

Weitere Informationen erhalten Sie bei

Pflegestützpunkt Wiesbaden

☎ 0611 31-3648 (Jörg Bracke; A – L)

☎ 0611 31-3590 (Monika Dernbach; M – Z)

E-Mail: pflegestuetzpunkt@wiesbaden.de

Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

☎ 0611 31-3487

E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de

Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e. V.

☎ 0611 72 44 23-0

E-Mail: info@alzheimer-wiesbaden.de

Geschäftsstelle des GereNETZ Wiesbaden

☎ 0611 31-4676 oder 31-3488

E-Mail: gerenetz@wiesbaden.de

- www.wiesbaden.de/gerenetz

Leistungen der Pflegeversicherung

Inhalt

Die wichtigsten Informationen zur Pflegeversicherung

Einleitung	2	
1. Pflegegrade	14	
2. Die wichtigsten Leistungen	20	
3. Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige	36	
4. Weiterführende Informationen	52	
5. Impressum	56	

Einleitung

Verschiedene Krankheiten oder Behinderungen können Pflegebedürftigkeit auslösen. Wenn ein Mensch dauerhaft nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen selbständig nachzugehen, ist Unterstützung zur Bewältigung der alltäglichen Verrichtungen erforderlich.

Neben den körperlichen Erkrankungen (wie z. B. Verlusten, Lähmungen oder anderen Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Erkrankungen der inneren Organe und der Sinnesorgane) gehören auch Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen zu den Hilfebedarf auslösenden Krankheitsbildern. Auch zunehmend ist die Zahl der Menschen, die infolge einer Demenz Unterstützung benötigen.

Die Pflege und Betreuung von erkrankten Menschen konfrontiert insbesondere die Angehörigen mit vielen Fragen.

Diese Broschüre soll bei der Bewältigung dieser Fragen eine Hilfestellung bieten.

Hinweise zur Schreibweise:

Um eine flüssige Leseweise zu ermöglichen, wird im Folgenden auf eine Geschlechtsform zurückgegriffen, zumeist die, die in der angesprochenen Personengruppe überwiegt. Gleichzeitig ist jedoch immer auch das andere Geschlecht impliziert.

Die Pflegesituation in Deutschland

Im Dezember 2024 waren über 5,69 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, 4,2 Millionen hiervon alleine in der sozialen Pflegeversicherung.

Die Datenerhebung des Statistischen Bundesamtes zum 18. Dezember 2024 ergab im Vergleich zum Bezugsjahr 2021 (knapp 5,0 Millionen) eine nochmalige Zunahme von Pflegebedürftigen um 15%. Dies resultiert überwiegend aus der demografischen Entwicklung.

Quelle:

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html; eingesehen am 30. September 2025

Die Pflegesituation in Hessen

Zum Jahresende 2023 haben 423.400 Personen in Hessen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung erhalten.

Gegenüber dem Bezugsjahr 2021 ist die Zahl um 55.000 Personen bzw. 14,9% gestiegen.

Der Anteil der pflegebedürftigen Frauen lag hierbei bei 61,2% deutlich über dem der männlichen Personen mit 38,8%.

Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen in Hessen (82,2%) war über 60 Jahre alt.

Quelle:

<https://statistik.hessen.de/presse/pflege-in-hessen-im-jahr-2023#:~:text=423%20400%20Personen%20in%20Hessen,14%2C9%20Prozent>; eingesehen am 30. September 2025

Die Pflegesituation in Wiesbaden

Auch für Wiesbaden stellt der demografische Wandel eine zunehmende Herausforderung dar. Mit dem allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung wächst auch die Zahl der Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Im Grundlagenbericht zur Altenhilfeplanung der Landeshauptstadt Wiesbaden wird prognostiziert, dass sich die Zahl der Menschen über 65 Jahre, die Leistungen im Bereich der Pflege in Anspruch nehmen müssen, ebenfalls wesentlich erhöhen wird.

Personengruppen, die hierbei vermehrt in den Fokus des öffentlichen Interesses rücken, sind zum einen der Kreis der älteren Menschen mit Demenz, zum anderen aber auch zunehmend jüngere Menschen die bspw. an den Folgen von Krebserkrankungen, Hirnblutungen oder Long Covid leiden.

Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf finden in Wiesbaden neben ärztlicher und therapeutischer Behandlung auch zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten, die von Beratungs- und Betreuungsangeboten, über häusliche Hilfen und Pflegedienste bis hin zu teil- und vollstationären Einrichtungen reichen. In den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, im Pflegestützpunkt und in der Geschäftsstelle des GereNETZ Wiesbaden sind entsprechende Adresslisten und Broschüren (wie z. B. Demenz – Angebote für Betroffene und deren Angehörige) erhältlich.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Hilfe durch andere Personen erforderlich wird, da gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, der Fertigkeiten oder der Fähigkeiten vorliegen. Die betroffenen Personen weisen körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen bzw. gesundheitlich bedingte Beanspruchungen oder Anforderungen auf. Diese können nicht mehr selbständig kompensiert oder bewältigt werden.

Die gesetzliche Pflegeversicherung greift dann, wenn Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dauerhaft – voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate – und zumindest die Voraussetzungen des Pflegegrades 1 vorliegen. Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wird durch eine kurzfristige Beeinträchtigung (z. B. acht Wochen Hilfebedarf nach einer Schenkelhalsfraktur) nicht ausgelöst.

Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegegrade berücksichtigt?

Für die Deckung der Bedarfe an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung stellen die Pflegekassen Leistungen zur Verfügung. Diese werden als Dienst-, Sach- oder Geldleistungen erbracht.

Die Art und der Umfang der Leistungen richten sich zum einen nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Zum anderen ist maßgeblich, ob eine häusliche, teil- und vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Das seit der Einführung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes eingesetzte Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfasst nicht mehr nur die „klassischen“ Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch

- die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- die Gestaltung von Alltagsleben und sozialen Kontakten, sowie
- den Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Belastungen.

Für die Beurteilung der Pflegegrade werden die folgenden sechs Module herangezogen:

- 1. Mobilität:** Hierunter werden die Aktivitäten Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs sowie das Treppensteigen berücksichtigt.
- 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Hierzu sind folgende Fragestellungen zu verstehen: Können Personen aus dem näheren Umfeld erkannt werden? Besteht eine örtliche und zeitliche Orientierung? Kann man sich an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen erinnern? Können mehrschrittige Alltagshandlungen noch gesteuert werden? Können Entscheidungen im Alltagsleben getroffen werden? Werden Sachverhalte und Informationen verstanden? Können Risiken und Gefahren erkannt werden? Erfolgt das Mitteilen von elementaren Bedürfnissen? Werden Aufforderungen adäquat verstanden? Erfolgt die Beteiligung an einem Gespräch?
- 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** In diesem Modul wird berücksichtigt, ob beispielsweise motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten vorliegen. Werden Gegenstände beschädigt? Besteht ein physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen? Werden verbale Aggressionen geäußert oder liegen andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten vor (z.B. Beschimpfungen der Pflegeperson)? Besteht ein Abwehrverhalten gegen pflegerische und andere unterstützende Maßnahmen? Liegen Wahnvorstellungen, Ängste oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage vor? Legt die betroffene Person sozial inadäquate Verhaltensweisen bzw. sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen an den Tag?

4. Selbstversorgung: Unter diesem großen Modul werden die Bereiche erfasst, welche man früher als „Grundpflege“ (Körperpflege) und „Ernährung“ bezeichnet hat. Beinhaltet sind das Waschen des vorderen Oberkörpers, die Körperpflege im Bereich des Kopfes, das Waschen des Intimbereichs, das Duschen und Baden einschließlich des Haarewaschens, das An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und das Eingießen von Getränken. Das Essen und Trinken selbst sowie die Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls werden hierbei besonders gewichtet. Auch das Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und der Umgang mit einem Verweilkatheter bzw. einem Urostoma (künstlicher Blasenausgang) werden berücksichtigt. Ebenso das Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und der Umgang mit einem Enterostoma (künstlicher Darmausgang) bis hin zur enteralen Ernährung (Sondenernährung). Weiterhin werden in diesem Modul das Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei bis zu 18 Monate alten Kindern (welche einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen) berücksichtigt. Bei der Selbstversorgung wurden bewusst nur Teilbereiche berücksichtigt, da sich weitere Einschränkungen der Selbständigkeit daraus ableiten lassen. Wer sich zum Beispiel den vorderen Oberkörper nicht selbständig waschen kann, wird auch den Rücken nicht alleine waschen können.

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) In Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Auswertung des Allgemeinzustandes, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandwechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden), zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden), Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Hierbei wird die Gestaltung des Tagesablaufs und die Anpassung an Veränderungen berücksichtigt. Ebenfalls wird das Ruhen und Schlafen sowie das „Sich beschäftigen“ bewertet. Weiterhin wird das Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt, bis hin zur Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds beurteilt.

Führen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dazu, dass die betroffene Person ihre Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann, werden diese im Gutachten unter dem Punkt „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ erfasst. Diese Informationen fließen jedoch nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit ein.

Die Schritte zu den Leistungen der Pflegeversicherung

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, wenn eine Person mit Pflegebedarf in den letzten zehn Jahren vor Antragsstellung mindestens zwei Jahre selbst- oder familienversichert war.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt. Dieser Antrag ist formlos möglich. Formlos bedeutet, dass der Antrag telefonisch, per E-Mail oder per Briefpost gestellt werden kann. Grundsätzlich ist es jedoch sinnvoll, das Antragsformular der jeweiligen Pflegekasse zu nutzen und dieses schriftlich einzureichen, um später einen Nachweis zu haben, falls es zu Unstimmigkeiten kommt.

Der Antrag ist an die Pflegekasse zu richten. Die zuständige Pflegekasse ist immer bei der Krankenversicherung organisiert, bei der ein Pflegebedürftiger krankenversichert ist. Das gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen (z. B. AOK – Die Gesundheitskasse, Barmer, Techniker Krankenkasse, Betriebskrankenkassen), wie auch für private Krankenkassen. Der Antrag muss immer für den Pflegebedürftigen – nicht im Namen des Pflegenden – gestellt werden.

Die eigentliche Begutachtung beginnt mit einem Besuch durch den Medizinischen Dienst (MD). Hier wird über die Pflegesituation aus der Sicht des Antragstellers und der Angehörigen/der Pflegeperson (Ist-Zustand) gesprochen. Im Hausbesuch und mit Sichtung der Unterlagen (z. B. Pflegeberichte, Arztbriefe) bildet sich der Gutachter eine Meinung über die nachfolgende Beurteilung des Hilfebedarfs.

Die Pflegekasse entscheidet unter Berücksichtigung des Gutachtens des MD, ob und in welchen Grad der Pflegebedürftige eingruppiert wird.

Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. In Ausnahmefällen kann sich die Frist verkürzen. Wird diese Frist nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70,00 € an den Antragsteller zu zahlen. Diese Regelung gilt jedoch nicht, sofern sich die pflegebedürftige Person in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt.

Sollte sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen verschlechtern, kann jederzeit eine erneute Begutachtung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Gesonderte Rehabilitationsempfehlung: Im Rahmen der Pflegebegutachtung ermittelt der MD auch ein eventuell vorhandenes Rehabilitationspotenzial und teilt der Pflegekasse das Ergebnis in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung mit. Dem bereits bestehenden Prinzip „Reha vor Pflege“ wird somit Genüge getan.

Der Medizinische Dienst Bund (MD-Bund) hat zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ein klar strukturiertes und übersichtliches Service- und Informationsangebot inklusive Flyer und Checklisten eingerichtet, welches Sie unter dem Link www.pflegebegutachtung.de finden.

1. Pflegegrade

So unterschiedlich der jeweilige Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Menschen ist, so individuell erfolgt auch die Ermittlung der Pflegegrade. Diese reichen von dem so genannten Pflegegrad 1 (nur geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) bis hin zum Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung).

Bei der Ermittlung des Pflegegrades wird ein deutlicher Schwerpunkt auf den Bereich der Selbständigkeit gelegt.

Es wird, wie in den Punkten „Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?“ und „Welche Hilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Pflegegrade berücksichtigt?“ bereits dargestellt, auf den Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, der Fertigkeiten oder der Fähigkeiten abgezielt.

Jedes einzelne Kriterium der erwähnten Module wird einer individuellen Punkteskala zugeordnet. Diese reicht in der Regel von 0 (hier ist die zu beurteilende Person noch vollkommen selbständig) bis zu 3 Punkten (hier wäre die Person komplett unselbständig und bedarf so der vollen Übernahme der Verrichtung durch eine Pflegeperson).

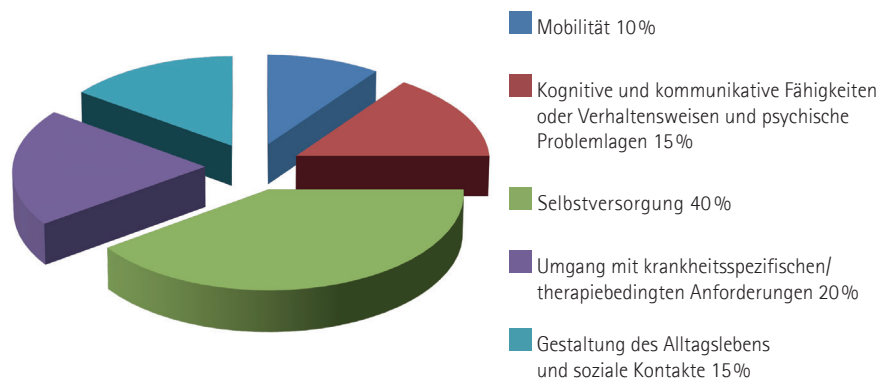
Hierzu ein Beispiel (Auszug) aus dem Modul 4 – Selbstversorgung:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3

Hinzu kommt, dass die einzelnen sechs Module auch noch unterschiedlich stark gewichtet werden:

Modul 1 (Mobilität):	10 Prozent
Modul 2 und 3 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen):	15 Prozent
(Nur das Modul mit der höheren Punktzahl wird gewertet.)	
Modul 4 (Selbstversorgung):	40 Prozent
Modul 5 (Behandlung/Therapie):	20 Prozent
Modul 6 (Alltagsgestaltung):	15 Prozent

Gewichtung der Module im neuen Begutachtungsinstrument



Nachdem für jedes Kriterium in den sechs Modulen die individuelle Punkteinstufung stattgefunden hat, erfolgt eine Addition der Punktwerte unter Berücksichtigung der zuvor genannten prozentualen Gewichtung.

Der daraus resultierende Gesamtpunktwert stellt das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit und somit daraus abgeleitet den jeweiligen Pflegegrad dar.

Pflegegrad	Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit	Gesamtpunkte
Ohne		unter 12,5
PG 1	geringe Beeinträchtigung	12,5 bis unter 27,0
PG 2	erhebliche Beeinträchtigung	27,0 bis unter 47,5
PG 3	schwere Beeinträchtigung	47,5 bis unter 70,0
PG 4	schwerste Beeinträchtigung	70,0 bis unter 90,0
PG 5	schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90,0 bis 100

Begutachtungsregeln für Kinder

Bei pflegebedürftigen Kindern wird zur Feststellung des Pflegegrades die Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeitsstörungen mit der altersentsprechenden Entwicklung von nicht pflegebedürftigen Kindern verglichen.

Kinder von 0 bis 18 Monaten

Bei pflegebedürftigen Kindern im Alter von 0 bis 18 Monaten gibt es eine Sonderregelung. Liegen bei ihnen die gleichen Einschränkungen vor, werden sie um einen Pflegegrad höher graduiert als ältere Kinder. Diese Sonderregelung soll dazu beitragen, dass unnötig oft Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten anfallen, welche sowohl für die Kinder als auch für die Eltern eine Belastung bedeuten. Zudem werden mit dieser Regelung natürliche Entwicklungsschwankungen berücksichtigt.

Ausnahme: Ein Antrag auf einen höheren Pflegegrad oder eine Nachuntersuchung ist aus fachlicher Sicht notwendig.

Gliederung des Begutachtungsinstruments (Punkteskalierung) für
Kinder von 0 bis 18 Monaten:

Pflegegrad	Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit	Gesamtpunkte
Ohne		unter 12,5
PG 2	erhebliche Beeinträchtigung	12,5 bis unter 27,0
PG 3	schwere Beeinträchtigung	27,0 bis unter 47,5
PG 4	schwerste Beeinträchtigung	47,5 bis unter 70,0
PG 5	schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	70,0 bis 100

2. Die wichtigsten Leistungen

2.1 Aufklärung, Beratung und Formen der Pflegeberatung

Den Pflegekassen kommt unter anderem die Aufgabe zu, ihre Versicherten hinsichtlich einer gesunden Lebensführung zwecks Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit aufzuklären und zu beraten. Hierbei ist auch auf gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen hinzuweisen.

Weiterhin haben die Pflegekassen die Verpflichtung, ihre Versicherten sowie deren Angehörige insbesondere zu den Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch zu Hilfen und Leistungen anderer Träger zu informieren. Ebenso ist der Hinweis zu erbringen, dass ein Anspruch auf die Zusendung des Pflegegutachtens und der darin enthaltenen gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung der Gutachter besteht.

Die Pflegekasse hat die antragstellende Person unverzüglich nach Eingang des Antrags neben der Zusendung von Leistungs- und Preisvergleichslisten von Leistungserbringern (beispielsweise ambulante Pflegedienste und anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag) auf folgende Beratungsmöglichkeiten verbindlich hinzuweisen:

- a) individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekasse auf Wunsch des Pflegebedürftigen,
- b) verpflichtende Pflegeberatung bei Erstantragstellung auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung,
- c) unabhängige Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten.

Unabhängige Beratung im Pflegestützpunkt Wiesbaden

Der Pflegestützpunkt Wiesbaden wurde zum 1. Juli 2010 in einer gemeinsamen Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassenverbände in Hessen und der Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, errichtet.

Die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes bieten eine umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zur Auswahl, Vernetzung und Inanspruchnahme von Pflege- und Sozialleistungen sowie Hilfsangeboten. Es erfolgt eine Unterstützung bei der Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Antragstellung und der Inanspruchnahme der Leistungen.

Der Pflegestützpunkt Wiesbaden arbeitet mit allen Einrichtungen und Diensten zusammen, die sich mit Fragen der Prävention, Rehabilitation, Pflege und Hilfen zur Lebensgestaltung befassen und dient als Ansprechpartner für Ärzte, Krankenhäuser sowie Sanitätshäuser. Einen besonderen Schwerpunkt bildet dabei die Beratung von jüngeren, unter 60-jährigen Menschen mit einem Pflegebedarf und/oder einer Behinderung sowie deren Angehörigen.

2.2 Leistungen bei Pflegegrad 1

Die Pflegeversicherung gewährt bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Weiterhin wird ein sogenannter Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 € monatlich gewährt. Dieser kann im Rahmen der Kosten-erstattung für Folgendes eingesetzt werden: Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste (Pflegesachleistungen) sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, die eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gewählt haben, gewährt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 131,00 € monatlich.

2.3 Pflegesachleistungen

Die Pflegesachleistung umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). **Ansprüche bestehen nur in den Pflegegraden 2 bis 5.**

Die Pflegesachleistungen werden durch ambulante Pflegedienste erbracht. Ziel der häuslichen Pflegehilfe ist es, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen weitestgehend durch pflegerische Maßnahmen zu kompensieren oder zu mindern bzw. einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Neben den zuvor beschriebenen pflegerischen Maßnahmen der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen Bestandteil der Pflegesachleistungen. Hinzu kommen Betreuungsmaßnahmen, welche Unterstützungsleistungen zur Bewältigung sowie die Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld umfassen; insbesondere bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder Gefährdungen, bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat:

Pflegegrad	Pflegesachleistungen
PG 1	
PG 2	bis zu 796,00 €
PG 3	bis zu 1.497,00 €
PG 4	bis zu 1.859,00 €
PG 5	bis zu 2.299,00 €

Für die Erbringung der Pflegesachleistungen ist ein individueller **Pflegevertrag** zwischen der pflegebedürftigen Person (bzw. deren Vertretungsberechtigten) und einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst zu schließen. Im Pflegevertrag sind folgende Punkte verpflichtend aufzuführen: Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Leistungsträgern jeweils vereinbarten Vergütung. Der Pflegedienst muss seine Preise im Vertrag zum Beispiel durch Erstellen eines Kostenvoranschlages transparent machen. Bei wesentlichen Änderungen in der Versorgung ist die pflegebedürftige Person in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu informieren. Der Vertrag muss schriftlich vereinbart werden und kann von Seiten des Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

2.4 Pflegegeld

Statt der häuslichen Pflegehilfe durch professionelle Kräfte kann sich ein pflegebedürftiger Mensch auch von ehrenamtlichen Pflegepersonen, insbesondere von Angehörigen, pflegen lassen. In diesem Fall wird anstelle der Pflegesachleistung ein Pflegegeld ausbezahlt.

Gezahlt werden je Kalendermonat für Pflegebedürftige:

Pflegegrad	Pflegeleistungen
PG 1	
PG 2	347,00 €
PG 3	599,00 €
PG 4	800,00 €
PG 5	990,00 €

Um die Qualität der Pflege zu sichern und der Pflegeperson regelmäßig Hilfestellung zu geben, ist von den Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3 einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich verpflichtend eine Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst durchführen zu lassen. Dieser Einsatz wird der Pflegekasse durch den betreffenden Pflegedienst schriftlich nachgewiesen. Die Kosten für den Beratungseinsatz werden von der Pflegekasse übernommen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch auf einen halbjährlichen Beratungsbesuch durch einen zugelassenen Pflegedienst. Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Dienst im Rahmen der Sachleistungen versorgt werden, können ebenfalls halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Es besteht jedoch in beiden Fällen keine Verpflichtung zur Inanspruchnahme.

2.5 Kombination von Sach- und Geldleistungen

Es ist auch möglich, Pflegegeld und Pflegesachleistung zu kombinieren. Das heißt, dass die Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch genommen wird und für den nicht in Anspruch genommenen Teil entsprechend ein anteiliges Pflegegeld ausbezahlt ist. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden sollen, ist für den Anspruchsberechtigten grundsätzlich sechs Monate bindend. Lässt sich das Ausmaß der Pflegesachleistung im Einzelfall jedoch nicht im Voraus bestimmen, kann das anteilige Pflegegeld auch auf Antrag von der Pflegekasse monatlich ermittelt und ausbezahlt werden.

Berechnungsbeispiel Pflegegrad 3:

Sachleistung	35 %	(von 1.497,00 €)	=	523,95 €
Pflegegeld	65 %	(von 599,00 €)	=	389,35 €
Gesamt:	100 %			

Berechnungsbeispiel Pflegegrad 4:

Sachleistung	60 %	(von 1.859,00 €)	=	1.115,40 €
Pflegegeld	40 %	(von 800,00 €)	=	320,00 €
Gesamt:	100 %			

2.6 Leistungen der (teilstationären) Tagespflege

Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege (ab Pflegegrad 2) in Einrichtungen der Tagespflege besteht für den Fall, dass die häusliche Pflege nicht mehr ausreichend ist oder zur Ergänzung bzw. Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich wird. Enthalten ist die Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

Pflegegrad	Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI
PG 1	
PG 2	bis zu 721,00 €
PG 3	bis zu 1.357,00 €
PG 4	bis zu 1.685,00 €
PG 5	bis zu 2.085,00 €

Nimmt eine pflegebedürftige Person sowohl ambulante (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Sachleistung) als auch teilstationäre Leistungen (Tagespflege) in Anspruch, so können die Leistungen der Tagespflege neben den ambulanten Leistungen in vollem Umfang (100%) in Anspruch genommen werden.

2.7 Vollstationäre Pflege

Einen Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen haben Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5**.

Dieser Anspruch ist davon abhängig, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen.

Die Notwendigkeit der vollstationären Pflege kann vorliegen bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen oder wenn
- die räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich keine ambulante Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden können.

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und die Aufwendungen der Betreuung in pauschalierter Form. Die Höhe der Leistungen im Pflegeheim ist abhängig von dem jeweiligen Pflegegrad. Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die pflegebedingten Aufwendungen lediglich einen Zuschuss in Höhe von 131,00 € monatlich.

Übernommen werden je Kalendermonat in

Pflegegrad	Vollstationäre Pflege
PG 1	131,00 € (Zuschuss)
PG 2	805,00 €
PG 3	1.319,00 €
PG 4	1.885,00 €
PG 5	2.096,00 €

In stationären Pflegeeinrichtungen gilt ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE), der von den Bewohnern zu tragen ist. Die Höhe ist unabhängig vom Pflegegrad und für alle Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 gleich. Ein Bewohner mit Pflegegrad 5 muss also aus seinen eigenen Mitteln nicht mehr tragen als ein Bewohner mit Pflegegrad 2. Der einheitliche Eigenanteil variiert von Pflegeheim zu Pflegeheim.

Kann der Pflegebedürftige die anfallenden zusätzlichen Kosten nicht aus eigenen Mitteln finanzieren, besteht die Möglichkeit, einen Antrag bei dem zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen.

Ab dem Pflegegrad 3 werden die Restkosten, sofern ein Anspruch besteht, übernommen. Bei den **Pflegegraden 1 und 2** bedarf es einer gesonderten Prüfung des Sozialleistungsträgers, ob stationäre Pflege erforderlich ist. Der Kontakt mit dem zuständigen Fachdienst, Hilfe zur Pflege stationär der Stadt Wiesbaden, sollte vor der Heimaufnahme erfolgen.

Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen zusätzliche Betreuungskräfte als Individualanspruch vorhalten. Der sogenannte Betreuungsschlüssel von einer Betreuungskraft für 20 Bewohner (1:20) ist für alle stationären Einrichtungen verpflichtend, die hierfür Vergütungszuschläge der jeweiligen Pflegekassen erhalten.

Anspruchsberechtigt sind alle pflegebedürftigen Heimbewohner. Das verbessert den Pflegealltag in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

2.8 Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau

Die Pflegekassen gewähren ab Pflegegrad 1 Pflegehilfsmittel bzw. Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen. Voraussetzung ist, dass diese der Erleichterung der Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen und/oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Der Antrag auf Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann grundsätzlich ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden.

Es gibt zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

- **Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** werden von den Pflegekassen monatlich bis zu einem Betrag von 42,00 € bezahlt (z. B. saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel usw.).
- **Technische Pflegehilfsmittel** werden in der Regel leihweise von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt (z. B. Pflegebetten). Ist eine leihweise Versorgung nicht möglich, fällt ab dem vollendeten 18. Lebensjahr eine Zuzahlung in Höhe von 10% des Kaufpreises an (höchstens jedoch 25,00 €).

Wichtig ist die Abgrenzung zwischen Pflegehilfsmitteln (Leistungsträger Pflegekassen) und Hilfsmitteln (Leistungsträger Krankenkassen).

Die Krankenkasse ist Leistungsträger, wenn mit dem Hilfsmittel der Erfolg der Krankenbehandlung gesichert wird, einer drohenden Behinderung vorgebeugt werden kann oder eine Behinderung auszugleichen ist.

Die Pflegekasse ist vorrangiger Leistungsträger, wenn Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt und das (Pflege-)Hilfsmittel einen die Pflege erleichternden Charakter hat. Pflegehilfsmittel sollen zudem dafür sorgen, dass pflegebedürftige Menschen ihre Selbständigkeit

wiedererlangen oder erhalten können. Auch bei Pflegebedürftigkeit besteht ein uneingeschränkter Anspruch auf Hilfsmittelversorgung im Sinne des Rechts der Krankenversicherung.

Zuschüsse zu Maßnahmen, die das Wohnumfeld verbessern, werden ebenfalls zu den Pflegehilfsmitteln gezählt.

Unter das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen entweder Umbaumaßnahmen oder technische Hilfen im Haushalt. Folgende Leistungen können bezuschusst werden:

- Maßnahmen, die einen Eingriff in die Bausubstanz erfordern (Beispiele hierfür sind der Einbau von individuellen Liftsystemen in Badezimmern, fest installierte Treppenlifter und Rampen, Türverbreiterungen usw.)
- Einbau bzw. Umbau von vorhandenem Mobiliar, welches aufgrund der konkreten Pflegesituation individuell umgestaltet oder hergestellt werden muss (zum Beispiel der Austausch einer Badewanne durch eine Duschtasse oder die Absenkung von Küchenhängeschränken)
- Selbst ein Umzug kann als Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes angesehen werden, wenn durch eine andere Wohnung den Anforderungen der Pflegebedürftigen (also die Pflege dadurch erleichtert oder erst ermöglicht wird) Rechnung getragen werden kann. Das ist beispielsweise der Fall, wenn ein Umzug von einer Wohnung im Obergeschoss in eine Wohnung im Erdgeschoss stattfindet oder ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung erfolgt.

Die Pflegekassen gewähren im Rahmen ihres Ermessens einen Betrag von bis zu 4.180,00 € je Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige in einem Haushalt, so beträgt der Zuschuss grundsätzlich für jeden 4.180,00 €; er ist jedoch insgesamt begrenzt auf 16.720,00 €. Wohnen mehr als vier pflegebedürftige Personen in einem Haushalt, so werden die Kosten anteilig auf die jeweiligen Pflegekassen aufgeteilt.

Zu beachten ist dabei, dass alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Zuschusses gewährt werden, als EINE Maßnahme gelten. Auch verschiedene Einzelmaßnahmen zusammen gelten als eine Maßnahme im Sinne des Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn durch die jeweils notwendigen Einzelmaßnahmen unterschiedliche Ziele erreicht werden. Irrelevant ist auch, ob die verschiedenen Maßnahmen innerhalb oder außerhalb der Wohnung erfolgen oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden.

Ändert sich allerdings die Pflegesituation und es wird eine weitere Wohnumfeld verbessernde Maßnahme erforderlich, kann ein erneuter Zuschuss von bis zu 4.180,00 € gewährt werden.

3. Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige

3.1 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für eine Ersatzpflege längstens für acht Wochen im Jahr, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege verhindert ist. Voraussetzung ist jedoch, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Die Verhinderungspflege kann entweder tageweise (bis zu einer Höchstdauer von acht Wochen im Kalenderjahr) oder stundenweise (weniger als acht Stunden pro Tag) in Anspruch genommen werden.

Wichtig ist, dass es sich hierbei um keinen Pauschalbetrag handelt, sondern die einzelnen Einsatztage oder Einsatzstunden nachgewiesen werden müssen. Der Betrag kann auch über mehrere Teilzeiträume im Jahr in Anspruch genommen werden.

Für eine selbst beschaffte Ersatzpflegeperson, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft lebt, erstattet die Pflegekasse nur die Kosten in Höhe der zweifachen Geldleistung des vorliegenden Pflegegrades. Zusätzlich können in diesen Fällen noch nachgewiesener Verdienstaufschlag und/oder Fahrtkosten erstattet werden. Insgesamt darf die Summe in Höhe von maximal 3.539,00 € nicht überschritten werden.

Wichtig:

- Bei Personen, die Pflegegeld beziehen, halbiert sich die Pflegegeldzahlung für die Dauer der tageweisen Verhinderungspflegeleistung. Lediglich für den ersten Leistungstag und für den Tag der Beendigung der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld voll ausgezahlt. Bei stundenweiser Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt.

3.2 Stationäre Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Versorgung nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5** Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung, die Kurzzeitpflege anbietet. Der Anspruch ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt und gilt zum Beispiel für eine Übergangszeit im Anschluss an einen stationären Klinikaufenthalt oder wenn in anderen Krisensituationen eine häusliche oder teilstationäre Unterbringung nicht ausreicht. Für behinderte Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres besteht in begründeten Einzelfällen auch Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen oder einer anderen geeigneten Einrichtung.

Wichtig:

- Der Leistungsanspruch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beinhaltet Pflege, Betreuung sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Investitionskosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Pflegeeinrichtung werden von der Pflegekasse nicht getragen.

- Bei Pflegegeldbeziehern halbiert sich der Anspruch auf die Pflegegeldzahlung für die Dauer des Aufenthalts, sofern unmittelbar vorher Pflegegeld bezogen wurde. Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird Pflegegeld anteilig in voller Höhe ausgezahlt.

3.3 Entlastungsbudget

Das sogenannte Entlastungsbudget vereint die bis 30. Juni 2025 getrennten Budgets für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 können einen gemeinsamen Jahresbetrag von bis zu 3.539,00 € zur flexiblen Nutzung in Anspruch nehmen.

Durch die Bündelung der Leistungen soll der Zugang zu Unterstützungsleistungen erleichtert und der bürokratische Aufwand für pflegende Angehörige reduziert werden.

Leistungen, die zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2025 bereits in Anspruch genommen wurden, werden jedoch auf das Gesamtbudget angerechnet.

3.4 Entlastungsbetrag

Die Pflegekassen gewähren jedem Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege einen Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 131,00 €.

Dieser Betrag dient der zweckgebundenen Erstattung von qualitätsge- sicherten Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und ver- gleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebe- dürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Mit dem Entlastungsbetrag können Leistungen der Kurzzeit-, Ver- hinderungs-, Tages- und Nachtpflege sowie Betreuungs- und Haushalts- leistungen finanziert werden. Erbracht werden dürfen diese Betreuungs- und Haushaltsleistungen von dafür zugelassenen ambulanten Pflege- diensten und von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unter- stützung im Alltag.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflege- personen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt (insbesondere bei der Haushaltsführung) sowie bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfe- leistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Ab Feststellung von Pflegebedürftigkeit (häusliche Pflege) besteht der Leistungsanspruch. Der Entlastungsbetrag kann innerhalb eines jeweiligen Kalenderjahres entweder monatlich in Anspruch genommen oder auch über einen längeren Zeitraum angespart werden.

Wird er nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr (Stichtag 30.06.) übertragen werden.

Neben zugelassenen Anbietern wie Pflegedienste ist die Inanspruch- nahme der **ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfe** möglich. Die privaten Personen dürfen jedoch nicht mit der pflegebedürftigen Person verwandt bzw. verschwägert sein und nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dieser leben.

3.5 Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Pflegezeitgesetz

Wer einen nahen Angehörigen (Ehegatten, Lebenspartner, Partner in einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder) in seiner häuslichen Umgebung pflegt, hat unter bestimmten Voraussetzungen gegenüber seinem Arbeitgeber einen Rechtsanspruch aus dem Pflegezeit- bzw. Familienpflegezeitgesetz.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen bei Beginn der Pflege

Arbeitnehmer können eine sofortige zehntägige Auszeit (ohne Vorlauf- zeit) von der Arbeit nehmen, wenn es einen **akuten** Pflegefall in der Familie gibt. Sie erhalten für maximal zehn Tage Pflegeunterstützungs- geld, welches bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen unverzüglich beantragt werden muss. Das Pflegeunterstützungsgeld gibt Familien so die Möglichkeit, sich im akuten Notfall um ihre pflegebedürftigen An- gehörigen zu kümmern und eine bedarfsgerechte Pflege organisieren zu können. Voraussetzung ist allerdings, dass Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt oder es liegen Tatsachen vor, aus denen sich er- gibt, dass Pflegebedürftigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Diese

gesetzliche Regelung gilt für alle Arbeitnehmer (unabhängig von der Betriebsgröße).

Wichtig ist vor allem, dass der Arbeitnehmer unverzüglich mitteilt, dass er die kurzfristige Auszeit braucht und wie lange diese andauert. Außerdem muss eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen vorgelegt werden.

Was genau ist in diesem Zusammenhang unter **akut** zu verstehen:

- Die Situation tritt plötzlich auf und es bestand somit keine Zeit vor auszuplanen.
- Eine andere Pflegeperson ist nicht verfügbar oder fällt kurzfristig aus.
- Die Situation des Pflegebedürftigen hat sich plötzlich verschlimmert.
- Es besteht keine Möglichkeit, den Pflegebedürftigen in einer Einrichtung der stationären Pflege unterzubringen.
- Der Arbeitnehmer muss sich während der Arbeitszeit um Organisatorisches kümmern und braucht diese kurzfristige Auszeit deswegen sofort.

Pflegeunterstützungsgeld – PÜG

Arbeitnehmer erhalten für die zehntägige Auszeit eine Entgeltersatzleistung: das Pflegeunterstützungsgeld. Dies gilt auch für Minijobber. Als Pflegeunterstützungsgeld zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts oder
- 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, wenn in den letzten zwölf Kalendermonaten vor der Freistellung eine beitragspflichtige Einmalzahlung gezahlt wurde.

Das PÜG darf das tägliche Höchstkrankengeld von 128,63 € (2025) nicht überschreiten. Vom PÜG werden zudem noch Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge entrichtet. Die Leistungen werden von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht.

Der Anspruch auf das PÜG besteht jährlich für zehn Tage, sofern jeweils ein neues Akutereignis eintritt.

Sechsmonatige Pflegezeit

Der Arbeitnehmer hat das Recht, für einen Zeitraum von **längstens sechs Monaten**, vollständig oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt zu werden, um nahe Angehörige zu pflegen. Es besteht eine Ankündigungsfrist von zehn Tagen. Die Pflegezeit kann auch im Anschluss an die kurzfristige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen genommen werden.

Wer von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen (zu beantragen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, BAFzA). Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Der Arbeitgeber muss dafür den Umfang der Freistellung, die arbeitsvertraglichen Wochenstunden der letzten zwölf Monate vor der Freistellung sowie das ausfallende Entgelt bescheinigen.

Nach Ende der Pflegezeit muss das Darlehen in Raten zurückgezahlt werden (Untergrenze 50,00 € im Monat). Bei Härtefällen kann das Darlehen durch das BAFzA auch gestundet werden.

Der Rechtsanspruch auf Freistellung besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Wichtig:

- Während der Pflegezeit muss mit der Kranken- und Pflegekasse das Versicherungsverhältnis geklärt werden, da im Sozialversicherungsrechtlichen Sinne eine Beschäftigung als beendet gilt, sofern ein kompletter Monat nicht mit Beitragszahlungen durch den Arbeitgeber belegt ist!

Familienpflegezeit – Grundsätzliches

Wenn die zunächst gewählte Dauer zur Pflege der oder des nahen Angehörigen nicht ausreicht, kann die Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur jeweiligen Höchstdauer verlängert werden. **Die Höchstdauer beträgt bei der Pflegezeit sechs Monate und bei der Familienpflegezeit 24 Monate.**

Gegenüber dem Arbeitgeber besteht ein Anspruch auf Verlängerung, wenn ein Wechsel der Pflegeperson aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Freistellungsansprüche dürfen auch bei einer Kombination der verschiedenen Ansprüche und bei einer Verlängerung eine Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschreiten.

Wenn Sie Familienpflegezeit in Anspruch nehmen möchten, gilt eine Ankündigungsfrist von acht Wochen. Für den Übergang von der bis zu sechsmonatigen Pflegezeit zur Familienpflegezeit ist eine Ankündigungsfrist von drei Monaten einzuhalten.

Ausstieg aus dem Beruf für 24 Monate

Auf die **24-monatige Familienpflegezeit**, bei der pflegende Beschäftigte ihre Arbeitszeit bis auf eine **Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden** reduzieren können, besteht ein Rechtsanspruch. Der Einkommensausfall kann auch in diesem Fall durch ein zinsloses Darlehen abgedeckt werden.

Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht gegenüber Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten.

Von dieser Regelung profitieren somit sowohl die Beschäftigten, die in ihrer Tätigkeit verbleiben, als auch die Arbeitgeber, die nicht gänzlich auf die fachliche Kompetenz erfahrener Mitarbeiter verzichten müssen.

Pflegezeit bei Minderjährigen

Um einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen sowohl im eigenen Zuhause als auch außerhäuslich, zum Beispiel bei einem längeren Aufenthalt in einer Spezialklinik, betreuen zu können, besteht für Beschäftigte die Möglichkeit der **vollständigen oder teilweisen Freistellung für bis zu sechs Monate oder der teilweisen Freistellung für bis zu 24 Monate bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden**. Im Rahmen der angekündigten Freistellung zur Betreuung minderjähriger pflegebedürftiger Angehöriger ist ein Wechsel zwischen der häuslichen Pflege und der Betreuung in einer Einrichtung jederzeit möglich.

Pflegezeit für die Begleitung in der letzten Lebensphase

Auch für die Begleitung einer oder eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase gibt es die Möglichkeit **einer bis zu drei Monate dauernden vollständigen oder teilweisen Freistellung** nach dem Pflegezeitgesetz. Die Begleitung kann auch in einem Hospiz erfolgen.

Reicht die bisher beantragte Dauer zur Pflege nicht aus, kann die Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur jeweiligen Höchstdauer verlängert werden. Gegenüber dem Arbeitgeber besteht ein Anspruch auf Verlängerung, wenn ein Wechsel der Pflegeperson aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Freistellungsansprüche dürfen auch bei einer Kombination der verschiedenen Ansprüche und bei einer Verlängerung eine Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschreiten.

In allen Fällen kann eine vorzeitige Beendigung nur mit Zustimmung des Arbeitgebers erfolgen.

Es besteht Kündigungsschutz ähnlich wie beim Mutterschutz oder in der Elternzeit.

3.6 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Damit eine Pflegeperson sozial abgesichert werden kann, sind folgende Grundvoraussetzungen von ihr zu erfüllen:

1. Die Pflegeperson pflegt einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens **Pflegegrad 2** mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in deren häuslicher Umgebung. Die Pflege darf nicht erwerbsmäßig erfolgen. Das bedeutet, dass die Pflegeperson für ihre Tätigkeit keine finanzielle Zuwendung erhält, die das ausgezahlte Pflegegeld übersteigt. Bei nahen Familienangehörigen wird allgemein eine nicht erwerbsmäßige Pflege angenommen.
2. Die Pflegeperson ist neben der Pflege maximal 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Absicherung in der Rentenversicherung:

Bei Vorliegen der zuvor genannten Voraussetzungen zahlt die Pflegekasse der bzw. des Pflegebedürftigen für die Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (sofern keine Ausschlusstatbestände vorliegen). Die Höhe der zu zahlenden Beiträge richtet sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem wöchentlichen Stundenumfang der Pfl egetätigkeit.

Die Pflegeperson erhält von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen einen **Antrag auf Versicherungspflicht**. Es handelt sich um eine Versicherungspflicht von Amts wegen. Das heißt, sofern der Pflegekasse alle relevanten Angaben vorliegen und keine Ausschlusstatbestände bekannt sind, ist diese zur Zahlung entsprechender Beiträge verpflichtet.

Die Beitragsabführung erfolgt alleinig durch die zuständige Pflegekasse; für die Pflegeperson entsteht keine Beitragsbelastung.

Nähere Informationen zur Rentenversicherung der Pflegepersonen sowie eine Informationsbroschüre erhalten Sie gratis unter der kostenfreien Servicrufnummer der Deutschen Rentenversicherung unter 0800 10 00 48 00. Hier erfahren Sie auch die Adressen von Beratungsstellen vor Ort.

Versicherung in der Arbeitsförderung:

Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, unabhängig von der Inanspruchnahme von Pflegezeit, in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

Weitere Voraussetzungen sind:

Die Pflegeperson muss

- unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig gewesen sein, d. h., ihre versicherungspflichtige Arbeit entweder komplett aufgegeben oder reduziert haben

oder

- eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungsverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung unterbrochen hat.

Beim Vorliegen aller Voraussetzungen entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit.

Nähere Informationen erteilen die **Bundesagentur für Arbeit**, die **Pflegekassen** oder die **private Pflege-Pflicht-Versicherung**.

Unfallversicherung der Pflegepersonen:

Alle nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen im häuslichen Bereich (z. B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn usw.) sind während der pflegerischen Tätigkeit bei den gemeindlichen Unfallversicherungsträgern beitragsfrei versichert, sofern die zuvor genannten Voraussetzungen in der Rentenversicherung vorliegen.

Unfallversichert sind Tätigkeiten im Bereich der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden usw.), der Ernährung (beispielsweise Vor- und Zubereitung der Nahrung), der Mobilität (wie Hilfen beim Aufstehen und Zubettgehen, Gehen, Treppensteigen) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (Kochen, Reinigen der Wohnung, Einkaufen usw.).

Zu beachten ist jedoch, dass nur solche Tätigkeiten unfallversichert sind, die überwiegend dem pflegebedürftigen Menschen zugutekommen. Tätigkeiten, die mit der gesamten Wohnungsgemeinschaft und gleichzeitig dem pflegebedürftigen Menschen in Verbindung gebracht werden, sind nicht versichert.

Unter den Unfallversicherungsschutz fallen

- Arbeitsunfälle: Unfälle, die unmittelbar mit der Pflege Tätigkeit zusammenhängen (beispielsweise: Pflegeperson rutscht bei der Tätigkeit „Baden“ aus und verletzt sich).
- Wegeunfälle: Unfälle auf dem Weg zur Pflege Tätigkeit oder zurück (z. B. ein Fahrradunfall auf nasser Straße auf dem Hinweg zum Pflegebedürftigen).
- Berufskrankheiten: Bestimmte Erkrankungen, die nachweislich durch gesundheitsschädigende Einwirkungen während der Pflege Tätigkeit entstanden sind (z. B. Infektionskrankheiten).

Von den Unfallkassen werden Heilbehandlungen (ärztliche Behandlungen, Arznei- und Heilmittelanwendungen), berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen (beispielsweise Umschulungen oder Hilfen im Haushalt) sowie Geldleistungen (Verletztengeld, Versicherten- oder Hinterbliebenenrenten) erbracht.

In Hessen wendet man sich an die **Unfallkasse Hessen**

Leonardo-da-Vinci-Allee 20 | 60486 Frankfurt am Main

Servicetelefon: 069 29972-440 (montags bis freitags von 7:30 – 18 Uhr)

E-Mail: ukh@ukh.de

Anschriften anderer Länder erhält man beim Bundesverband der Unfallkassen in München unter www.unfallkassen.de

3.6 Schonvermögen von Angehörigen

Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung, des Einkommens des Pflegebedürftigen und Ersparnisse nicht aus, um die Kosten für eine häusliche oder stationäre Pflege zu tragen, kann der pflegebedürftige Mensch (oder seine Vertretung) einen Antrag auf Übernahme der restlichen Kosten beim örtlichen Sozialhilfeträger stellen. Ob und inwieweit hierbei ein sogenanntes Schonvermögen unangetastet bleibt, hängt vom Einzelfall ab und wird individuell geprüft.

Die Selbstbehalte für Angehörige, die zum Elternunterhalt herangezogen werden, richten sich nach den Richtlinien der Oberlandesgerichte (OLG) im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe. Diese können bei Bedarf beim zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger erfragt werden.

3.7 Steuerliche Entlastung/Steuerfreibetrag für nicht bezahlte pflegende Personen

Wer eine pflegebedürftige Person in deren oder in seiner eigenen Wohnung betreut und pflegt, hat Anspruch auf einen Pflegepauschbetrag. Dies gilt, wenn der Pflegebedürftige „hilflos“ ist (Behindertenausweis mit Merkzeichen „H“) oder wenn ein Pflegegrad von mindestens 2 besteht. Ferner ist erforderlich, dass zwischen der Pflegeperson und dem Pflegebedürftigen eine enge persönliche Beziehung besteht (Verwandschaft oder enges Nachbarschaftsverhältnis).

Der Pauschbetrag wird gestaffelt und unabhängig von den tatsächlichen Aufwendungen (ohne erforderlichen Nachweis) angesetzt. Er wird ungekürzt als Jahresbetrag angerechnet. Dabei ist es egal, ob die Voraussetzungen das ganze Jahr über gegeben waren. Der Pflegepauschbetrag wird auch nicht um eine zumutbare Belastung gekürzt.

Wichtig ist, dass die pflegebedürftige Person unentgeltlich gepflegt wird.

Im Pflegegrad 2 beträgt der Pauschbetrag derzeit 600,00 €; im Pflegegrad 3 1.100,00 € und in den Pflegegraden 4 und 5 jeweils 1.800,00 €.

4. Weiterführende Informationen

Demenz Angebote für Betroffene und deren Angehörige.

Ausgabe Dezember 2024. Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter
Konradinerallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: beratung-im-alter@wiesbaden.de

Pflegeleistungen zum Nachschlagen

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Mai 2025

Bezugsadresse:

www.publikationen-bundesregierung.de/pp-de/publikationssuche/pflegeleistungen-2336832

Ratgeber Pflege

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Januar 2025

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

Ratgeber zur Krankenversicherung

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Januar 2025

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

Ratgeber Demenz

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Juni 2025

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

Flyer Pflegebedürftig. Was nun?

Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber). Januar 2025

Bezugsadresse:

www.bundesgesundheitsministerium.de/Service/publikationen.html

Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen

11. Auflage 2023, Printprodukt 7,50 €, Download 5,00 €

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Bezugsadresse:

<https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/>

Rechtliche Vorsorge. Sie entscheiden, wer entscheidet!

Ausgabe Juli 2025

Landeshauptstadt Wiesbaden (Herausgeber).

Bezugsadresse:

Amt für Soziale Arbeit, Betreuungsbehörde

Konradinerallee 11 | 65189 Wiesbaden

E-Mail: betreuungsbehoerde@wiesbaden.de

Steuertipps für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, Dienstleistungen und Handwerkerleistungen in privaten Haushalten

Ausgabe Februar 2022

Bezugsadresse:

Hessisches Ministerium der Finanzen

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 8 | 65185 Wiesbaden

Telefon: 0611 32-0

<https://finanzen.hessen.de/infomaterial>

5. Impressum

Herausgeber: Landeshauptstadt Wiesbaden
Amt für Soziale Arbeit
Pflegetützpunkt Wiesbaden
Kreuzberger Ring 7 | 65205 Wiesbaden

Verfasst von: Jörg Bracke, Monika Dernbach

Gestaltung: Wiesbaden Congress & Marketing GmbH

Auflage: 1.500

Druck: AC medienhaus GmbH, Wiesbaden

Stand: 14. Auflage, November 2025