

# Pflegeleitfaden

## Kompakt



Inklusive aller Neuerungen ab 2024

### **PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT**

Die Antragstellung

Das Begutachtungsverfahren

### **LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE**

Leistungen im Überblick

Leistungsarten

### **ANSPRÜCHE VON ANGEHÖRIGEN**

Beratung und Entlastung

Versicherungsleistungen

meist werden wir von einer Erkrankung ganz plötzlich überrascht oder können altersbedingt die Hürden des Alltags nicht mehr alleine meistern. In solch einer neuen Situation sind wir auf die Unterstützung anderer angewiesen. Mit diesem Pflegeleitfaden möchten wir einen Teil dazu beitragen, indem wir Sie über die Grundlagen und Gesetzlichkeiten im Falle einer Pflegebedürftigkeit informieren. Dazu gehört unter anderem die Beantwortung der Fragen: Was ist ein Pflegegrad? Welche Leistungen stehen mir als pflegebedürftige Person zu? An wen kann ich mich wenden?

**Sollten sich Fragen für Sie ergeben, kommen Sie gerne auf uns zu, wir helfen Ihnen weiter.**

*Hinweis:*

1. Alle in dieser Broschüre genannten Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MD) gelten nur für gesetzlich versicherte Personen. Bei privat Versicherten übernimmt diese Aufgaben Medicproof (der medizinische Dienst der Privaten). Zur besseren Lesbarkeit wird immer nur MD genannt.

## INHALT

### PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND EINSTUFUNG

Antragstellung	S. 3
Begutachtungsverfahren	S. 3
Vorbereitung auf das Begutachtungsverfahren	S. 5
Nach dem Begutachtungsverfahren	S. 5
Widerspruch einlegen	S. 5

### LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE

Leistungsarten	S. 6
Zusätzliche Leistungen	S. 7
Überblick über Leistungen der Pflegekasse	S. 8

### ANSPRÜCHE VON ANGEHÖRIGEN

Beratung	S. 10
Entlastung	S. 10
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	S. 11
Versicherung	S. 11

#### IMPRESSUM

Pflegeleitfaden Kompakt,  
4. Auflage

Redaktion:  
pm pflegemarkt.com GmbH  
Oberbaumbrücke 1  
20457 Hamburg  
Tel.: +49 40 30 38 73 85-5  
www.pm-pflegemarkt.com

Vertretungsberechtigter  
Geschäftsführer:  
Peter Voshage

Autorin:  
Martina Blieferrich  
m.blieferrich@pflegemarkt.com

Grafische Gestaltung:  
Charlene Groß  
c.gross@pflegemarkt.com

Druck:  
Onlineprinters GmbH  
Rudolf-Diesel-Straße 10  
91413 Neustadt a. d. Aisch  
www.diedruckerei.de

Bildnachweise:  
Cover - © Lumos sp - stock.adobe.com  
S.3 - © Robert Kneschke - fotolia.com  
S.5 - © drubig-photo - fotolia.com  
S.7 - © Gina Sanders - fotolia.com

Der erste und wichtigste Schritt nach dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen entsprechenden Pflegegrad. Dies ist Voraussetzung, damit Sie Leistungen der Kassen in Anspruch nehmen können bzw. die Pflegeversicherungen Kosten für die Pflege/Betreuung übernehmen. Die Einstufung in einen Pflegegrad wird im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens durch den Medizinischen Dienst (MD) vorgenommen. Um ein solches Begutachtungsverfahren einzuleiten, müssen Sie bei der Pflegekasse einen Antrag stellen.

## ANTRAGSTELLUNG

Die Antragstellung für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit kann formlos erfolgen oder es kann ein entsprechendes Formular durch einen Anruf bei Ihrer Pflegekasse (erreichbar über Ihre Krankenversicherung) angefordert werden. Dieses schicken Sie ausgefüllt und unterschrieben an die Pflegeversicherung. Wenn Sie den Antrag formlos stellen, wird Ihnen das hauseigene Formular Ihrer Pflegeversicherung zwar dennoch zum Ausfüllen zugesandt, doch Sie haben durch den formlosen Antrag den rechtzeitigen Eingang des Antrags bereits gesichert und die Leistungen werden dann rückwirkend ab Eingang des formlosen Antrags übernommen.

## BEGUTACHTUNGSVERFAHREN

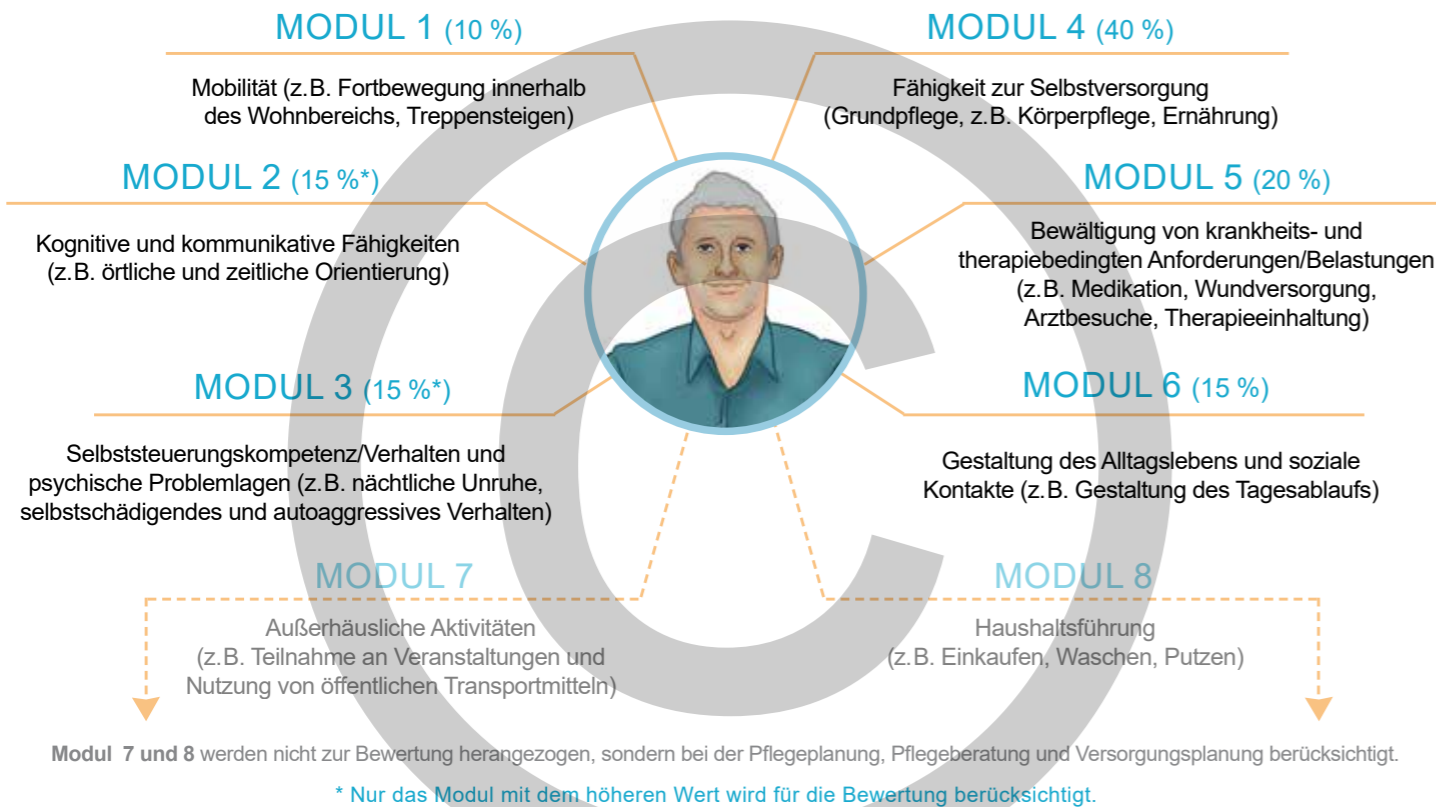
Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens stellt der Medizinische Dienst die Pflegebedürftigkeit fest und nimmt die Einstufung in einen Pflegegrad vor. Der MD schickt Ihnen zur Begutachtung einen Fachmann oder eine Fachfrau (Arzt/Ärztin, Pflegefachkraft). Diese Fachkraft prüft bei ihrem Besuch, wie selbstständig eine Person in verschiedenen Aktivitätsbereichen (sogenannten Modulen) ist bzw. welche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegt und ob personelle Hilfe notwendig ist. Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Begutachtungsverfahren auch telefonisch erfolgen.

Für jedes der Module werden dabei Punkte vergeben und die Bewertung der einzelnen Module wird dann prozentual bei der Einstufung in einen der fünf Pflegegrade berücksichtigt. Dies haben wir auf der folgenden Seite für Sie dargestellt.

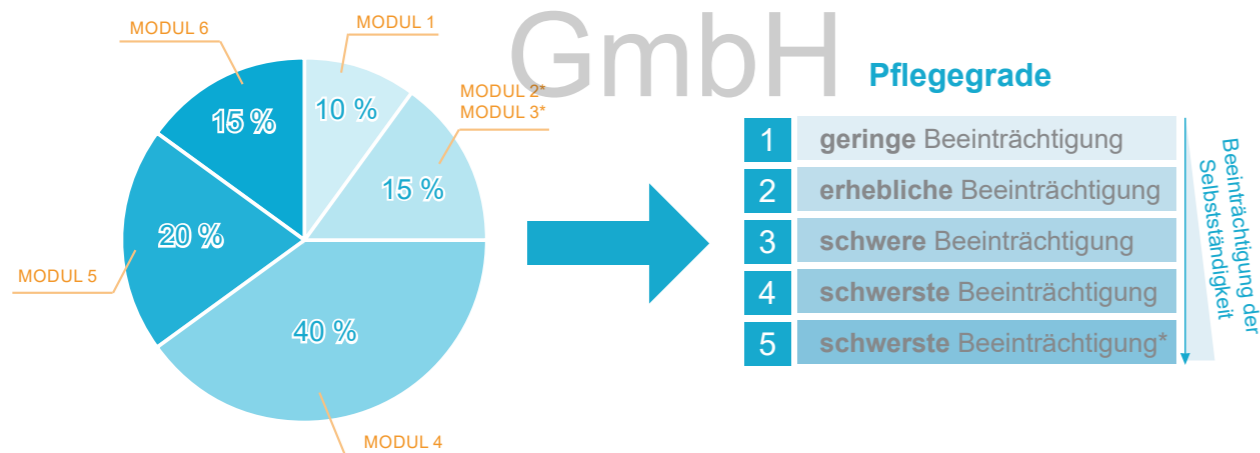




Die folgende Grafik zeigt die Aktivitätsbereiche, die beim Begutachtungsverfahren im Fokus stehen.



Die Gesamtbewertung der Module findet dann prozentual bei der Einstufung in die fünf Pflegegrade Berücksichtigung.



\* Nur das Modul mit dem höheren Wert wird für die Bewertung berücksichtigt.

\* Mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

## VORBEREITUNG AUF DAS BEGUTACHTUNGSVERFAHREN

Es empfiehlt sich, schon vor dem Besuch des MD ein „Selbstständigkeitsmeter“ zu erstellen, mit dem erfasst wird, in welchen Bereichen die Selbstständigkeit der betreffenden Person beeinträchtigt ist und wo sie gegebenenfalls auf Hilfe angewiesen ist.

Mithilfe eines solchen „Selbstständigkeitsmeters“ können Sie bereits vor dem MD-Besuch prüfen, ob bestimmte Voraussetzungen für die Einstufung in einen Pflegegrad gegeben sind, und Sie können damit Ihre eigene Einschätzung gegenüber dem MD darlegen.



1 2 3 4 5

Bild 1: „Selbstständigkeitsmeter“

## NACH DEM BEGUTACHTUNGSVERFAHREN

Der Prüfer sendet sein Gutachten mit einer Empfehlung für die Einstufung in einen Pflegegrad an die Pflegeversicherung. Die Nachricht mit dem Ergebnis sowie eine Kopie des Gutachtens erhalten Sie dann von der Pflegeversicherung.

## WIDERSPRUCH EINLEGEN

Wenn Sie mit dem Bescheid über die Pflegeeinstufung nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Im Bescheid der Pflegekasse wird eine Widerspruchsfrist genannt, die unbedingt einzuhalten ist. Sie müssen in Ihrem Widerspruch Unzulänglichkeiten in den Bewertungen des MD nachweisen und den eigentlichen Hilfebedarf auf Grundlage der Begutachtungsrichtlinien darstellen.

Nehmen Sie also das MD-Gutachten als Grundlage und stellen Sie den Angaben des MD Ihre eigene Einschätzung über die Einschränkung der Selbstständigkeit z. B. mithilfe eines „Selbstständigkeitsmeters“ gegenüber: Wann und warum wird wie viel Hilfe gebraucht?

Der Widerspruch ist direkt an die jeweilige Pflegekasse zu senden, die zunächst auch darüber entscheidet. Die Pflegekasse wird aufgrund Ihres Widerspruchs Kontakt zu Ihnen aufnehmen und gegebenenfalls einen neuen Begutachtungstermin mit Ihnen vereinbaren.

### LEISTUNGSARTEN

Wenn Sie in einen Pflegegrad eingestuft sind, können Sie Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen. Grundsätzlich können Sie sich zwischen vier Leistungsarten entscheiden. Die Art dieser Leistungen hängt davon ab, wie hoch der Grad der Pflegebedürftigkeit ist und ob Unterstützungsbedarf besteht, der den Einsatz eines Pflegedienstes oder die Versorgung in einer stationären Einrichtung notwendig macht.

**Es stehen Ihnen folgende Leistungsarten zur Verfügung:**

#### Pflegegeld

Ihnen wird ein monatlicher Betrag überwiesen, mit dem Sie selbst die Pflege sicherstellen, d. h., dass die Pflegeleistungen durch Angehörige oder bekannte Personen und nicht von einem professionellen Pflegedienst erbracht werden.

#### Pflegesachleistungen

Ein Pflegedienst erbringt bei Ihnen Leistungen und rechnet diese direkt mit der Pflegekasse ab.

#### Kombinationsleistungen

Ein Pflegedienst erbringt nur ausgewählte Leistungen (z. B. körpernahe Pflegemaßnahmen oder hauswirtschaftliche Leistungen), mit denen Ihr Leistungsanspruch jedoch nicht ausgeschöpft wird. Die Differenz lassen Sie sich von Ihrer Pflegekasse anteilig als Pflegegeld auszahlen.

#### Leistungen für stationäre Pflege

Sie werden in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt und diese rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.



Die Pflegeversicherung ist **keine Vollversicherung**, sondern leistet im Bedarfsfall einen Zuschuss. Bei umfangreichem Pflegebedarf reicht daher weder die Geldleistung noch die Sachleistung aus, um die Pflege in ausreichendem Maße sicherzustellen. Sie müssen dann zuzahlen.

In der stationären Pflege zahlt die Pflegekasse ausschließlich einen Zuschuss zu den Kosten der Pflege und Betreuung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind reine Privatzahlerpositionen.

#### Wichtig für Bezieher von Pflegegeld

Für Sie besteht eine Pflicht zur Inanspruchnahme von Beratungseinsätzen durch einen professionellen Pflegedienst. Bei Pflegegrad 2 und 3 muss Sie ein Pflegedienst halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich zur Begutachtung und Beratung aufsuchen.

Ein Nachweis über den Besuch wird vom Pflegedienst an die Pflegekasse übermittelt. Hiermit soll sichergestellt werden, dass Sie auch ohne professionelle Hilfe gut versorgt sind. Sie haben dabei außerdem die Möglichkeit, sich durch den Pflegedienst z. B. über Techniken der Pflege oder Hilfsmittel zu informieren.

Bei Pflegegrad 1 können die Beratungseinsätze freiwillig angefordert werden. Die Kosten für die Beratungseinsätze übernimmt bei allen Pflegegraden die Pflegekasse. Der Pflegedienst rechnet diese Einsätze direkt mit der Pflegekasse ab.

### ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Pflegebedürftige, die nicht in einer stationären Einrichtung versorgt werden, haben Anspruch auf weitere Leistungen der Pflegekasse:

#### Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige können monatlich zusätzliche Leistungen in Höhe von 125 € erhalten. Diese Leistungen können für niedrigschwellige Angebote wie etwa ehrenamtliche Helfer, Alltagshilfen oder Haushaltsservices eingesetzt oder für Angebote der Kurzzeit- oder der teilstationären Pflege genutzt werden. Auch die Leistungen eines Pflegedienstes lassen sich hiermit begleichen. Ausgeschlossen sind allerdings bei Pflegegrad 2 bis 5 Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen.

#### Leistungen zur Wohnraumanpassung

Auf Antrag kann die Pflegekasse einen Zuschuss zur Wohnraumanpassung gewähren, wenn dadurch die Pflege oder die selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen möglich oder erleichtert wird. In der Regel prüft der MDK die Notwendigkeit der Leistungen. Die Höhe des Zuschusses hängt von den Gesamtkosten der Wohnraumanpassung ab. Pro Maßnahme darf der Betrag 4000 € nicht übersteigen.

**Maßnahmen zur Wohnungsanpassung** können z. B. Ein- und Umbau von Mobiliar, eine Türverbreiterung, der Einbau einer Dusche oder eines Treppenlifts sein.

#### Leistungen für Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse kommt ebenfalls für **Pflegeverbrauchsmitel** wie Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel auf. Versicherten stehen monatlich 40 € für Pflegeverbrauchsmitel zur Verfügung.

Auch technische Pflegehilfsmittel wie Pflegebetten oder Hausnotrufgeräte können bei der Pflegekasse beantragt werden. Sie werden von der Pflegekasse verliehen oder anteilig mitfinanziert.

#### Auskunftrecht zu Leistungen

Auf Wunsch erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse Auskunft über alle von Ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Eine solche Aufstellung kann regelmäßig eingefordert werden.





# ÜBERBLICK ÜBER DIE LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE

In der folgenden Tabelle sind die zuvor beschriebenen Leistungen der Pflegekasse noch einmal übersichtlich zusammengefasst.

Leistungen	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Bemerkung
<b>Leistungen zur Pflege</b>						
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI	–	332 €	573 €	765 €	947 €	Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die Zuhause von Angehörigen, Bekannten oder Freunden gepflegt werden.
Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI	kein Anspruch, jedoch Einsatz des Entlastungsbetrags von 125 € möglich	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €	Pflegesachleistungen erhalten Pflegebedürftige, die von einem Pflegedienst versorgt werden. Bis zu maximal 40 % des Sachleistungsbetrags können für anerkannte Unterstützungsleistungen eingesetzt werden. Die Kostenerstattung erfolgt einfach gegen Vorlage entsprechender Belege.
Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI	125 € monatlicher Zuschuss	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €	Anfallende Eigenanteile werden prozentual von der Pflegekasse übernommen, gestaffelt nach Dauer des Aufenthalts in der Einrichtung. Der Eigenanteil sinkt im 1. Jahr um 15%, im 2. Jahr um 30%, im 3. Jahr um 50% und anschließend um 75%.
<b>Entlastungsleistungen</b>						
Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	Die Leistungen können eingesetzt werden für: 1. Tages- und Nachtpflege 2. Kurzzeitpflege 3. Nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45 a SGB XI) 4. Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (§ 36 SGB XI) <b>Hinweis:</b> Nur bei <b>Pflegegrad 1 für körperbezogene Pflegemaßnahmen einsetzbar</b>
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	kein Anspruch, jedoch Einsatz des Entlastungsbetrags von 125 € möglich	1.774 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €	Nicht verbrauchter Leistungsbetrag für Verhinderungspflege kann auch für Leistungen der Kurzzeitpflege genutzt werden. Hierdurch kann sich der Leistungsanspruch auf maximal 3.386 € erhöhen. Das Pflegegeld wird während der Kurzzeitpflege häufig weitergezahlt. *Sonderregelung unter der Tabelle
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	kein Anspruch	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €	Zudem ist es möglich, nicht verbrauchte Leistungen für Kurzzeitpflege bis zu einem Höchstwert von 806 € für Verhinderungspflege zu nutzen. Das Pflegegeld wird während der gesamten Zeit der Verhinderungspflege häufig weitergezahlt.*
Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI	kein Anspruch, jedoch Einsatz des Entlastungsbetrags von 125 € möglich	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €	Diese Leistungen können neben Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

## Zusätzliche Leistungen

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38 a SGB XI	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €	In einer Wohngruppe müssen mindestens drei und höchstens zwölf Pflegebedürftige zusammenleben.
Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds nach § 40 SGB XI	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €	Der Zuschuss wird je Maßnahme gewährt. Ändert sich die Pflegesituation z. B. durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person und werden weitere Maßnahmen notwendig, so gilt dies als eine neue Maßnahme.
Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	Versicherten stehen 40 € pro Monat für Pflegeverbrauchsmitel (Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel usw.) zur Verfügung.

## Beratung

Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Dies ist eine individuelle Beratung durch einen anerkannten Pflegeberater. Die Pflegekassen müssen hierfür feste Ansprechpartner benennen.
Beratungen und Schulungen für Pflegepersonen nach § 45 SGB XI	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Gilt für Pflegepersonen sowie Personen, die nicht pflegen, sich aber für Pflege interessieren. Auf Wunsch sind die Kurse in häuslicher Umgebung der pflegebedürftigen Person durchführbar.
Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI	2-mal jährlich Anspruch	halb-jährlich Pflicht	halb-jährlich Pflicht	viertel-jährlich Pflicht	viertel-jährlich Pflicht	Diese Beratungseinsätze dienen der Sicherung und Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, die Pflegegeld beziehen und keine professionelle Pflege durch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen.
Beratung zur Palliativversorgung	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Anspruch	Versicherte haben gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung sowie zu den Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase (z. B. Patientenverfügung, Vollmachten).

## \*Sonderregelung für Pflegebedürftige unter 25 Jahre mit Pflegegrad 4 oder 5:

Die Verhinderungspflege wird von 6 Wochen auf 8 Wochen verlängert und die Kurzzeitpflegeleistungen können bis zu 100% auf Verhinderungspflege umgewidmet werden. Die Regelung, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss, entfällt.

## BERATUNG

Pflegende Angehörige haben einen eigenen Anspruch auf kostenfreie individuelle Pflegeberatung. Ihnen stehen außerdem Pflegekurse/-schulungen zu, in denen neben Beratung auch praktische Anleitungen angeboten werden. Auf Wunsch können die Pflegekurse in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person durchgeführt werden. Ihre Pflegekasse ist verpflichtet, diese Angebote vorzuhalten. Viele Pflegedienste bieten ebenfalls die genannten Schulungen für pflegende Angehörige an und rechnen diese direkt mit der Kasse ab.

## ENTLASTUNG

Die sogenannte **Verhinderungspflege** dient der Entlastung pflegender Angehöriger, die aufgrund von Krankheit, Urlaub, Terminen oder aus anderen Gründen verhindert sind. Während ihrer Abwesenheit übernimmt ein Pflegedienst oder eine dem Pflegebedürftigen nahestehende Person, die nicht bis zum 2. Grad mit ihm verwandt ist, die Pflege. Die Verhinderungspflege kann bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 1612 € in Anspruch genommen werden. Auch eine stundenweise Inanspruchnahme ist möglich. Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld hälftig weitergezahlt. Wird die Verhinderungspflege weniger als 8 Stunden pro Tag genutzt, besteht sogar Anspruch auf das gesamte Pflegegeld.

Die **Kurzzeitpflege** ist die stationäre Entsprechung zur Verhinderungspflege. Wenn pflegende Angehörige die Pflege durch Krankheit, Urlaub oder seelische Überlastung vorübergehend nicht übernehmen können, bietet die Kurzzeitpflege die Möglichkeit, Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum in einer vollstationären Einrichtung zu versorgen.

Für die Kurzzeitpflege stehen der pflegebedürftigen Person jährlich bis zu 1774 € zu. Die Beträge der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege lassen sich unter bestimmten Voraussetzungen kombinieren und dadurch erhöhen. Wird z. B. im gesamten Jahr keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, können bis zu 806 € umgewidmet und für Verhinderungspflege genutzt werden.

### Sonderregelung für Pflegebedürftige unter 25 Jahre mit Pflegegrad 4 oder 5:

Die Verhinderungspflege wird von 6 Wochen auf 8 Wochen verlängert und die Kurzzeitpflegeleistungen können bis zu 100% auf Verhinderungspflege umgewidmet werden. Die Regelung, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung 6 Monate gepflegt haben muss, entfällt.

Die **teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)** ist eine Kombination aus stationärer Pflege und (ambulanter) Betreuung zu Hause. Der endgültige Umzug in eine Einrichtung wird so verhindert, zugleich aber professionelle Pflege zu gewünschten Zeiten (tagsüber oder nachts) sichergestellt. Pflegende Angehörige können auf diese Weise von der Pflege entlastet werden, ohne sie vollständig abgeben zu müssen. In der Tagespflege z. B. verbringen die Pflegebedürftigen bis zu 8 Stunden täglich in einer Tagespflegeeinrichtung (meist Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr). Morgens werden sie zu Hause von einem Fahrdienst abgeholt und nachmittags wieder zurückgebracht. Vor und nach der Tagespflege werden die Pflegebedürftigen von Angehörigen und/oder einem Pflegedienst versorgt.

## VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF

### Pflegezeit

Im Rahmen des Pflegezeitgesetzes können sich Berufstätige jedes Jahr für bis zu 10 Tage für jede von ihnen gepflegte Person freistellen lassen, um eine bedarfsgerechte Versorgung für den Pflegebedürftigen sicherzustellen oder diese zu organisieren. Sie haben ihren Arbeitgeber allerdings unverzüglich über ihre Arbeitsverhinderung und deren voraussichtliche Dauer zu informieren. Der Arbeitgeber hat das Recht, einen Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des betreffenden Angehörigen zu verlangen. Während der zehntägigen Freistellung erhalten Arbeitnehmer kein Gehalt von ihrem Arbeitgeber, sondern ein Pflegeunterstützungsgeld (90 % des Nettoarbeitsentgelts), das von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des betreffenden Pflegebedürftigen gezahlt wird.

Neben dieser kurzzeitigen vollständigen Freistellung können Arbeitnehmer sich auch bis zu 6 Monaten teilweise oder vollständig von der Arbeit freistellen lassen und in Pflegezeit gehen. In diesem Fall erfolgt ebenfalls keine Gehaltsfortzahlung. Es besteht jedoch Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, das die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung ausfallenden Nettoarbeitsentgelts abdeckt. Dieses Darlehen kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Der Pflege- und Krankenversicherungsschutz bleibt in der Familienversicherung erhalten.

### Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit für maximal 24 Monate auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren.

Die Arbeitnehmer arbeiten dann maximal 24 Monate mit z. B. 50 % der Arbeitszeit, erhalten jedoch 75 % ihres Entgelts. Nach Ablauf der 24 Monate arbeiten sie wieder nach den arbeitsvertraglichen Vereinbarungen in Vollzeit, erhalten jedoch wiederum 24 Monate lang nur 75 % ihres Entgelts.

Um in Familienpflegezeit zu gehen, müssen Arbeitnehmer mit ihrem Arbeitgeber einen Familienpflegezeitvertrag abschließen, in dem Arbeitszeit und Entgelt genau vereinbart sind. Der Arbeitgeber ist allerdings nicht verpflichtet, die Familienpflegezeit zu gewähren; es handelt sich um eine freiwillige Vereinbarung.

## VERSICHERUNG

### Rentenversicherung

Die Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 an mindestens 2 Tagen pro Woche insgesamt mindestens 10 Stunden zu Hause betreuen, werden von der Pflegeversicherung gezahlt. Die Rentenbeiträge steigen hierbei mit zunehmendem Pflegegrad.

### Arbeitslosenversicherung

Für Pflegepersonen, die ihre Berufstätigkeit unterbrechen, um pflegebedürftige Angehörige zu pflegen, zahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflegetätigkeit. Sollte nach dem Ende der Pflegetätigkeit kein nahtloser Wiedereinstieg in den Beruf möglich sein, haben die Pflegepersonen dadurch Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

# WAS KÖNNEN SIE BEIM EINTRITT EINER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT TUN?

## 1. Einstufung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse beantragen

*(durch einen Anruf bei der Pflegekasse, die Ihnen den Antrag zuschickt)*

! Wenn der Antrag bei Ihrer Pflegekasse eingegangen ist, erhalten Sie per Post einen Terminvorschlag für die Begutachtung.

## 2. Vorbereitung auf das Begutachtungsverfahren

*(z. B. mithilfe des „Selbstständigkeitsmeter“)*

## 3. Den Anspruch auf Beratung nutzen

*(Ihre Pflegekasse ist verpflichtet, Beratung anzubieten.)*

## 4. Entscheidung für eine Wohnform

*(z. B. ambulant, unterstützt durch Angehörige und/oder einen Pflegedienst, betreutes Wohnen, WG-Konzepte, stationäre Pflege/Pflegeheim)*

! Jeder Anbieter bietet Probetage zum „Schnuppern“ an, nur Mut!

## 5. Beantragung der gewünschten Leistungen bei ambulanter Betreuung ohne Pflegedienst

*(Pflegegeld und bei Bedarf Leistungen für Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege)*

! Alle benötigten Anträge können Sie sich von Ihrer Pflegekasse zusenden lassen.

## 6. Unterstützende Leistungen in Anspruch nehmen

*(z. B. Essen auf Rädern, Haunotruf)*

## 7. Vollmachten und Verfügungen erstellen

*(z. B. Vorsorgevollmacht, Betreuungs- oder Patientenverfügung)*

## Was können pflegende Angehörige für sich tun?

1. Freistellungsmöglichkeiten vom Beruf nutzen *(Pflegezeit, Familienpflegezeit)*

2. Anspruch auf Beratung und Schulungen nutzen

3. Entlastungsangebote nutzen *(Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege)*

4. Hilfsangebote nutzen *(z. B. ehrenamtliche Helfer, Besuchsdienste)*

5. Austausch mit Gleichgesinnten *(z. B. in Angehörigentreffen/-cafés)*

**Sie haben hierzu Fragen?**

**Wir stehen Ihnen gerne beratend und unterstützend zur Seite. Sprechen Sie uns an.**