungen zur Kombinationsleistung finden entsprechende Anwendung.
- 3 Während der Verhinderungspflege wird für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 4 Auf Nachweis können nahen Angehörigen oder Haushaltsmitgliedern notwendige Aufwendungen (Verdienstaufschlag, Fahrkosten und so weiter) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe Fußnote 5) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- 5 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.
- 6 Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
174,37	174,37	174,37	174,37
33,45	33,45	33,45	33,45
90 % – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts			

- 7 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.
- 8 Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI erbracht, umfasst die Leistung der Eingliederungshilfe gemäß § 103 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) auch die Pflegeleistungen in diesen Einrichtungen oder Räumlichkeiten. Die Pflegeversicherung beteiligt sich an den Aufwendungen für die Pflege in diesen Fällen in dem hier aufgeführten Umfang.
- 9 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat.
- 10 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte.
- 11 Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 1,3 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Weitere Informationen

Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder das Magazin dauerhaft abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Pflege finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Pflege Themen. Sie finden das Angebot unter:

www.gesund.bund.de

Pflegeleistungs-Helfer

Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit. Er zeigt, welche Pflegeleistungen Sie in Ihrer persönlichen Situation nutzen können. Sie finden ihn unter:

www.pflegeleistungs-helfer.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 182722721

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Fax: 030 18102722721

Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Website: [Onlinebestellungen und aktuelles Publikationsverzeichnis unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen)



Broschüre „Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten“

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Thema Pflege und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und anderen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Bestellnummer: BMG-P-07055



Broschüre „Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz“

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Bestellnummer: BMG-P-11021



Flyer „Pflegebedürftig. Was nun? Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe“

Der Flyer „Pflegebedürftig. Was nun?“ hilft bei den ersten Schritten im Pflegefall. Er gibt Informationen und einen ersten Überblick über die Ansprechpartner und die verschiedenen Pflegegrade.

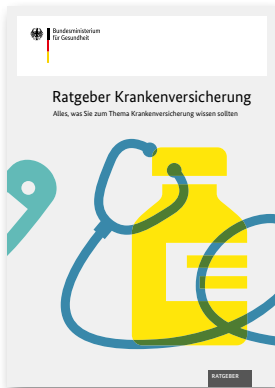
Bestellnummer: BMG-P-07053



Broschüre
„Ratgeber Krankenhaus. Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten“

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

Bestellnummer: BMG-G-11074



Broschüre
„Ratgeber Krankenversicherung. Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten“

Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis hin zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.

Bestellnummer: BMG-G-07031

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:



Bürgertelefon zur Krankenversicherung

030 3406066-01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

030 3406066-02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention

030 3406066-03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

Videotelefonie:

www.gebaerdentelefon.de/bmg/

E-Mail:

info.gehoerlos@bmg.bund.de





Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons in Rostock. Das Bürgertelefon wird von der Telemark Rostock betrieben, die personenbezogene Daten nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung und vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

 bmg.bund
 bmg_bund
 BMGesundheit
 bundesgesundheitsministerium

Gestaltung, Layout und Satz

Schol & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Druck

Bonifatius GmbH, 30011 Paderborn

Papier

Vivus 100 RC, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Stand

Juli 2021, 9. aktualisierte Auflage
Erstauflage: Januar 2015

Den Ratgeber Pflegeleistungen zum Nachschlagen können Sie kostenlos heruntergeladen oder bestellen:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 182722721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
Fax: 030 18102722721
Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Bestellnummer: BMG-P-11025





Abonnieren Sie
das Magazin des
Bundesministeriums
für Gesundheit

Magazin „Im Dialog“

Das Magazin „Im Dialog“ bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Lesen Sie das Magazin als barrierefreies PDF auf www.bundesgesundheitsministerium.de oder abonnieren Sie die Printausgaben kostenlos via E-Mail: ImDialog@bmg.bund.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Wir wollen Pflege in
Deutschland Schritt für
Schritt besser machen.
Unsere Strategie und
aktuelle Informationen
finden Sie hier:



www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.