



WEGWEISER

DURCH DIE PFLEGEVERSICHERUNG
für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen
und deren Angehörige

Herausgeber:
Diakonie Hessen – Diakonisches Werk in Hessen und Nassau
und Kurhessen-Waldeck e. V.
Abteilung Gesundheit, Alter und Pflege
Ederstraße 12
60486 Frankfurt am Main
gap@diakonie-hessen.de
www.diakonie-gap.de

Erstellt: Dr. Carmen Berger-Zell,
Stefan Euler
Redaktion: Vittoria Brunetti

Satz & Grafik:
Grafikatelier A. Köhler, info@die-visualmaten.de

4. überarbeitete Auflage 2025

Die erste Auflage wurde von der Gesellschaft für diakonische Einrichtungen
in Hessen und Nassau mbH (GfdE) herausgegeben.

Liebe Leserinnen und Leser,

die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen anteilig Hilfe zu leisten. Dies bedeutet, dass sie nicht alle Kosten der Pflege übernimmt. Und welche Leistungen Pflegebedürftige aus der Versicherung bekommen, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab. Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Überblick über Leistungsansprüche und Leistungsbedingungen der Pflegeversicherung geben.

Die Broschüre ersetzt aber nicht eine persönliche Beratung. Nur in einem Gespräch ist es möglich, Ihre individuelle Lebenssituation zu betrachten anhand derer sich die Ihnen zustehenden Leistungen aus der Pflegeversicherung berechnen lassen.

Wenden Sie sich bitte an die Mitarbeitenden unserer Pflegedienste oder Pflegeeinrichtungen. Gerne sind sie Ihnen behilflich und informieren Sie über die Leistungen der Pflegeversicherung.

INHALTSVERZEICHNIS



Schnelleinstieg

Hier erhalten Sie einen schnellen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung.

5



Pflege zu Hause

In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zum Leistungsangebot für Personen, die zu Hause gepflegt werden.

9



20

Tagespflege

Ergänzend zur Pflege zu Hause gibt es ambulante und teilstationäre Pflegeangebote, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen oder anderen Pflegepersonen in Anspruch nehmen können.

21

Stationäre Angebote

In diesem Kapitel werden die Leistungen für Menschen in Pflegeheimen und stationären Pflegeeinrichtungen beschrieben.



Die Pflegeversicherung zahlt Zuschüsse bei Pflegebedürftigkeit.

Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben Sie, sobald Ihnen über das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen bestätigt wurde, dass Sie pflegebedürftig sind. Hier wird auch der Grad der Pflegebedürftigkeit (früher Pflegestufe) und somit die Einschränkung der Selbstständigkeit und das Maß an notwendigen Hilfeleistungen festgelegt. Die Pflegebedürftigkeit muss dabei auf Dauer – mindestens für ein halbes Jahr – vorliegen.

“
Ab wann habe ich Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung?
”

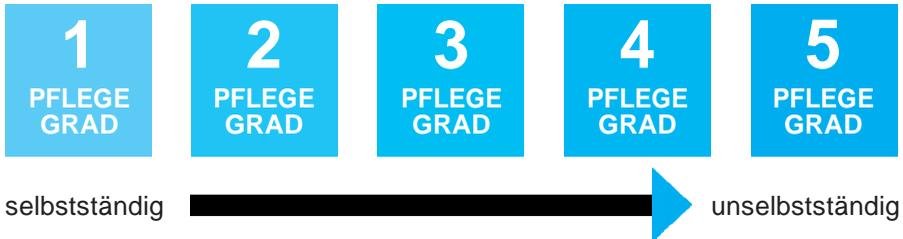
Pflegegrade drücken in Form einer Zahl den Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. der Einschränkung der Selbstständigkeit des Menschen in verschiedenen Lebensbereichen aus. Wird die Selbstständigkeit in den einzelnen Bereichen geringer, erhöht sich der Grad der Pflegebedürftigkeit.

“
Was sind eigentlich Pflegegrade?
”



SCHNELLEINSTIEG

Im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden körperlich Pflegebedürftige sowie Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen in einen solchen Pflegegrad eingestuft.



Wie erhalte ich einen Pflegegrad?



Sobald Sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei Ihrer Pflegekasse stellen, beginnt die Einstufung in einen Pflegegrad. Die für Sie zuständige Pflegekasse ist immer bei der Krankenkasse angegliedert, bei der Sie krankenversichert sind. Der Antrag kann nur vom Pflegebedürftigen bzw. in dessen Namen gestellt werden.

WICHTIG: Die Leistungen können nicht rückwirkend erbracht werden, sondern gelten frühestens ab dem Monat der Antragstellung.



**Antrag auf Leistungen
der Pflegeversicherung
bei Ihrer Pflegekasse**



**Begutachtung zur Feststellung
Ihrer Pflegebedürftigkeit**

Wenn Sie den Antrag gestellt haben, wird Ihre Pflegekasse Ihre Pflegebedürftigkeit prüfen. Sie beauftragt zunächst den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Begutachtungsdienst. Dieser überprüft Ihre vorhandene Selbstständigkeit¹.

Der oder die Gutachter/in ermittelt nach einem Punktesystem, wie selbstständig Sie in verschiedenen Lebensbereichen sind bzw. welche Fähigkeiten vorhanden oder eingeschränkt sind. Anhand der Punkte bestimmt die Pflegekasse dann den Pflegegrad. Je mehr Punkte Sie erhalten, desto höher können Ihre Leistungsansprüche sein.

¹ Grundlage hierfür ist der Fragenkatalog des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA)



SCHNELLEINSTIEG

Fließt die eingeschränkte Alltagskompetenz meines Vaters auch in den Pflegegrad ein?

Ja, auch die eingeschränkte Alltagskompetenz wird im Pflegegrad berücksichtigt.

Erfasst wird das Verstehen und Sprechen. Zum Beispiel: Kann sich die Person zeitlich und räumlich orientieren?

Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken, und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?

Ebenso erfasst werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für ihre Angehörigen belastend sind. Auch wenn die Person sich gegen notwendige Pflege wehrt, wird dies berücksichtigt.





Im Zuge der Pflegereform wurden die Leistungen zur Unterstützung der Pflege zu Hause wesentlich verbessert.

Das ist unterschiedlich, je nachdem, welchen Pflegegrad Sie haben und von wem Sie gepflegt werden.

Leistungsansprüche für Pflegebedürftige aller Pflegegrade:

- auf Pflegeberatung zu Hause, je nach Pflegegrad bis zu viermal jährlich,
- auf Pflegehilfsmittel, z. B. einen Zuschuss für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel oder ein Pflegebett,
- auf einen monatlichen Entlastungsbetrag, um z. B. eine Betreuung im Alltag sicherzustellen,
- auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, sofern so die häusliche Pflege ermöglicht wird oder der Umbau die selbstständige Lebensführung erheblich erleichtert,
- auf einen Wohngruppenzuschlag, wenn sie mit weiteren pflegebedürftigen Personen unter Einhaltung weiterer Voraussetzungen in einer Wohngemeinschaft leben,
- Angehörige haben einen Anspruch auf kostenfreie Pflegekurse bzw. individuelle Schulungen in der häuslichen Umgebung.



Welche Leistungen kann ich denn in Anspruch nehmen, wenn ich zu Hause gepflegt werde?





PFLEGE ZU HAUSE

Weitere Ansprüche ab dem Pflegegrad 2, die zu Hause von einem Pflegedienst gepflegt werden:

- auf eine häusliche Pflegehilfe durch einen Pflegedienst, den die Pflegekasse direkt bezahlt,
- auf Pflegegeld für die selbst organisierte Unterstützung und Pflege (das Pflegegeld erhält der/die Pflegebedürftige direkt),
- auf eine Kombination aus Pflegegeld und häuslicher Pflegehilfe, wenn sowohl ein Pflegedienst als auch Angehörige oder Freunde helfen.

Kann ich mich wirklich kostenfrei beraten lassen?

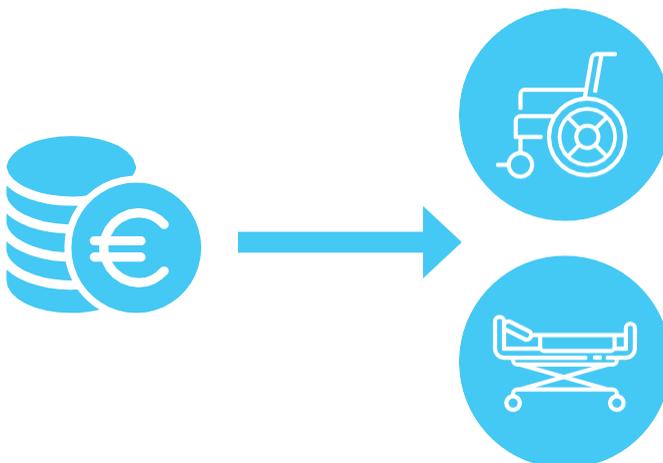
Ja, jeder Pflegebedürftige hat Anspruch auf individuelle Beratung zu Pflege- und Betreuungsleistungen, und das abhängig vom Pflegegrad bis zu vier Mal jährlich.

Für Empfänger von Pflegesachleistungen bzw. Pflegegeld sind diese Beratungen sogar Pflicht. Die Pflegedienste bieten fachlich fundierte Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause an. Sie erhalten beispielsweise Hinweise, wie Sie und/oder Ihre Angehörigen die Versorgung zu Hause verbessern können, um damit ein möglichst langes Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Auch die Pflegekassen selbst können für Beratungen angesprochen werden. Als Pflegebedürftige/r haben Sie Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung auch durch Pflegeberater/innen der Pflegekasse. Sie unterstützen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung).



Ja, die Kosten für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel werden bis zu 42 € monatlich von der Pflegekasse erstattet. Diese Pflegehilfsmittel müssen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung von Beschwerden beitragen, wie z. B. Einmalhandschuhe oder Materialien zur Inkontinenzversorgung. Zusätzlich übernimmt die Kasse die Kosten für Hilfsmittel, die eine selbstständige Lebensführung ermöglichen oder die Pflege erleichtern. Dazu gehört z. B. ein Rollstuhl oder ein Pflegebett.

“
Werden mir die
Kosten für Pflege-
hilfsmittel erstattet?
”





PFLEGE ZU HAUSE

Ich hab etwas
von Entlastungs-
leistungen gehört.
Was ist das?

Diese Entlastungsleistungen dienen sowohl Ihnen als auch Ihren pflegenden Angehörigen. Dies sind unter anderem pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auch Hilfen bei der Haushaltsführung durch ambulante Pflegedienste. Beispielsweise könnten Sie den Betrag dafür verwenden, dass ein Mitarbeiter des Pflegedienstes mit Ihnen spazieren geht oder Ihnen vorliest. Pflegebedürftige aller Pflegegrade erhalten hierfür einen Entlastungsbetrag von bis zu 131 € monatlich.





Wenn Sie einen Pflegegrad 1 haben, erhalten Sie im Rahmen des Entlastungsbetrags auch Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstattet – bei allen anderen Pflegegraden ist hierfür die häuslicher Pflegehilfe vorgesehen. Sie könnten den Entlastungsbetrag auch für die Mitfinanzierung von teilstationären Pflegeangeboten (z. B. Tagespflege; Kurzzeitpflege) einsetzen.

Die Entlastungsbeträge, die Sie in einem Monat nicht vollständig benötigen, können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Folgemonate übertragen werden. Auch in die ersten sechs Monate des nächsten Jahres ist ein „Mitnehmen“ der Geldbeträge möglich. Zu beachten ist dabei: Sie bezahlen den Leistungserbringer zunächst selbst und lassen sich die Kosten dann durch die Pflegekasse erstatten. Mitarbeiter/innen der Diakoniestationen erläutern gern diese Verfahrensweise.



PFLEGE ZU HAUSE



Was ist mit
„wohnumfeldverbessernde
Maßnahmen“ gemeint?



Es handelt sich hierbei um Zuschüsse zum Wohnungsumbau. Ziel der Maßnahmen soll der Erhalt Ihrer Selbstständigkeit sein. Ihnen stehen bis zu 4.180 € je Einzelmaßnahme zur Verfügung, um Ihre Wohnung so umzubauen, wie es Ihren persönlichen Belangen entspricht.

Technische Hilfen, wie z. B. ein Treppenlift, könnten Ihnen helfen, Treppen zu überwinden. Eine weitere bauliche Maßnahme kann die Verbreiterung von Türrahmen sein, damit Ihr Rollstuhl hindurch passt. Auch ein Zuschuss für den Umbau eines Bades für eine leichtere Nutzung auch bei Pflegebedürftigkeit ist möglich.

Voraussetzung für die Bezuschussung dieser Maßnahmen ist jedoch, dass Sie einen Pflegegrad haben und dass Sie den Zuschuss vor Maßnahmenbeginn beantragt haben.





Ja, Sie haben Anspruch auf 224 € pro Monat. Voraussetzungen sind jedoch:

- die Wohngemeinschaft (WG) wird ambulant betreut,
- die WG wird als solche anerkannt (d. h., es ist keine vollstationäre Versorgung),
- in der WG leben mindestens zwei weitere, maximal 11 Personen,
- Sie selbst als auch mindestens zwei weitere Personen in der WG haben einen Pflegegrad,
- Sie nehmen tatsächlich Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch.
- Die WG-Mitglieder müssen gemeinschaftlich eine Person (Präsenzkraft) unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung beauftragen, allgemeine organisatorische, verwaltende und betreuende Tätigkeiten zu verrichten bzw. das Gemeinschaftsleben zu fördern und sie im Haushalt zu unterstützen.

Ich überlege, ob ich mit anderen Personen in eine WG ziehe. Habe ich da zusätzliche Ansprüche?





PFLEGE ZU HAUSE



Meine Tochter pflegt mich zu Hause und ich würde ihr gern Geld dafür geben. Werde ich dabei von der Pflegekasse unterstützt?



Ja, die Arbeit von pflegenden Angehörigen oder ehrenamtlich Pflegenden wird in besonderer Weise wertgeschätzt.

Sie erhalten finanzielle Unterstützung in Form einer Geldleistung, das sogenannte Pflegegeld. Dies können Sie frei verwenden.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Pflegegrad der pflegebedürftigen Person. Hier eine Übersicht:

Pflegegrad	Pflegegeld
1	–
2	347 €
3	599 €
4	800 €
5	990 €

Höhe des monatlichen Pflegegeldes





Die Pflegeversicherung gewährt mit der „häuslichen Pflegehilfe“ folgende Unterstützungsleistungen: körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

- Körperbezogene Pflegemaßnahmen sind bspw. die Unterstützung bei der Körperpflege und beim Ankleiden, beim Essen und Trinken, beim Bewegen, Aufstehen oder auch beim Toilettengang.
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen bspw. Hilfe bei psychosozialen Problemlagen oder bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, auch hinsichtlich sozialer Kontakte oder Beschäftigungen im Alltag.
- Hilfe bei der Haushaltsführung meint Unterstützung beim Führen und Versorgen Ihres Haushalts.



Ich benötige Unterstützung durch einen Menschen, der mir morgens beim Aufstehen und im Bad hilft.





PFLEGE ZU HAUSE

Die Höhe der Zuschüsse für die häusliche Pflegehilfe durch einen Pflegedienst bemisst sich nach dem Pflegegrad, ab Pflegegrad 2 haben Sie Ansprüche darauf.

Pflegegrad	Zuschuss
1	–
2	796 €
3	1.497 €
4	1.859 €
5	2.299 €

Höhe der monatlichen Sachleistungen

Die Zuschüsse für die häusliche Pflege werden direkt an den von Ihnen beauftragten Pflegedienst ausbezahlt. Sollten die Zuschüsse nicht für die in Anspruch genommenen Leistungen ausreichen, müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen. Fragen Sie den Pflegedienst, welche Leistungen er erbringen kann und was diese kosten. Der Pflegedienst erstellt Ihnen ein individuelles Angebot.



Ja, sie können das Pflegegeld durchaus mit den Zuschüssen für „häusliche Pflegehilfe“ durch einen Pflegedienst kombinieren. Aber die Höhe des Pflegegeldes verringert sich anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.



Mich pflegt mein Schwiegersohn. Zusätzlich kommt aber auch der ambulante Pflegedienst zu mir. Bekomme ich auch dafür Zuschüsse?



Wie wäre es mit einem kostenfreien Pflegekurs?

Für pflegende Angehörige und andere private Pflegepersonen werden spezielle Kurse angeboten, um diese bei ihren Pflegeaufgaben zu unterstützen. Dort können

Sie lernen, was für die Praxis der täglichen Pflege und Betreuung wichtig ist. Neben den Kursen in Gruppen werden auch ganz individuelle Schulungen zu Hause angeboten. Schulungsangebote erhalten Sie sowohl bei den Pflegekassen als auch bei Pflegediensten. Die Kosten trägt die Pflegekasse.



Ich pflege meinen Vater. Aber ich bin mir oft unsicher, ob ich es richtig mache.





TAGESPFLEGE

In einer Tagespflegeeinrichtung werden pflegebedürftige Menschen durch qualifiziertes Personal an einigen oder an allen Wochentagen begleitet, betreut und gepflegt. Die Tagespflegegäste werden morgens von zu Hause abgeholt und spätestens abends nach Hause gebracht. Bei der Tagespflege wird vorausgesetzt, dass die Begleitung und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit während der Nacht, am Morgen und Abend und gegebenenfalls am Wochenende sichergestellt sind.

Tagespflege ist u. a. sinnvoll, um pflegende Angehörige zu entlasten und/oder um eine angemessene Betreuung und Pflege zu sichern, wenn Angehörige berufstätig sind. Die Tages- und Nachtpflege soll die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Dadurch sollen die Pflegebereitschaft und die Pflegetätigkeit im häuslichen Bereich erhalten und gefördert werden.

Die Pflegeversicherung zahlt folgende Zuschüsse für Leistungen der Tagespflege:

Pflegegrad	Leistungsbetrag (bis zu)
1	–
2	721 €
3	1.357 €
4	1.685 €
5	2.085 €



Wie viel Geld bekomme ich denn von der Pflegekasse für die Pflege im Pflegeeinrichtung?



Übersicht der Leistungen der Pflegekasse entsprechend dem Pflegegrad bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung.

Pflegegrad	Leistungsbetrag
1	131 €
2	805 €
3	1.319 €
4	1.855 €
5	2.096 €

HINWEIS:

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten bei vollstationärer Pflege nur einen geringen Zuschuss in Höhe von 131 €. Vollstationäre Pflege heißt, dass die Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim leben und dort rund um die Uhr versorgt sind.



WEITERE INFORMATIONEN

Als Pflegeperson brauche ich ab und zu eine Pause, auch möchte ich einmal Urlaub machen. Wer kann mich ersetzen?

Wenn eine Pflegeperson vorübergehend ausfällt, weil sie verreist oder krank ist, haben Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5, die ambulant versorgt werden, Anspruch auf eine Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt. Voraussetzung ist, dass der oder die Pflegebedürftige zuvor mindestens sechs Monate in häuslicher Umgebung versorgt wurde; einen Pflegegrad muss sie in dieser Zeit allerdings noch nicht gehabt haben.

Wer kann die Ersatzpflege übernehmen?

Die Ersatzpflege kann durch eine vertraute Person – Angehörige, Freunde, Nachbarn – oder durch einen ambulanten Pflegedienst geleistet werden, alternativ kann auch eine kurzzeitige Unterstützung in einer Pflegeeinrichtung stattfinden.



Wie viel Unterstützung zahlt die Pflegeversicherung für die Ersatzpflege?



Pro Kalenderjahr besteht für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 ein Gesamtanspruch auf Verhin-

derungspflege für längstens 42 Kalendertage. Hierfür erstattet die Pflegekasse maximal 1.612€. Dieser Betrag kann durch maximal 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf maximal 2.418 € erhöht werden. Allerdings verringert sich dann der Anspruch auf Kurzzeitpflege entsprechend.

Übernehmen Verwandte oder Verschwägerte bis zum zweiten Grad oder im Haushalt lebende Personen die Ersatzpflege, sind nur nachgewiesene Kosten maximal in Höhe des Pflegegeldes des jeweiligen Pflegegrades erstattungsfähig. Hat die Ersatzkraft höhere Ausgaben (z. B. Fahrkosten oder Verdienstausschluss) oder dient die Pflēgetätigkeit der Erzielung von Erwerbseinkommen, erstattet die Pflegeversicherung maximal 1.612 € (bzw. 2.418 €, sofern die Leistung der Kurzzeitpflege anteilig hinzugenommen wird).

Neu: Ab dem 1. Juli 2025 können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 den Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen in Höhe von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen.

Bei der Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder sind die Pflegeaufwendungen grundsätzlich auf den je nach Pflegegrad geltenden Pflegegeldbetrag für bis zu zwei Monate begrenzt

Tipp: Sprechen Sie zu diesen Fragen gern die Diakoniestation in Ihrer Nähe oder Ihre Pflegekasse an!

