



Pflegewegweiser

des Pflegestützpunktes
im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Stand Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Pflegeversicherung – was ist das eigentlich?	3
2	Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, um einen Pflegegrad zu bekommen?	5
3	Was ist der nächste Schritt, wenn der Hilfebedarf voraussichtlich hoch genug ist, um einen Pflegegrad zu erhalten?	10
4	Welche Leistungen der Pflegeversicherung kann man in Anspruch nehmen?	12
	a) Ambulante Pflege zu Hause	12
	b) Angebote zur Unterstützung im Alltag – Entlastungsbetrag	13
	c) Alternative Wohnformen – Pflegewohngemeinschaften	14
	d) Tagespflege und Nachtpflege	15
	e) Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim	15
	f) Kurzzeitpflege	17
	g) Verhinderungspflege	18
	h) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	19
	i) Wohnungsanpassung im Pflegefall	19
	j) Digitale Pflegeanwendungen	20
5	Leistungen der Krankenversicherung	21
6	Hilfe für Angehörige von pflegebedürftigen Menschen	22
	a) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	22
	b) Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit	22
	c) Pflegezeit	23
	d) Familienpflegezeit	24
	e) Beratung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen	25
	f) Beiträge zur Rentenversicherung	25
	g) Andere soziale Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen	26
7	Beantragung von Pflegeleistungen – Ablaufschema	26
8	Antrag auf Hilfe zur Pflege	27
9	Weitere Informationen und Ansprechstellen	28
10	Beratungsstellen und nähere Auskünfte	31
11	Überblick: Leistungen der Pflegekassen	34
	Impressum	35
	Quellenangaben	35

1 Pflegeversicherung – was ist das eigentlich?

Seit 1995 gibt es als 5. Säule der Sozialversicherungen – neben Renten-, Kranken-Unfall- und Arbeitslosenversicherung – die Pflegeversicherung. Das Pflegeversicherungsgesetz ist im Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI), geregelt.

Die Pflegeversicherung wird regelmäßig reformiert. Die letzten Neuregelungen sind die Pflegestärkungsgesetze I bis III sowie das Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG). Eine wesentliche Neuregelung im ersten Pflegestärkungsgesetz betraf die Stärkung der ambulanten Versorgung und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch verstärkte Leistungen und verbesserte Betreuungsmöglichkeiten.

Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes ging es um die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Hierfür wurde ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt, welches sich an der Selbstständigkeit orientiert bzw. daran, welche Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person im Alltag beeinträchtigt sind. Hierbei wird ein gleichberechtigter Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für kognitive und psychische Einschränkungen geschaffen. Die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit wird mit einem Pflegegrad erfasst, welcher hiermit ein neues Verständnis der Pflegebedürftigkeit einführt.

Im Januar 2017 ist das dritte Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten. Durch dieses Gesetz wurden die Kommunen in die Versorgungsinfrastruktur der Pflege eingebunden. Demnach sind für eine optimale Pflege eine unabhängige Pflegeberatung, eine Einbindung in die Pflegestrukturen sowie pflegefördernde Sozialräume in den Kommunen wichtige Voraussetzungen. Außerdem wurden die Kontrollen bei Pflegediensten erhöht, sodass Pflegebedürftige, Familien und Pflegekräfte vor Betrug besser geschützt werden können.

Seit dem 01.01.2022 ist die neue Pflegereform in Kraft. Es gibt höhere Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen und für die Kurzzeitpflege. Außerdem gibt es einen Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen in den stationären Pflegeeinrichtungen. Hinzu kommt auch die neue Übergangspflege im Krankenhaus, die bei der Krankenkasse beantragt werden kann. Die neue Pflegereform soll zum einen eine finanzielle Entlastung für Pflegebedürftige und deren Angehörige bewirken und zum anderen zu einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte führen.

Durch das im Juli 2023 in Kraft getretene Pflegeunterstützungs- und Entlastungs-gesetz (PUEG) werden sich die Leistungen für Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2024 weiter verbessern, zunächst im Bereich der häuslichen Pflege und ab dem 1. Januar 2025 im häuslichen wie auch im teil- und vollstationären Bereich.

Die Pflegeversicherung ist jeweils der eigenen Krankenversicherung organisatorisch angegliedert. Daher ist jeder Mensch pflegeversichert, der auch gesetzlich krankenversichert ist. Bei einer privaten Krankenversicherung muss immer eine private „Pflegepflichtversicherung“ abgeschlossen werden.

Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht einkommensabhängig. Sie stehen allen Versicherten zu, die die Voraussetzungen zum Erlangen eines Pflegegrades erfüllen, aber man erhält diese Leistungen nur auf Antrag. Vor der Antragstellung muss man mindestens zwei Jahre in den vorangegangenen zehn Jahren in die Pflegeversicherung eingezahlt haben bzw. familienversichert gewesen sein. Leistungen aus der Pflegeversicherung sind keine „Almosen“, sondern ein Rechtsanspruch aller Anspruchsberechtigten. Niemand, der pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist, sollte sich daher scheuen, diese Leistungen zu beantragen. Sie dienen dazu, die häufig nicht unerheblichen Kosten, die eine Pflegebedürftigkeit verursacht, abzumildern.

Zu bedenken ist allerdings, dass durch die Pflegeversicherung in der Regel nur ein Teil der tatsächlichen Kosten über pauschale Beträge übernommen wird, die – nach den fünf Pflegegraden gegliedert – festgelegt sind. Daher wird die Pflegeversicherung häufig auch als „Teilkaskoversicherung“ bezeichnet. Eine Eigenbeteiligung an den Pflegekosten ist in den meisten Fällen notwendig.

Pflegebedürftige können

- ambulante (durch Privatpersonen oder durch Pflegedienste, die nach Hause kommen),
- teilstationäre (z. B. nur tagsüber in einer Einrichtung) und
- vollstationäre (Rund-um-die-Uhr-Versorgung in einem Pflegeheim)

Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Es ist zunächst also immer zu prüfen, ob durch ambulante Maßnahmen die Pflege sichergestellt werden kann, bevor stationäre Pflege in einem Pflegeheim erforderlich ist.

2 Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, um einen Pflegegrad zu bekommen?

Die Pflegebedürftigkeit ist der zentrale Begriff der sozialen Pflegeversicherung. Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss man also pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sein. Im Pflegeversicherungsgesetz von 2017 wird in § 14 SGB XI die Pflegebedürftigkeit wie folgt definiert:

„Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe anderer bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss (unverändert) auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen.“

Die fünf Pflegegrade

Für die Erfassung der Pflegebedürftigkeit in Pflegegraden werden nun alle Bereiche der Lebensführung mit einbezogen.

Ein Pflegegrad setzt sich aus sechs unterschiedlich gewichteten Modulen zusammen. Dies sind im Einzelnen:

1. Mobilität (10 %),
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 %),
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 %)
(> von 2 und 3 wird das Modul gewichtet, in dem mehr Punkte erreicht wurden),
4. Selbstversorgung (40 %),
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen (20 %),
6. Gestaltung des Alltagslebens (15%).

In die verschiedenen Module gehen mehrere Kriterien ein, durch die die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltagsleben abgebildet wird. Die Beeinträchtigungen werden mit Punkten ermittelt, deren Zahl mit der Schwere der Einschränkungen ansteigt. Ein Pflegegrad bildet sich aus der Gesamtanzahl der Punkte aller Module mit der jeweiligen Gewichtung.

Punkteerfassung der Selbstständigkeit

Die Beeinträchtigung der Fähigkeiten wird anhand der Selbstständigkeit bzw. der Häufigkeit erfasst.

Selbstständig = 0 Punkte

Die Tätigkeiten können mithilfe von Hilfsmitteln jedoch ohne personelle Hilfe durchgeführt werden.

Überwiegend selbstständig = 1 Punkt

Die Tätigkeiten können größtenteils selbstständig durchgeführt werden. Einzelne Teilhandlungen bedürfen der Hilfe. Auch das Zurechtlegen von Gegenständen, motivierende Anleitungen sowie Beaufsichtigung bei den Aktivitäten sind notwendig.

Überwiegend unselbstständig = 2 Punkte

Die Tätigkeiten können zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Eine durchgängige Motivation und lenkende Anleitung sind erforderlich. Übernahme von Teilhandlungen sind notwendig.

Unselbstständig = 3 Punkte

Die Tätigkeiten können nicht mehr selbstständig und auch nahezu in allen Teilhandlungen nicht mehr ohne Hilfe durchgeführt werden.

Häufigkeit

Nie = 0 Punkte; - selten = 1 Punkt; - häufig = 3 Punkte; - täglich = 5 Punkte

Pflegegrad 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte

Es handelt sich hier um eine **geringe** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.

Pflegegrad 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte

Es handelt sich hier um eine **erhebliche** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.

- Pflegegrad 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **schwere** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkte
Es handelt sich hier um eine **schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten **mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung**.

Härtefallregelung

Pflegebedürftige mit einer besonderen Bedarfskonstellation können in den Pflegegrad 5 eingestuft werden, auch wenn sie unterhalb der notwendigen Gesamtpunktzahl liegen. Hierfür sind Kriterien in dem Begutachtungsinstrument eingeführt, die für schwerste Beeinträchtigungen und damit außergewöhnlich intensiven Unterstützungsbedarf sowie deren erhöhte pflegerischen Anforderungen gelten. Hierzu zählen ein vollständiger Verlust der Geh-, Steh- und Greiffunktionen des Bewegungsapparates, der zum Beispiel durch Lähmungen, Knochenbrüche, rheumatische Versteifungen oder starkes Zittern (Morbus Parkinson) entstehen kann.

(§ 14 und § 15 SGB XI; Richter (2016): 35ff)

Fallbeispiel 1

Frau Petersen ist 70 Jahre alt und leidet unter einem Gelenkverschleiß. Sie ist bei der Mobilisation auf ihren Rollator angewiesen. Sie wohnt in einer Erdgeschosswohnung, weil sie die Treppen nicht mehr steigen kann. Innerhalb und außerhalb ihrer Wohnung kann sie sich mit Hilfsmitteln selbstständig fortbewegen. Sie ist orientiert und kann ihren Alltag gut alleine gestalten. Psychische Einschränkungen, welche ihren Alltag beeinträchtigen, hat sie ebenfalls nicht, sie ist lebensfroh und ausgelassen. Bei der Körperpflege benötigt Frau Petersen Hilfe beim Duschen, weil sie sehr unsicher auf den

nassen Fliesen stehen kann. Sie trägt Stützstrümpfe, weil sie sich hiermit besser mobilisieren kann. Sie benötigt Hilfe, weil sie die Strümpfe nicht alleine anziehen kann. Ihre sozialen Kontakte kann sie aufrechterhalten, weil sie mit Hilfe ihres Rollators und öffentlichen Verkehrsmitteln mobil ist.

Aus dem Modul 1 erhält sie 2,5 Punkte,
weil sie keine Treppen steigen kann.

Aus dem Modul 2 erhält sie 0 Punkte,
weil sie kognitiv keine Einschränkungen hat.

Aus dem Modul 3 erhält sie 0 Punkte,
weil sie keine psychischen Einschränkungen hat.

Aus dem Modul 4 erhält sie 0 Punkte,
weil der Bedarf des Duschens nicht ausreichend ist.

Aus dem Modul 5 erhält sie 5 Punkte,
weil sie Hilfe beim Anziehen ihrer Strümpfe erhält.

Aus dem Modul 6 erhält sie 0 Punkte,
weil sie ihre sozialen Kontakte pflegen kann.

Insgesamt erhält Frau Petersen 7,5 Punkte und kann damit keinen Pflegegrad erhalten.

Fallbeispiel 2

Herr Meier ist 81 Jahre alt und leidet unter Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems und unter einer fortgeschrittenen Demenz. Er wohnt im Haushalt seiner Tochter und wird von dieser betreut. Er hat keine Einschränkungen in seinen Bewegungen, sie sind lediglich altersbedingt ein wenig verlangsamt. Durch seine Demenz ist Herr Meier zeitlich und örtlich nicht orientiert. Seine Tochter und die Familie kann er erkennen, jedoch hat er Schwierigkeiten andere Freunde und Bekannte wiederzu-erkennen. An Ereignisse aus seiner Vergangenheit kann er sich gut erinnern. Ereignisse, die kurz zurück liegen, kann er sich nicht mehr zurück ins Gedächtnis rufen. Die Fähigkeiten, Alltagshandlungen umzusetzen und Risiken bzw. Gefahren zu erkennen sind verringert, weil er Handlungsabläufe nicht mehr koordinieren kann bzw. vergisst, den Herd abzustellen. Sein Schlaf- und Wachrhythmus ist gemindert, sodass er mehrmals wöchentlich in der Nacht durch das Haus läuft. Seine Tochter bringt ihn dann

immer wieder zurück in sein Bett. Bei der Körperpflege benötigt er Anleitung und Motivation, weil er die Teilhandlungen nicht mehr zuordnen kann. Die Versorgung mit seinen Medikamenten übernimmt ebenfalls seine Tochter. Bei der Gestaltung seines Alltagslebens und den sozialen Kontakten benötigt er Unterstützung, weil er Schwierigkeiten hat, Bekannte wiederzuerkennen und er sich außerhalb der Wohnung verlaufen würde.

Aus dem Modul 1 erhält er 0 Punkte,
weil seine Mobilität nicht eingeschränkt ist.

Aus dem Modul 2 erhält er 11,25 Punkte,
weil seine Orientierung verringert ist.

Aus dem Modul 3 erhält er 7,5 Punkte
weil er nächtliche Unruhe zeigt.

Aus dem Modul 4 erhält er 10 Punkte,
weil er Anleitung und Motivation benötigt.

Aus dem Modul 5 erhält er 5 Punkte,
weil er seine Medikation nicht selbst regeln kann.

Aus dem Modul 6 erhält er 11,25 Punkte,
weil er sein Alltagsleben und soziale Kontakte nur eingeschränkt pflegen kann.

Bei den Modulen 2 und 3 wird lediglich das Modul mit dem höchsten Punktwert berücksichtigt.

Insgesamt erhält Herr Meier 37,5 Punkte und erhält damit den Pflegegrad 2.

Diese Auflistung macht deutlich, dass ein relativer geringer Hilfebedarf noch nicht ausreicht, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Hier sind meistens die eigene Fantasie – und der eigene Geldbeutel – gefragt, um sich ausreichende Hilfe zu beschaffen. Dennoch ist durch die Pflegestärkungsgesetze ein wesentlich geringerer Hilfebedarf ausreichend, um einen Pflegegrad mit Leistungen von der Pflegeversicherung zu erhalten. Der Pflegestützpunkt kann dabei beraten, ob ein Antrag auf einen Pflegegrad sinnvoll ist.

3 Was ist der nächste Schritt, wenn der Hilfebedarf voraussichtlich hoch genug ist, um einen Pflegegrad zu erhalten?

Zunächst einmal gilt hier wie überall in der Bürokratie: Was man nicht beantragt, wird einem auch nicht gewährt! Zunächst muss also ein **„Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung“** gestellt werden. Antragsteller ist dabei immer der pflegebedürftige Mensch selbst bzw. dessen gesetzliche Vertretung. Von ärztlicher Seite aus kann dieser Antrag jedoch nicht gestellt werden.

Zur Antragstellung genügt ein Anruf bei Ihrer Krankenkasse. Lassen Sie sich dort mit der „Abteilung Pflegeversicherung“ verbinden und fordern Sie ein Antragsformular an. Schriftlich können Sie dies natürlich auch tun. In der Regel gilt schon diese Anforderung als Stichtag, ab dem bei Bewilligung die Leistungen der Pflegeversicherung rückwirkend gewährt werden. Auf jeden Fall beginnt die rückwirkende Leistungspflicht aber ab dem Eingangstag des vollständigen Antrags bei der Pflegekasse.

Wenn Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die Pflegekasse geschickt haben, informiert diese den **Medizinischen Dienst** für gesetzlich Krankenversicherte (MD) bzw. **Medicproof** für privat Versicherte oder – wenn dies nicht möglich ist – eine andere, unabhängige Person zur Gutachtenerstellung. Eine Fachkraft (Ärztin/Arzt oder examinierte Pflegekraft) wird sich dann schriftlich zu einem Hausbesuch bei Ihnen anmelden. Passt Ihnen dieser Termin nicht, können Sie rechtzeitig eine Änderung absprechen. Bedenken Sie allerdings, dass es dann evtl. einige Wochen dauern kann, bis Sie einen neuen Termin erhalten. Bei diesem etwa einstündigen Besuch werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeits- und der Fähigkeiten nach den oben genannten Kriterien detailliert geprüft. Es empfiehlt sich, vorab ein sogenanntes „Pflegetagebuch“ zu führen und den Hilfebedarf über ein bis zwei Wochen zu dokumentieren. Nähere Informationen dazu sowie einen Vordruck können Sie bei Ihrer Pflegekasse erhalten. Zudem ist es sinnvoll, bei der Begutachtung aktuelle Arztberichte, Medikamentenpläne und ggf. die Dokumentation des Pflegedienstes vorliegen zu haben. Es empfiehlt sich, dass eine vertraute Person bei der Begutachtung zugegen ist, um offene Fragen zu klären und die pflegebedürftige Person zu unterstützen. Es ist auch möglich, dass Angehörige im Anschluss an die Begutachtung um ein Gespräch unter vier Augen mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter bitten, wenn der pflegebedürftige Mensch, z. B. aus Scham, die eigene Situation zu positiv dargestellt hat.

Die Gutachterin bzw. der Gutachter erstellt anschließend aufgrund der Untersuchungsergebnisse ein **Gutachten, aus dem der Pflegegrad hervorgeht**. Neben der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit muss ab 2013 auch Stellung dazu genommen werden, ob ggf. eine Rehabilitationsmaßnahme oder Gesundheitsfördermaßnahme eine langfristige Pflegebedürftigkeit verhindern könnte. Ab Januar 2017 werden zusätzlich im Gutachten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung sowie Verbesserungen im Wohnumfeld erfasst, wenn die pflegebedürftige Person dem Antrag auf Leistungsgewährung zustimmt. Dies birgt den Vorteil, dass kein separater Antrag gestellt bzw. kein ärztliches Attest vorgelegt werden muss. Zusätzlich findet eine Pflegeberatung zu der Mobilität bei außerhäuslichen Aktivitäten sowie der Haushaltsführung statt.

Nach Erstellung des Gutachtens wird dieses an die Pflegekasse übermittelt. Das Ergebnis der Begutachtung wird Ihnen schriftlich durch die Pflegekasse mitgeteilt. Ihnen muss das Ergebnis innerhalb von 5 Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse vorliegen, sonst haben Sie einen Anspruch auf die Zahlung eines Strafgeldes in Höhe von 70,- € pro Woche. Dies jedoch nur, wenn die Pflegekasse für die Verzögerung verantwortlich ist.

Bei der Ablehnung eines Pflegegrades oder wenn Sie meinen, dass ein höherer Pflegegrad nötig wäre, können Sie **innerhalb von einem Monat schriftlich Widerspruch gegen den Bescheid** bei der Pflegekasse einlegen. Es kann vorerst ein formloser Widerspruch ohne Begründung erfolgen, um die Frist einzuhalten. Die Begründung kann dann nachgereicht werden. Dann wird der Fall ein zweites Mal überprüft. Sie haben ein Anrecht darauf, dass Ihnen das Gutachten des MD bzw. Medicproof zugeschickt wird. In der Begründung Ihres Widerspruchs sollten Sie dann auf die Differenzen zwischen Ihrer Einschätzung der Situation und der des Gutachtens eingehen. Tipps dazu können Sie vom Pflegestützpunkt bekommen.

Sollte sich im Laufe der Zeit der Pflegebedarf erhöhen, können Sie jederzeit einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades bei Ihrer Pflegekasse stellen. Das Prüfverfahren läuft dann erneut wie oben beschrieben ab.

(§ 18 SGB XI)

4 Welche Leistungen der Pflegeversicherung kann man in Anspruch nehmen?

Ein pflegebedürftiger Mensch hat verschiedene Wahlmöglichkeiten, sich zu Hause versorgen zu lassen:

a) Ambulante Pflege zu Hause

Wenn die Pflege durch eine private Pflegeperson – Angehörige, Nachbarn, Bekannte, Pflegedienste oder Einzelpflegekräfte – geleistet wird, erhält man eine **Pflegegeldleistung**. Die gesamte Versorgung ist durch die gewählte Pflegeperson sicherzustellen. Bei den Pflegegraden 2 bis 3 verpflichtet sich die/der Bezieher/in des Pflegegeldes halbjährlich bzw. bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich eine Beratung und pflegefachliche Unterstützung in der häuslichen Umgebung durch einen professionellen Pflegedienst abzurufen, um die Pflegequalität zu sichern. Personen mit Pflegegrad 1 können halbjährlich freiwillig den Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Die folgenden **monatlichen Geldleistungen** stehen der pflegebedürftigen Person zur Verfügung:

Pflegegrad 2	€ 332,-	
Pflegegrad 3	€ 573,-	
Pflegegrad 4	€ 765,-	
Pflegegrad 5	€ 947,-	(§ 37 SGB XI)

Wenn die Pflege durch einen professionellen Pflegedienst geleistet wird, erhält man die sogenannte **Pflegesachleistung**.

Die **Pflegesachleistung beträgt monatlich:**

Pflegegrad 1	€ 125,-	
		(durch Umwidmung des Entlastungsbetrages (§ 45b))
Pflegegrad 2	€ 761,-	
Pflegegrad 3	€ 1.432,-	
Pflegegrad 4	€ 1.778,-	
Pflegegrad 5	€ 2.200,-	

Der Pflegedienst muss einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben. Er rechnet direkt mit der Pflegekasse ab. Die Leistung – sofern sie den für den Pflegegrad zustehenden Betrag nicht überschreitet – wird nicht von der pflegebedürftigen Person privat an den Dienst gezahlt! Nur Leistungen, die den Pauschalbetrag für den Pflegegrad übersteigen, werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Es sollte immer ein Pflegevertrag mit dem Pflegedienst abgeschlossen werden, in dem die monatlichen Leistungen und deren Preis schriftlich festgehalten werden.

(§ 36 SGB XI)

Kombinationsleistung:

Wenn die Versorgung sowohl durch eine private Pflegeperson als auch durch einen professionellen Pflegedienst sichergestellt wird, kann man die **Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeldleistung) in Anspruch nehmen sofern ein Pflegegrad zwischen 2 und 5 vorliegt. Der Pflegedienst rechnet seine Leistungen mit der Pflegekasse ab und man erhält anteilig zusätzlich ein prozentuales Pflegegeld.

Beispiel:

Ein Pflegedienst kommt acht Mal monatlich zu einem pflegebedürftigen Menschen mit dem Pflegegrad 2 und rechnet für seine Dienste inkl. Einsatzpauschale 40% der Pflegesachleistungen ab. Somit stehen die übrigen 60% des Leistungsbetrages zur Verfügung. Diese werden der pflegebedürftigen Person als Pflegegeld ausgezahlt.

Der Pflegedienst erhält: 304,40 € (= 40 % von 761,-€)

Der Pflegebedürftige erhält: 199,20 € (= 60 % von 332,-€)

(§ 38 SGB XI)

b) Angebote zur Unterstützung im Alltag – Entlastungsbetrag

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag richten sich einerseits direkt an den Pflegebedürftigen, um seine Selbstständigkeit weiter zu fördern bzw. zu erhalten. Andererseits richten sie sich an die Pflegenden, die einer hohen Belastung durch den Pflegealltag ausgesetzt sind, um diese zu entlasten. Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag, welcher zur Stärkung der ambulanten Versorgung dient, wird seit 2017 besser verständlich als Entlastungsbetrag bezeichnet. Dieser Leistungsbetrag (125,- € monatlich) steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 zu, wenn sie ambulant

versorgt werden. Es handelt sich um einen Kostenerstattungsbetrag, welcher auf Antrag bei der Pflegekasse, zusammen mit den Rechnungen bzw. Quittungen, erstattet wird. Der Betrag ist zweckgebunden und darf nur für bestimmte landesrechtlich anerkannte niedrigschwellige Angebote eingesetzt werden, nicht jedoch für selbst beschaffte helfende Personen. Bei den Betreuungs- und Entlastungsangeboten handelt es sich um niedrigschwellige Angebote der Betreuung (z. B. Vorlesen, Spaziergänge) als auch Beschäftigung (z. B. Musizieren, Singen, Malen) bzw. Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können diesen Betrag auch für Leistungen der Grundpflege bei einem ambulanten Pflegedienst umwidmen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 können diesen Betrag ebenfalls für hauswirtschaftliche Leistungen bei einem ambulanten Pflegedienst verwenden.

Ein nicht in Anspruch genommener Entlastungsbetrag kann in das nachfolgende Kalenderjahr übertragen werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können 40% der nicht in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen für diese Angebote verwenden. Für Pflegebedürftige, welche bis zum 31.12.2016 den erhöhten Betrag (208,- € monatlich) erhalten haben, gilt ein **Besitzstandsschutz**. Daher erhalten sie auch weiterhin den erhöhten Betrag für bestimmte landesrechtlich anerkannte niedrigschwellige Angebote. Hierfür ist kein separater Antrag notwendig.

(§ 45a und § 45b SGB XI)

c) Alternative Wohnformen – Pflegewohngemeinschaften

Alternative Wohnformen bieten die Möglichkeit eines selbstbestimmteren Lebens im Alter. Die Pflegeversicherung fördert Pflegewohngemeinschaften. Eine Pflegewohngemeinschaft muss mindestens zwei und darf maximal elf Mitglieder haben. Hier leben pflegebedürftige Menschen zusammen und erhalten gemeinsam Unterstützung. Die Privatsphäre und Eigenständigkeit bleiben weitestgehend erhalten. Ein Wohngruppenzuschlag ist an einen Pflegegrad (1 bis 5) gebunden, es müssen mindestens zwei Mitglieder diese Voraussetzungen erfüllen. Der Wohngruppenzuschlag beträgt monatlich 214,- €. Für die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe kann jeder pflegebedürftige Mensch, der sich beteiligt, eine Anschubfinanzierung von 2.500,- € (max. pro Wohngemeinschaft 10.000,- €) beantragen. Weitere Informationen und Beratungen hierzu bietet die Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (<https://kiwash.de>).

(§ 38a und 45e SGB XI)

d) Tagespflege und Nachtpflege

Die Tages- und die Nachtpflege sind teilstationäre Versorgungsformen für die Pflegegrade 2 bis 5, bei denen der pflegebedürftige Mensch innerhalb einer Einrichtung betreut wird. Es gibt Unterschiede bei den Anbietern, die die Beförderung der pflegebedürftigen Person zwischen der Einrichtung und der Wohnung sowie die Übernahme der Beförderungskosten betreffen. Diese teilstationäre Betreuungsform kann der pflegebedürftige Mensch in Anspruch nehmen, um dadurch die ambulante Pflege zu stärken bzw. zu ergänzen und um die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen. Diese Versorgungsform kann pflegende Angehörige bei Berufstätigkeit sowie bei der besonderen Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entlasten, einen Krankenhausaufenthalt verkürzen und alleinstehende Personen vor Vereinsamung schützen.

Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege, die Pflege sowie die soziale Betreuung. Die Verpflegungskosten innerhalb der Einrichtung sind jedoch privat zu finanzieren.

Der pflegebedürftige Mensch hat einen monatlichen Anspruch auf teilstationäre Pflegeleistungen im Umfang von bis zu:

Pflegegrad 1	€ 125,-
(durch Umwidmung des Entlastungsbetrages (§ 45b))	
Pflegegrad 2	€ 689,-
Pflegegrad 3	€ 1298,-
Pflegegrad 4	€ 1612,-
Pflegegrad 5	€ 1995,-

Es ist möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit dem Pflegegeld und/oder den ambulanten Sachleistungen ohne Kürzungen zu kombinieren.

(§ 41 und § 45b SGB XI)

e) Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Wenn die ambulante pflegerische Versorgung zu Hause bzw. durch Tages- oder Nachtpflege nicht oder nicht mehr möglich ist, kann die/der Pflegebedürftige in ein Pflegeheim (mit den Pflegegraden 2 bis 5) umziehen. Die Pflegekassen übernehmen

für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung monatlich pauschal:

bei vorliegendem:

Pflegegrad 1	€ 125,- (Zuschuss)
Pflegegrad 2	€ 770,-
Pflegegrad 3	€ 1262,-
Pflegegrad 4	€ 1775,-
Pflegegrad 5	€ 2005,-

Gesondert sind im Pflegesatz der Einrichtungen noch die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten enthalten. Diese Kosten sind privat zu zahlen. Darüber hinaus können mit der Einrichtung noch Zusatzleistungen vereinbart werden, die jedoch auch selbst finanziert werden müssen. Seit Januar 2017 wurde für die Pflegegrade 2 bis 5 ein Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) eingeführt. Unabhängig vom Pflegegrad zahlen alle Heimbewohner (der Pflegegrade 2 bis 5) den gleichen Zuzahlungsbetrag (Eigenbetrag + Unterkunft + Verpflegung + Investitionskosten). Diese Veränderung birgt den Vorteil, dass eine höhere Pflegebedürftigkeit jetzt nicht mehr mit einem höheren Eigenanteil verbunden ist.

(§ 43, §87a SGB XI)

Bei geringem Einkommen kann für die Finanzierung der Investitionskosten bei dem Sozialhilfeträger (Kreis RD-ECK, Fachdienst Soziale Sicherung, Fachgruppe Hilfe zur Pflege) Pflegewohngeld beantragt werden. Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch den Träger der Pflegeeinrichtung, wenn die /der Pflegebedürftige dem zugestimmt hat.

(§§ 6 ff. LPflegeGVO)

Zuschüsse zu den Pflegekosten in einer stationären Pflegeeinrichtung

Seit dem 1. Januar 2022 erhalten Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit den Pflegegraden 2 – 5 einen Leistungszuschlag für den pflegebedingten Eigenanteil. Für die Höhe des Zuschusses ist der Zeitraum maßgeblich, in dem Leistungen der vollstationären Pflege bezogen wurden und beträgt:

- 15 % des Eigenanteils an den Pflegekosten innerhalb des ersten Jahres,
- 30 % des Eigenanteils an den Pflegekosten ab dem 13. Monat,

- 50 % des Eigenanteils an den Pflegekosten ab dem 25. Monat und
- 75 % des Eigenanteils an den Pflegekosten ab dem 37. Monat.

(§ 43c SGB XI)

Besonderheiten bei Einrichtungen der Behindertenhilfe

In vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, die zur Teilhabe und Leben in Gemeinschaft, am Arbeitsleben, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung dienen, werden für Pflegebedürftige (der Pflegegrade 2 bis 5) von der Pflegekasse 10 % des Heimentgelts (höchstens 266,- € monatlich) übernommen.

(§ 43a SGB XI)

f) Kurzzeitpflege

In den Fällen, in denen zeitweise weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist, hat die/der Pflegebedürftige Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn:

- im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung eine ambulante Versorgung oder
- in einer anderweitigen Ausnahmesituation eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht im erforderlichen Umfang möglich ist.

Der Leistungsanspruch besteht für längstens 8 Wochen pro Jahr und beträgt maximal 1.774,- €. Wurden Leistungen der Verhinderungspflege nicht verwendet, können diese für Kurzzeitpflege eingesetzt werden. So ist eine Erhöhung der Pflegekassenleistungen auf einen Höchstbetrag von 3.224,-€ pro Kalenderjahr möglich. Seit Januar 2017 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege über die Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5.

Darüber hinaus ist die Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auch in Einrichtungen der Behindertenpflege oder anderen geeigneten Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag der Pflegekassen möglich. Bisher musste diese Personengruppe häufig in zugelassenen Einrichtungen der Altenpflege versorgt werden oder der Anspruch auf Kurzzeitpflege konnte gar nicht genutzt werden. Seit dem 1. Januar 2015 besteht der Anspruch auch für Menschen mit Behinderungen, die über 25 Jahre alt sind.

Pflegende Angehörige, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, erhalten für jeweils 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes. Wenn Sie als pflegende/r Angehörige/r sich selbst in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme befinden, kann die Kurzzeitpflege in einer dieser Einrichtung stattfinden, wenn eine Unterbringung des Pflegebedürftigen notwendig ist.

(§ 42 SGB XI)

g) Verhinderungspflege

Ist die normalerweise pflegende Person verhindert (z. B. wegen Krankheit oder Urlaub), so stehen für bis zu sechs Wochen im Jahr maximal 1612,- € für Verhinderungspflege zur Verfügung. Wurden Leistungen der Kurzzeitpflege nicht verwendet, können diese für Verhinderungspflege eingesetzt werden. So ist eine Erhöhung der Pflegekassenleistungen auf einen Höchstbetrag von 2.418,-€ pro Kalenderjahr möglich. Seit Januar 2017 besteht der Anspruch auf Verhinderungspflege für die Pflegegrade 2 bis 5. Diese kann sowohl ambulant (durch Ehrenamtliche, Angehörige, einen Pflegedienst oder eine erwerbsmäßige Pflegeperson) als auch stationär in einer Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Der Betrag kann auch stunden-, tage- oder wochenweise in Anspruch genommen werden

Um Leistungen der Verhinderungspflege zu erhalten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein: Die ambulante Pflege muss zuvor für mindestens sechs Monate geleistet worden sein und die pflegebedürftige Person muss zur Zeit der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sein. **Ausnahme:** Pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mit den Pflegegraden 4 und 5 haben einen Anspruch auf Verhinderungspflege von 8 Wochen. Die Voraussetzung der Vorpflegezeit von 6 Monaten besteht nicht. Des Weiteren können Leistungen der Kurzzeitpflege und Leistungen der Verhinderungspflege zu einem flexiblen Gesamtbudget von 3.386 € zusammengefasst werden.

Wenn die Ersatzpflegeperson bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert oder in der gleichen Hausgemeinschaft wohnhaft ist, dann dürfen die Aufwendungen nicht das 1,5-fache des Pflegegeldes übersteigen. Eine Erhöhung bis zu 1.612,- € ist möglich, wenn zusätzliche Kosten bei der Pflegeperson nachgewiesen werden (z.B. Fahrtkosten).

Wenn pflegende Angehörige Verhinderungspflege in Anspruch nehmen wollen, erhalten sie ab 1. Januar 2015 für jeweils 8 Wochen je Kalenderjahr weiterhin die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes.

(§ 39 SGB XI)

h) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Auf eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln haben Pflegebedürftige aller Pflegegrade einen Anspruch, wenn es die Pflege erleichtert, Beschwerden lindert oder eine eigenständige Lebensführung ermöglicht. Die Pflegehilfsmittel müssen bei der Pflegekasse beantragt werden, und der Bedarf wird von einer Pflegefachkraft oder dem medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft. Benötigte Hilfsmittel, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung bestehen, sind von der Krankenversicherung bzw. den zuständigen Leistungsträgern zu übernehmen und werden ärztlich verordnet (z. B. Inkontinenz-vorlagen).

Die Pflegekasse unterscheidet die Hilfsmittel wie folgt:

- für den Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis monatlich 40,00 € (z.B. Betteinlagen, Einmalhandschuhe, Mundschutz);
- für technische Pflegehilfsmittel, wie Mobilitätshilfen, Rollstühle, Hebehilfen, Pflegebetten, Lagerungshilfen. Die Zuzahlung beträgt hier 10 %, jedoch maximal 25,- € pro Hilfsmittel;
- in einigen Fällen (z. B. bei Alleinlebenden) Kostenübernahme für die Grundgebühr für ein Hausnotrufgerät bis max. 25,50 € monatlich.

(§ 40 SGB XI)

i) Wohnungsanpassung im Pflegefall

Von der Pflegekasse können auf vorherigen Antrag Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes von Pflegebedürftigen bis zu 4.000 € gewährt werden. Die Zuschüsse sind einkommensfrei und stehen jedem Pflegegrad zur Verfügung. Die Anpassungsmaßnahmen sollen die häusliche Pflege der pflegebedürftigen Person sicherstellen. Sie haben das Ziel, deren eigenständige Lebensführung wiederaufzubauen und einer Überbelastung der Pflegekraft entgegenzuwirken. Auch hier gilt vorherige Beantragung bei der zuständigen Pflegekasse.

Wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen, ist eine Förderung bis maximal 16.000 € möglich.

Die Förderung kann auch ein zweites Mal in Anspruch genommen werden, wenn aufgrund einer veränderten Pflegesituation erneute Umbaumaßnahmen notwendig sind.

Zu den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zählen Maßnahmen an bzw. in der Bausubstanz, z.B. Türverbreiterungen, Entfernen von Türschwellen, fest installierte Rampen, Umbaumaßnahmen im Badezimmer zur Pflegeererleichterung (Einbau einer bodengleichen Dusche), Handgriffe oder Handläufe an Treppen bzw. langen Fluren, Treppenlifts. Eine Rücksprache mit der/dem Vermieter/in ist empfehlenswert, da dieser einen Rückbau nach einem Auszug fordern kann.

Es können auch Maßnahmen des Ein- bzw. Umbaus von Mobiliar, welches für die individuelle Pflegesituation erforderlich ist, genehmigt werden.

Auch ein Umzug in eine bedarfsgerechte Wohnung kann eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme sein.

(§ 40 SGB XI)

j) Digitale Pflegeanwendungen

Mit digitalen Pflegeanwendungen sind Apps oder Programme gemeint, die auf dem Smartphone, dem Tablet oder dem PC genutzt werden können. Mit Hilfe dieser sogenannten „DiPA“ können Pflegebedürftige in ihrer Selbständigkeit unterstützt und so ihre Fähigkeiten gefördert werden. Den Angehörigen bzw. Pflegepersonen können sie dabei helfen den pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. DiPA können beispielsweise Angebote zur Freizeitgestaltung, zum Gedächtnistraining oder zur Sturzprophylaxe sein. Produkte, die für die Kommunikation mit Angehörigen oder dem Pflegedienst eingesetzt werden, zählen ebenfalls dazu.

Die Leistung für digitale Pflegeanwendungen beträgt insgesamt 50 € im Monat. Einen Anspruch darauf haben Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 1 bis 5, wenn sie zu Hause oder in ambulant betreuten Wohngruppen leben und versorgt werden. Über diesen Betrag können außerdem ergänzende Leistungen von Pflegediensten finanziert werden, die Pflegebedürftige bei der Nutzung der DiPA unterstützen. Auch diese Leistung der Pflegeversicherung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Vor-

aussetzung dafür, dass die Pflegekasse die Nutzung eines Angebots bezuschussen darf, ist jedoch, dass die DiPA in ein Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen ist.

(§39a, §40a, § 40b und § 78a SGB XI)

5 Leistungen der Krankenversicherung

a) Häusliche Krankenpflege

Wenn kein Pflegegrad besteht oder nur Pflegegrad 1, kann der Vertrags- oder Klinikarzt unter folgenden Bedingungen eine Verordnung über häusliche Krankenpflege ausstellen:

- eine Krankenhausbehandlung ist notwendig aber nicht durchführbar oder eine stationäre Krankenhausbehandlung kann vermieden oder verkürzt werden (Krankenhausvermeidungspflege),
- die Krankenpflege soll das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern (Sicherungspflege),
- es besteht eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).

Die häusliche Krankenpflege beinhaltet Grund- und Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Versorgung kann durch Pflegekräfte oder eine selbst beschaffte Kraft ausgeführt werden und wird bis zu 4 Wochen oder auch länger verordnet.

(§ 37 SGB V)

b) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Liegt kein Pflegegrad oder nur Pflegegrad 1 vor und reicht häusliche Krankenpflege nicht aus, kann insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausversorgung die erforderliche Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit bis zu 56 Tage im Kalenderjahr erbracht werden. Der Antrag ist bei der Krankenkasse zu stellen.

(§ 39c SGB V)

c) Übergangspflege

Direkt nach einer Krankenhausbehandlung kann Übergangspflege bis zu 10 Tagen im gleichen Krankenhaus in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden müssten. Der Antrag ist bei der Krankenkasse zu stellen.

(§ 39e SGB V)

6 Hilfe für Angehörige von pflegebedürftigen Menschen

Angehörige, befreundete Menschen oder Personen aus der Nachbarschaft nehmen als Pflegepersonen nach § 19 SGB XI wichtige Aufgaben bei der Pflege von Pflegebedürftigen wahr. Erst dadurch wird eine Pflege zu Hause ermöglicht. Es gibt daher eine Reihe von Leistungen von der Pflegekasse für die Pflegepersonen.

a) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Wenn Pflegebedürftige von Angehörigen oder ehrenamtlichen Helfern betreut werden, dann können die Pflegenden Pflegekurse von der Pflegekasse bzw. deren Kooperationspartnern (z.B. Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen und anderen Bildungsvereinen) wahrnehmen. Die Veranstaltungskosten werden von der Pflegekasse getragen. In den Kursen werden Informationen und praktische Hilfe zur Pflege vermittelt, zudem besteht die Möglichkeit einer Beratung und eine Unterstützung im individuellen Pflegealltag zu erhalten. Innerhalb der Kurse können Austauschgespräche und Kontakte zu anderen Pflegenden hergestellt werden.

(§ 45 SGB XI)

b) Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Neben dem Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte (dies gilt nicht für Beamtinnen/Beamte) daher das Recht, ihrer Arbeit bis zu maximal zehn Tagen fernzubleiben (die so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Diese zehn Tage gelten pro Pflegefall und können auch aufgeteilt werden, z. B. unter Geschwistern. In dieser Zeit bleiben die Beschäftigten sozialversichert.

Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung haben alle Beschäftigten, unabhängig von der Anzahl der Mitarbeitenden des Betriebes. Die/Der Arbeitgeber/in kann eine ärztliche Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 1) der/des Angehörigen mit der Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Das Attest der Pflegebedürftigkeit kann auch nachgereicht werden.

Pflegeunterstützungsgeld ist eine Entgeltersatzleistung für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung, wenn der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet. Es beträgt 90 - 100 % des Nettoarbeitsentgeltes. Landwirtinnen/Landwirte können anstatt des Pflegeunterstützungsgeldes Betriebshilfe erhalten. Dies muss bei der Pflegekasse oder dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beantragt werden.

(§ 2 Pflegezeitgesetz; § 44a SGB XI)

c) Pflegezeit

Nahe Angehörige¹ von Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 1 bzw. pflegebedürftige Menschen mit einer begrenzten Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten) haben zudem einen Anspruch auf Pflegezeit (dies gilt nicht für Beamtinnen/Beamte) und können sich in diesem Rahmen für die Dauer von bis zu sechs Monaten von der Arbeit freistellen lassen. Die Freistellung kann vollständig oder in Form einer Arbeitszeitreduzierung erfolgen. Dies gilt aber nur für Beschäftigte in Betrieben mit mindestens 15 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Für die Inanspruchnahme der Pflegezeit muss diese zehn Tage vor dem Beginn schriftlich mit Umfang, Zeitraum und nachgewiesener Pflegebedürftigkeit beim Arbeitgeber angekündigt werden. Es besteht ein Kündigungsschutz von der Ankündigung (max. 12 Wochen vor dem Pflegezeitbeginn) bis zum Pflegezeitende. Ausnahmen vom Kündigungsschutz werden über die Landesbehörde für Arbeitsschutz geregelt. Voraussetzung ist, dass mind. 14 Stunden wöchentlich für die Pflege aufgewendet werden und die wöchentliche Berufstätigkeit 30 Stunden nicht überschreitet. Bei der Pflegeversicherung wird für den Status einer Pflegeperson von einem Stundenumfang von 10 Stunden an mindestens 2 Tagen in der Woche ausgegangen. Eine Angleichung der Stunden im Pflegezeitgesetz ist nicht vorgesehen. Bei der Versorgung von mehreren Pflegebe-

¹ Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner/in, Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder auch des Ehegatten/Lebenspartners, Enkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Stiefeltern und Schwäger/innen.

dürftigen können die Versorgungszeiten zusammengerechnet werden. Vorzeitige Pflegezeitbeendigung oder ein Teilzeitmodell der Pflegezeit ist nur in Absprache mit der/dem Arbeitgeber/in möglich. Die Pflegeperson ist während der Pflegezeit sozial- und unfallversichert. Die Beiträge zahlt die Pflegekasse. Für die Pflegezeit können Beschäftigte ein zinsloses Darlehen für die Absicherung des Lebensunterhalts erhalten. Dies wird beantragt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de).

(§§ 3-6 Pflegezeitgesetz; § 44 SGB XI; § 3 Familienpflegezeitgesetz)

d) Familienpflegezeit

Das Familienpflegezeitgesetz (dies gilt nicht für Beamtinnen/Beamte) soll Berufstätigen eine weitere Möglichkeit eröffnen, die Pflege von Angehörigen im häuslichen Bereich zu leisten bzw. zu unterstützen. Mit der Neuregelung haben nahe Angehörige seit 2015 bis zu 24 Monate lang die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren. Ein Rechtsanspruch besteht aber nur in Betrieben mit mehr als 25 Mitarbeitenden. Die Familienpflegezeit muss acht Wochen vor der Inanspruchnahme schriftlich mit Umfang, Zeitraum, nachgewiesener Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 1) und Neuverteilung der Arbeitszeit angemeldet werden. Durch die Familienpflegezeit kann beispielsweise ein/e Vollzeitbeschäftigte/r ihre/seine Arbeitszeit auf 50 % reduzieren, wenn sie/er eine/n Angehörige/Angehörigen pflegt – und das bei einem Gehalt von in diesem Fall 75 % des letzten Bruttoeinkommens. Zum Ausgleich muss sie/er später wieder voll arbeiten, bekommt in diesem Fall aber weiterhin nur 75 % des Gehalts – so lange bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist.

Es besteht der gleiche Kündigungsschutz wie bei der Pflegezeit. Beitragszahlungen in der Familienpflegezeit und die Leistungen der Pflegeversicherung zur gesetzlichen Rente bewirken einen Erhalt der Rentenansprüche. Diese Ansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades. Damit halten pflegende Angehörige, trotz Ausübung der Pflege, die Rentenansprüche etwa auf dem Niveau der Vollzeitbeschäftigung. Ein zinsloses Darlehen ist, wie bei der Pflegezeit, ebenfalls möglich. Dies wird beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de) beantragt. Pflegezeit und Familienpflegezeit können auch kombiniert in Anspruch genommen werden, jedoch sind sie auf max. 24 Monate je Pflegebedürftige/n begrenzt. Das neue

Pflegestärkungsgesetz sieht keine Änderungen im Familienpflegezeitgesetz vor, daher ist der Pflegegrad 1 ausreichend für den Anspruch auf Familienpflegezeit.

(§ 2, § 2a & § 3 Familienpflegezeitgesetz; § 44 SGB XI)

e) Beratung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde eine Verbesserung der Beratungs- und Informationsangebote festgelegt:

- Die Pflegekassen unterstützen durch verständliche Information und Aufklärung über Pflegebedürftigkeit, Leistungen der Pflegekasse bzw. anderer Träger, gesundheitsfördernde Lebensführung zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit sowie Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen.
- Leistungs- und Preisvergleichslisten der regionalen Pflege- und Hilfsdienste werden von der Pflegekasse auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- Nach einem Erst- bzw. Folgeantrag muss die Pflegekasse innerhalb von 14 Tagen eine feste Ansprechperson und einen konkreten Pflegeberatungstermin anbieten. Die/Der Versicherte kann auf Wunsch die Beratung in der Häuslichkeit erhalten.
- Die Pflegekasse ist verpflichtet, kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anzubieten.

(§§ 7-7c, § 45 SGB XI)

f) Beiträge zur Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung übernimmt die Beiträge zur Rentenversicherung, wenn Sie eine/n Angehörige/n mit mindestens dem Pflegegrad 2 versorgen. Dies muss an wenigstens 10 Stunden alle sieben Tage und geringstenfalls an 2 Tagen in diesen Wochen erfolgen, dabei darf eine berufliche Tätigkeit von 30 Stunden wöchentlich nicht überschritten werden. Erst wenn diese Kriterien erfüllt sind, besitzen Sie im Sinne der Pflegeversicherung den Status einer Pflegeperson und können soziale Leistungen erhalten. Die Beitragshöhe orientiert sich an dem Pflegegrad bzw. der Pflegebedürftigkeit und dem Ausmaß der Pflegetätigkeit.

(§ 44 SGB XI)

g) Andere soziale Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen

Mit dem Status einer Pflegeperson sind Sie gesetzlich unfallversichert und nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Nichterwerbstätige Pflegepersonen haben auf vorherigen Antrag einen Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge.
(§ 44 SGB XI)

7 Beantragung von Pflegeleistungen – Ablaufschema

1. Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse stellen.
2. Pflegekasse bietet Ihnen eine Pflegeberatung durch eine/n Pflegeberater/in an und beauftragt den MDK/Medicproof ein Gutachten zu erstellen.
3. MDK/Medicproof meldet sich schriftlich zum Hausbesuch an.
4. Ärztin/Arzt oder Pflegefachkraft des MDK/Medicproof führt Hausbesuch durch und ermittelt den Pflegebedarf.
5. MDK/Medicproof erstellt ein Pflegegutachten sowie Empfehlungen zu Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung und Verbesserungen im Wohnumfeld (wenn die/der Pflegebedürftige dem zustimmt) und übermittelt dies an die Pflegekasse.
6. Pflegekasse teilt das Ergebnis der Begutachtung und den erlangten Pflegegrad der antragstellenden Person schriftlich mit.
7. a) bei **Gewährung** eines Pflegegrades entscheiden Sie, welche Leistung Sie benötigen:
 - Pflegegeld, das bedeutet, Sie organisieren die Pflege selbst,
 - Pflegesachleistungen, das heißt, Sie suchen einen Pflegedienst, der Sie bei der häuslichen Pflege unterstützt oder
 - Pflegeheimplatz, wenn häusliche Pflege nicht möglich ist.
7. b) bei **Ablehnung** eines Pflegegrades oder Antrags auf Höherstufung können Sie wie folgt vorgehen, falls die Ablehnung aus Ihrer Sicht nicht gerechtfertigt ist:
 - innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen,
 - das MD/Medicproof-Gutachten bei der Pflegekasse anfordern (man hat einen Rechtsanspruch hierauf!),

- möglichst eine Begründung für den Widerspruch unter Hinweis auf fehlende bzw. fehlerhafte Angaben des MD/Medicproof-Gutachtens nachreichen.
- Pflegekasse muss den Fall erneut prüfen.
- bei erneuter Ablehnung: Ggf. Klage beim Sozialgericht einreichen.
- **Genauere Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse.**

8 Antrag auf Hilfe zur Pflege

Wenn die Kosten für die stationäre Pflege, teilstationäre Pflege, ambulante Pflege oder Kurzzeitpflege die Leistungen der Pflegekasse übersteigen und aufgrund eines zu geringen Einkommens nicht gedeckt sind, kann beim örtlichen Sozialhilfeträger des letzten Wohnorts der/des Pflegebedürftigen ein Antrag auf Restkostenübernahme bei der Hilfe zur Pflege gestellt werden. Heim-bewohner/innen müssen in der Regel ihr gesamtes Einkommen zur Deckung der Restkosten einsetzen, bevor Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann. Zudem wird geprüft, ob es unterhaltspflichtige Angehörige ersten Grades gibt (Kinder und Eltern gegenseitig), die – nach Abzug von Freibeträgen – vorrangig zur Finanzierung der Pflegeleistungen verpflichtet sind.

(§ 61 ff. SGB XII)

Wenn Sie vermuten, einen Anspruch auf Sozialhilfe zu haben, können Sie genauere Informationen bei den Kreis-Mitarbeitenden des Fachdienstes Soziale Sicherung erhalten. Die Zuständigkeit im Bereich der ambulanten Pflege ist nach dem Anfangsbuchstaben des Familiennamens der Pflegebedürftigen Person geregelt. Für den Bereich der vollstationären Pflege sind weitere Mitarbeitende zuständig. Die Kontakte finden sie auf der Homepage des Kreises unter dem Link:

[Kreis Rendsburg-Eckernförde | Hilfe bei Pflegebedürftigkeit | Kreis Rendsburg-Eckernförde \(kreis-rendsburg-eckernfoerde.de\)](https://www.kreis-rendsburg-eckernforde.de/hilfe-bei-pflegebeduerftigkeit)

bzw. unter dem Suchpfad: Gesundheit & Pflege > Hilfeleistungen im Alltag > Hilfe bei Pflegebedürftigkeit

Den Antrag selbst stellen Sie bei Ihrem örtlichen Sozialamt.

9 Weitere Informationen und Ansprechstellen

Welche Hilfen und Leistungen Sie im Einzelnen in Anspruch nehmen können, erfahren Sie bei der Pflegeberatung Ihrer Pflegekasse. Eine allgemeine Beratung zu den einzelnen Versorgungsmöglichkeiten und der Finanzierung erfahren Sie zudem in einem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Pflegestützpunkt. Rufen Sie hierzu einfach an oder kommen Sie zu den offenen Sprechstunden vorbei. Terminvereinbarungen und Hausbesuche sind auch möglich.

Auch bei allen anderen Fragen aus den Bereichen Pflege, Versorgung und senioren-gerechte Lebensformen können Sie sich hier kostenfrei und vertraulich informieren.

Hier erreichen Sie den Pflegestützpunkt im Kreis Rendsburg-Eckernförde mit seinen Neben- und Außenstellen:

Beratungsstelle Altenholz

Zuständig für das Amt Achterwehr, das Amt Dänischenhagen, das Amt Dänischer Wohld, die Gemeinde Altenholz und die Gemeinde Kronshagen.

Am Buchholz 4, 24161 Altenholz

Tel.: 0431 32 10 40

E-Mail: info@pflgestuetzpunkt.altenholz.de

Sprechzeiten: Montag 9:00 - 11:00 Uhr
Donnerstag 8:00 - 11:00 Uhr

Außenstelle Kronshagen

Kopperpahler Allee 69, 24119 Kronshagen

Tel.: 0431 32 10 40

E-Mail: info@pflgestuetzpunkt.altenholz.de

Sprechzeiten: Jeden 2. Donnerstag im Monat von 12:00 - 14:00 Uhr und nach Vereinbarung

Beratungsstelle Eckernförde

Zuständig für das Amt Hüttener Berge, das Amt Schlei-Ostsee und die Stadt Eckernförde.

Rathausmarkt 3, 24340 Eckernförde

Tel.: 04351 769422

E-Mail: pflgestuetzpunkt.eckernfoerde@pro-regio.org

Sprechzeiten: Dienstag 10:00 - 12:00 Uhr
 Donnerstag 10:00 - 12:00 Uhr

Beratungsstelle Flintbek

Zuständig für das Amt Eidertal.

Kätnerskamp 5, 24220 Flintbek

Tel.: 04347 90 58 00

E-Mail: pflgestuetzpunkt@flintbek.de

Sie finden uns im Gebäude der Bordesholmer Sparkasse (1. Etage) über dem Eingang, Rückseite vom Parkplatz!

Sprechzeiten: Montag 9:00 - 11:30 Uhr
 Dienstag 15:00 - 17:00 Uhr
 Mittwoch 9:00 - 11:30 Uhr
 Donnerstag 9:00 - 11:30 Uhr

Außenstelle Bordesholm

Zuständig für die Gemeinde Bordesholm und das Amt Bordesholmer Land.

Holstenstraße 28, 24582 Bordesholm

Tel.: 04322 69 22 79

E-Mail: katrin.michel@diakonie-altholstein.de

Sprechzeiten: Montag 9:00 - 12:00 Uhr
 Dienstag 9:00 - 12:00 Uhr
 Mittwoch 9:00 - 12:00 Uhr
 Donnerstag 15:00 - 18:00 Uhr

Außenstelle Nortorf

Zuständig für die Stadt Nortorf und das Amt Nortorfer Land.

Niedernstraße 6, 24589 Nortorf

Tel.: 04392 21 39

E-Mail: info@pflgestuetzpunkt-nortorf.de

Sprechzeiten: Montag und Dienstag 10:00 - 11:30 Uhr
 Donnerstag 15:00 - 17:00 Uhr
 Freitag 10:00 - 11:30 Uhr

Beratungsstelle Hohenwestedt

Zuständig für das Amt Mittelholstein, die Gemeinde Hohenwestedt und die Gemeinde Wasbek.

Thomas-Haus-Passage 2, 24594 Hohenwestedt

Tel.: 04871 76 31 828

E-Mail: psp-sued-hwst@t-online.de

Sprechzeiten: Montag 16:00 - 18:00 Uhr
Dienstag 9:00 - 12:00 Uhr
Donnerstag 9:00 - 12:00 Uhr

Beratungsstelle Rendsburg

Zuständig für das Amt Eiderkanal, das Amt Fockbek, das Amt Hohner Harde, das Amt Jevenstedt, die Stadt Büdelsdorf und die Stadt Rendsburg.

Am Holstentor 16, 24768 Rendsburg

Tel.: 04331 69 63-0

E-Mail: c.recklebe[at]diakonie-rd-eck.de

E-Mail: info[at]psp-rd.de

Sprechzeiten: Dienstag 10:00 - 12:00 Uhr
Donnerstag 10:00 - 12:00 Uhr

Mobile Beratung im Kreisgebiet

Tel.: 04331 202-1245

Sprechzeiten: Montag bis Freitag 9:00 – 11:00 Uhr telefonisch oder persönlich vor Ort
siehe Fahrplan auf der Homepage des Kreises Rendsburg-Eckernförde unter:

<https://www.kreis-rendsborg-eckernfoerde.de/gesundheitspflege/pflege/pflegestuetzpunkt/mobile-beratung>

Koordinierungsstelle

Kaiserstr. 8, 24768 Rendsburg

Tel.: 04331 202-1247

E-Mail: pflegestuetzpunkt@kreis-rd.de

10 Beratungsstellen und nähere Auskünfte

Pflegeportal des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein

Internet: www.pflege.schleswig-holstein.de

Kranken- bzw. Pflegekassen

Compass Private Pflegeberatung

Telefon: 0800-101 88 00

www.compass-pflegeberatung.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Beratung Deutsch:

Telefon: 0800-011 77 22

Montag - Freitag 8.00 - 22.00 Uhr,

Samstag 8.00 - 18.00 Uhr

Beratung Türkisch:

Telefon: 0800-011 77 23

Montag- Freitag 8.00 bis 18.00 Uhr

Beratung Russisch:

Telefon: 0800-011 77 24

Montag - Samstag 8.00 - 18.00 Uhr

Beratung Arabisch:

Telefon: 0800-33 22 12 25

Dienstag 11:00 – 13:00 Uhr, Donnerstag 17:00 – 18:00 Uhr

E-Mail: info@patientenberatung.de

Internet: www.patientenberatung.de

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e. V.

Aukamp 17, 24794 Bünsdorf

Telefon: 04356-99 99 799

E-Mail: info@alzheimer-rd-eck.de

Internet: www.alzheimer-rd-eck.de

Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e. V.

Telefon: 0431-590 99 40

E-Mail: info@vzsh.de,

Internet: www.verbraucherzentrale.sh

KIBIS

Selbsthilfekontaktstelle Rendsburg
Ahlmannstraße 2a, 24768 Rendsburg
Telefon: 04331-13 23 36
E-Mail: kibis@bruecke.org
Internet: www.kibis-rendsborg.de

Bundesministerium für Gesundheit

Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de
(Zum Beispiel Broschüre „Ratgeber Pflege“, „Ratgeber Demenz“)
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Telefon: 030-182 722 721
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Hilfe & Schlichtung bei Pflegeproblemen

PflegeNOTtelefon in Schleswig-Holstein
Telefon: 01802-49 48 47
Patientenberatung in Schleswig-Holstein

Patientenberatung in Schleswig-Holstein

Pflege-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.
Telefon: 01805-23 53 84

Patienten-Ombudsleute
Telefon: 0180-52 35 383
E-Mail: info@patientenombudsman.de
Internet: www.Patientenombudsmann.de

Sozialrechtliche Beratung

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein
Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten
Telefon: 0431-988 12 40
E-Mail: buergerbeauftragte@landtag.ltsh.de
Sozialrechtliche Erstberatung des Pflegenottelefons
Telefon: 0180 / 24 94 847, mittwochs von 15 - 18 Uhr

Barrieren Abbauen und innovative Wohn- und Pflegeformen

Landeshauptstadt Kiel – Beratungsstelle für Barrierefreies Bauen
Fleethörn 9 (Rathaus), 24103 Kiel
Telefon: 0431-901 25 18, E-Mail: barrierefreies-bauen@kiel.de

KIWA – Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter

Adolf-Westphal-Straße 4 (Sozialministerium), 24143 Kiel

Telefon: 0431-98 85 463

E-Mail: post@kiwa-sh.de

Internet: www.kiwa-sh.de

Broschüren zur Pflegebegutachtung und mehr

Medizinischer Dienst Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg

Telefon: 040-25 16 90 Telefax: 040-25 169 509

Internet: www.md-nord.de

Zum Beispiel Informationen zur Pflegebegutachtung:

www.pflegebegutachtung.de

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47, 45133 Essen

Telefon: 020-18 32 70

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Zum Beispiel: „Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung“
oder

„Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

www.wege-zur-pflege.de

(Informationen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung

DGE Qualitätsstandards für Essen auf Rädern

Godesberger Allee 18, 53175 Bonn

Telefon: 0228-37 76 873

E-Mail: info@fitimalter-dge.de

Internet: www.dge.de

11 Überblick: Leistungen der Pflegekassen

Leistung	Pflegegrade				
	1	2	3	4	5
Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	0	332 € mtl.	573 € mtl.	765 € mtl.	947 € mtl.
Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)	*	mtl. bis zu 761 €	mtl. bis zu 1.432 €	mtl. bis zu 1.778 €	mtl. bis zu 2.095 €
Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	0	mtl. bis zu 689 €	mtl. bis zu 1.298 €	mtl. bis zu 1.612 €	mtl. bis zu 2.200 €
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	*	Gesamtbetrag von bis zu 1.774 € für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr Erhöhung des Leistungsbetrages auf bis zu 3.386 € bei Verrechnung mit der Verhinderungspflege			
Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)	0	bis zu 1.612 € für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr Erhöhung des Leistungsbetrages unter Anrechnung auf die Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € möglich			
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	**	770 € mtl.	1.262 € mtl.	1.775 € mtl.	2.005 mtl.
		Zuzüglich Leistungszuschlag gem. § 43 c SGB XI (s. S. 16 f.)			
Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43 a SGB XI)	0	Bis zu 266 € mtl. Zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen			
Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)	Bis zu 125 € mtl. als Kostenerstattungsanspruch				
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1,2 SGB XI)	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis zum Höchstbetrag von 40 € mtl.				
Technische Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 3 SGB XI)	technische Hilfsmittel ohne Höchstbetrag, aber grundsätzlich aus Lagerbestand (Beachte: Hilfsmittel nach der Krankenversicherung) Zuzahlung beachten				
Digitale Pflegeanwen- dungen und ergän- zende Unterstützung bei deren Nutzung (§§ 9a, 40a, 40b, SGB XI)	bis zum Höchstbetrag von 50 € mtl.				
Wohnraumanpassung (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	Zuschuss in Höhe von bis zu 4.000 € je Maßnahme Zuschuss bei mehreren Pflegebedürftigen im gemeinsamen Wohnumfeld auf 16.000 € begrenzt				
Anschubfinanzierung für Wohngruppe (§ 45e SGB XI)	Zuschuss einmalig bis zu 2.500 € Zuschuss bei mehreren Pflegebedürftigen je Wohngruppe auf 10.000 € begrenzt				

*Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € mtl. nach § 45b Abs. 1 SGB XI und § 28a Abs. 2 SGB XI

**Zuschuss von 125 € mtl. nach § 43 Abs. 3 SGB XI, § 28a Abs. 3 SGB XI

Der Pflegestützpunkt im Kreis Rendsburg-Eckernförde bedankt sich sehr herzlich bei den Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes in der Stadt Flensburg für die Genehmigung der Nutzung des Pflegewegweisers des Pflegestützpunktes in der Stadt Flensburg.

Impressum

Verantwortlich für die Inhalte: Kreis Rendsburg-Eckernförde

Herausgeber: Kreis Rendsburg-Eckernförde

Der Landrat

Kaiserstr. 8

24768 Rendsburg

www.kreis-rendsborg-eckernfoerde.de

info@kreis-rd.de

Der Kreis Rendsburg-Eckernförde ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er wird vertreten durch den Landrat Dr. Rolf-Oliver Schwemer.

Verantwortlich gem. § 5 TMG: Landrat Dr. Rolf-Oliver Schwemer

Im Auftrag des Kreises Rendsburg-Eckernförde – Fachdienst 4.2/Pflegestützpunkt

Der Kreis Rendsburg-Eckernförde kann für die Vollständigkeit und korrekte Wiedergabe des Inhalts keine Gewähr übernehmen.

Quellenangaben

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen (2023): Ratgeber Pflege.

Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. 26. Aktualisierte Auflage.

Landesverordnung zur Durchführung der §§5, 6 und 8 des Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (Landespflegegesetzverordnung LPflegeGVO vom 19. Juni 1996)

Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

SGB XI Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung

Titelgrafik: Adobe Stock

Stand: Januar 2024

