

Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind zum Abschluss (§ 23 Abs. 3 SGB XI) einer entsprechenden beihilfekonformen „privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)“ verpflichtet (§ 1 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Die Berliner Landesbeihilfeverordnung – LBhVO – orientiert sich im Kapitel 3 „Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 – 40 LBhVO)“ an den entsprechenden Vorschriften im Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung.

Die Änderungen 2024 im deutschen Pflegesystem gehen auf die Pflegereform aus 2023, dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) zurück. Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin informiert über die wesentlichen Änderungen bei den Pflegeleistungen.

1. Soziale Pflegeversicherung

§ 1 Absatz 2 SGB XI

Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen.

2. Selbstbestimmung

§ 2 SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. Pflegebedürftige können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen.

3. Vorrang der häuslichen Pflege

§ 3 SGB XI

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

4. Leistungsvoraussetzungen

§ 33 SGB XI

Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist.

5. Leistungen

§ 4 SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird. Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung.

6. Pflegepersonen

§ 19 SGB XI

Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung pflegen (wenigsten zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV):

> > > Broschüre: [DGUV-Information 207-026 Zu Hause pflegen - so kann es gelingen!](#) – 12. 2018

7. Versicherungsschutz für pflegende Angehörige (Pflegepersonen)

§ 44 Absatz 2a SGB XI

Nicht erwerbsmäßig tätige häusliche Pflegepersonen sind bei der UKB – Unfallkasse Berlin - beitragsfrei versichert, wenn sie für eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2 oder höher in der häuslichen Umgebung mindestens zehn Stunden wöchentlich und regelmäßig zwei Tage in der Woche pflegen.

Sie müssen sich auch nicht extra bei der Unfallkasse anmelden, um versichert zu sein.

Der Versicherungsschutz unterliegt gewissen Voraussetzungen. Es muss sich um eine ernsthafte Pflegetätigkeit handeln und nicht um eine einmalige Gefälligkeitshandlung.

Versichert sind regelmäßig ausgeübte Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung als relevant eingestuft werden. Erfasst sind dabei die Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung selbst als pflegerische Maßnahmen berücksichtigt werden, sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung.

Ebenso besteht Unfallversicherungsschutz auf dem direkten Hin- und Rückweg zum Ort der Pflegetätigkeit, wenn die oder der Pflegebedürftige in einer anderen Wohnung als die Pflegeperson wohnt.

Kein Versicherungsschutz besteht bei außerhäuslichen Aktivitäten, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den pflegerischen Maßnahmen oder den Hilfen bei der Haushaltsführung stehen (z. B. Begleitung bei Spaziergängen als Freizeitbeschäftigung oder beim Besuch kultureller Veranstaltungen).

Unfälle und Berufskrankheiten sind binnen drei Tagen der Unfallkasse anzuzeigen.

Kommt es im Rahmen der Pflegetätigkeit zu einem Unfall, haben Pflegepersonen Anspruch auf Sach- und Geldleistungen. Dies kann zum Beispiel eine medizinische Heilbehandlung sein oder auch die Zahlung einer Verletztenrente. Verunfallte Pflegepersonen haben einen Durchgangsarzt (D-Arzt) aufzusuchen, der in der Regel auch die Meldung an die Unfallkasse übernimmt.

UKB – Unfallkasse Berlin:

> > > Anschrift: [UKB – Unfallkasse Berlin](#), Culemeyer Straße 2, 12277 Berlin

> > > Telefon: +49 30 7624-0

> > > Merkblatt: [Flyer: Unfallversicherungsschutz von häuslichen Pflegepersonen](#) – 12.2022

> > > Magazin: [Pflege daheim – UKB-Magazin für pflegende Angehörige](#) – 2 x jährlich

8. Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

§ 23 Absatz 1 und 3 SGB XI

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten (Absatz 1).

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung verpflichtet (Absatz 2).

9. Beihilfe für Pflegeleistungen

§§ 14, 15 SGB XI || §§ 37 bis 39, 46 Absatz 2 und 3 LBhVO

Berliner Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger erhalten die individuelle Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 37 bis § 39 Landesbeihilfeverordnung (LBhVO), wenn sie pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind und die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI erfüllen. Für die Gewährung der Beihilfe zu entstandenen Pflegekosten sind die Feststellungen der privaten Pflegeversicherung maßgeblich. Mit dem ersten Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen ist die Kopie des Leistungsbescheids der privaten Pflegeversicherung (Leistungszusage) über

- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
- die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad,
- den Leistungsbeginn und
- die Leistungsart (z. B. Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationleistungen, vollstationäre Pflege)

vorzulegen. Für eine Bearbeitung der weiteren Anträge ist jede Änderung bezüglich des Pflegegrades oder der Leistungsgewährung unverzüglich der Berliner Beihilfestelle vorzulegen.

Zu beachten sind:

- ✓ Zu Pflegeleistungen wird eine Beihilfe zum persönlichen Beihilfebemessungssatz gewährt.
- ✓ Die Beihilfe wird gemäß § 51 Absatz 3 LBhVO nur auf schriftlichen „Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen“ gewährt.
- ✓ Eine Beihilfe für Pflegeleistungen wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder Ausstellen der Rechnung beantragt wird. Für die Beantragung der Beihilfe innerhalb der Jahresfrist gilt nicht das Datum, das auf dem Beihilfeantrag eingesetzt wird, sondern das Datum des Eingangs des Beihilfeantrages bei der Festsetzungsstelle, d. h. beim Landesverwaltungsamt Berlin (LVWA Berlin).
- ✓ Duplikate, Kopien und Abschriften werden anerkannt. Originalbelege sind nicht erforderlich.
- ✓ Die eingereichten Belege werden nicht zurückgesandt.

Bei Aufwendungen für

- Kurzzeit- oder Verhinderungspflege,
- Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag,
- Entlastungsleistungen,
- Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, oder
- Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen

ist dem „Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen“ zusätzlich die Leistungsabrechnung (Kopie) der privaten Pflegeversicherung beizufügen.

Landesverwaltungsamt Berlin – Beihilfestelle – VB B:

- > > > Anschrift: Fehrbelliner Platz 1, 10707 Berlin > > > Telefon: +49 30 90139 – 6060
> > > Formular: [Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen](#) (handschriftlich ausfüllbar)
> > > PC-Formular: [Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen](#) (am PC ausfüllbar)
> > > Anleitung: [Ausfüllanleitung Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen](#)

10. Vollmacht zur Antragsstellung in der Beihilfestelle – VB B

Nach den Beihilfavorschriften dürfen grundsätzlich nur Beihilfeberechtigte selbst Anträge stellen. Der Beihilfeanspruch kann im Rahmen der Vertretung/Bevollmächtigung durch andere Personen wahrgenommen werden. Bevollmächtigte haben bei der ersten Antragstellung als bevollmächtigte Person mit dem Beihilfeantrag die vorgegebene schriftliche Vollmacht der Beihilfestelle beizufügen (Vertretungsvollmacht in Beihilfeangelegenheiten und/oder Versorgungsangelegenheiten).

Landesverwaltungsamt Berlin – Beihilfestelle – VB B:

- > > > Formular: [Bevollmächtigungsformular](#)

11. Pflegeleistungen

§§ 2, 3, 4, 28 ff. SGB XI || §§ 38, 38a – 38h, 39, 39a, 40 LBhVO

Die Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, allerdings deckt sie das Risiko nicht vollumfänglich ab. Sie umfasst häusliche und stationäre Pflegeleistungen.

Die Pflegeversicherung unterstützt mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

Die Leistungen können in Form von Dienst-, Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Auch eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen ist möglich.

Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Die Pflegeversicherung übernimmt bei teil- und vollstationärer Pflege die erforderlichen pflegebedingten Aufwendungen; Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

Bei Veränderung der Pflegebedürftigkeit ist ein Antrag auf Höherstufung bei der privaten Pflegeversicherung zu stellen. Der Antrag ist notwendig, um eine erneute Pflegebegutachtung durch die Medicproof GmbH auszulösen.

12. Leistungen bei Pflegegrad 1

§ 28a SGB XI || § 39b LBhVO

Versicherte mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf monatliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln und dem Hausnotruf sowie zur Wohnraumanpassung, aber keinen Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.

Pflegebedürftige erhalten bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

- Pflegeberatung
§§ 7a und 7b SGB XI || § 37 Absatz 1 LBhVO
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit
§ 37 Absatz 3 SGB XI || § 38a Absatz 6 LBhVO
- Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
§ 38a SGB XI || § 38f LBhVO
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bis zu 40 Euro monatlich
§ 40 Absatz 1 bis 3 und 5 SGB XI || § 38g LBhVO
- Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson
§ 42a SGB XI ||
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
§ 40 Absatz 4 SGB XI || § 38g LBhVO
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß
§ 43b SGB XI ||
- Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich; verwendbar für Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI
§ 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI || § 38a Absatz 1 LBhVO
- Bei vollstationärer Pflege Zuschuss von 125 Euro monatlich
§ 43 Absatz 3 SGB XI || § 39 Absatz 1 LBhVO

Versicherte mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag von 125 Euro für alle Leistungen des ambulanten Pflegedienstes verwenden, also auch für Leistungen der Grundpflege.

13. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 31 SGB XI || §

Die Pflegeversicherung prüft im Einzelfall welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Pflegeversicherung hat bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

14. Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe durch ambulante Pflegedienste)

§ 36 SGB XI || § 38a Absatz 1 und 2 LBhVO

Versicherte mit Pflegegrad 2 – 5 können von den Pflegekassen zugelassene ambulante Pflegedienste nutzen. Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe versorgen. Die Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause.

Pflegebedürftige haben Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des Leistungsangebots in der häuslichen Pflege. Bei der Pflege durch ambulante oder mobile Pflegedienste werden die erbrachten Dienstleistungen einzeln abgerechnet.

Übersteigt die Summe der Kosten für die erbrachten Leistungen die Höhe der monatlichen ambulanten Pflegesachleistung, muss die Differenz von den Pflegebedürftigen selbst aufgebracht werden.

Pflegedienste müssen daher Betroffene vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer konkret beabsichtigten Leistungsanspruchnahme informieren.

Die Kosten müssen für Betroffene und Angehörige transparent und nachvollziehbar sein.

Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste erstreckt sich über sechs verschiedene Bereiche (§ 14 Absatz 2 SGB XI):

- **Mobilität:**
(z. B. Positionswechsel im Bett; Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs; Treppensteigen)
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:**
(z. B. örtliche Orientierung; zeitliche Orientierung; Verstehen von Sachverhalten und Informationen; Entscheidungen im Alltag)
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**
(z. B. motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten; nächtliche Unruhe; verbale Aggression; Ängste)
- **Selbstversorgung:**
(z. B. Körperbezogene Pflege; An- und Auskleiden; Ernährung; Förderung der Bewegungsfähigkeit)
- **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen u. Belastungen:**
(z. B. Arztbesuche; Arzneimittelgabe; Verbandswechsel; Injektionen)
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:**
(z. B. Tagesablauf; Kontaktpflege; Ruhen und Schlafen)

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe (§ 36 Absatz 3 SGB XI) umfasst je Kalendermonat (**PUEG ab 01.01.2024 ***)

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2	Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 761 Euro *
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3	Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.432 Euro *
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4	Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.778 Euro *
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5	Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2.200 Euro *

15. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

§ 37 Absatz 1 SGB XI || § 38 Absatz 3 LBhVO

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen beantragen. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen sichergestellt ist. Das Pflegegeld wird Pflegebedürftigen von der Pflegekasse überwiesen. Diese können über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Die Auszahlung des Pflegegelds erfolgt am Monatsanfang an Pflegebedürftige und soll nach eigenem Ermessen für die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung verwendet werden.

Das Pflegegeld (§ 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI) beträgt je Kalendermonat (**PUEG ab 01.01.2024 * / 01.01.2025 ****)

332 Euro * / 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,**

573 Euro * / 598 Euro ** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,

765 Euro * / 799 Euro ** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,

947 Euro * / 989 Euro ** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Während einer Verhinderungspflege wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld für bis zu sechs Wochen und bei einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe weitergezahlt.

16. Beratungseinsatz

§ 37 Absatz 3 SGB XI || § 38 Absatz 9 LBhVO

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben bei den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich, bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich ein Beratungsgespräch mit einem zugelassenen Pflegedienst oder einer neutralen und unabhängigen Pflegeberatungsstelle zu führen. Die erstmalige Beratung hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen. Auf Wunsch der Pflegebedürftigen kann [seit Juli 2022] bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die Beratungsgespräche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung. Bei der Beratung sollen Pflegebedürftige auch über weitere Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote informiert werden.

Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle.

Wird die Beratung nicht in Anspruch genommen, kann die Pflegeversicherung das Pflegegeld kürzen oder ganz streichen.

17. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistungen)

§ 38 SGB XI || § 38 b LBhVO

Nehmen Pflegebedürftige die zustehende häusliche Pflegehilfe (§ 36 Absatz 3 SGB XI Sachleistung) nur teilweise in Anspruch, erhalten sie daneben ein anteiliges Pflegegeld (§ 37 Absatz 1 SGB XI).

Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen.

An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung (z. B. Pflegegeld 40 % und Pflegesachleistung 60 %) in Anspruch genommen wird, sind Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.

18. Verhinderungspflege (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

§ 39 SGB XI || § 38c LBhVO

Sind pflegende Angehörige wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege [Verhinderungspflege] für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr.

Voraussetzung ist, dass Pflegepersonen Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt haben und Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind.

Die Pflegeversicherung zahlt Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 jährlich bis zu 1.612 Euro, um die Verhinderungspflege zu organisieren. Die Verhinderungspflege ist höchstens bis zu sechs Wochen, also 42 Tage, im Kalenderjahr beziehbar. Pflegebedürftige können sie jedoch stundenweise abrechnen.

Der Leistungsbetrag von 1.612 Euro kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

19. Kurzzeitpflege

§ 42 SGB XI || § 38e Absatz 7 LBhVO

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch die teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegeversicherung übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 774 Euro im Kalenderjahr.

Die Kurzzeitpflege kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege um bis zu 1.612 Euro erhöht werden.

20. Tages- und Nachtpflege

§ 41 SGB XI || § 38 Absatz 6 LBhVO

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege (§ 41 Absatz 2 SGB XI) umfasst je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1.298 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1.612 Euro,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1.995 Euro.

Übernommen werden die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Pflegebedürftige können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

21. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

§ 38a SGB XI || § 38f LBhVO

Lebt eine pflegebedürftige Person (Pflegegrad 1 bis 5) in einer ambulant betreuten Wohngruppe (WG), kann die pflegebedürftige Person bei der privaten Pflegeversicherung ergänzend zu Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Entlastungsbetrag einen sogenannten pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich beantragen.

Weitere Voraussetzungen:

1. Die pflegebedürftige Person lebt in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung oder einem gemeinsamen Haus mit pflegerischer Versorgung mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen und höchstens neun weiteren Personen zusammen.
2. In der ambulant betreuten Wohngruppe muss mindestens eine Präsenzkraft tätig sein. Diese muss keine ausgebildete Pflegefachkraft sein.
3. Die ambulanten Leistungen, die Anbieter in der WG oder Dritte für die pflegebedürftigen Personen erbringen, dürfen nicht den Umfang einer stationären Versorgung (Vollversorgung) erreichen. Die Situation muss mit einer häuslichen Pflege vergleichbar sein.

Pflegebedürftige können als Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45 e SGB XI) eine einmalige Starthilfe von bis zu 2.500 Euro für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der WG beantragen. Je Wohngemeinschaft ist die Gesamtförderung auf 10.000 Euro begrenzt. Zusätzlich sind Zuschüsse für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erhältlich. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.

Bei Bezug von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI oder Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI ist eine ambulante Betreuung ausgeschlossen.

22. Auskunftsanspruch der Pflegebedürftigen

§ 108 SGB XI ||

Der Auskunftsanspruch der Pflegebedürftigen nach § 108 SGB XI wird konkretisiert.

Bisher hatten Pflegebedürftige lediglich Anspruch auf Auskünfte über die durchgeführten Pflegeleistungen und die entstandenen Kosten.

Ab 2024 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Auskunft darüber, welche konkreten Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende, z. B. den Pflegedienst, zur Abrechnung bei der Pflegeversicherung eingereicht und abgerechnet werden. Wenn die Abrechnung digital erfolgt, soll eine Kopie der Abrechnung übermittelt werden.

Damit haben Pflegenden und ihre Angehörigen jetzt die Möglichkeit, die abgerechneten Leistungen besser zu kontrollieren.

Auf Wunsch erhalten Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Pflegeversicherung hat die Informationen für die Versicherten in einer verständlicher Form aufzubereiten.

23. Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

§ 42a SGB XI ||

Seit dem 1. Juli 2024 ist der neue § 42a SGB XI in Kraft. Hier wird die Unterbringung des Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme der Pflegeperson geregelt. Der Anspruch umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten. Muss die Pflegeperson in eine stationäre Reha- oder Vorsorgeeinrichtung aufgenommen werden, wird die Möglichkeit der Mitaufnahme des Pflegebedürftigen erleichtert. Dabei kann der Pflegebedürftige in der gleichen Einrichtung untergebracht werden wie die Pflegeperson, oder auch alternativ in einer ambulanten oder vollstationären Pflegeeinrichtung betreut werden.

24. Vollstationäre Leistungen

§ 43 SGB XI / § 43 c SGB XI || § 39 LBhVO

Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Der Anspruch (§ 43 Absatz 2 SGB XI) beträgt je Kalendermonat

- 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 1.262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 1.775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 2.005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich (§ 43 Absatz 3 SGB XI).

Reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, ist von pflegebedürftigen Personen ein Eigenanteil zu zahlen.

Zusätzlich fallen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten an. Hierbei handelt es sich um Ausgaben des Betreibers für Anschaffungen, Gebäudemiete und Ähnliches, die auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden können.

25. Entlastungszuschläge für Eigenanteile in der vollstationären Pflege (Pflegekosten im Heim)

§ 43 c SGB XI || § 39 LBhVO

Pflegebedürftige in Einrichtungen müssen Zuzahlungen leisten. Zur Entlastung gibt es seit 2022 bestimmte Zuschläge, die diesen Eigenanteil verringern. Die monatlichen Entlastungsschläge hängen von der Verweildauer in der vollstationären Pflege ab, diese betragen ab Januar 2024 zwischen 15 und 75 Prozent.

Ab 1. Januar 2024 trägt die Pflegeversicherung im ersten Jahr **5 Prozent** des pflegebedürftigen Eigenanteils, im zweiten Jahr **30 Prozent**, im dritten Jahr **50 Prozent** und danach **75 Prozent**.

Die Zuschüsse zum Eigenanteil betreffen weiterhin nur die Pflegekosten und nicht die beiden anderen Kostenpunkte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung anfallen.

26. Technische Pflegehilfsmittel

§ 40 Absatz 3 SGB XI || § 38 Absatz 10 LBhVO und § 38g Nr. 1 LBhVO

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, diese erleichtern oder dazu beitragen, der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Sie sind im Hilfsmittelverzeichnis eingetragen und dienen hauptsächlich dazu, Beschwerden des zu pflegenden Menschen zu lindern und ein selbständigeres Leben zu ermöglichen.

Die Pflegekassen überlassen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise.

Technische Pflegehilfsmittel

- Notrufsystem
- Gehhilfen
- Pflegebett
- Pflegerollstuhl
- Badewannenlifter

Bei Ablehnung von Pflegehilfsmitteln von der Pflegekasse, kann schriftlich innerhalb eines Monats Widerspruch gegen den Bescheid eingelegt werden. Wird auch der Widerspruch abgelehnt, kann innerhalb eines Monats Klage beim zuständigen Sozialgericht eingereicht werden.

27. Pflegehilfsmittel

§ 40 Absatz 2 SGB XI || § 38 Absatz 10 LBhVO

Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übernimmt die Pflegeversicherung bis zu einem Betrag von maximal 40 Euro monatlich. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder ihnen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Zu den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch zählen saugende Bettschutzeinlagen für den Einmalgebrauch, Einweghandschuhe und Fingerlinge aus Latex, Vinyl oder Nitril; medizinischer Mundschutz oder Mundnasenschutz (OP-Masken und FFP2-Masken); Schutzschürzen aus Kunststoff als Einwegbekleidung und Desinfektionsmittel.

28. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

§ 40 Absatz 4 ff. SGB XI || § 38 Absatz 10 LBhVO und § 38g Nr. 2 LBhVO

Die Pflegeversicherung gewährt subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Absatz 4, 5, 6, 7 SGB XI) des Pflegebedürftigen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen diese Zuschüsse je Pflegebedürftigen 4.000 Euro nicht übersteigen.

Typische Aufwendungen sind z.B.

- Treppenlift
- Rollstuhlrampe
- Pflegebedingter Badezimmerumbau
- Pflegebedingte Türverbreiterung

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

29. Entlastungsbetrag

§ 45b SGB XI || § 38a Absatz 2 LBhVO

Pflegebedürftige mit anerkanntem Pflegegrad ab Pflegegrad 1, die ambulante Leistungen von der privaten Pflegeversicherung beziehen, haben Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich für alltagsunterstützende Angebote wie zum Beispiel eine Alltagsbegleitung, eine ambulante Pflegeentlastung oder die Nachbarschaftshilfe. Entscheidend ist, dass Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld gepflegt werden. Das häusliche Umfeld kann die eigene Wohnung, eine Altenwohnung mit Betreuung oder auch die Wohnung der Pflegeperson sein.

Dieser Betrag ist nach dem Kostenerstattungsprinzip zweckgebunden und kann u. a. für die Nutzung der vom Land Berlin anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Die Voraussetzungen dafür sind in der Verordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (Pflegeunterstützungs-verordnung – PuVO) geregelt. Die Pflegeversicherung zahlt den Entlastungsbetrag zusätzlich zu den sonstigen Pflegeleistungen bei häuslicher Pflege. Wenn Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag in einem Monat nicht aufbrauchen, kann der Betrag in den Folgemonaten innerhalb eines Kalenderjahres genutzt werden.

30. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

§ 45 SGB XI || private Pflegeversicherung

Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen haben Anspruch auf kostenlose Pflegekurse gemäß § 45 SGB XI. Grundsätzlich sind Pflegekurse für alle nicht professionellen Pflegepersonen gedacht, die theoretische Grundlagen zur häuslichen Pflege erwerben und konkrete Vorgehensweisen bei der Pflege lernen möchten. Es ist ratsam, frühzeitig einen Pflegekurs zu machen, Betroffene wenden sich an die private Pflegeversicherung oder an die *compass private pflegeberatung*.

compass private pflegeberatung:

>>> Telefon: 0800 101 88 00

Servicenummer compass private pflegeberatung

31. Gesetzliche Vorschriften (2024)

Elftes Buch Sozialgesetzbuch

- Soziale Pflegeversicherung -

Artikel 1 des Gesetzes vom 26.05.1994 (BGBl. I S. 1014)
zuletzt geändert durch Gesetz vom 26.07.2023 (BGBl. I S. 202) m.W.v. 03.08.2023
Stand: 01.10.2023 aufgrund Gesetzes vom 19.06.2023 (BGBl. I S. 155)

Viertes Kapitel Leistungen der Pflegeversicherung **Erster Abschnitt Übersicht über die Leistungen**

§ 28a

Leistungen bei Pflegegrad 1

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) G. v. 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155);
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) m.W.v. 01.01. 2024

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,
8. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
9. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
10. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
12. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,
13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.

Viertes Kapitel Leistungen der Pflegeversicherung

Dritter Abschnitt Leistungen

Dritter Titel Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme

von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) G. v. 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359)
m.W.v. 01.01.2024

(1) Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt

ist. Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimergelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimergelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage des vorangehenden Jahres ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimergelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

(8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.

(9) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kosten-erstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.

Neuntes Kapitel Datenschutz und Statistik
Dritter Abschnitt Datenlöschung, Auskunftspflicht
§ 108

Auskünfte an Versicherte

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) G. v. 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155);
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) m.W.v. 01.01.2024

(1) Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten auf Anforderung

1. eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt;
2. Auskünfte darüber geben, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten;
3. eine Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen übermitteln; sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsinhalte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift von Abrechnungsunterlagen entspricht; erforderlichenfalls sind dazu Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, die die Abrechnungsinhalte für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen.

Die Übermittlung aller nach diesem Absatz bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten."

Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten nach diesem Absatz ist nicht zulässig. Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

(2) Die Berechtigung der Versicherten, auf die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Angaben über ihre pflegerische Versorgung zuzugreifen, folgt aus § 336 Absatz 2 des Fünften Buches. § 336 Absatz 2 Nummer 1 des Fünften Buches ist entsprechend auf die Pflegekassen anzuwenden

Zehntes Kapitel Private Pflegeversicherung

§ 110

Regelungen für die private Pflegeversicherung

Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts G. v. 6. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 146)
m.W.v. 1. Juli 2023

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abzuschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,

- c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
- d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
- e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
- f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
- g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Absatz 1, 3, 4 und 4a geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

32. kpu >> Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung

Das kpu >> Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung zur Stärkung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und der Selbsthilfe fördert und vernetzt Angebote im Bereich häuslicher Pflege, und zwar vor allem solche, die jenseits der pflegerischen Versorgung selbst alltagsnahe unmittelbare Unterstützung anbieten. Auf der Homepage sind u. a. Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen, Angebote zur Unterstützung im Alltag und haushaltsnahe Dienstleistungen aufrufbar.

Das Kompetenzzentrum wird gefördert durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und die Landesverbände der Pflegekassen in Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

kpu >> Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung:

- > > > Anschrift: Bismarckstraße 101, 10625 Berlin
- > > > Telefon: +49 30 890 285 32 Beratung zu Fragen rund um die Themen Angebote zur Unterstützung im Alltag
- > > > Webseite: <https://www.pflegeunterstuetzung-berlin.de/unterstuetzung/uebersicht-aller-angebote>

33. Verband der Ersatzkassen e. V (vdek) - Pflegelotse - Hospizlotse -

Der Pflegelotse ist ein unabhängiges und kostenloses Informationsportal mit einer komfortablen Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung:

- ➔ ambulanter Pflegedienst
- ➔ Stationäre Pflegeeinrichtung
- ➔ Angebote zur Unterstützung im Alltag
- ➔ Häuslicher Betreuungsdienst

Der Hospizlotse ist ein unabhängiges und kostenloses Informationsportal mit einer komfortablen Suche nach Leistungserbringern, die Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung anbieten:

- ➔ Ambulanter Hospizdienst
- ➔ Hospiz
- ➔ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

vdek-Pflegelotse:

- > > > Webseite: [Pflegeeinrichtungen, Betreuungsangebote und Hilfe im Haushalt, Pflegeberatung, Beratungsbesuche](#)

vdek-Hospizlotse:

- > > > Webseite: [Hospiz- und Palliativangebote](#)

34. Weitere Informationen, Beratungen und Broschüren

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

- > > > Anschrift: Friedrichstraße 108, 10117 Berlin (Mitte)
- > > > Telefon: +49 30 3406066-02 **Bürgertelefon zur Pflegeversicherung**
- > > > Telefon: +49 30 20179131 **Expertenrat beim Pflegetelefon beim BMG**
- > > > Broschüre: [Ratgeber Pflege](#) – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten – (Januar 2022)
- > > > Broschüre: [Pflegeleistungen zum Nachschlagen](#) – (Januar 2023)
- > > > Broschüre: [Ratgeber Demenz](#) – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz – (April 2022)

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege u. Gleichstellung (SenWPGP)

- > > > Anschrift: Oranienstr. 106, 10969 Berlin
- > > > Broschüre: [Pflege kompakt Berlin](#) – Fragen und Antworten zur häuslichen Pflege – (September 2022)

Sozialverband VdK

- > > > Berechnung: [PC-Selbsteinschätzungsbogen](#)
- > > > Broschüre: [VdK-Ratgeber Pflegebegutachtung](#) – (Mai 2022)

Verbraucherzentrale Berlin e. V. – Pflegeberatung

- > > > Anschrift: [Verbraucherzentrale Berlin e. V. – Pflegeberatung](#), Ordensmeisterstraße 15 – 16, 12099 Berlin
- > > > Broschüre: [Die Pflege-WG für Erwachsene in Berlin](#) – (Februar 2023)