



# Pflegestützpunkt

---

Landkreis Fulda

## Informationen zu Hilfe und Pflege

Für Menschen ist es wichtig, selbstbestimmt leben zu können. Das gilt auch für Menschen, die auf pflegerische Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Die Ausgestaltung der notwendigen Pflege, sei es in der häuslichen Umgebung oder im Heim, stellt Pflegende wie Gepflegte oft vor große Herausforderungen.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen das Leistungsangebot der Pflegeversicherung vorstellen und erläutern.



---

**Impressum:**

**Herausgeber:** Pflegestützpunkt Landkreis Fulda

Redaktionsschluss: Dezember 2024

---

## **Wer ist pflegebedürftig?**

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit in jedem Lebensalter auftreten.

Pflegebedürftig sind Personen, die aufgrund gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit, pflegerische oder betreuerische Hilfe durch andere benötigen.

Es müssen körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen vorliegen, die der Pflegebedürftige nicht allein bewältigen kann. Auch gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen zählen hierzu.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer - voraussichtlich für mindestens 6 Monate - bestehen. Die Schwere der Beeinträchtigung wird in fünf Pflegegraden unterteilt.

## **Wo können Pflegeleistungen beantragt werden?**

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse.

Die Antragstellung kann auch von einem Familienangehörigen, Nachbarn oder guten Bekannten übernommen werden, wenn dieser dazu bevollmächtigt wird. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, einen formlosen Antrag bei der Pflegekasse einzureichen.

Nach Antragstellung beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Privatversicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch „MEDICPROOF“.

---

## **Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?**

Leistungen der Pflegeversicherung können voll in Anspruch genommen werden, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in die Pflegekasse als Mitglied eingezahlt hat oder als Familienangehöriger familienversichert war.

Zudem muss die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen.

## **Antragsbearbeitung**

Die Bearbeitungsfrist beträgt 25 Arbeitstage.

Ausnahmen: In besonderen Situationen muss die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst innerhalb einer Woche nach Antragstellung erfolgen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik befindet und

- eine ambulante oder stationäre Versorgung im Anschluss benötigt wird oder
- eine ambulant/-palliative Versorgung erfolgen soll oder
- die Versorgung in einem Hospiz vorgesehen ist oder
- die Inanspruchnahme der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz durch nahe Angehörige dem Arbeitgeber angekündigt wurde oder
- die pflegende Person mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart hat.

Am zehnten Arbeitstag nach genehmigter Eileinstufung muss die Begutachtung nach Beginn der Kurzzeitpflege in der Einrichtung erfolgen, bei Antragstellern, die in der Häuslichkeit versorgt werden mit

- der Inanspruchnahme der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder
- oder die pflegende Person mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit vereinbart hat.

---

Mit jeder begonnenen Woche der Fristüberschreitung zahlt die Pflegekasse eine Verzögerungsgebühr in Höhe von 70 €, sofern kein Hemmnisgründe vorliegen.

## **Pflegeeinstufung**

Der Grad der Selbstständigkeit wird in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung - zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt.

Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad.

Diese sechs Bereiche sind:

1. Mobilität (10%)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15%)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
  - *In die Wertung fließt der höchste gewichtete Punktwert aus Modul 2 oder 3 ein.*
4. Selbstversorgung (40%)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20%)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15%)

### ***Besonderheit: Pflegeeinstufung bei Kindern***

Wie bei Erwachsenen werden hierbei der Grad der Selbstständigkeit, das Vorhandensein von Fähigkeiten und das Ausmaß der Beeinträchtigung zugrunde gelegt.

In die Bewertung fließen die Abweichungen von der Selbstständigkeit gegenüber der Selbstständigkeit gesunder Kinder gleichen Alters ein.

---

## Was bietet die Pflegeversicherung?

### Pflegegeld

Übernehmen Angehörige, Bekannte oder sonstige nicht erwerbsmäßig pflegende Personen die Betreuung, erhält der Pflegebedürftige Pflegegeld, das er an den Pflegenden weitergeben kann. Diese Art der Pflege gilt als ehrenamtlich. Das Pflegegeld zählt daher nicht als Einkommen und muss nicht versteuert werden.

Pflegegeld kann in folgenden Fällen nicht gezahlt werden:

- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder bei häuslicher Krankenpflege (inkl. Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) durch die Krankenkasse ab der 5. Woche.
- bei Inanspruchnahme der vollen Sachleistungen sowie bei vollstationärer Pflege.
- bei ähnlichen Leistungen anderer Behörden und Einrichtungen (z.B. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz).

### Beratungsbesuche

Um die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen, sind regelmäßige Beratungsbesuche notwendig.

Diese Beratungsbesuche sind bei

- Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich und bei
- Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich

verpflichtend abzurufen und werden von anerkannten Pflegediensten durchgeführt.

---

## **Pflegesachleistung**

Häusliche Pflege wird durch einen Pflegedienst als Sachleistung erbracht. Das Geld der Pflegekasse geht somit direkt an den Pflegedienst, nicht an den Pflegebedürftigen.

## **Kombinationsleistung**

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, dass sich Angehörige und ambulante Pflegedienste die Pflege teilen. Konkret bedeutet dies, dass ein anteiliges Pflegegeld gezahlt wird, wenn die Pflegesachleistung nicht im vollen Umfang in Anspruch genommen wird.

### **Rechenbeispiel:**

#### **Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung**

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst in Höhe von 748,50 € in Anspruch.

Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 1.497 €. Damit sind die Sachleistungen zu 50 % ausgeschöpft.

Dies bedeutet, dass noch 50 % des für den Pflegegrad 3 zustehenden Pflegegeldes, 299,50 €, ausgezahlt werden.

## **Teilstationäre Pflege**

Wenn die Pflegeperson zum Beispiel wegen anderer Aufgaben Zeiten überbrücken muss, kann die Betreuung in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege sinnvoll sein.

Die Pflegekasse beteiligt sich in solchen Fällen an den Kosten der Pflege, der medizinischen Behandlungspflege sowie an den Transportkosten.

---

## Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Ab dem 01.01.2025 steht für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 einheitlich ein Budget in Höhe von 131,00 € zur Verfügung.

Über dieses Budget können folgende Angebote genutzt werden:

- Aufstocken der Regelleistung Kurzzeitpflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der Kurzzeitpflege.
- Aufstocken der Regelleistung teilstationäre Pflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der teilstationären Pflege.
- Besondere Leistungen der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von ambulanten Vertragspflegediensten bzw. anerkannten Hauswirtschaftsdiensten.
- Niedrigschwellige Betreuungs-/Entlastungsleistungen.

Restbeträge, die am Ende eines Kalenderjahres noch nicht verbraucht sind, können in das Folgejahr übertragen und bis zum 30.06. genutzt werden.

### Leistungen der fünf Pflegegrade im Überblick:

Hauptleistungsbeträge in Euro	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
<b>Geldleistung</b> ambulant		<b>347</b>	<b>599</b>	<b>800</b>	<b>990</b>
<b>Sachleistung</b> ambulant		<b>796</b>	<b>1.497</b>	<b>1.859</b>	<b>2.299</b>
<b>Entlastungsbetrag</b> ambulant	<b>131</b>	<b>131</b>	<b>131</b>	<b>131</b>	<b>131</b>
<b>Leistungsbetrag</b> vollstationär	<b>131</b>	<b>805</b>	<b>1.319</b>	<b>1.855</b>	<b>2.096</b>
<b>Leistungen für Tages- und Nachtpflege</b> PG 2 bis PG 5 <b>zusätzlich</b> zu den Leistungen für häusliche Pflege		<b>721</b>	<b>1.357</b>	<b>1.685</b>	<b>2.085</b>



---

## **Verhinderungspflege**

Macht die Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse bis zu max. 42 Tage die Kosten einer Ersatzpflege. Ihnen steht hierzu ein maximaler Betrag von 1.685,00 € pro Kalenderjahr zur Verfügung.

Verhinderungspflege kann erstmalig beantragt werden, nachdem die private Pflegeperson die pflegebedürftige Person mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Eine Aufstockung auf bis zu 2.528,00 € ist bei noch nicht in Anspruch genommenen Mittel aus der Kurzzeitpflege möglich.

Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Eine Ersatzpflege durch nahe Angehörige ist bis zu sechs Wochen möglich. Die Aufwendungen sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades beschränkt. Ab dem 01.01.2016 ist ein Übertrag aus nicht in Anspruch genommener Kurzzeitpflege auch für diesen Personenkreis möglich. Dies trifft jedoch nur zu, wie bisher, wenn Auslagen in Form von Verdienstaussfall oder Fahrtkosten nachgewiesen werden.

### ***Besonderheit: Stundenweise Verhinderungspflege***

Wird die Verhinderungspflege nur für einige Stunden am Tag (unter 8 Stunden) in Anspruch genommen (z. B. ehrenamtliche Helferkreise, Betreuungsgruppe), erfolgt ausschließlich die Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.685,00 €. Das Pflegegeld wird nicht gekürzt. Die Ersatzperson darf mit dem pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Verwandtschaftsgrad verwandt oder verschwägert sein oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

---

## **Kurzzeitpflege**

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Der Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege wird ab dem 01.01.2025 auf 1.854,00 € angehoben.

Damit erhöht sich auch der Betrag, wenn der gesamte Anspruch aus der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege übertragen wird, auf 3.539,00 €.

Eigenanteile im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege können bei der Pflegekasse im Rahmen des Budgets des Entlastungsbetrages von 131,00 € erstattet werden.

Das Pflegegeld wird während des gesamten Zeitraumes hälftig weitergezahlt.

Die Altersgrenze für Kinder und Jugendliche, die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Behinderteneinrichtungen durchführen können, wurde von 18 auf 25 Jahre angehoben.

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch in zugelassenen stationären Reha-Einrichtungen nach § 111 SGB V, wenn die Pflegeperson dort eine Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme durchführt und gleichzeitig dort die Unterbringung des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Ab dem 01.01.2024 wurde ein neuer gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzeitpflege eingeführt. Dieser beträgt ab dem 01.01.2025 3.539,00 € .

Zunächst gilt dieser für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

---

Ab dem 01.07.2025 gilt der Jahresbetrag für alle Pflegebedürftigen. Dabei werden Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, die vom 01.01.2025 bis 30.06.2025 verbraucht worden sind, auf den gemeinsamen Jahresbetrag angerechnet.

## **Tages- und Nachtpflege**

Bei der Tages- und Nachtpflege handelt es sich um eine teilstationäre Pflege. Tagespflegeeinrichtungen sind inzwischen recht verbreitet. Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt und gepflegt werden, werden in der Regel morgens abgeholt und am Spätnachmittag wieder zurückgebracht. Dies kommt nicht nur den Betroffenen zugute (Aktivierung, Tagesstruktur), sondern auch den pflegenden Angehörigen im Sinne einer Entlastung. **Zusätzlich** zu den Leistungen für die häusliche Pflege (Pflegegeld oder Pflegesachleistung) stehen je nach Pflegegrad umfangreiche Mittel zur Verfügung (siehe Tabelle auf Seite 9). Es verbleibt ein kleiner Eigenanteil, der mit den Entlastungsleistungen verrechnet werden kann.

## **Hilfsmittel**

In Zukunft gilt: Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind oder der Erleichterung der Pflege dienen, besteht keine Notwendigkeit mehr, einen gesonderten Antrag zu stellen.

Sobald ein MDK-Gutachter ein entsprechendes Hilfsmittel empfiehlt und die pflegebedürftige Person mit der Versorgung einverstanden ist, gilt dies als Antrag bei der Pflegekasse.

Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht mehr erforderlich.

Die Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet.

Diese hat dann im Nachgang die Versorgung mit dem entsprechenden Hilfs- oder Pflegehilfsmittel zu organisieren.

---

## Wohnraumanpassung

Die Pflegekasse beteiligt sich an den Kosten für einen altersgerechten bzw. barrierefreien Umbau der Wohnung mit dem Ziel, dass

- die häusliche Pflege erst möglich oder
- die häusliche Pflege in erheblichem Maße erleichtert oder
- eine selbstständige Lebensweise des Pflegebedürftigen wiederhergestellt

wird.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann die Wohnraumanpassung durch die Pflegekasse mit bis zu 4.180,00 € unterstützt werden.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, ist der Gesamtbetrag auf 16.720,00 € begrenzt.

**Wichtig:** Es wird empfohlen erst nach der Beantragung **und** Bewilligung der Leistung mit der Baumaßnahme begonnen werden, da im Nachhinein keine Kostenübernahme durch die Pflegekasse erfolgt.

---

## Alternativen zum Pflegeheim

### Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen versucht, die Vorteile eines eigenen Haushaltes mit den Vorteilen eines Pflegeheimes zu verbinden. Allerdings gibt es hierfür bislang keine festgelegten Standards. Jeder Anbieter ist frei in seinen Leistungen.

### Wohngemeinschaften

Gemeinschaftliches Wohnen kann für viele ältere Menschen eine Alternative darstellen. Zum einen kann man selbstständig leben, aber zum anderen ist immer jemand verfügbar. Viele Wohnformen sind denkbar, zum Beispiel das Mehr-Generationen-Haus.

### Wohngruppen

Mieter in Wohngruppen leben in geeigneten Wohnungen in ihrer vertrauten Umgebung. Die zu Pflegenden entscheiden selbst, mit wem die Wohnung geteilt wird und wer die Pflege übernimmt.

Zur Finanzierung von zusätzlichen Aufwendungen der Wohngruppe (mind. 3 pflegebedürftige Menschen) für eine gemeinschaftlich beauftragte Person zahlt die Pflegekasse an jeden pflegebedürftigen Bewohner eine Pauschale von 224,00 € aus. Diese Person soll für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten oder zur hauswirtschaftlichen Unterstützung eingesetzt werden. Zusätzliche Pflegeleistungen dürfen mit der Pauschale nicht finanziert werden.

Der Gesetzgeber fördert die Neugründung von Wohngruppen mit einem einmaligen Betrag von bis zu 2.613,00 € pro Bewohner, jedoch max. 10.452,00 € pro Wohngruppe zur Finanzierung der altersgerechten oder barrierefreien Umgestaltung der Wohnung.

---

## Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

### Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Arbeitnehmer haben das Recht nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um eine bedarfsgerechte Pflege eines Pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu organisieren.

Es besteht ein Anspruch auf Ausgleich des entgangenen Arbeitsentgeltes (Pflegeunterstützungsgeld).

- Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung haben alle Beschäftigten.
- Eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit, eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder selbst sicherzustellen, ist vorzulegen.
- Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes und darf 70 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten.
- Von dem Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Der Versicherte und die Pflegekasse zahlen die Beiträge jeweils zur Hälfte.

---

## **Pflegezeit**

Mit der Pflegezeit können sich Beschäftigte bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

Die Pflegezeit kann für pflegebedürftige nahe Angehörige mit mindestens Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in häuslicher Umgebung stattfindet. Für diese Zeit besteht die Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zu beantragen. Das Darlehen mindert den Einkommensverlust.

Es besteht kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

Zur Sicherung des Lebensunterhaltes während der Pflegezeit besteht Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

Das Darlehen beantragen Sie beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und nach dem Ende der Pflegezeit muss es ebenfalls in Raten wieder zurückgezahlt werden.

Darin enthalten ist auch eine Härtefallregelung. Das BAFzA kann auf Antrag die Fälligkeit der Rückzahlung hinausschieben, um eine besondere Härte für die Beschäftigten zu vermeiden. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit eines teilweisen Darlehenserlasses oder eines Erlöschens der Darlehensschuld.

---

## Familienpflegezeit

Mit der Familienpflegezeit können sich Beschäftigte bis zu 24 Monate teilweise von der Arbeit freistellen lassen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

Die Familienpflegezeit kann für pflegebedürftige nahe Angehörige mit mindestens Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in häuslicher Umgebung stattfindet und die Arbeitszeit mindestens 15 Stunden pro Woche beträgt.

Durch die Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden in der Familienpflegezeit soll vermieden werden, dass Beschäftigte ihre Tätigkeit wegen der Pflege ganz aufgeben.

Es besteht kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 25 oder weniger Beschäftigten. Auszubildende werden nicht in die Mitarbeiterzahl mit eingerechnet.

Ein zinsloses Darlehen des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) soll den Lohnverlust während der Familienpflegezeit mindern.

Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Es wird direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt. Nach Ende der Familienpflegezeit müssen Sie es ebenfalls in Raten wieder zurückzahlen.

Darin enthalten ist auch eine Härtefallregelung. Das BAFzA kann auf Antrag die Fälligkeit der Rückzahlung hinausschieben, um eine besondere Härte für die Beschäftigten zu vermeiden. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit eines teilweisen Darlehenserlasses oder eines Erlöschens der Darlehensschuld.



---

## **Bis zu drei Monate für die Begleitung in der letzten Lebensphase**

Sie können eine bis zu dreimonatige vollständige oder teilweise Auszeit nehmen, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten.

Angehörige haben einen Rechtsanspruch darauf, in der letzten Lebensphase eines nahen Angehörigen drei Monate lang weniger zu arbeiten oder auch ganz auszusetzen. Sie können somit Ihrem Angehörigen auf seinem letzten Weg beistehen, auch wenn sich der nahe Angehörige in einem Hospiz befindet.

Ein Pflegegrad ist nicht erforderlich.

Das zinslose Darlehen kann für diese Zeit in Anspruch genommen werden.

---

## **Pflegekurse**

Wer einen Angehörigen pflegt oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmert, kann an einem von der Pflegekasse finanzierten Pflegekurs teilnehmen. Teilweise führen die Pflegekassen selbst Pflegekurse durch. Meist werden diese jedoch in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten.

Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Durch Pflegekurse sollen auch pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert werden. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen.

Liegt ein Pflegegrad vor, besteht weiterhin das Angebot, eine Pflegeanleitung in der eigenen häuslichen Umgebung der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen. Dadurch können beispielsweise vor Ort Unterweisungen im Gebrauch von Hilfsmitteln erfolgen oder bestimmte Pflegetätigkeiten geschult werden.

## **Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen**

Wenn eine Pflegeperson die Pflege für einen Pflegebedürftigen übernimmt, werden auf Antrag bei der Pflegeversicherung für die Pflegeperson Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen übernommen.

Die Höhe der Beiträge zur Rentenversicherung ist dabei vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen sowie vom wöchentlichen Zeitaufwand der Pflegeperson für die Pflege abhängig.

---

## Vollstationäre Pflege

Wenn eine häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen (Pflegeheim, Seniorenheim). Hierbei zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag sowie einen Leistungszuschlag an das Pflegeheim.

### **Erhöhter Leistungszuschlag für Pflegebedürftige, die Vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten**

#### Leistungsinhalt

Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen, die der Pflegebedürftige zu zahlen hat, direkt an die Pflegeeinrichtung gezahlt.

Bei der Berechnung des Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen, so dass diese in voller Höhe von der pflegebedürftigen Person zu tragen sind.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von

- **15 %** bei einem Leistungsbezug von **bis zu 12 Monaten**
- **30 %** bei einem Leistungsbezug von **mehr als 12 Monaten**
- **50 %** bei einem Leistungsbezug von **mehr als 24 Monaten**
- **75 %** bei einem Leistungsbezug von **mehr als 36 Monaten**.

---

## Berechnung der Dauer des Leistungsbezugs

Für die Höhe des Leistungszuschlags zu den von den pflegebedürftigen Personen des Pflegegrades 2 bis 5 zu tragenden Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Ausbildungsumlagen ist die Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI maßgeblich. Demzufolge ist unerheblich, ob die pflegebedürftige Person während des Leistungsbezugs einen Heimwechsel oder Kassenwechsel (auch bei privater Pflegeversicherung) vorgenommen hat.

Bei der Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI werden Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen bezogen wurden, als volle Kalendermonate berücksichtigt. Dabei ist unerheblich, ob in dem betreffenden Teilkalendermonat bereits weitere ambulante, teilstationäre Leistungen oder Leistungen der Kurzzeitpflege bezogen wurden.

Es ist nicht erforderlich, dass es sich um zusammenhängende Zeiträume des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI handelt. In der Vergangenheit liegende Zeiträume werden bei Unterbrechungen mitgerechnet.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die einen vollstationären Zuschuss beziehen, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag. Bei einer Höherstufung wird dieser Zeitraum bei der Berechnung der Gesamtbezugsdauer berücksichtigt.

Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in der vollstationären Pflegeeinrichtung werden bei der Berechnung der Gesamtbezugsdauer nicht berücksichtigt.

## Leistungszuschlag in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Personen in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag, da sie keine Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI beziehen.

---

## Kostenerstattung nach § 91 SGB XI

Pflegebedürftige Personen, die in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag. Sie beziehen keine Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern erhalten eine Kostenerstattung nach § 91 Abs. 2 SGB XI.

## Beihilfeberechtigung

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten den Leistungszuschlag zur Hälfte.

## Ablauf der Information an Kunden und Vertragspartner

Voraussichtlich in der 50. KW werden die Bestandskunden und deren Pflegeeinrichtungen über den Beginn des Leistungszuschlags zum 01.01.2025 den individuellen Prozentsatz und die Gesamtbezugsdauer maschinell informiert.

## **Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)**

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Leistungen DiPAs bis zur Höhe von insgesamt 53 € im Monat.

Der Anspruch teilt sich auf in

- ergänzende Unterstützungsleistung nach § 39a SGB XI (wird durch Pflegedienste erbracht) und
- die Aufwendungen für die digitale Pflegeanwendung nach § 40a SGB XI (einmalige oder lfd. Kosten der App)

Die DiPAs werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anerkannt und in einer Liste veröffentlicht. Die Kosten für die DiPA vereinbart der GKV-SV mit den Herstellern und legt die Verteilung des Höchstbetrags fest.

---

Voraussetzung für die Zulassung von DiPAs ist eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums unter Einbeziehung des Bundesarbeitsministeriums, die u.a. das Antragsverfahren zur Zulassung, die Anforderungen an die Produkte und ein Verzeichnis der zugelassenen Angebote regelt.

### **Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen bei der Kranken- und Pflegekasse**

Versicherte haben zu den Kassenleistungen jedes Jahr Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 2 % (bei chronisch Kranken 1 %) der jährlichen Bruttoeinnahmen zu leisten. Kinder und Ehepartner werden berücksichtigt.

Nach Erreichen der Belastungsgrenze kann bei der Krankenkasse ein Befreiungsantrag gestellt werden. Die Befreiung gilt immer nur für das laufende Kalenderjahr. Angefallene Kosten sind der Krankenkasse anhand von Quittungen nachzuweisen.

Auch die Pflegeversicherung kann Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreien. Die Belastungsgrenze in der Pflegeversicherung beträgt wie in der Krankenversicherung 2 % bzw. 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen, wobei die Ausgaben für den Bereich Pflege und Krankheitsversorgung zusammengenommen werden. Erreicht ein Versicherter die Belastungsgrenze durch Zuzahlungen im Bereich der Krankenversicherung, ist er auch von Zuzahlungen im Rahmen der Pflegeversicherung befreit.

---

## Hilfe zur Pflege

Grundsätzlich kommen ergänzend zu den Pflegekassenleistungen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches, Zwölfter Teil (SGB XII), Sozialhilfeleistungen für Pflegebedürftige in Betracht. Die Sozialhilfe ist im Gegensatz zu den Pflegekassenleistungen einkommens- und vermögensabhängig.

Daneben sind Ansprüche, die Pflegebedürftige gegenüber Dritten haben, entscheidungsrelevant (z.B. Ansprüche aus Verträgen). Ferner ist vor allem bei vollstationärer Pflege im Heim zu klären, inwieweit potenziell Unterhaltspflichtige (Kinder) an das Sozialamt Unterhalt zu zahlen haben bzw. ob deren Bruttojahreseinkommen 100.000 € übersteigt.

Die im Rahmen der Sozialhilfe gewährten Hilfen sind inhaltlich im Wesentlichen mit den Leistungen der Pflegekasse, die zunächst vorrangig zu beantragen sind, identisch. In Bezug auf den Leistungsumfang gibt es bei der Sozialhilfe keine vom Gesetzgeber festgelegten Pauschalbeträge. Der Sozialhilfeträger hat einzelfallbezogen pflegerische Bedarfe sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse der pflegebedürftigen Person zu ermitteln.

---

## **Sozialhilfeszuständigkeiten**

Die Träger der Sozialhilfe von Stadt und Landkreis Fulda finden Sie im

### Behördenhaus am Schlossgarten

Heinrich-von-Bibra-Platz 5 - 9  
36037 Fulda

Wenn Sie Fragen zur Sozialhilfe haben, empfiehlt es sich, direkt mit der zuständigen Stelle Kontakt aufzunehmen. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnort des Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftige, die in der Stadt Fulda und deren Stadtteilen leben, wenden sich an folgenden Fachdienst:

### **Stadt Fulda**

Fachdienst 5600 (Soziale Leistungen)  
Telefonnummer: 0661 / 6006-1090 oder -1092  
Email: [soziales@fulda.de](mailto:soziales@fulda.de)

Für alle Pflegebedürftigen im Landkreis Fulda ist folgender Fachdienst zuständig:

### **Landkreis Fulda**

Fachdienst 5100 (Soziale Leistungen)  
Telefonnummer: 0661 / 6006-1090 oder -1092  
E-Mail: [pflege-team@landkreis-fulda.de](mailto:pflege-team@landkreis-fulda.de)



---

## Heimpflege und Sozialhilfe

Ist eine vollstationäre Pflege erforderlich und kann der Heimbewohner aus eigenem Einkommen und Vermögen offene Kosten nicht tragen, kommen ergänzende Sozialhilfeleistungen zur Bedarfsdeckung in Betracht. Das Sozialhilferecht (SGB XII) sieht für die Pflegegrade 2 bis 5 entsprechende Leistungen vor. Nicht alle Vermögenswerte sind für Heimpflegekosten zu verbrauchen. Das sogenannte „Schonvermögen“ ist nicht vorrangig vor Sozialhilfe zu verwerten.

Zum „Schonvermögen“ gehören unter anderem auch „kleinere Barbeträge“. Derzeit betragen diese für den Heimbewohner 10.000 €; bei Ehepaaren kommen weitere 10.000 € hinzu.

Sobald das Sozialamt mit der Hilfeleistung einsetzt, schlüpft es kraft Gesetzes (§ 94 SGB XII) in die Gläubigerrolle des Heimbewohners und kann an dessen Stelle Unterhaltsansprüche verfolgen, wenn das Bruttojahreseinkommen des Kindes 100.000 € übersteigt. Nur bei Überschreitung gilt Folgendes: Entsprechend der individuellen unterhaltsrechtlichen Leistungsfähigkeit sind ggf. Zahlungen an den Sozialhilfeträger zu leisten; Streitigkeiten über das ob oder die Höhe des Unterhaltes sind im Einzelfall vor dem Zivilgericht zu klären. Volljährige Kinder, deren Eltern im Altenheim Sozialhilfe erhalten, sind dem Grunde nach „nicht gesteigert“ unterhaltspflichtig. Der Selbstbehalt des Unterhaltspflichtigen beträgt 2.650 €, für den Ehepartner kommen 2.100 € dazu (Stand 01. Dezember 2024); bei diesen Beträgen wird das Wohnen in einer Mietwohnung unterstellt.

Die Leistungsfähigkeitsprüfung ist sehr individuell und von den Lebensumständen und sonstigen Verpflichtungen und Belastungen des Unterhaltspflichtigen abhängig.

Neben der allgemeinen Unterhaltsprüfung können Heimbewohner Ansprüche haben, die zunächst vor Unterhalt für die Heimpflegekosten einzusetzen sind, etwa Wertersatzansprüche, die sich aus Grundstücksübergabeverträgen ergeben. Das Sozialamt prüft diese sonstigen Ansprüche im Vor-

---

feld, weil sie sich auf nachrangige Ansprüche wie Schenkungsrückforderung nach § 528 BGB oder Unterhalt rechtlich auswirken können. Auch hier hat das Sozialamt die Möglichkeit, Gläubiger der Ansprüche zu werden, um im Einzelfall selbst die Realisierung gegenüber dem Zahlungspflichtigen voranzutreiben und Gelder unmittelbar vom Schuldner zu vereinnahmen.



---

**Wenn Sie weitere Fragen haben  
oder Unterstützung benötigen,  
können Sie sich gerne an uns wenden.**

**So erreichen Sie uns:**

Behördenhaus am Schlossgarten  
Heinrich-von-Bibra-Platz 5-9  
36037 Fulda

**Sprechzeiten:**

Individuelle Terminvereinbarungen zur Beratung sind möglich und empfehlenswert. Termine können bei Bedarf auch als Hausbesuche erfolgen.

**Ihre Ansprechpartner:**

Andreas Heinz: 0661/6006-8783

Christina Marg: 0661/6006-8782

E-Mail: [pflegestuetzpunkt@landkreis-fulda.de](mailto:pflegestuetzpunkt@landkreis-fulda.de)

Homepage: [www.pflegestuetzpunkt-fulda.de](http://www.pflegestuetzpunkt-fulda.de)

Telefax: 0661/6006-8780

