

INFORMATIONSBROSCHÜRE

2024

Alles Wissenswerte
rund um die
Pflegeversicherung





Bildnachweise:

Titelseite: iStock-1076508992

Seite 03+18: iStock-1007247568

Seite 05: Health insurance - concept. arturmarciniecphotos (canva pro-Lizenz)

Seite 07: assessment time, peopleimages von getty images

Seite 08+27: Gold-colored coins near calculator - breakingpic von Pexels (canva-Lizenz)

Seite 08: person holding a stress ball- Photo credit Matthias Zomer (Canva-Lizenz)

Seite 09: patient and caregiver spend time together - Katharzyna Bialasiewicz von Getty Images pro (canva pro-Lizenz)

Seite 10: nursing care takes care of seniors - Robert Kneschke (canvas pro- Lizenz)

Seite 12: Katharzyna Bialasiewicz von getty images pro

Seite 14: nursing home - byryo getty images (canva pro - Lizenz)

Seite 16: hourglass and calender - Brian AJackson getty images (canva pro -Lizenz)

Seite 18: Automatic wheelchair stair lift, getty images (Canva pro Lizenz)

Seite 23: grandaded, Getty Images (canva pro-Lizenz)

Seite 24: legal advice law concept, von thecorgi (canva pro-Lizenz)

Seite 25: senioren couple Monkey Business Images (canva pro-Lizenz)

Seite 28-31: iStock-851832858

Impressum

Herausgeber: HENSELEIT+ GbR, Nina und Jens Henseleit, Alt-Rudow 24, 12357 Berlin

Ansprechpartner: Nina und Jens Henseleit; Copyright 2019-2024

INFORMATIONSBROSCHÜRE

Sehr geehrte/r Interessent/in!

Sie finden in diesem Heft Informationen, Hinweise, Tipps und Antragsvorlagen zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Haben Sie weitere Fragen?
Wir beraten Sie gerne!

INHALT

<i>Themen</i>	<i>Seite</i>	<i>Themen</i>	<i>Seite</i>
Wie wird ein Pflegegrad beantragt?	4-7	Pflegekurse für pflegende Angehörige	17
Einteilung der Pflegegrade	6	Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	17
Leistungsarten	8	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	18
Häusliche Pflege - Sachleistung	8	Pflegehilfsmittel	19
Häusliche Pflege - Geld- und Kombinationsleistung	9	Betreuungs- und Entlastungsleistungen	20
Teilstationäre Pflege / Tages- und Nachtpflege	10	Gesetzliche Zuzahlungen	21
Pflegevertretung - Verhinderungspflege	11-13	Betreuungsverfügung	22
Vollstationäre Pflege	14	Patientenverfügung	23
Kurzzeitpflege	15	Gesamtübersicht der Leistungen der Pflegeversicherung	24-25
Rentenbeiträge für Pflegepersonen	16	Persönliche Notizen	26-27
Beratungseinsatz nach § 37 Abs.3 SGB XI	16	Kontaktdaten	28
Betreuungsleistungen § 37 Abs.3 - Kurzübersicht	16		

*Zur Vereinfachung wird manchmal die männliche Schreibweise verwendet,
was keineswegs diskriminierend sein soll, sondern der besseren Lesbarkeit dient!*



Wie wird ein Pflegegrad beantragt?

Liegt bei einer Person eine dauerhafte (mindestens über 6 Monate bestehende) Einschränkung im pflegerischen Bereich vor, z.B. Beeinträchtigung bei der Durchführung der Körperpflege, so kann diese Person bei der zuständigen Pflegekasse einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit stellen. Zu beachten ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung als Zuschuss für pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen erstattet werden und oft nicht die gesamten Kosten einer zufriedenstellenden Pflege absichern! ("Teilkaskoversicherung")

Der Antrag wird bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person gestellt. Die Pflegekasse ist grundsätzlich bei der Krankenkasse angesiedelt. Es reicht aus, den Antrag an die Krankenkasse zu senden und darauf hinzuweisen, dass dieser an die Pflegekasse weitergereicht werden soll. Privatversicherte müssen sich an ihre private Pflegeversicherung wenden.

Der Antrag bei der Pflegekasse kann formlos per Telefon, Mail, Fax oder Brief gestellt werden. Um den genauen Zeitpunkt der Antragstellung nachweisen zu können, empfehlen wir die schriftliche Antragstellung per Mail, Fax oder per Post.

Die pflegebedürftige Person sollte den Antrag selbst stellen. Ist die Person dazu nicht in der Lage, kann auch ein Bevollmächtigter oder Betreuer den Antrag für die pflegebedürftige Person stellen. In diesem Fall empfiehlt es sich, eine Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beizulegen.

Sobald der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, schickt diese ein Formular für die Beantragung des Pflegegrades zu.

EINEN PFLEGEGRAD BEANTRAGEN

Wie wird das Formular für den Antrag ausgefüllt?

Neben den persönlichen Daten müssen Sie zusätzliche Angaben dazu machen, welche Leistungen Sie beantragen wollen. Das ist davon abhängig, ob Sie zu Hause durch Angehörige und/oder einen ambulanten Pflegedienst oder in einer stationären Einrichtung versorgt werden wollen. Überlegen Sie sich dazu, wie die Pflege bei Ihnen organisiert werden soll und was für Sie am besten ist. Denken Sie daran, dass es auch die Möglichkeit gibt, verschiedene Angebote zu kombinieren. Wenn Sie den Umfang der beantragten Leistungen später ändern wollen, ist dies jederzeit mit einem Änderungsantrag bei der Pflegekasse möglich.

Wir helfen Ihnen beim Ausfüllen des Antrags.

Das Ausfüllen des Antrags ist teilweise kompliziert. Oft sind viele Begriffe oder die Arten der Leistungen und die Kombinationsmöglichkeiten unbekannt.



Wir beraten Sie gern!

Telefon: 030 / 224 774 27,

E-Mail: kontakt@henseleit-plus.de

EINEN PFLEGEGRAD BEANTRAGEN

Was passiert nach der Antragstellung?

Nachdem die Pflegekasse den Antrag erhalten hat, wird diese den Medizinischen Dienst (MD) beauftragen, ein Gutachten über den Grad der Pflegebedürftigkeit zu erstellen. Ein Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes wird dann mit der pflegebedürftigen Person und / oder deren Angehörigen einen Vorort-Termin vereinbaren, bei dem dann ein Gutachten angefertigt wird.

Hinweis: Seit 2023 können Wiederholungsbegutachtungen auch per Telefon erfolgen.



Einteilung der Pflegegrade

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst wird mittels eines Punktesystems die Einteilung der Pflegegrade vorgenommen:

Punkte	0-12,4	12,5 - 26,9	27-47,4	47,5 - 69,9	70 - 89,9	90-100
Pflegegrad	KEIN	1	2	3	4	5
Beschreibung	Kein Pflegegrad	<u>Geringe</u>	<u>Erhebliche</u>	<u>Schwere</u>	<u>Schwerste</u>	<u>Schwerste</u>
<i>Beeinträchtigung der Selbstständigkeit</i>						





Gutachter, die von den Pflegekassen beauftragt werden, erfassen alle wichtigen Punkte der Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher, psychischer und kognitiver Beeinträchtigungen. Der Grad der Selbstständigkeit einer Person ist ausschlaggebend für die Zuweisung eines Pflegegrades.

Die Gutachter des Medizinischen Dienstes erstellen lediglich das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und sprechen eine Empfehlung aus. Das Gutachten wird der Pflegekasse übermittelt, welche dann den Grad der Pflegebedürftigkeit festlegt.

Die Entscheidung über die Höhe des Pflegegrades trifft die Pflegekasse. Nachdem die Pflegekasse dem Antrag stattgegeben oder ihn abgelehnt hat, erhalten die Pflegebedürftigen hierüber einen schriftlichen Bescheid. Haben diese bei der Pflegekasse eine pflegerische Einrichtung angegeben, wird diese ebenfalls schriftlich über das Ergebnis informiert.



Geld, - Sach- und Kombileistung

Sachleistung

Pflegeeinrichtungen können direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Es erfolgt keine Auszahlung an den Pflegebedürftigen.



Geldleistung

Auszahlung des Pflegegeldes auf das Konto der pflegebedürftigen Person oder eines pflegenden Angehörigen. Hiermit können die Pflegebedürftigen ihre Pflege selbständig organisieren.

Kombinationsleistung

Pflegeeinrichtungen können direkt mit der Pflegekasse die Sachleistung abrechnen. Wird der volle Betrag nicht ausgeschöpft, wird der Restanteil prozentual an die Pflegebedürftigen als Pflegegeld ausgezahlt. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf Seite 14 und 15!

Schauen Sie auch gerne auf unserer Homepage vorbei, wo wir aktuelle Informationsmaterialien zum Download bereitstellen:
<https://www.henseleit-plus.de/pflegewissen/>



Häusliche Pflege - Sachleistung

Pflege durch professionelle Pflegekräfte (Ambulante Pflege)

Sachleistung monatlich	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betrag in €	-	761€	1.432€	1.778€	2.200 €

Pflegesachleistungen können für Hilfen durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden. Die Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden.



Häusliche Pflege - Geldleistung

Pflege durch private Pflegepersonen (Angehörige, Freunde etc.)

Geldleistung monatlich	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betrag in €	-	332€	573€	765€	947€

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit der Pflegesachleistung kombiniert werden (siehe Kombinationsleistung!).



Häusliche Pflege - Kombinationsleistung



Pflege kann durch einen professionellen Pflegedienst und Laien (z.B. Angehörige) zusammen übernommen werden. Hierfür können die Leistungsarten Sachleistung und Geldleistung zur sogenannten Kombinationsleistung miteinander verbunden werden.

Hierbei wird den Pflegebedürftigen ein anteiliges Pflegegeld ausbezahlt und der Pflegedienst kann erbrachte Leistungen über die Sachleistung direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Die Pflegebedürftigen entscheiden, in welchem Umfang Sach- und Geldleistung in Anspruch genommen werden. Zu beachten ist hierbei, dass die „Waagschale zwischen Geld- und Sachleistungsbetrag“ immer 100% ist. Verbrauchen Pflegebedürftige von der Sachleistung 80%, so erhalten sie vom Betrag der Geldleistung noch 20%. Verbrauchen sie vom Sachleistungsbetrag 40%, so erhalten sie von ihrem Geldleistungsbetrag noch 60% ausbezahlt.

LEISTUNGSARTEN UND LEISTUNGSINHALTE



Ergänzende teilstationäre Pflege Tages- und Nachtpflege

z.B. „Tagesklinik“

Pflegeaufwendungen einschließlich Beförderungskosten von der Wohnung der Pflegebedürftigen zur Vertragseinrichtung und zurück.

Sachleistung monatlich	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betrag in €	-	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €



Formen der teilstationären Versorgung sind die Tages- und Nachtpflege. Darunter versteht man die stunden- oder tageweise Betreuung der Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung.

Dabei ist die Tagespflege ein Angebot, bei dem pflegebedürftige Menschen tagsüber betreut werden und die Nacht zu Hause verbringen. In Einrichtungen der Nachtpflege wiederum werden Pflegebedürftige die Nacht über betreut (z.B. bei dringend notwendiger Medikamentengabe).

Tages- und Nachtpflege können in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.



Pflegevertretung - Verhinderungspflege

Grundvoraussetzungen:

Voraussetzung für den Anspruch der Verhinderungspflege ist, dass eine private Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung (Inanspruchnahme) mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Ein Pflegegrad muss zu dieser Zeit aber noch nicht vorgelegen haben!

Wer kann als Ersatzpflegekraft eintreten?

Die Ersatzpflege kann durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte oder professionelle ambulante und stationäre Einrichtungen übernommen werden. Es wird hierbei zwischen der Personengruppe der Verwandtschaft bis zum zweiten Grad und Personen, die mit dem Pflegebedürftigen nicht verwandt sind, unterschieden.

Wie wird die Verhinderungspflege beantragt?

Es ist ein formloser Antrag bei der Pflegekasse zu stellen. Diese sendet dann meist ein Formblatt zum Antrag. Ab 2024 verzichten viele Kassen auf die vorherige Antragstellung. Die Pflegekasse informiert sie hierüber.

Wo kann die Ersatzpflege stattfinden?

Die Ersatzpflege kann in der eigenen häuslichen Umgebung, in stationären Einrichtungen, aber auch in der häuslichen Umgebung der Ersatzpflegeperson stattfinden.

NEU ab 01.01.2024: Für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit den Pflegegraden 4 und 5

wird der Anspruch der Verhinderungspflege ab dem 01.01.2024 erweitert: Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird von 6 Wochen auf 8 Wochen (56 Tage) verlängert und die Voraussetzung, dass die Pflegeperson das pflegebedürftige Kind vor der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss, entfällt. Außerdem können die Leistungen der Kurzzeitpflege vollständig in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden.

Gesamtbudget ab 01.01.2024: 3.386€

Pflegevertretung - Verhinderungspflege Fortsetzung

Stunden - oder tageweise Inanspruchnahme?

Neben der tageweisen (mehr als acht Stunden täglich) Inanspruchnahme kann die Verhinderungspflege auch stundenweise (bis zu acht Stunden täglich) in Anspruch genommen werden. Hierbei stehen jeweils die gleichen Sätze, wie in den beiden Tabellen (nächste Seite) dargestellt, zur Verfügung. Die stundenweise Inanspruchnahme lohnt sich z.B. wenn die Pflegeperson regelmäßig wöchentlich zu Aktivitäten geht, z.B. Sport oder sich regelmäßig stundenweise eine „Auszeit“ nehmen möchte. Die tageweise Inanspruchnahme ist empfehlenswert, wenn die Pflegeperson z.B. in den Urlaub fährt.

Nehmen Sie die Verhinderungspflege mehr als acht Stunden täglich in Anspruch, so wird dies als „tageweise“ gehandelt. In diesem Fall wird das Pflegegeld um 50% für den Zeitraum gekürzt, wobei der erste und letzte Tag der Verhinderungspflege bei der Kürzung nicht mitgerechnet werden.



Die Verhinderungspflege kann bei akuter Krankheit der Pflegeperson auch rückwirkend beantragt werden. In diesen Fällen konnte die Verhinderungspflege verständlicherweise nicht im Vorhinein beantragt werden.

VERTRETUNG DER PFLEGE

Verhinderungspflege durch professionelle Einrichtungen und Personen, die nicht bis zum zweiten Grad mit dem Pflegebedürftigen verwandt sind:

Für max. 42 Tage (6 Wochen) im Jahr	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Grundbetrag	-	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
+50% mögliche Aufstockung aus der Kurzzeitpflege	-	+ 806 €	+ 806 €	+ 806 €	+806 €
max. Gesamtbetrag	-	2.418€*	2.418 €*	2.418 €*	2.418 €*

Verhinderungspflege durch bis zum zweiten Grad verwandte Personen = 1,5-facher Satz Pflegegeld:

Für max. 42 Tage (6 Wochen) im Jahr	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Grundbetrag	-	332€	573€	765€	947€
+50% Pflegegeld	-	+ 166€	+ 286,50€	+ 382,50€	+ 473,50€
max. Grundbetrag	-	498€	859,50€	1.147,50€	1.420,50€

*Kinder und junge Erwachsene mit PG 4/5 bis zur Vollendung des 25. Lj. siehe Seite 11 unten!

VERTRETUNG DER PFLEGE

Hinweis: Anfallende Kosten, wie z.B. Fahrtkosten, Auslagen und eine Aufwandsentschädigung, werden bei der Übernahme durch Verwandte (bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen) erstattet. Hat die Ersatzpflegeperson nachweisbar höhere Kosten als die dem Pflegegrad zustehenden, so kann die Ersatzpflegeperson die Erstattung der Kosten im Rahmen von bis zu 1.612 € bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Verwandte bis zum zweiten Grad sind: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern und Schwager/Schwägerin.

VOLLSTATIONÄRE PFLEGE



Stationäre Pflege z.B. im Pflegeheim

Durch Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die z.B. in einem Pflegeheim leben, unterstützt. Der Betrag gilt nur für die Pflege in stationären Einrichtungen und nicht für die Unterbringungskosten!



Sachleistung	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

STATIONÄRE PFLEGEVERTRETUNG



Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen oder Verhinderung der Pflegeperson bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden Pflegeeinrichtungen. Bei Nichtinanspruchnahme der Verhinderungspflege, kann die volle Vergütung für die Kurzzeitpflege aufgewendet werden. Der Anspruch der Kurzzeitpflege erhöht sich hierbei auf max. 56 Tage pro Kalenderjahr.

Für max. 56 Tage (8 Wochen) im Jahr	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Grundbetrag	-	1.774€	1.774 €	1.774 €	1.774 €
+ 100% mögliche Aufstockung aus der Verhinderungspflege	-	+1.612 €	+ 1.612 €	+ 1.612 €	+ 1.612 €
max. Grundbetrag	-	3.386€	3.386 €	3.386 €	3.386 €



Rentenbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Die Pflegeperson hat Anspruch auf Zahlungen zu Leistungen der Sozialversicherung (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung), wenn sie...

- nicht mehr als 30 Stunden in der Woche arbeitet,
- eine Person pflegt, die mindestens Pflegegrad 2 hat,
- dies an 10 Stunden in der Woche
- und verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche ausübt.

Trifft dies auf Sie zu, können Sie bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen einen Antrag stellen. Hierfür genügt ein formloser Antrag.

Die Pflegekasse schickt Ihnen dann entsprechende Antragsunterlagen zu.



Beratungseinsatz nach §37 Abs. 3 SGB XI

Der Beratungseinsatz nach §37 Abs. 3 SGB XI soll den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen die Möglichkeit geben, regelmäßig eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Die Einsätze sind für Pflegegeldempfänger verpflichtend, wenn Sie keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen!

Turnus:

Pflegegrad 1: freiwillig einmal je Kalenderhalbjahr

Pflegegrad 2 bis 3: einmal je Kalenderhalbjahr verpflichtend

Pflegegrad 4 bis 5: einmal je Quartal verpflichtend

Leistung	Leistungsinhalte
Beratung nach §37 Abs.3 SGB XI	<ul style="list-style-type: none">• Beratung von Betroffenen und derer pflegenden Angehörigen• Ist-Analyse der Pflegesituation• Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten für die Pflegesituation



Pflegekurse für pflegende Angehörige

**Speziell für pflegende Angehörige,
Ehrenamtliche und an der Pflege Interessierte!**



Pflegekurse und Häusliche Schulungen unterstützen pflegende Angehörige und Laienpflegepersonen bei ihren besonderen Aufgaben in der Häuslichkeit. In Pflegekursen erfahren Sie unter anderem Nützliches über Pflegehilfsmittel, Mobilisationshilfen, Ernährungsfragen, den Umgang mit Medikamenten, Hilfen zur Alltagsentlastung und zur häuslichen Pflege generell. Die Teilnahme und Inanspruchnahme von häuslichen Schulungen und Gruppenpflegekursen ist für Betroffene, pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und an der Pflege Interessierte kostenfrei!



Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Im Unterschied zur Pflegeberatung nach §37.3 SGB XI (Pflichtberatung für Empfänger von Pflegegeld), ist die Pflegeberatung nach §7a deutlich umfangreicher und als sogenanntes Case-Management gerade am Anfang einer Pflegebedürftigkeit wichtig. Denn wenn plötzlich und unerwartet ein Pflegefall in der Familie eintritt, muss in einem sehr kurzen Zeitraum der Pflegealltag organisiert werden. Hierzu gehören z.B. das Beantragen eines Pflegegrades, Hilfsmittel, Krankengymnastik, Therapien, Tagespflege, Medikamente, Alltagshilfen und Arztbesuche. Nicht selten kommt die Frage hinzu, wie die ganze Situation finanziert werden kann oder soll? Ausgebildete Pflegeberater/innen sind in dieser schwierigen Situation für Sie da und unterstützen Sie so lange, bis die Pflege in der eigenen Häuslichkeit sichergestellt ist.



Wohnumfeldverbessernde Massnahmen

Mit der Verbesserung des Wohnumfeldes sind Umbaumaßnahmen in der häuslichen Umgebung gemeint, die es Pflegebedürftigen ermöglichen, in der häuslichen Umgebung leben zu können. Dieser Zuschuss kann auch beantragt werden, damit eine häusliche Pflege erst wieder möglich wird, in dem z.B. das Bad behindertengerecht umgebaut oder Türen verbreitert werden. Die Wohnumfeldverbesserung wird auf Antrag bei der Pflegekasse gewährt. Es wird immer die beantragte Leistung individuell von der Pflegekasse überprüft und dann durch diese der Antrag positiv oder negativ entschieden!
Zuschuss: Bis zu 4000€ je Maßnahme, wobei eine Maßnahme mehrere Vorhaben beinhalten kann, z.B. Badumbau und Entfernung von Türschwellen.





Pflegehilfsmittel

In § 40 Abs. 1 SGB XI ist der Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen geregelt: „Pflegerbedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.“

Bei den Pflegehilfsmitteln unterscheidet die Pflegekasse zwischen „zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“ wie z.B. Einmalhandschuhe oder Inkontinenzvorlagen und technischen Hilfsmitteln, wie z.B. Notrufsystemen oder dem Pflegebett. Die technischen Hilfsmittel können von einem Arzt verordnet werden oder zum Teil von einer Pflegefachkraft im Rahmen des Beratungseinsatzes nach §37 Abs. 3 SGB XI. Pflegebedürftige müssen einen Eigenanteil von 10%, maximal jedoch 25€ zuzahlen. Größere technische Hilfsmittel werden oft leihweise überlassen. Aufwendungen für „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ werden bis zu einem Betrag von 40,00 € pro Monat erstattet. Hierunter fallen z.B. Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Händedesinfektionsmittel etc. Diese zum Verbrauch bestimmten Einmalhilfsmittel werden jeden Monat zur Verfügung gestellt. Das Unternehmen müssen die Pflegebedürftigen selbst beauftragen.

Hilfsmittelarten

- > „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“:
monatlich bis zu 40€ (Selbstbeauftragung)
- > „Technische Pflegehilfsmittel“:
90% der Kosten, maximal 25€ Eigenbeteiligung
(müssen durch einen Arzt verordnet werden)



Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Wofür steht das Geld zur Verfügung?

Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag ist für Aufwendungen bestimmt, die im Zusammenhang mit folgenden Leistungen stehen:

- Angebote der allgemeinen Betreuung und Anleitung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von zugelassenen ambulanten Pflegediensten sowie der Tages- und Nachtpflege
- Anerkannte Betreuungsdienste
- Angebote zur Unterstützung im Alltag

Muss die Leistung beantragt werden?

Nein! Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag steht allen Pflegebedürftigen monatlich zur Verfügung und muss nicht beantragt werden.

Wie wird der Betrag erstattet?

Der beste Weg ist die sogenannte Abtretungserklärung, wobei die Pflegebedürftigen die Rechnung per Unterschrift (jeden Monat neu) an die Einrichtung abtreten und diese kann den Betrag dann direkt mit der Pflegekasse abrechnen.

Umwandlung der Sachleistung in Betreuungsleistungen

Bis zu 40% des Sachleistungsbetrages können monatlich für Betreuungsleistungen umgewandelt werden. Hierdurch können Pflegebedürftige mehr Betreuung in Anspruch nehmen und die pflegenden Angehörigen können mehr entlastet werden, z.B. weil diese noch berufstätig sind.

Verfall des Leistungsanspruches

Der Betrag von 125 € steht monatlich zur Verfügung und wird bei nicht Inanspruchnahme „angespart“. Er verfällt also nicht, sondern sammelt sich über die Dauer der Monate eines Jahres an. Nicht in Anspruch genommene Beträge eines Kalenderjahres verfallen zum Ende eines Halbjahres des nächsten Kalenderjahres.

z.B.: Angesparte Beträge bis 31.12.2024 verfallen am 30.06.2025.

ZUZAHLUNGEN



Informationen über die gesetzliche Zuzahlung

Krankenkassenleistung	Zuzahlung
Arzneimittel und Verbandmittel	10% des Preises, mind. 5€ höchstens 10€ Ist der Preis weniger als 5€, so muss der volle Preis bezahlt werden.
Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie etc.)	10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung
Hilfsmittel (Rollstühle, Hörgeräte, Wannenlifter, Krankenbett, Antidekubitusmatratze etc.)	10% der Kosten, mind. 5€ höchstens 10€
Krankenhausaufenthalt	10€ pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr
Anschlussheilbehandlung	10€ pro Tag, wird dem stationären Krankenhausaufenthalt zugerechnet, wenn zwischen beiden Aufenthalten nicht mehr als 14 Tage liegen
Fahrkosten für Krankentransporte und Verlegungsfahrten ins Krankenhaus (Vorabewilligung durch Krankenkasse! Jedoch nicht im Akutfall)	10% der Kosten, mind. 5€ höchstens 10€ pro Fahrt Zuzahlungspflicht auch unter 18 Jahren!
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10€ pro Tag ohne Begrenzung
Fahrten zu ambulanten Behandlungen	10% der Kosten, mind. 5€ höchstens 10€ pro Fahrt Zuzahlungspflicht auch unter 18 Jahren!

Genauere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse!
(Alle Angaben ohne Gewähr! Stand 12.12.2023)

Betreuungsverfügung

Wofür ist diese notwendig?

In einer Betreuungsverfügung wird schriftlich festgelegt, wer als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll, wenn eine solche Maßnahme notwendig wird oder geworden ist, d.h. wer im Fall von Alter oder Krankheit die Geschäfte erledigen soll. Es ist aber auch ebenso möglich, in der Betreuungsverfügung festzulegen, wer keinesfalls als Betreuer in Betracht kommt. So ist sichergestellt, dass als Betreuer/in eine Person des Vertrauens berufen wird. Eine Betreuungsverfügung ist für das Gericht in jedem Fall verbindlich. In einer Betreuungsverfügung sollte genau aufgestellt sein, für welche Aufgaben oder Bereiche der Betreuer verantwortlich sein soll, z.B. Finanzen, Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung usw.. Weitere Informationen erhalten Sie bei der Betreuungsbehörde Ihres Bezirkes!



DEN EIGENEN WILLEN FESTLEGEN

Patientenverfügung

Wie sichere ich mich ab?

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorglich zu Lebzeiten getroffene schriftliche Verfügung, durch die ein einwilligungsfähiger Mensch Vorgaben für konkrete Krankheitssituationen macht, z.B. welche Behandlungen bei einer Erkrankung durchgeführt oder welche auf keinen Fall angewendet werden sollen. Wie die Betreuungsverfügung wird die Patientenverfügung erst wirksam, wenn der Betroffene aufgrund von Ausfallerscheinungen nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

Die Patientenverfügung richtet sich direkt an den Arzt, damit dieser über Wunsch und Wille des Patienten informiert ist und das Selbstbestimmungsrecht bezüglich der medizinischen Behandlung, Behandlungsbegrenzung und Pflege bei schwerster und aussichtsloser Erkrankung (z.B. bei nicht umkehrbarer Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns, einer mit Sicherheit zum Tode führenden Krankheit) beachten kann.



Verfügungen können auch den Angehörigen helfen, schwierige Situationen zu vermeiden, wenn z.B. eine Person nicht mehr in der Lage ist, die eigenen Rechtsgeschäfte fortzuführen oder den eigenen Willen zu äußern.



Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Betreuungsbehörde!

Leistungen der Pflegeversicherung 2024

Paragraf	Leistungsübersicht der Pflegegrade 1 - 5					
	Pflegegrad	1	2	3	4	5
§7a	Pflegeberatung	kostenlos				
§37.3	Pflegeberatung bei häuslicher Pflege	freiwillig 1x/Hj.	kostenlos 1x je Hj.	kostenlos 1x je Vj.		
§45	Pflegeberatung & häusliche Schulungen für pflegende Angehörige	kostenlos Gruppenkurse & häusliche Schulungen				
§37	Pflegegeld (PG)	nein	332 €	573 €	765 €	947 €
§36	Sachleistung (SL)	nein	761€	1.432 €	1.778 €	2.200 €
§38	Kombinationsleistung (PG+SL)	nein	ja			
§43	vollstationäre Pflege	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
§41	Tages- und Nachtpflege	nein	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
§45b	Entlastungsbetrag	125 €				
§45a	Umwandlung von 40% der Sachleistung für Betreuungsleistung (§45b)	nein	304,40 €	572,80 €	711,20 €	880,00 €
§39	Verhinderungspflege*** + 50% mögl. Aufstockung aus Kurzzeitpflege	nein	1.612 € Grundbetrag + 806 € aus der Kurzzeitpflege* = 2.418 € Gesamtbetrag			
	Angehörige bis zum 2. Grad der Verwandtschaft		498 €	859,50 €	1.147,50 €	1.420,50 €
§42	Kurzzeitpflege	nein	1.774 € Grundbetrag			
	+ 100% mögl. Aufstockung aus Verhinderungspflege		+ 1.612 € aus der Verhinderungspflege** = 3.386 € Gesamtbetrag			
§38a	Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen	214 €				

*Wenn Mittel aus der Kurzzeitpflege noch nicht verbraucht wurden.

**Wenn Mittel aus der Verhinderungspflege noch nicht verbraucht wurden.

Fortsetzung

Paragraf	Leistungsübersicht der Pflegegrade 1 - 5					
	Pflegegrad	1	2	3	4	5
§40	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	40 €				
§40	Pflegehilfsmittel	nach ärztlicher oder pflegefachlicher Verordnung				
§40	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	4.000 € je Maßnahme				
§40	Hausnotruf	mind. 25,50 €				
§40 b	Digitale Pflegeanwendungen	50 €				
§44	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (z.B. Zuschläge zur Rentenversicherung)	nein	Rentenversicherung Unfallversicherung Arbeitslosenversicherung			
§44 a	a) Pflegezeit (kurzfristig) b) Familienpflegezeit	nein	a) 10 Tage / Jahr b) 2 Jahre insgesamt			

***NEU ab 01.01.2024: Für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit den Pflegegraden 4 und 5 wird der Anspruch der Verhinderungspflege ab dem 01.01.2024 erweitert: Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird von 6 Wochen auf 8 Wochen (56 Tage) verlängert und die Voraussetzung, dass die Pflegeperson das pflegebedürftige Kind vor der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss, entfällt. Außerdem können die Leistungen der Kurzzeitpflege vollständig in Leistungen der Verhinderungspflege umgewandelt werden.
Gesamtbudget ab 01.01.2024: 3.386€



UNSER TERMIN

Datum:

Inhalte/ Bemerkungen:



AUF EINEN BLICK!

Pflegegrad

Kein

PG1

PG2

PG3

PG4

PG5

verpflichtende
Beratungseinsätze:



**1x im
Kalenderhalbjahr**

**1x im
Quartal**

.....

.....

Ihr nächster Termin: bereits vereinbart: _____

noch zu vereinbaren - im Quartal/Jahr: ____/____

Ihr(e) persönlicher
Pflegeberater(in):

.....

Direktwahl:

.....



HENSELEIT+
Pflegerberatung und Services
im Gesundheitswesen

PARTNER FÜR
PFLEGENDE
ANGEHÖRIGE

Termine nach
Vereinbarung



030 / 224 774 27



030 / 221 851 57



kontakt@henseleit-plus.de



www.henseleit-plus.de



Alt-Rudow 24; 12357 Berlin

Bürozeiten

MO 9:00-12:00

DI 9:00-12:00 & 14:00-17:00

MI 9:00-12:00

DO 9:00-12:00 & 14:00-17:00

FR 9:00-12:00

Wir beraten Sie gern!

Impressum

Herausgeber: HENSELEIT+ GbR, Nina und Jens Henseleit, Alt-Rudow 24, 12357 Berlin
Ansprechpartner: Nina und Jens Henseleit; ©2024