



WEGBEGLEITER  
**PFLEGE**

Wissenswertes rund um die Pflege von Angehörigen

## **Impressum**

IG Metall,  
Wilhelm-Leuschner-Str. 79,  
60329 Frankfurt  
Vertreten durch den Vorstand  
1. Vorsitzender: Jörg Hofmann  
Kontakt: vorstand@igmetall.de

V.i.S.d.P./Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:  
Christoph Ehlscheid,  
IG Metall Vorstand,  
FB Sozialpolitik,  
Wilhelm-Leuschner-Str. 79,  
60329 Frankfurt  
Kontakt: spa@igmetall.de

Text:  
Hans Nakielski, Rolf Winkel, Sozialtext Media, Köln

Redaktion:  
Katharina Grabietz, Stefanie Janczyk

Gestaltung:  
Werbeagentur Zimmermann GmbH  
Frankfurt am Main  
www.zplusz.de

Fotos:  
Werner Krüper

3. aktualisierte Auflage, Februar 2023

Alle Inhalte dieses Wegbegleiters wurden sorgfältig recherchiert  
und formuliert; eine Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit ist dennoch ausgeschlossen.

# VORWORT

*Liebe Kollegin, lieber Kollege,*

das Thema Pflege erfährt eine wachsende Aufmerksamkeit. Grund dafür sind nicht zuletzt die unübersehbaren Herausforderungen, mit denen sich das Pflegesystem konfrontiert sieht: So wird sich die Zahl der Personen, die auf Pflege angewiesen sind, in den kommenden Jahren deutlich erhöhen. Zweifelsohne stellt dies eine Herausforderung für Staat und Gesellschaft, aber auch für Betroffene und ihre Angehörigen dar.

Die IG Metall engagiert sich im Interesse ihrer Mitglieder auf dem Feld der Gesundheits- und Pflegepolitik. Neben unserem Einsatz für sichere Arbeitsplätze, faire Löhne und gute Arbeit setzen wir uns gerade auch für eine gute soziale Absicherung und Versorgung im Alter, bei Krankheit und nicht zuletzt im Pflegefall ein. Dabei tritt die IG Metall für ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem ein, das im Fall von Krankheit und Pflege eine umfängliche und qualitativ hochwertige Versorgung für alle Menschen unabhängig von Einkommen und Alter bietet.

Die Politik hat in den vergangenen Jahren mehrere Gesetze verabschiedet, mit dem Ziel, die Pflegeunterstützung neu auszurichten und zu verbessern. Die IG Metall bewertet die damit eingeleiteten Reformen grundsätzlich als Schritte in die richtige Richtung. Insbesondere werden bei der Pflegebedürftigkeit endlich auch geistige und psychische Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Weitere Schritte müssen aber folgen. Pflegebedürftigkeit geht nach wie vor für viele Menschen mit einem hohen Armutsrisiko einher. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind vor allem in der stationären Pflege kaum ausreichend, um Pflege zu finanzieren. Die Reformen der letzten Jahre haben daran nichts geändert. Die Eigenanteile steigen stetig weiter. Bedarfsdeckende Leistungen und die Bürgerversicherung in der Pflege sind längst überfällig. Dafür machen wir uns weiterhin stark.

Die IG Metall ist aber nicht »nur« politisch aktiv. Wir unterstützen unsere Mitglieder auch mit Rat und Tat bei der Bewältigung von Alltagsproblemen in der Arbeitswelt und bei weitergehenden Fragen des Lebens. In diesem Kontext will der IG Metall »Wegbegleiter Pflege« einen Beitrag leisten, zentrale Fragen rund um das Thema Pflege zu klären. Seit 2017 änderte sich durch die Pflegestärkungsgesetze Grundlegendes in der Pflegeversicherung. Der »Wegbegleiter Pflege« soll vor allem Angehörigen von Pflegebedürftigen dabei helfen, einen Überblick über zentrale Regelungen, Abläufe, Ansprüche, Rechte aber auch Fallstricke zu gewinnen. Er ist so konzipiert, dass in dem vorliegenden Hauptheft die wesentlichen Fragen zum Thema Pflege angesprochen und beantwortet werden. Darüber hinaus gibt es acht ergänzende »Bausteine«, in denen bestimmte Aspekte vertiefend behandelt werden – etwa das Thema Antragsstellung, das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit oder auch die Frage von Auszeit oder Teilzeit und Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Beschäftigte.

Die Regelungen sind übersichtlich dargestellt und an vielen Stellen mit Beispielen anschaulich erläutert. Zudem werden zahlreiche konkrete Tipps gegeben. Insgesamt bietet der »Wegbegleiter Pflege« damit eine kompakte Orientierungshilfe im komplexen Themenfeld Pflege.

Ich glaube, dass wir damit vielen Kolleginnen und Kollegen und ihren Familienangehörigen einen praktischen Ratgeber zur Verfügung stellen.

*Hans-Jürgen Urban*

*Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall*



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Auszeit oder Teilzeit für pflegende Angehörige .....</b>	<b>3</b>
Zehn Tage Freistellung zur (Neu-)Organisation der Pflege .....	3
Pflege- und Familienpflegezeit – für eine längere Aus- oder Teilzeit .....	5
Was tun, wenn 24 Monate zur Pflege nicht reichen? .....	6
<b>Das Recht auf Pflegeberatung .....</b>	<b>7</b>
<b>Antragstellung und Vorbereitung auf die Begutachtung .....</b>	<b>8</b>
<b>Das neue Begutachtungsverfahren .....</b>	<b>9</b>
<b>Widerspruch und Klage .....</b>	<b>11</b>
<b>Leistungen bei häuslicher Pflege .....</b>	<b>12</b>
Frei verfügbares Pflegegeld .....	12
Leistungen von Pflegediensten .....	13
Verhinderungspflege .....	14
Kurzzeitpflege .....	15
Tages- und Nachtpflege .....	16
Betrag für zusätzliche Entlastungsleistungen .....	17
Pflege- und technische Hilfsmittel sowie Wohnungsanpassung .....	18
<b>Soziale Absicherung für Pflegepersonen .....</b>	<b>19</b>
<b>Leistungen bei stationärer Pflege .....</b>	<b>20</b>
<b>Weitere Informationen .....</b>	<b>21</b>

## **Sonderregelungen zur Pflege wegen der Corona-Pandemie**

*Dieser Wegbegleiter erläutert die regulären Bestimmungen zur Pflege. Nach Beginn der Corona-Pandemie wurden aber zahlreiche befristete gesetzliche Sonderregelungen und Erleichterungen in der Pflege verabschiedet. Ein Teil dieser Regelungen wurde mehrfach verlängert. Ob aktuell noch Sonderregelungen gelten und welche das sind, erfahren Leserinnen und Leser, wenn sie mit Hilfe eines Smartphones oder Tablets den nebenstehenden QR-Code scannen.*



*Eine kostenlose App zum Scannen solcher QR-Codes kann für Android-Handys im Google Play Store und für iPhones im App Store heruntergeladen werden. Danach die heruntergeladene App aufrufen und die Kamera des Gerätes auf den Code halten. Nach kurzer Zeit erscheint ein Link. Diesen dann im Browser öffnen – und schon wird die Webseite mit den Sonderregelungen angezeigt.*

# AUSZEIT ODER TEILZEIT FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

## Zehn Tage Freistellung zur (Neu-)Organisation der Pflege

Der Vater hat einen Schlaganfall erlitten und benötigt sofort Pflege. Oder: Die pflegebedürftige Mutter kommt zu Hause nicht mehr zurecht und braucht dringend einen Platz im Pflegeheim. In solchen »akut aufgetretenen Pflegesituationen« muss schnell eine bedarfsgerechte Betreuung organisiert werden. Daher muss jeder Arbeitgeber nahe Angehörige von Pflegebedürftigen, die sich um die Organisation der Pflege kümmern, dafür kurzfristig von der Arbeit freistellen – und zwar für bis zu zehn Arbeitstage.

### Wer sind »nahe Angehörige«?

Ehefrauen oder Ehemänner, eheähnliche Partner – auch bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, Eltern, Schwieger-, Groß- und Stiefeltern, Geschwister und deren Ehe- oder Lebenspartner, Kinder und Enkelkinder und einige mehr (siehe Tabelle Seite 6).

### Müssen Betroffene bereits pflegebedürftig sein?

Es reicht, wenn sie »voraussichtlich« pflegebedürftig sind. Das muss aber ein Arzt in jedem Fall bescheinigen. Das zehntägige Krisenmanagement dient vor allem dazu, die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten, wozu auch gehören kann, bei der zuständigen Pflegekasse erst einmal einen Antrag auf Anerkennung des Angehörigen als pflegebedürftig zu stellen.

### Wie funktioniert die Freistellung?

Die Beschäftigten müssen zunächst unverzüglich ihrem Arbeitgeber mitteilen, dass sie eine kurzzeitige Freistellung nach § 2 Abs. 1 des Pflegezeitgesetzes nehmen wollen und dabei klarstellen, wie viele Tage sie der Arbeit voraussichtlich fernbleiben möchten. Das kann ähnlich wie bei einer Krankmeldung gemacht werden: Beispielsweise wird morgens bei Arbeitsbeginn telefonisch mitgeteilt, dass der Vater einen Schlaganfall erlitten hat und dessen Pflege organisiert werden muss. Der

Arbeitgeber kann später eine ärztliche Bescheinigung verlangen, dass die Freistellung erforderlich ist, um die Pflege zu organisieren. Das muss er nicht unbedingt. Die Bescheinigung wird jedoch ohnehin benötigt, um später das Pflegeunterstützungsgeld zu erhalten.

### Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

In der Zeit der Freistellung zahlt der Arbeitgeber in der Regel keinen Lohn. Stattdessen besteht Anspruch auf eine Lohnersatzleistung. Sie nennt sich Pflegeunterstützungsgeld und wird bei der Pflegekasse des zu pflegenden Angehörigen beantragt oder beim privaten Versicherungsunternehmen, in dem der pflegebedürftige Angehörige versichert ist. Der Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld muss »unverzüglich« gestellt werden, heißt es im Gesetz.

### Welche Unterlagen werden benötigt?

Erforderlich ist ein ärztliches Attest über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen. Der Arzt muss erklären, dass eine Pflegesituation »akut« aufgetreten ist und deshalb dringlich eine bedarfsgerechte Versorgung der pflegebedürftigen Person organisiert werden muss. Der Arzt muss bescheinigen, wie lange die kurzzeitige Arbeitsverhinderung voraus-



sichtlich dauern wird. Später müssen auch Entgeltbescheinigungen vom Arbeitgeber nachgereicht werden. Dort muss unter anderem eingetragen sein, wie hoch das durch die Freistellung ausgefallene Arbeitsentgelt war und ob in den letzten zwölf Monaten beitragspflichtige Einmalzahlungen – wie etwa Weihnachts- oder Urlaubsgeld – gewährt wurden.

#### **Wie hoch ist das Pflegeunterstützungsgeld?**

Wenn Beschäftigte in den zwölf Vormonaten beitragspflichtige Einmalzahlungen – ganz gleich in welcher Höhe – erhalten haben, beträgt das Pflegeunterstüt-

zungsgeld brutto 100 Prozent ihres ausgefallenen Netto-Arbeitsentgelts. In den Fällen, in denen keine beitragspflichtigen Einmalzahlungen gewährt wurden, ersetzt das Pflegeunterstützungsgeld brutto nur 90 Prozent des ausgefallenen Netto-Arbeitsentgelts. Es gibt allerdings eine Obergrenze: Mehr als 116,38 Euro brutto Pflegeunterstützungsgeld pro Tag gibt es 2023 nicht. Das Pflegeunterstützungsgeld wird nicht versteuert, aber die Arbeitnehmer-Beiträge zur Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung gehen davon ab.



## Pflege- und Familienpflegezeit – für eine längere Aus- oder Teilzeit

Beschäftigte können für die Betreuung von nahen pflegebedürftigen Angehörigen (ab Pflegegrad 1) auch länger freigestellt werden. Dazu gibt es zwei gesetzliche Instrumente.

### **Pflegezeit**

Danach können Beschäftigte bis zu sechs Monate ganz oder teilweise aus dem Beruf aussteigen, um pflegebedürftige Angehörige zu betreuen. Sie haben also die Wahl zwischen einer Auszeit oder Teilzeit. Einen Rechtsanspruch auf die Pflegezeit haben aber nur diejenigen, die für Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten. Geregelt ist das im Pflegezeitgesetz. Wer die Pflegezeit in Anspruch nehmen will, muss dies spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber mitteilen und erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung erfolgen soll.

### **Familienpflegezeit**

Wenn die sechs Monate aus der Pflegezeit nicht ausreichen, besteht nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes die Möglichkeit einer Arbeitszeitverkürzung auf bis zu 15 Stunden pro Woche. Das gilt – einschließlich der vorherigen Pflegezeit – maximal für bis zu 24 Monate. Einen rechtlichen Anspruch darauf haben nur diejenigen, die für Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten arbeiten. Die Familienpflegezeit muss acht Wochen vor Beginn gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt werden.

### **Kombination**

Pflege- und Familienpflegezeit können kombiniert werden. So können pflegende Angehörige z. B. zunächst die Pflegezeit in Anspruch nehmen und dann – falls erforderlich – die Familienpflegezeit dranhängen. Genauso können sie auch umgekehrt verfahren: Zunächst

nehmen sie – als Teilzeitmodell – die Familienpflege in Anspruch und wenn die Pflege mehr Zeit beansprucht, können sie in eine sechsmonatige Auszeit nach dem Pflegezeitgesetz wechseln. Zusammen dürfen es allerdings nicht mehr als 24 Monate sein.

### **Darlehen**

Anders als bei der zehntägigen Auszeit zur Pflegeorganisation ist bei der Pflege- und Familienpflegezeit keine Lohnersatzleistung vorgesehen. Pflegende Angehörige können aber per Darlehen einen teilweisen Einkommensausgleich erhalten. Das Darlehen muss beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden. Es beträgt maximal die Hälfte des ausgefallenen durchschnittlichen Arbeitsentgelts. Das Darlehen muss ab dem Ende der Freistellungsphase bzw. ab Ende der Darlehenszahlungen ratenweise zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich – und zwar unter anderem beim Bezug von Arbeitslosen- oder Krankengeld oder von Grundsicherungsleistungen (z. B. Bürgergeld, Sozialhilfe).

### **Kündigungsschutz**

Wer die Pflege- oder Familienpflegezeit oder die zehn Arbeitstage für die Pflegeorganisation in Anspruch nimmt, darf in dieser Zeit nicht gekündigt werden. Nach Ablauf der Pflegezeiten leben die alten arbeitsvertraglichen Regelungen wieder auf. Es besteht also auch ein Anspruch auf Rückkehr zur vorherigen Arbeitszeit.

## Was tun, wenn 24 Monate zur Pflege nicht reichen?

Wenn für die Pflege von Angehörigen eine längere Zeit als 24 Monate benötigt wird, dann können zwischen Beschäftigten und Arbeitgebern auf freiwilliger Basis individuelle Vereinbarungen getroffen werden. Dabei helfen gegebenenfalls die Betriebsräte. Ein Recht auf Verlängerung der gesetzlich vorgesehenen Pflegezeiten hat aber niemand. Es gibt bisher wenige Betriebsvereinbarungen, in denen, zumeist für langjährige Betriebsangehörige, Freistellungs- oder Teilzeitregelungen für die Angehörigen-Pflege vereinbart sind, die über die gesetzlichen Möglichkeiten hinausgehen. Wo es sie gibt, wissen die Betriebsräte und Personalabteilungen darüber Bescheid. Neben dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz existieren noch weitere Gesetze, die einen mehr oder weniger

harten Anspruch auf eine Arbeitszeitverkürzung bieten. Dazu zählt das Teilzeit- und Befristungsgesetz. Danach kann zum Beispiel jeder, der mehr als sechs Monate in einem Unternehmen mit mehr als 15 Arbeitnehmern beschäftigt ist, eine Verkürzung der Arbeitszeit verlangen. Wenn betriebliche Gründe dem entgegenstehen, darf der Arbeitgeber die beantragte Teilzeit allerdings ablehnen.

**Mehr zur Auszeit oder Teilzeit und dem Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Beschäftigte im Baustein 1**



Rechtsansprüche zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von nahen Angehörigen			
	Kurzzeitige pflegebedingte Arbeitsverhinderung	Pflegezeit (nach dem Pflegezeitgesetz)	Familienpflegezeit (nach dem Familienpflegezeitgesetz)
<b>Ankündigungsfrist</b>	keine	zehn Arbeitstage	acht Wochen
<b>Gilt für welche Arbeitgeber?</b>	alle Arbeitgeber	Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten	Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten (Auszubildende zählen dabei nicht mit)
<b>Gilt für welche Arbeitnehmer?</b>	alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, auch befristet Beschäftigte und Minijobberinnen und -jobber		
<b>Gilt für welche Angehörigen?</b>	Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Stiefeltern, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Partner, homosexuelle Partner, auch wenn keine eingetragene Lebenspartnerschaft besteht		
<b>Gilt für welche Grade von Pflegebedürftigkeit?</b>	»voraussichtliche Pflegebedürftigkeit (nach ärztlicher Bescheinigung)«	ab Pflegegrad 1	
<b>Dauer</b>	bis zu zehn Arbeitstage	bis zu sechs Monate	bis zu 24 Monate (einschließlich der Pflegezeit)
<b>Arbeitszeit</b>	Auszeit vom Job	wahlweise Auszeit oder Teilzeit	Nur Teilzeit mit mindestens 15 Wochenarbeitsstunden
<b>Finanzieller Ausgleich</b>	ja, Pflegeunterstützungsgeld	rückzahlbares zinsloses Darlehen, durch das die Einkommensminderung teilweise ausgeglichen wird	
<b>Kündigungsschutz</b>	ja, von der Ankündigung bis zur Beendigung der Arbeitsverhinderung	ja, von der Ankündigung bis zur Beendigung der Pflegezeit	ja, von der Ankündigung bis zur Beendigung der Familienpflegezeit

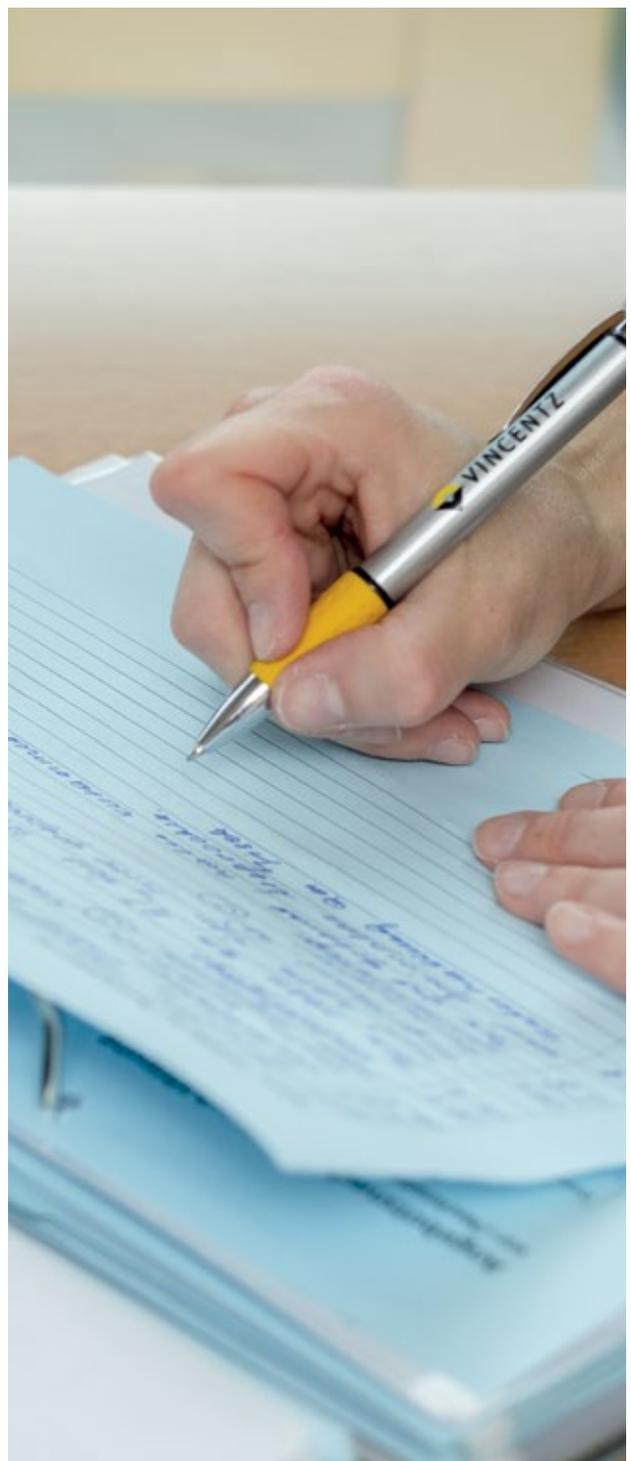
# DAS RECHT AUF PFLEGEBERATUNG

Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen denen, die erstmals Leistungen beantragen, **innerhalb von zwei Wochen** einen Beratungstermin unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten. Sind sie dazu nicht in der Lage, dann müssen sie einen Beratungsgutschein für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister aushändigen.

Die Beratung ist kostenlos und erfolgt durch Pflegeberaterinnen und -berater, die sich in der Pflege und im Sozialrecht auskennen. In mehr als 300 Orten haben die Kassen gemeinsame Pflegestützpunkte eingerichtet, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beraten und auch bei der Organisation der Pflege behilflich sind (z. B. bei der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen oder Einkaufsservice). Die Kassen informieren, wo sich der nächste Pflegestützpunkt befindet. Vielfach beteiligen sich neben den gesetzlichen Kassen auch die Kommunen und private Krankenversicherungsgesellschaften an den Stützpunkten. Privatversicherte sollten jedoch klären, ob ihr Versicherer eine Vereinbarung hat, die den Umfang, den Beratungsinhalt und die Vergütung der Beratung regelt.

Die Pflegeberater kommen auch nach Hause. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn jemand weiterhin in den eigenen vier Wänden betreut werden soll. Dann kann auch gleich geklärt werden, ob die Wohnung für die Pflege geeignet oder ob eine pflegegerechte Anpassung der Räume erforderlich ist (siehe Seite 18).

Zahlreiche Internet-Portale helfen bei der Suche nach Beratungsstellen, Pflegediensten und Pflegeheimen und bieten teilweise auch weitergehende Unterstützung (siehe Seite 21).



# ANTRAGSTELLUNG UND VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG

Wer pflegebedürftig ist und Leistungen der Pflegeversicherung erhalten will, muss dazu bei seiner gesetzlichen Krankenkasse, die auch als Pflegekasse tätig ist, einen Antrag stellen.

## Wie stelle ich einen Antrag?

Es reicht zunächst ein einfaches Schreiben mit der Erklärung: »Hiermit beantrage ich ab sofort Leistungen der Pflegeversicherung«. Dazu müssen die Adresse, die Versichertennummer bei der Kranken- und Pflegekasse, das Datum und die Unterschrift ergänzt werden. Der Antrag kann auch telefonisch gestellt werden – dies führt im Streitfall unter Umständen jedoch zu Beweisschwierigkeiten.

Die Kassen schicken dann umgehend einen »Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung« zu. Darin wird nach der Art der beantragten Leistung gefragt (etwa: Pflegegeld oder Pflegesachleistung). Durch das Ankreuzen bestimmter Leistungen legen sich die Antragstellerinnen oder Antragsteller noch nicht fest. Gefragt wird auch nach dem Hausarzt und weiteren behandelnden Ärzten. Diese sollten unbedingt angegeben werden. Ebenfalls sollte eingewilligt werden, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Unterlagen über Vorerkrankungen eingeholt und diese in die Begutachtung einbezogen werden dürfen. Sonst könnte sich die Bearbeitung des Antrags verzögern oder entscheidende Fakten könnten nicht berücksichtigt werden.

## Was passiert, wenn der Antrag gestellt wurde?

Dann beauftragt die gesetzliche Pflegekasse den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung. Die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung beauftragen die eigens dafür gegründete MEDICPROOF GmbH. Die Gutachterinnen oder Gutachter vereinbaren dann einen Besuchstermin – in der Regel in der Wohnung der Antragstellerinnen oder Antragsteller, die Pflege benötigen.

## Wie kann die Begutachtung vorbereitet werden?

Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen sollten mindestens über 14 Tage dokumentieren, in welchen Situationen Hilfe von Pflegepersonen benötigt wird. Vordrucke für solche Dokumentationen oder Pflagestagebücher gibt es kostenlos bei vielen Pflegekassen. Darin sollten alle tatsächlichen Unterstützungsbedarfe für pflegebedürftige Menschen – nicht nur bei der Selbstversorgung, sondern auch bei der Betreuung (z.B. Begleitung bei Spaziergängen, Vorlesen) – und Hilfen im Haushalt detailliert festgehalten werden. Die ausgefüllte Dokumentation sollte dann zusammen mit allen wichtigen medizinischen Dokumenten (z. B. Arztberichten, Medikamentenplänen, Entlassungsberichten aus Kliniken) bei der Begutachtung übergeben werden.

## Können Angehörige der Pflegebedürftigen bei der Begutachtung dabei sein?

Ja. Das ist sogar sehr hilfreich. Denn eine Reihe von Sachverhalten, die für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend sind, können von den Gutachtern gar nicht selbst erhoben werden. Dies gilt insbesondere, wenn Menschen Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung, beim Lernen oder Erinnern haben. Außerdem müssen die Gutachter auch beurteilen, wie viele Stunden pflegende Angehörige wöchentlich mit der Betreuung und Pflege beschäftigt sind. Das ist wichtig, wenn die Pflegepersonen Leistungen zur sozialen Absicherung bekommen wollen (siehe Seite 19).

**Mehr zur Antragstellung und Vorbereitung auf die Begutachtung im Baustein 2**

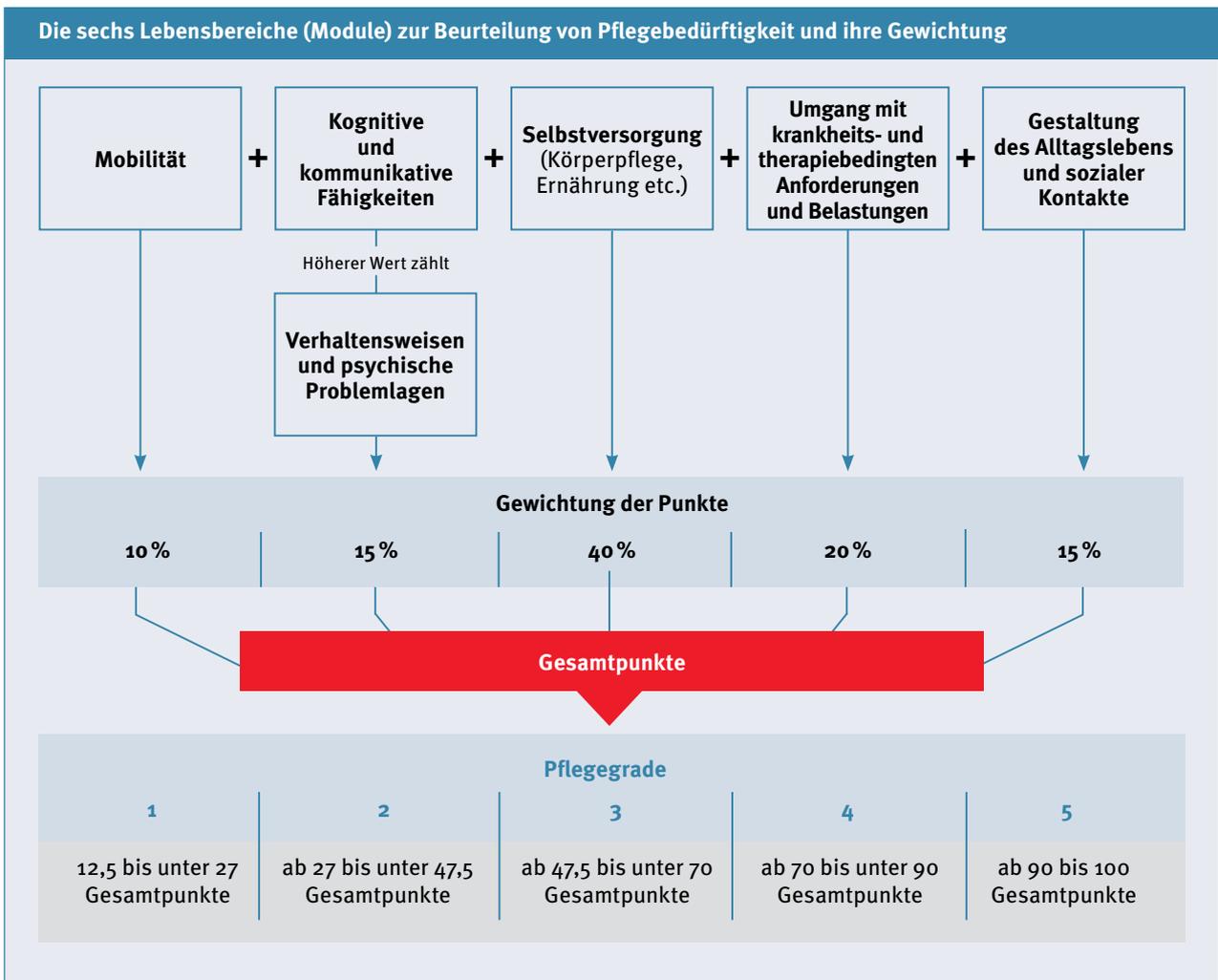


# DAS NEUE BEGUTACHTUNGSVERFAHREN

Seit 2017 gibt es ein neues Verfahren, mit dem festgestellt wird, ob und in welchem Ausmaß Pflegebedürftigkeit vorliegt. Es gibt fünf Pflegegrade. Je höher der Grad der Pflegebedürftigkeit ist, desto mehr Leistungen werden von der Pflegekasse gewährt.

Anders als bis Ende 2016 spielt bei der Begutachtung die für die Pflege benötigte Zeit keine Rolle mehr. Vielmehr steht nun die »Selbstständigkeit« bei der Alltagsbewältigung im Zentrum. Entscheidend ist, ob und inwieweit die Fähigkeit eines Menschen, eine Handlung

allein, also ohne Unterstützung durch andere Personen durchzuführen, beeinträchtigt ist. Es geht nur darum, was ein Mensch noch bewältigen kann und was nicht. Zudem werden im Unterschied zu früher nun auch psychische Störungen und Beeinträchtigungen von geistigen Fähigkeiten und Wahrnehmungen berücksichtigt (kognitive Probleme). Wenn etwa ein Demenzkranker beim Essen zwar eigentlich Gabel und Löffel zum Mund führen, kauen und schlucken kann, dies aber praktisch oft nicht tut, sondern dafür eine besondere Anleitung



braucht, dann kann er nach den Begutachtungsrichtlinien nur noch »überwiegend unselbstständig« essen. Dies wird in der Begutachtung entsprechend berücksichtigt.

Ausschlaggebend für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind sechs Lebensbereiche – sogenannte Module. Die Module werden unterschiedlich gewichtet. Welches Gewicht der jeweilige Bereich hat, wird durch die Prozentwerte im Schaubild auf Seite 9 angegeben. Zunächst werden in jedem der sechs Module die Selbstständigkeit und (noch) vorhandene Fähigkeiten nach bestimmten Kriterien überprüft. Im Modul »Mobilität« wird etwa danach gefragt, inwieweit fünf bestimmte Aktivitäten – z. B. das »Umsetzen« von einem Sessel auf einen (Roll-)Stuhl oder »Treppensteigen« – selbstständig bewältigt werden können. Je nachdem, ob dies »selbstständig«, »überwiegend selbstständig«, »überwiegend unselbstständig« oder »unselbstständig« erfolgt, werden hier 0 bis 3 Punkte vergeben. Damit können in diesem Modul maximal 15 Punkte zusammenkommen.

### Beispiel

**Elsa Refrath** (79) kann die Treppe im Haus noch mit Hilfe des Treppengeländers bewältigen. Da sie hierbei allerdings bereits gestürzt ist, muss ihre Tochter sie dabei immer begleiten, um bei einem drohenden Sturz eingreifen zu können. Damit gilt sie beim Treppensteigen nicht als »selbstständig« sondern nur als »überwiegend selbstständig«, was bei diesem Kriterium einen Punkt bringt. Da sich Elsa Refrath auch beim Umsetzen unsicher ist, muss ihre Tochter sie auch hierbei in der Regel beaufsichtigen, so dass sie hier ebenfalls einen Punkt erhält und somit insgesamt auf zwei Punkte im Modul »Mobilität« kommt. Dies ergibt 2,5 gewichtete Punkte für die spätere Gesamtwertung.

In einem nächsten Schritt werden die in einem Modul erreichten Punkte dann aber noch einmal entsprechend der Prozentwerte im Schaubild gewichtet. Im Bereich Mobilität werden damit insgesamt nur maximal zehn gewichtete Punkte vergeben.

Ähnlich wie bei »Mobilität« werden auch in den anderen Modulen Punkte vergeben und gewichtet.

### Gesamtpunktzahl bestimmt den Pflegegrad

Die für jedes Modul ermittelten gewichteten Punkte werden zusammengezählt und bilden die Gesamtzahl anhand derer der Pflegegrad bestimmt wird. Insgesamt können bei Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in allen Modulen maximal 100 gewichtete Punkte vergeben werden. Ab 12,5 Gesamtpunkten liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vor (Pflegegrad 1).

Mehr zum neuen Begutachtungsverfahren  
im **Baustein 3**



## WIDERSPRUCH UND KLAGE

Wer mit einer Entscheidung der Pflegekasse – etwa der Ablehnung von Pflegeleistungen – nicht einverstanden ist, kann Widerspruch einlegen. Dieser muss nicht begründet werden. Eine gute Begründung verspricht aber mehr Aussicht auf Erfolg. Es ist hilfreich, sich Rat zu holen: Medizinisch-pflegerische Beratung gibt es etwa bei einer Pflegefachkraft oder einem Arzt. IG Metall-Mitglieder bekommen juristische Beratung bei ihrer Geschäftsstelle der IG Metall.

Wenn Betroffene noch Zeit brauchen, um sich sachkundig zu machen, sollten sie trotzdem zeitig vorsorglich Widerspruch einlegen. Die Begründung dafür können sie nachreichen. Denn der Widerspruch muss fristgerecht erfolgen. Die Frist beträgt einen Monat ab Bekanntgabe des Bescheides. Wer z. B. den Bescheid von der Kasse am 8. Mai bekam, muss seinen Widerspruch spätestens am 8. Juni bei der Kasse zugestellt haben.

Nur wenn auf dem Bescheid keine oder keine wirksame Rechtsbehelfsbelehrung erfolgt, beträgt die Frist ein Jahr ab Bekanntgabe.

### Das sollte das Widerspruchsschreiben enthalten:

- ▶ Name und Anschrift des bzw. der Versicherten,
- ▶ Versichertennummer bei der Kasse,
- ▶ Adresse der Pflegekasse,
- ▶ Betreff: »Widerspruch« und Datum des Bescheids, gegen den Widerspruch eingelegt wird,
- ▶ gegebenenfalls eine Begründung,
- ▶ Ort, Datum, Unterschrift.

Über den Widerspruch entscheidet letztlich ein Widerspruchsausschuss der Kasse. Das ist ein Gremium der sozialen Selbstverwaltung, dem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber angehören. Widersprüche können erfolgreich oder erfolglos sein. Es kann aber auch sein, dass erneute Prüfungen eingeleitet werden. So kann es zum Beispiel im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zu einer erneuten Begutachtung kommen.

**IG Metall mit Einfluss in der Selbstverwaltung**  
Die IG Metall ist in den Gremien der Kranken- und Pflegekassen aktiv. Metallerrinnen und Metaller engagieren sich im Verwaltungsrat der Kasse z. B. für gute Beratung und bedarfsgerechte Lösungen im Pflegefall. Im Widerspruchsausschuss stehen sie auf der Seite der Versicherten.

### Klage vor dem Sozialgericht

Wird der Widerspruch abgelehnt, besteht die Möglichkeit zur Klage vor dem Sozialgericht. Dazu bleibt ab Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides ein Monat Zeit. Sofern keine oder keine wirksame Rechtsbehelfsbelehrung erfolgte, beträgt die Frist ein Jahr. Juristische Unterstützung kann sinnvoll sein.

Das Verfahren vor den Sozialgerichten ist gerichtskostenfrei. Die Kosten eines Rechtsanwalts müssen die Parteien aber selber tragen. Das Gericht kann die Kosten nach den gesetzlich festgelegten Grundsätzen jedoch auch der gegnerischen Partei ganz oder teilweise auferlegen. Kläger mit niedrigen Einkommen können beim Gericht Prozesskostenhilfe beantragen. Wird diese bewilligt, dient sie zur Abdeckung der Anwaltskosten.

**Vorteil für Mitglieder der IG Metall:** Der gewerkschaftliche Rechtsschutz wird von Juristinnen und Juristen der DGB Rechtsschutz GmbH durchgeführt und ist ohne Zusatzkosten in der Mitgliedschaft enthalten.

**Rechtsschutz für IG Metall-Mitglieder**  
Mitglieder der IG Metall können für Streitigkeiten mit der Pflegeversicherung kostenlos Rechtsschutz bei den Geschäftsstellen der IG Metall bekommen.  
[www.igmetall.de](http://www.igmetall.de) → IG Metall → Vor Ort

# LEISTUNGEN BEI HÄUSLICHER PFLEGE

## Frei verfügbares Pflegegeld

Die bei der Pflegeversicherung am häufigsten in Anspruch genommene Leistung ist das Pflegegeld. Vollen Anspruch hierauf haben Pflegebedürftige, die von Angehörigen, Nachbarn oder Freunden gepflegt werden und nicht in einem Pflegeheim leben.

Das Pflegegeld wird abgestuft nach dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit gezahlt und beträgt zwischen 316 Euro und 901 Euro im Monat. Für Menschen, die nur geringe Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit haben und deshalb in Pflegegrad 1 eingestuft sind, gibt es kein frei verfügbares Pflegegeld. Sie bekommen aber den »Entlastungsbetrag« von 125 Euro im Monat (siehe Seite 17). Das Pflegegeld wird auf das Konto der Pflegebedürftigen überwiesen. Sie können hierüber frei verfügen, es zum Beispiel an Angehörige weitergeben, die sie versorgen.

Monatliches Pflegegeld bei häuslicher Pflege (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	316
Pflegegrad 3	545
Pflegegrad 4	728
Pflegegrad 5	901

### Pflicht zur regelmäßigen Beratung

Wer Pflegegeld bezieht, nimmt in aller Regel Laienpflege von Angehörigen in Anspruch. Um sicherzustellen, dass diese nicht zu einer Fehlversorgung führt, müssen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die Pflegegeld beziehen, eine regelmäßige Beratung durch Fachkräfte nachweisen. Die Beratung erfolgt in der Regel bei der pflegebedürftigen Person zu Hause.

In Pflegegrad 2 und 3 ist eine solche Beratung halbjährlich vorzunehmen, in Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Wer in Pflegegrad 1 eingestuft ist, muss zwar keine Beratung nachweisen, hat aber gegenüber der Pflegekasse einen Anspruch darauf. Die Kosten der Beratung trägt die Kasse.



Wenn die Beratung nicht vorgenommen wird, kann die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen oder sogar ganz streichen. Die Beratung sollte immer genutzt werden. Nicht nur, um eventuelle Sanktionen zu vermeiden, sondern auch, weil dabei oft wichtige Hilfen und Tipps im Umgang mit der Pflege gegeben werden.

### Pflegegeld ist steuerfrei

Das Pflegegeld ist keine steuerpflichtige Einnahme. Darauf werden keine Sozialversicherungsbeiträge erhoben. Geben Pflegebedürftige das Geld an eine Person weiter, die sie pflegt, muss diese den Betrag weder versteuern noch Beiträge zur Sozialversicherung zahlen. Wenn die pflegende Person beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert ist, bleibt sie das auch, wenn sie das Pflegegeld bekommt.

**Achtung:** Zahlen Pflegebedürftige mehr als das Pflegegeld an pflegende Angehörige, so gilt der übersteigende Teil für die Empfängerinnen und Empfänger als steuer- und sozialversicherungspflichtige Leistung.



Mehr zum Pflegegeld im Baustein 4

## Leistungen von Pflegediensten

Pflegebedürftige, die zu Hause leben, haben das Recht, auf Kosten ihrer Pflegekasse Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Das dafür zur Verfügung stehende Geld richtet sich nach den jeweiligen Pflegegraden. Es wird nicht ausgezahlt, sondern steht als Budget für Dienstleistungen von Pflegekräften zur Verfügung. Der Gesetzgeber spricht hier von »Pflegesachleistungen«.

Die Pflegedienste haben einen sogenannten Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen. Die Bezahlung erfolgt nach einem vereinbarten Vergütungssystem für die einzelnen Leistungen (wie etwa Körperpflege). Neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung können die Dienste auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen anbieten und von den Kassen bezahlt bekommen. Dazu zählen z. B. »Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen« und »Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags«.

Monatlicher Betrag für Leistungen von ambulanten Pflegediensten (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	724
Pflegegrad 3	1.363
Pflegegrad 4	1.693
Pflegegrad 5	2.095

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse. Soweit die Leistungen eines Pflegedienstes das von der Pflegekasse vorgegebene Budget überschreiten, wird der zusätzliche Betrag der oder dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt.

### Kombination von Geld- und Sachleistungen

Geld- und Sachleistungen für Pflegedienste können miteinander kombiniert werden. Man spricht dann von Kombinationsleistungen. Ausgehend vom Umfang der in Anspruch genommenen professionellen Pflegeleistungen wird das Pflegegeld um den prozentualen Anteil gekürzt, der beim Etat für die Profi-Pflege nicht in Anspruch genommen wird.

#### Beispiel

*Emmi Meier (86) ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Somit beträgt ihr monatliches Pflegegeld maximal 545 Euro und die maximale häusliche Sachleistung 1.693 Euro. Sie nimmt aber nur für 846,50 Euro im Monat Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch. Demnach ruft sie nur die Hälfte des dafür zur Verfügung stehenden Etats ab. Somit sind nur 50 Prozent der Sachleistungen verbraucht. Deshalb können noch 50 Prozent des Pflegegelds beansprucht werden. Sie erhält deshalb zusätzlich 272,50 Euro Pflegegeld neben den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes.*

**Mehr zu den Pflegedienstleistungen  
im Baustein 4**



## Verhinderungspflege

Wenn pflegende Angehörige – sei es wegen Krankheit, Urlaub oder eines allwöchentlichen Kegelabends – die Pflege nicht übernehmen können, zahlt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege, und zwar für insgesamt bis zu sechs Wochen im Jahr. Das nennt sich »Verhinderungspflege« oder »Ersatzpflege«. Sie steht Pflegebedürftigen zu, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind. Wer nur Pflegegrad 1 zuerkannt bekommen hat, hat kein Anrecht auf die Bezahlung einer Ersatzpflegekraft.

Voraussetzung für die Gewährung der Verhinderungspflege ist, dass die verhinderten Pflegepersonen die Pflege in der häuslichen Umgebung mindestens sechs Monate lang ausgeübt haben. Es ist weder notwendig, dass in diesen sechs Monaten bereits (mindestens) Pflegegrad 2 bestand, noch dass die jeweiligen Pflegenden die Betreuung allein übernommen haben.

### Wie viel wird für Verhinderungspflege gezahlt?

Es gibt in der Regel höchstens 1.612 Euro im Kalenderjahr. Die Leistung ist für die Pflegegrade 2 bis 5 gleich hoch. Zusätzlich können aber nicht ausgeschöpfte Leistungen der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege übertragen werden. Der Etat für die Kurzzeitpflege kann mit bis zu 806 Euro für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der mögliche Rahmen für die Verhinderungspflege steigt damit auf maximal 2.418 Euro (1.612 Euro + 806 Euro) im Jahr.

### Wer kann die Verhinderungspflege erbringen?

Pflegedienste, Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, Pflegeheime oder Personen, die den Pflegebedürftigen nahestehen. Auch Bekannte, Nachbarn oder Angehörige der Pflegebedürftigen können also in der Zeit, in der die standardmäßigen Pflegepersonen verhindert sind, die Betreuung übernehmen und dafür Geldleistungen erhalten.

### Gibt es Sonderregelungen für Angehörige?

Übernehmen Ersatzpersonen die Pflege, die mit den jeweiligen Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, gelten andere finanzielle Obergrenzen: In diesen Fällen zahlt die Pflegeversicherung in der Zeit der Ersatzpflege so viel, wie normalerweise als Pflegegeld gezahlt würde (siehe Seite 12). Betroffen hiervon sind neben Ehepartnern die eigenen Kinder und Eltern, die Geschwister sowie die Großeltern und Enkel. Wenn sie allerdings wegen der Ersatzpflege einen Verdienstaufschlag oder hohe Fahrtkosten haben, können sie diese Mindereinnahmen oder Mehrausgaben geltend machen und höhere Leistungen erhalten – bis maximal zu den oben genannten Grenzen (1.612 Euro bzw. 2.418 Euro). Der Verdienstaufschlag muss aber nachgewiesen werden – etwa durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers.

### Wie funktioniert das Abrechnungsverfahren?

Die Verhinderungspflege muss vorher nicht beantragt werden. Das geht bei sehr kurzfristigen Verhinderungen auch nicht. Die Rechnung oder Quittung der Ersatzpflegekraft gilt als Antrag auf Übernahme der Kosten. Diese wird bei der Pflegekasse zur Erstattung eingereicht.

### Wird das Pflegegeld weitergezahlt?

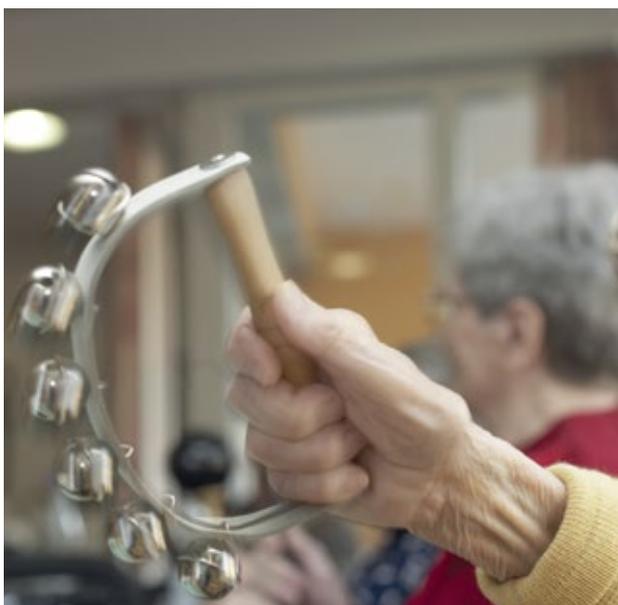
Das ansonsten von der Kasse gezahlte Pflegegeld bleibt in der Zeit der Verhinderungspflege teilweise erhalten. Es wird bis zu sechs Wochen lang zur Hälfte weitergezahlt. Fällt die reguläre Pflegeperson für weniger als acht Stunden am Tag aus und wird während dieser Zeit die Verhinderungspflege genutzt, so hat dies keinerlei Auswirkungen auf die Zahlung des Pflegegelds.

## Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege nicht oder nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf eine sogenannte Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung. Die Kurzzeitpflege ist auf maximal acht Kalenderwochen im Jahr begrenzt. Auch sie kann nur beanspruchen, wer mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Leistung ist in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hoch.

### Wie viel wird für Kurzzeitpflege gezahlt?

Im Regelfall werden pflegebedingte Aufwendungen bis zur Höhe von 1.774 Euro im Kalenderjahr übernommen. Wer allerdings im Kalenderjahr keine Verhinderungspflege in Anspruch nimmt oder den Anspruch hierauf nicht voll ausschöpft (maximal sind das 1.612 Euro), hat bei der Kurzzeitpflege höhere Ansprüche. Die Kurzzeitpflege kann um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege erhöht werden. Damit kann es unterm Strich maximal Leistungen von 3.386 Euro (1.774 Euro + 1.612 Euro) für die Kurzzeitpflege geben.



### Wird auch hier Pflegegeld weitergezahlt?

In der Zeit der Kurzzeitpflege bleibt gezahltes Pflegegeld (siehe Seite 12) teilweise erhalten. Es wird bis zu acht Wochen lang zur Hälfte weitergezahlt.

### Worin unterscheiden sich die Kurzzeit- und Verhinderungspflege?

Beide sind ähnlich und können auch nacheinander in Anspruch genommen werden. Entscheidende Unterschiede zwischen beiden Leistungen:

- ▶ Eine »Vorpflegezeit« ist für die Kurzzeitpflege – anders als für die Verhinderungspflege – keine Voraussetzung. Auf die Kurzzeitpflege besteht somit auch ein Anspruch, wenn jemand erst gerade – etwa durch einen Oberschenkelhalsbruch – pflegebedürftig geworden ist. Dann kann direkt aus dem Krankenhaus ein Wechsel in eine Kurzzeitpflege-Einrichtung erfolgen.
- ▶ Kurzzeitpflege findet nur in stationären Einrichtungen statt, während die Verhinderungspflege im häuslichen Umfeld erfolgt.

**Wichtig:** Wenn im Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der Kurzzeit- oder häuslichen Pflege (noch) nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können, haben die Betroffenen nun Anspruch auf eine Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Das gilt für höchstens zehn Tage. Das regelt der neue § 39e Sozialgesetzbuch V.

## Tages- und Nachtpflege

Bei der Tagespflege geht es um die zeitweise Betreuung von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung. Ein Pflegebedürftiger kann z. B. morgens um 7:30 Uhr zu einer von ihm gewählten Tagespflegeeinrichtung gebracht werden. Dort verbringt er – mit anderen Pflegebedürftigen und betreut durch Fachpersonal – den Tag und wird um 16 Uhr wieder abgeholt. Das Angebot kann tageweise gebucht werden und stellt für pflegende Angehörige eine enorme Entlastung dar. Insbesondere dann, wenn es um die Betreuung demenzkranker Familienangehöriger geht.

Gerade in solchen Fällen kann die bislang kaum angebotene und wenig nachgefragte »Nachtpflege« sinnvoll sein. Hier werden Pflegebedürftige nicht tagsüber, sondern nachts betreut. Das ist besonders für diejenigen sinnvoll, die nachts sehr unruhig sind und kaum schlafen.

Für die Tages- und Nachtpflege stellt die Pflegeversicherung einen monatlichen Etat zur Verfügung. Die Höhe richtet sich nach den jeweiligen Pflegegraden. Auch hier gilt: Pflegebedürftige mit dem niedrigsten Pflegegrad 1 erhalten keine Leistungen der Tages- und Nachtpflege.

Monatliche Sachleistung für Tages- und Nachtpflege (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689
Pflegegrad 3	1.298
Pflegegrad 4	1.612
Pflegegrad 5	1.995

Die Pflegekasse übernimmt bei der Tages- und Nachtpflege die Kosten für die soziale Betreuung und die Pflege. Wenn der Betrag beim jeweiligen Pflegegrad dafür ausreicht, dann werden davon auch die Kosten der morgendlichen und abendlichen Hol- und Bring-Dienste übernommen. Die Kosten für die Verpflegung und die Unterkunfts- und Investitionskosten müssen die Pflegebedürftigen selbst bezahlen.



**Wichtig:** Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden nicht mit dem Pflegegeld oder den Pflegesachleistungen verrechnet. Das Budget für die Tages- und Nachtpflege steht zu Hause lebenden Pflegebedürftigen also zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung zu.

### Beispiel

*Egon Oberleitner ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Er schöpft seinen Etat für die Tages- und Nachtpflege (1.298 Euro) voll aus. Daneben kann er noch die ihm zustehenden ambulanten Pflegedienstleistungen (für maximal 1.363 Euro) vollständig in Anspruch nehmen oder alternativ dazu das Pflegegeld (maximal 545 Euro) in voller Höhe erhalten. Natürlich ist auch eine Kombination von Pflegedienstleistungen und anteiligem Pflegegeld möglich.*

**Mehr zur Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege im Baustein 5**



## Betrag für zusätzliche Entlastungsleistungen

Allen zu Hause betreuten Pflegebedürftigen steht ein Etat für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu. Dieser »Entlastungsbetrag« gilt bereits ab Pflegegrad 1. Er beträgt einheitlich 125 Euro im Monat.

### Wozu dient der Entlastungsbetrag?

Er soll Pflegepersonen Möglichkeiten zur Entlastung eröffnen und Pflegebedürftigen bei der selbstständigen Gestaltung ihres Alltags helfen. Er ist zweckgebunden und kann genutzt werden für Leistungen der

- ▶ Tages- und Nachtpflege,
- ▶ Kurzzeitpflege,
- ▶ (niederschweligen) Unterstützung im Alltag – sofern die entsprechenden Angebote nach dem Landesrecht anerkannt sind (dazu zählen auch Leistungen von ehrenamtlichen Helferinnen),
- ▶ ambulanten Pflegedienste.

Welche Leistungserbringer und Angebote vor Ort verfügbar sind, kann bei der Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt vor Ort erfragt werden (siehe Seite 7).

### Können Grundpflegeleistungen mit dem Entlastungsbetrag eingekauft werden?

Das kommt auf den Pflegegrad an. Personen, die in Pflegegrad 1 eingestuft sind, können mit dem Entlastungsbetrag von 125 Euro pro Monat alle oben genannten Leistungen einkaufen – auch klassische Leistungen zur Grundpflege von ambulanten Diensten, die ihnen ansonsten gar nicht zustehen.

Für Personen mit den Pflegegraden 2 bis 5 gilt das nicht. Der Entlastungsbetrag steht ihnen nur für Betreuungsleistungen (z. B. für Begleitung bei Spaziergängen, Vorlesen) und die hauswirtschaftliche Versorgung über Pflegedienste zur Verfügung. Er dient hier also der Ergänzung »klassischer« Pflegeleistungen. Letztere sind bereits durch den Etat für Pflegesachleistungen abgedeckt.

### Wie wird abgerechnet?

Der Entlastungsbetrag wird den Pflegebedürftigen nicht ausgezahlt, vielmehr müssen sie bei ihrer Pflegekasse oder ihrem privaten Versicherungsunternehmen aussagefähige Rechnungen oder Quittungen der jeweiligen Erbringer der Dienstleistungen vorlegen. Diese werden ihnen dann im Rahmen des Etats von 125 Euro monatlich erstattet.

### Kann der Entlastungsbetrag angespart werden?

Die 125 Euro müssen nicht jeden Monat genutzt werden. Sie können zum Beispiel im Laufe eines Jahres angespart und erst am Jahresende voll in Anspruch genommen werden. Es ist so möglich, im Dezember auf einen Schlag Leistungen im Wert von 1.500 Euro (12 x 125 Euro) zu nutzen.

**Wichtig:** Leistungen, die innerhalb eines Kalenderjahres nicht abgerufen wurden, können in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Spätestens bis Ende Juni des Folgejahres müssen die nicht in Anspruch genommenen Entlastungsbeträge jedoch genutzt werden. Ein »Ansparen« über mehrere Jahre ist nicht möglich.



## Pflege- und technische Hilfsmittel sowie Wohnungsanpassungsmaßnahmen

Die Pflegekasse soll durch Hilfsmittel die Pflege erleichtern und den Betroffenen zu mehr Selbstständigkeit verhelfen. Der Medizinische Dienst oder Pflegefachkräfte geben entsprechende Empfehlungen an die Pflegekasse. Ein Antrag auf Kostenübernahme der Mittel kann mündlich oder schriftlich gestellt werden. Auch bei geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) besteht ein Rechtsanspruch auf die Finanzierung von Pflegehilfsmitteln durch die Pflegekasse.

### Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Dazu gehören alle Produkte, die im Rahmen der Pflege eingesetzt und verbraucht werden. Das können u. a. Desinfektionsmittel, Einmal-Handschuhe oder Bettelagen sein. Die Pflegekasse übernimmt für solche zum Verbrauch bestimmten Artikel pro Monat maximal 40 Euro. Sie hat ein Hilfsmittelverzeichnis mit Produkten, die infrage kommen.

### Technische Pflegehilfsmittel

Darüber hinaus gibt es sogenannte technische Pflegehilfsmittel. Auch hierauf besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch (auch bei Pflegegrad 1). Darunter fallen u. a. Rollstühle, Pflegebetten, Notrufsysteme, Badewannenlifter oder Handgriffe, die im Bad oder neben der Toilette eingebaut werden. Für technische Pflegehilfsmittel müssen 10 Prozent der Kosten, maximal aber 25 Euro je Mittel zugezahlt werden. Viele dieser technischen Hilfen werden aber ausgeliehen oder vermietet. In diesem Fall fallen keine Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen an.

### Wohnungsanpassungsmaßnahmen

Manchmal können Veränderungen in der Wohnung bewirken, dass die Pflege erleichtert wird oder überhaupt noch zu Hause vorgenommen werden kann. Man spricht dann von sogenannten Wohnungsanpassungsmaßnahmen.

So kann es notwendig sein, die Türen für Rollstühle zu verbreitern oder eine Rampe zu bauen, damit Stufen am Hauseingang überwunden werden können. Im Bad kann vielleicht der Einbau einer bodengleichen (barrierefreien) Dusche ermöglichen, dass Pflegebedürftige (mit Unterstützung) wieder regelmäßig ihren ganzen Körper waschen können.

Für solche »Verbesserungen des individuellen Wohnumfelds« übernehmen die Pflegekassen bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Dabei gelten alle Veränderungen des Wohnraumes, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung erforderlich sind, als eine Maßnahme (im obigen Beispiel also Türverbreiterung, Einbau der Rampe und bodengleichen Dusche). Erst wenn sich die Pflegesituation ändert und eine weitere Wohnungsanpassungsmaßnahme erforderlich wird, kann nochmals ein Zuschuss von bis zu 4.000 Euro gewährt werden.

Auf den Zuschuss haben alle Pflegebedürftigen einen Anspruch – also auch diejenigen mit dem niedrigsten Pflegegrad 1. Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschusses sind:

- ▶ die Maßnahme muss auf Dauer angelegt sein und
- ▶ sie muss an dem Ort erfolgen, an dem betroffene Pflegebedürftige ihren Lebensmittelpunkt haben.

Zur Unterstützung bei der Wohnungsanpassung beschäftigen die Pflegekassen auch spezielle Wohnberaterinnen und -berater. Über Anträge auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zur Wohnungsanpassung müssen die Kassen innerhalb von drei Wochen (bei Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes: innerhalb von fünf Wochen) entscheiden.

**Mehr zum Entlastungsbetrag, Pflege- und technischen Hilfsmitteln sowie Wohnungsanpassung im Baustein 6**



# SOZIALE ABSICHERUNG FÜR PFLEGEPERSONEN

Der Gesetzgeber hat für diejenigen, die Angehörige, Nachbarn oder Freundinnen pflegen, Regelungen zur sozialen Absicherung geschaffen. Wer davon profitieren will, muss sich bei der Pflegekasse der gepflegten Person melden. Diese leitet alles Weitere in die Wege. Die Regelungen zur sozialen Absicherung gelten allerdings nicht für alle Pflegepersonen. Bei der Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung gelten sie zunächst nur für Pflegepersonen, die

- ▶ mindestens zehn Stunden in der Woche – verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage – einen Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung pflegen,
- ▶ Menschen pflegen, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind,
- ▶ die Pflege nicht erwerbsmäßig betreiben.

## Unfallversicherung

Wer die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, ist automatisch gesetzlich unfallversichert. Bei einem Unfall während der Pflege- und Betreuungstätigkeit oder auf der direkten Fahrt zur gepflegten Person bestehen deshalb Ansprüche auf alle notwendigen Leistungen der Unfallversicherung (z. B. Behandlung, Rehabilitation, Heilmittel, Umschulung, Rente).

## Rentenversicherung

Zusätzlich zu den oben genannten Voraussetzungen gilt, dass die Pflegepersonen höchstens 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sein dürfen. Die Pfl egetätigkeit muss länger als zwei Monate in einem Kalenderjahr regelmäßig ausgeübt werden.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können Pflegenden allein aufgrund von längeren Pflegezeiten einen Anspruch auf eine gesetzliche Altersrente erwerben. Für die Höhe der Rentenansprüche kommt es darauf an,

- ▶ in welchen Pflegegrad der oder die Gepflegte eingestuft ist,
- ▶ ob die Pflegekasse das volle Pflegegeld oder den vollen Etat für Pflegesachleistungen zahlt oder ob eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen erfolgt,
- ▶ ob die Pflege im Westen oder Osten Deutschlands geleistet wird.

### Beispiel

*Wer in Hamburg eine Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 und ausschließlichem Bezug von Pflegegeld ein Jahr lang betreut, erhöht seine monatliche Rente um 14,63 Euro. Hätte der Gepflegte den Pflegegrad 4, so würde sich die Rente um 23,81 Euro erhöhen (nach den Rentenwerten für das 1. Halbjahr 2023).*

## Arbeitslosenversicherung

Hier werden Pflegepersonen nur dann versichert, wenn sie unmittelbar vor dem Beginn ihrer Tätigkeit entweder sozialversichert beschäftigt waren oder Versicherungsleistungen von der Bundesagentur für Arbeit bezogen haben. Zudem müssen die oben genannten drei Voraussetzungen erfüllt sein.

## Kranken- und Pflegeversicherung

Hier gibt es für privat oder freiwillig krankenversicherte Pflegepersonen, die eine Auszeit nehmen oder ihre Beschäftigung auf einen Mini-Job reduzieren, für höchstens sechs Monate einen Beitragszuschuss (2023: pro Monat zwischen 203 Euro und 222 Euro).

Mehr zur sozialen Absicherung von  
Pflegepersonen im **Baustein 7**



# LEISTUNGEN BEI STATIONÄRER PFLEGE

Ein Platz im Pflegeheim kostet oft 3.500 Euro oder mehr im Monat. Davon übernehmen die Pflegekassen nur einen Teil. Für die Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen setzten sich im Januar 2023 die von ihnen selbst zu zahlenden monatlichen Anteile im Bundesdurchschnitt so zusammen:

- ▶ **Kosten für Unterkunft und Verpflegung:** 857 Euro,
- ▶ **Kosten für Investitionen** (z.B. Instandhaltung Gebäude, Anschaffung Möbel): 472 Euro
- ▶ **Umgelegte Ausbildungskosten in der Pflege:** 105 Euro
- ▶ **Eigenanteile für die Pflege und Betreuung** (ohne von der Aufenthaltsdauer abhängige Zuschläge): 1.139 Euro.

Somit mussten die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen Anfang 2023 im Schnitt insgesamt 2.573 Euro selbst für die Heimkosten aufbringen. Nicht berücksichtigt sind dabei die aufenthaltsdauerabhängigen Zuschläge der Kassen (siehe unten) zu den Eigenanteilen für die Pflege.

Die Pflegeversicherung übernimmt lediglich Beträge für die Pflege und Betreuung im Heim. Wer den niedrigsten Pflegegrad 1 hat, muss fast sämtliche Kosten für das Heim selbst aufbringen. Denn in Pflegegrad 1 gibt es lediglich einen Zuschuss von 125 Euro im Monat. In den Pflegegraden 2 bis 5 werden zwischen 770 und 2005 Euro monatlich ans Heim überwiesen.

## Von Pflegegrad 2 bis 5 gleicher Eigenanteil für die Pflege

Wie viel die Pflegekasse jeweils im Einzelfall zahlt, spielt seit 2017 für die Bewohnerinnen und Bewohner ab Pflegegrad 2 jedoch nur noch eine Nebenrolle. Denn inzwischen zahlen alle, die mit Pflegegrad 2 bis 5 in einem Heim leben, denselben Eigenanteil für die Pflege- und Betreuungskosten. Allerdings ist dieser Eigenanteil von Pflegeheim zu Pflegeheim unterschiedlich.

## Neuer Zuschlag zu den Pflegekosten im Heim

Seit 2022 gibt es zu diesem Eigenanteil für die Menschen in den Pflegegraden 2 bis 5 noch einen Zuschuss. Dieser hängt davon ab, wie lange sie schon in einem Pflegeheim leben:

Im ersten Jahr beträgt der Zuschlag zum Eigenanteil für die Pflege 5 Prozent, im zweiten Jahr sind es 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und wer mehr als drei Jahre in einer vollstationären Einrichtung wohnt, erhält einen Zuschlag von 70 Prozent.

## Unterstützung vom Sozialamt

Bei vielen Pflegebedürftigen reicht das Einkommen und Vermögen nicht, um die selbst aufzubringenden Kosten für den Heimplatz voll zu finanzieren. Dann müssen zunächst unterhaltspflichtige Ehepartner oder Kinder von Pflegebedürftigen einspringen.

Seit 2020 müssen Kinder von volljährigen Pflegebedürftigen aber nur dann für ihre Angehörigen aufkommen, wenn sie ein Bruttoeinkommen von mindestens 100.000 Euro im Jahr haben. Dabei zählt aber nur das Einkommen der eigenen Kinder, nicht das der Schwiegerkinder.

Wenn keine Unterhaltspflicht besteht oder der Betrag, der sich aus der Unterhaltspflicht ergibt, nicht reicht, um die Kosten für den Heimplatz zu decken, muss das Sozialamt meist zahlen. Die „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt gibt es aber nur auf Antrag und nicht rückwirkend. Der Antrag sollte also rechtzeitig gestellt werden. Wichtig dabei: Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 oder 3 prüfen die Sozialämter vielfach, ob ein Umzug in ein Pflegeheim notwendig ist. Bei höheren Pflegegraden gehen die Ämter generell von einer „Heimnotwendigkeit“ aus.

Mehr zu den Leistungen bei stationärer Pflege im **Baustein 8**



## WEITERE INFORMATIONEN

### Internet

#### **www.weisse-liste-pflege.de**

Hier finden sich Checklisten, die Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, worauf sie bei der Auswahl eines passenden Pflegedienstes oder eines richtigen Pflegeheimes achten sollten.

#### **<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheits-pflege>**

Diesen Seiten der Verbraucherzentrale bieten viele Infos zum Pflegeantrag und den Leistungen sowie der Pflege zu Hause, in Wohngemeinschaften und im Heim und Hilfen für pflegende Angehörige.

#### **www.zqp.de/beratung-pflege/#/home**

In dieser Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege finden Interessenten Beratungsstellen in ihrer Nähe.

#### **www.pflegen-und-leben.de**

Dieses Portal dient zur Unterstützung der Pflegenden. Sie können kostenlos, anonym und datensicher psychologisch gestützte Hilfe und Begleitung bei seelischen Belastungen durch die Pflegesituation bekommen. Das Portal wird von vier gesetzlichen Pflegekassen betrieben.

#### **www.pflegeleistungs-helfer.de**

Auf dieser interaktiven Seite des Bundesgesundheitsministeriums können Pflegebedürftige herausfinden, welche Leistungen sie in ihrer persönlichen Situation nutzen können.

#### **www.pflegebegutachtung.de**

Auf diesem Portal der Medizinischen Dienste finden sich zahlreiche Informationen rund um die Begutachtung. Außerdem gibt es eine Checkliste für den Besuch des Medizinischen Dienstes.

#### **www.wegweiser-demenz.de**

Angehörige von Demenzkranken finden auf dieser Seite des Bundesfamilienministeriums Zugang zu Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen und besonderen Angeboten für Demenzkranke; außerdem können sich Experten, Angehörige und Betroffene in mehreren Foren austauschen.

Auch die folgenden Webadressen von gesetzlichen Krankenkassen helfen bei der Suche nach Pflegediensten und Pflegeheimen weiter:

**www.pflege-navigator.de (der AOKen)**

**www.bkk-pflegefinder.de (der BKKen)**

**www.der-pflegekompass.de (der Knappschaft)**

**www.pflegelotse.de (der Ersatzkassen)**

### Broschüren

Fast alle Kranken- und Pflegekassen haben Broschüren und Flyer zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Auch das Bundesgesundheitsministerium bietet mehrere Ratgeber zur Pflege, Pflegeversicherung und Demenz. Sie können im Internet **www.bundesgesundheitsministerium.de/service** als Downloads abgerufen oder in gedruckter Form bestellt werden.

### Bürgertelefon Pflegeversicherung: 0 30/3 40 60 66-02

Telefonisch bietet das Bundesministerium für Gesundheit eine erste Orientierung zur Pflegeversicherung – auch mit Beratungsangeboten für Gehörlose und Hörgeschädigte.

Das Bürgertelefon ist von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr zu erreichen.

# DIE BAUSTEINE ZUM IG METALL WEGBEGLEITER PFLEGE



## Baustein 1

Auszeit oder Teilzeit  
für pflegende Beschäftigte

Prod.-Nr. 37290-67645



## Baustein 5

Leistungen bei häuslicher Pflege II:  
Verhinderungs-, Kurzzeit-,  
Tages- und Nachtpflege

Prod.-Nr. 37290-67649



## Baustein 2

Antragstellung und  
Vorbereitung  
auf die Begutachtung

Prod.-Nr. 37290-67646



## Baustein 6

Leistungen bei häuslicher Pflege III:  
Entlastungsbetrag, Pflege-  
und technische Hilfsmittel,  
Wohnungsanpassung

Prod.-Nr. 37290-67650



## Baustein 3

Das neue Begutachtungsverfahren:  
Wie Pflegebedürftigkeit  
festgestellt wird

Prod.-Nr. 37290-67647



## Baustein 7

Soziale Absicherung  
für Pflegepersonen

Prod.-Nr. 47470-91205



## Baustein 4

Leistungen bei häuslicher Pflege I:  
Pflegegeld und  
Pflegedienstleistungen

Prod.-Nr. 37290-67648



## Baustein 8

Leistungen bei  
stationärer Pflege

Prod.-Nr. 47471-91206