PBeaKK
Gesund versichert.

Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Wenn Sie pflegebedürftig werden, verändert sich für Sie und Ihre Angehörigen das gewohnte Leben. Oft sind Alter, eine Erkrankung, ein Unfall oder eine Behinderung dafür verantwortlich, dass alltägliche Dinge zu unüberwindbaren Hindernissen werden – wie Einkaufen, Haare kämmen oder die Wohnung putzen. Wir stehen Ihnen hier zur Seite: mit den Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung – kurz PPV. In unserem Ratgeber möchten wir Ihnen wichtige Informationen zum Antragsverfahren und einen Überblick über mögliche Leistungen bei Pflegebedürftigkeit geben.

Ihre private Pflegepflichtversicherung

Wir führen die private Pflegepflichtversicherung im Auftrag der „Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung (GPV)“ durch. Sie haben mit der GPV einen privaten Pflegeversicherungsvertrag geschlossen. Die Leistungspflicht ergibt sich insbesondere aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PPV. Wir empfehlen Ihnen, diese aufmerksam zu lesen.

Private Pflegeberatung compass

Unabhängig davon, ob Sie bereits einen Pflegeantrag gestellt haben, steht Ihnen unsere private Pflegeberatung compass zur Seite. Die Pflegeberater informieren, unterstützen und begleiten Sie bei Ihren Fragen zur Pflegesituation und auch bei Fragen zum Begutachtungsverfahren. Dies kann auch anonym geschehen. Sie können gerne auch einen Termin für eine Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause vereinbaren. Das Beratungsangebot bezieht sich selbstverständlich auch auf Personen, die Sie pflegen oder betreuen.

Sie erreichen compass bundesweit unter der kostenfreien Nummer

0800 101 88 00,

Montag bis Freitag 8-19 Uhr, Samstag 10-16 Uhr.

compass ist neutral, unabhängig und für Sie als Versicherter kostenfrei. Informationen aus der Beratung werden an uns nur weitergegeben, wenn Sie dies ausdrücklich wünschen. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.compass-pflegeberatung.de.

Ihre Antragstellung

Bitte nutzen Sie für Ihre Antragstellung den „Antrag auf Pflegeleistung – Feststellung Pflegebedürftigkeit“. Diesen finden Sie auf unserer Homepage. Mithilfe unserer App PBeaKKDirekt können Sie Ihren Antrag einfach, schnell und digital[1] bei uns einreichen.

Begutachtung – Feststellung Ihres Pflegegrads

Nachdem Ihr Antrag auf Pflege bei der PPV eingegangen ist, wird der medizinische Dienst „Medicproof“ beauftragt, im Rahmen einer Begutachtung Ihren persönlichen Pflegegrad festzustellen. Dieser Termin ist Voraussetzung, damit Sie Pflegeleistungen erhalten können.

Die Medicproof-Gutachter sind speziell ausgebildete Pflegekräfte und Ärzte. Die Begutachtung findet meistens im Wohnbereich statt – in der Wohnung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung. Bei Änderungs- und Wiederholungsbegutachtungen ist eine telefonische Begutachtung möglich. Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nimmt meist einige Zeit in Anspruch.

F1YQ_20250304

Leistungen werden daher auch rückwirkend erbracht – frühestens vom ersten Tag des Monats der Antragstellung an.

Bei der Begutachtung wird die Beeinträchtigung Ihrer Selbständigkeit und Ihrer Fähigkeiten in den folgenden Lebensbereichen – den sogenannten Modulen – beurteilt:

Modul	Modulbezeichnung	Beispiele für Kriterien
1	Mobilität	Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, Treppensteigen
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Erkennen von Personen des näheren Umfelds, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Beteiligen an einem Gespräch
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
4	Selbstversorgung	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Benutzen einer Toilette
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Einnahme von Medikamenten, Messung und Deutung von Körperzuständen, Verbandswechsel und Wundversorgung, Einhalten einer Diät
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Ruhen und Schlafen, Beschäftigung mit sich selbst, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Die Medicproof-Gutachter prüfen bei ihrem Besuch auch, ob Sie Pflegehilfsmittel benötigen oder ob sich Ihr individuelles Wohnumfeld verbessern lässt. Wir informieren Sie schriftlich über Ihren festgestellten Pflegegrad.

Die fünf Pflegegrade – Definition von Pflegebedürftigkeit

Sie gelten als pflegebedürftig, wenn Sie auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf die Hilfe von anderen angewiesen sind. Als Betroffener sind Sie somit nicht in der Lage, körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen selbständig zu kompensieren und zu bewältigen.

Voraussetzung für die Leistungen Ihrer PPV ist, dass Sie je nach Schwere der Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Ihrer Fähigkeiten einem der folgenden Pflegegrade zugeordnet werden:

Pflegegrad	Pflegebedürftigkeit
1	geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
3	schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Erstattung Ihrer Rechnungen

Nachdem Sie in einen Pflegegrad eingestuft sind, können Sie Ihre Rechnungen – beispielsweise eines ambulanten Pflegedienstes – formlos oder bei einem Beihilfeanspruch mit dem bekannten Leistungsantrag bei uns einreichen. Ein spezielles Formular für Pflegeleistungen ist nicht erforderlich. Gerne können Sie den Leistungsantrag auch über die App PBeaKKDirekt einreichen. Bitte beachten Sie: Wir erstellen für Krankenkassen- und Pflegeleistungen jeweils getrennte Bescheide. Wir empfehlen Ihnen daher Belege für Krankenkassen- und Pflegeleistungen mit separaten Anträgen einzureichen. Eine Direktabrechnung mit Leistungserbringern ist auch für unsere A-Mitglieder nicht möglich.

Ihre Mitteilungspflichten rund um die Pflege

Bitte teilen Sie uns Eintritt, Wegfall und jede Minderung Ihrer Pflegebedürftigkeit schriftlich mit. Ergeben sich Änderungen hinsichtlich Ihrer Pflegeperson und dem Umfang deren Pflegetätigkeit, so benötigen wir auch hier Ihre schriftliche Meldung. Ferner müssen Sie uns folgende Änderungen umgehend mitteilen: jede Krankenhausbehandlung, stationäre und ambulante medizinische Rehabilitationen, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege aus der Krankenversicherung sowie der Bezug von Leistungen sonstiger Leistungsträger.

Beihilfe in Pflegefällen

Das Ergebnis Ihrer Begutachtung – egal ob von der sozialen oder der privaten Pflegeversicherung – ist auch maßgebend für die Berechnung Ihrer Beihilfe. Ihre Beihilfe leistet bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen wie die PPV. Falls Sie Beamter oder Versorgungsempfänger sind, bietet Ihnen die PPV eine prozentuale Erstattung der genannten Höchstbeträge, abgestimmt auf Ihren jeweiligen Beihilfebemessungssatz. Wenn Sie beispielsweise 70 Prozent Beihilfe beziehen, erhalten Sie von der PPV tarifliche Leistungen von 30 Prozent. Bei vollstationärer Pflege kann Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen eine zusätzliche Beihilfe zu den ansonsten verbleibenden Aufwendungen gezahlt werden. Weitere Informationen finden Sie in unserem Ratgeber „Vollstationäre Pflege“. Ihre Beihilfe beantragen Sie mit dem bekannten Leistungsantrag oder über die App.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Häusliche Pflegehilfe – professionell und zuverlässig

Wenn Sie in die Pflegegrade 2 bis 5 eingestuft sind, können Sie professionelle Hilfe in Form von häuslicher Pflegehilfe in Anspruch nehmen. Diese Leistungen werden in der Regel von ambulanten Pflegediensten erbracht, die durch einen sogenannten Versorgungsvertrag zur professionellen Pflege zugelassen sind. Ein Versorgungsvertrag wird mit den Leistungsträgern der sozialen Pflegekassen und dem Träger der Pflegeeinrichtung abgeschlossen. Auf Wunsch benennen wir Ihnen gerne geeignete Pflegedienste.

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag - ab 01.01.2025
1	-
2	796,00 Euro
3	1.497,00 Euro
4	1.859,00 Euro
5	2.299,00 Euro

Pflegedienste, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Leistungsträgern der sozialen Pflegekassen abgeschlossen haben, vereinbaren die Preise direkt mit Ihnen als Kunde. Bitte beachten Sie: In diesem Fall sind höchstens 80 Prozent der genannten Höchstbeträge erstattungsfähig.

Falls Sie in den Pflegegrad 1 eingestuft sind, erfolgt die Erstattung Ihrer Kosten für eine häusliche Pflegehilfe über den sogenannten Entlastungsbetrag.

Pflegegeld – monatlich für Sie

Anstelle der oben genannten Kostenerstattung können wir Ihnen auch ein Pflegegeld zahlen – und zwar bis zur Höhe des für Ihren jeweiligen Pflegegrad geltenden Höchstbetrages. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie die erforderliche körperbezogene Pflege und pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei Ihrer Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellen. In der Wahl Ihrer Pflegeperson sind Sie frei: Sie können beispielsweise Angehörige, Freunde, Nachbarn oder sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen heranziehen.

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag - ab 01.01.2025
1	-
2	347,00 Euro
3	599,00 Euro
4	800,00 Euro
5	990,00 Euro

Das Pflegegeld wird Ihnen jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. Wenn Sie Pflegegeld beziehen, ist in Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich und in Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich ein Beratungseinsatz verpflichtend. Die Beratungen dienen der Unterstützung Ihrer Pflegeperson und der Qualitätssicherung Ihrer häuslichen Pflege. Die Anwesenheit Ihrer Pflegeperson ist daher während des Einsatzes empfehlenswert.

Die PBeaKK bietet Ihnen zusammen mit der compass pflegeberatung zusätzliche Servicemöglichkeiten, mit denen Sie sich weniger um Beratungseinsätze kümmern müssten. Hierdurch bleibt Ihnen und Ihren Angehörigen mehr Zeit für andere Dinge.

Die compass private pflegeberatung übernimmt die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungseinsätze und entlastet Sie durch eine schnelle und digitale Übermittlung der Beratungsnachweise direkt an uns. Sie sind damit von der Übersendung per Briefpost oder von der Übermittlung mittels unserer App PBeaKKDirekt entlastet.

Bitte beachten Sie: Ohne Beratungsbesuche kann Ihnen das Pflegegeld gekürzt oder sogar gestrichen werden. Für den Beratungseinsatz erstatten wir die Kosten in der Höhe, wie die Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Trägern der zugelassenen Pflegedienste vereinbart wurde.

Ganz gleich, ob Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitation: Wenn Sie Ihre häusliche Pflege unterbrechen, wird Ihnen das Pflegegeld trotz dieser Unterbrechung bis zu 28 Tage weitergezahlt.

Kombinationsleistung – eine ideale Mischung

Zur Optimierung Ihres Pflegebedarfs haben Sie die Möglichkeit, Ihr Pflegegeld mit häuslicher Pflegehilfe zu kombinieren. Diese Kombinationsleistung setzt voraus, dass Sie sowohl von einem ambulanten Pflegedienst als auch von einer ehrenamtlichen Pflegeperson gepflegt werden. Nehmen Sie Ihren Höchstbetrag für häusliche Pflegehilfe nicht voll in Anspruch, wird ein anteiliges Pflegegeld bei der Erstattung Ihrer Pflegedienstrechnung automatisch mit ausgezahlt.

Beispiel: Sie sind in Pflegegrad 2 eingestuft. Ein zugelassener Pflegedienst führt bei Ihnen Pflegeeinsätze durch. Monatlich nehmen Sie hierfür 267,13 Euro in Anspruch. Dies entspricht einem Anteil von 33,56 Prozent Ihres monatlichen Höchstbetrages von 796 Euro. Daneben erhalten Sie zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld von bis zu 66,44 Prozent (100 - 33,56) aus 347 Euro pro Monat (= 230,54 Euro).

Die pflegecompass APP bietet die Möglichkeit eines Pflegerechners. Darin können Sie individuell Ihre Leistungen und das anteilige Pflegegeld berechnen.

Verhinderungspflege – Ersatz für Ihre Pflegekraft

Ihre Pflegeperson ist vorübergehend krank oder verreist? Seien Sie unbesorgt: Ihre PPV steht Ihnen zuverlässig zur Seite – mit der sogenannten Verhinderungspflege. Diese Form von Pflege kann ein ambulanter Pflegedienst, Angehörige, Freunde oder Nachbarn übernehmen – was Ihnen am liebsten ist. So können Sie auch während der Abwesenheit Ihrer gewohnten Pflegeperson in Ihrer häuslichen Umgebung bleiben.

Dabei gelten zwei Voraussetzungen: Sie sind in die Pflegegrade 2 bis 5 eingestuft. Und Sie werden bereits seit sechs Monaten in Ihrer häuslichen Umgebung gepflegt.

Grundsätzlich erhalten Sie die Verhinderungspflege für bis zu 42 Tage oder für bis zu 1.685 Euro in einem Kalenderjahr.

Erfolgt Ihre Verhinderungspflege durch nahe Angehörige, kann höchstens ein Betrag in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes Ihres jeweiligen Pflegegrads erstattet werden. Daneben haben Sie Anspruch auf die Erstattung nachgewiesener zusätzlicher Kosten bis zum Jahreshöchstbetrag, die im Zusammenhang mit Ihrer Verhinderungspflege entstanden sind – wie beispielsweise Fahrtkosten.

Gut zu wissen: Während Sie die Verhinderungspflege beanspruchen, wird Ihnen ein (anteiliges) Pflegegeld bis zu 42 Kalendertagen zur Hälfte weitergezahlt. Ausführliche Informationen hierzu enthält unser Ratgeber „Verhinderungspflege“.

Pflegehilfsmittel – wertvolle Helfer

Rollator, Badewannenlifter oder Pflegebett: Diese Kleinen und Großen Helfer sind von enormem Nutzen, um selbstständig zu bleiben oder den Alltag leichter zu bewältigen. Darüber hinaus können Pflegehilfsmittel Ihre Beschwerden lindern. Bereits ab Pflegegrad 1 besteht die Möglichkeit Sie mit Pflegehilfsmitteln zu versorgen.

Grundlage für Ihre Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ist das „Pflege- und Hilfsmittelverzeichnis“ der privaten Pflegepflichtversicherung. Ob ein Hilfsmittel notwendig ist, prüft der medizinische Dienst der PPV: Die Medicproof-Gutachter besuchen Sie und beurteilen Ihre persönliche Pflegesituation.

Bitte beantragen Sie Hilfsmittel immer schriftlich. Nach Antragsprüfung informieren wir Sie über das weitere Vorgehen. Bitte beachten Sie: Kaufen oder leihen Sie sich Pflegehilfsmittel ohne vorherige Genehmigung bei einem selbst gewählten Sanitätshaus, haben Sie die Kosten selbst zu tragen. In diesen Fällen können wir Ihnen keine Leistungen aus der PPV gewähren. Wir stellen Ihnen das genehmigte Pflege-hilfsmittel vorrangig leihweise zur Verfügung. Das hat den Vorteil, dass wir unseren Vertragspartner mit der Versorgung beauftragen und direkt mit ihm abrechnen können.

Egal ob Einmalhandschuhe, Mundschutz oder Desinfektionsmittel: Für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch gedacht sind, erstattet Ihnen Ihre PPV monatlich bis zu 42 Euro.

Pflegegerechte Gestaltung Ihrer Wohnung

Ganz gleich ob festinstallierte Rampen, breitere Türen, Treppenlifter oder eine barrierefreie Dusche: Für eine optimale Pflege, ist ein bedarfsgerechtes Zuhause von entscheidender Bedeutung. Bei Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer Wohnung können wir Sie unterstützen. Ziel ist, dass Sie in Ihrer gewohnten, häuslichen Umgebung bleiben können – und das möglichst selbstständig und souverän.

Bis zu 4.180 Euro stehen Ihnen hierfür zur Verfügung, wenn dadurch Ihre Pflege im häuslichen Umfeld ermöglicht oder erheblich erleichtert wird. Bitte beantragen Sie diesen Zuschuss vor Beginn der Maßnahme mit mindestens einem Kostenvoranschlag.

Ausführliche Informationen hierzu enthält unser Ratgeber „Verbesserung Ihres individuellen Wohnumfeldes“.

Ambulant betreute Wohngruppen – Ihre Pflege-WG

Gemeinsam stark und zufrieden: In dieser Wohnform leben Sie zusammen mit anderen Pflegebedürftigen in einer Art „Pflege-WG“. Hierfür können Sie auf Antrag neben Pflegegeld und häuslicher Pflegehilfe monatlich eine Pauschale von 224 Euro von uns erhalten. Voraussetzung ist unter anderem, dass eine gemeinschaftlich beauftragte Pflegekraft allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten durchführt oder Ihnen eine hauswirtschaftliche Unterstützung bietet – unabhängig von Ihrer individuellen pflegerischen Versorgung.

Sind Sie anspruchsberechtigt und möchten eine solche Wohngruppe gründen, dann können Sie darüber hinaus eine Anschubfinanzierung in Höhe von einmalig bis zu 2.613 Euro erhalten. Der Gesamtbetrag für eine Wohngruppe ist auf insgesamt 10.452 Euro begrenzt. Mit diesem Betrag können Sie auch altersgerechte Umbauten oder behindertengerechte Anpassungen in Ihrer gemeinsamen Wohnung finanzieren.

Tages- und Nachtpflege als teilstationäre Pflege

Tagsüber in einer stationären Einrichtung, abends und nachts zu Hause: Oftmals steht Ihnen Ihr pflegender Angehöriger nicht rund um die Uhr zur Verfügung. In diesem Fall kann eine teilstationäre Pflege – auch Tages- und Nachtpflege genannt – ideal sein, denn während der zeitlichen Lücken werden Sie in einem Pflegeheim betreut. Ganz gleich ob es sich um jeden Tag, jede Nacht oder nur um einzelne Zeitabschnitte handelt.

Ihre Aufwendungen erstatten wir bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgelegten Betrages.

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag - ab 01.01.2025
1	-
2	721,00 Euro
3	1.357,00 Euro
4	1.685,00 Euro
5	2.085,00 Euro

Neben der Pflege in einer zugelassenen teilstationären Einrichtung übernehmen wir auch Ihre Fahrtkosten zwischen der Wohnung und der Einrichtung im Rahmen der genannten Höchstbeträge. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind hingegen nicht erstattungsfähig.

Teilstationäre Einrichtungen, die keine Vergütungsvereinbarung mit den sozialen Pflegekassen abgeschlossen haben, vereinbaren die Preise direkt mit Ihnen als Kunde. In diesem Fall sind höchstens bis zu 80 Prozent der Höchstbeträge erstattungsfähig.

Kurzzeitpflege – kurzfristig ins Pflegeheim

Das Pflegeheim als kurzzeitiger Ersatz für Ihre Pflege zuhause: Denn immer wieder kommt es zu Situationen, in denen weder häusliche noch teilstationäre Pflege ausreicht. Etwa weil Sie nach einem Krankenhausaufenthalt besonders viel Pflege benötigen. Oder weil Sie aufgrund einer Krisensituation nicht zuhause betreut werden können. In solchen Fällen haben Sie einen Anspruch auf Kurzzeitpflege – in einer hierfür zugelassenen Pflegeeinrichtung.

Voraussetzung ist, dass Sie in die Pflegegrade 2 bis 5 eingestuft sind. Pro Kalenderjahr haben Sie einen Gesamtanspruch für bis zu 56 Tage beziehungsweise 1.854 Euro. Während Sie die Kurzzeitpflege beanspruchen, wird Ihnen ein anteiliges Pflegegeld bis zu 56 Kalendertagen zur Hälfte weitergezahlt.

Bitte beachten Sie: Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten können grundsätzlich nicht von uns übernommen werden. Wir prüfen automatisch bei unserer Erstattung, ob Ihre verbleibenden Restkosten im Rahmen des sogenannten Entlastungsbetrages erstattet werden können.

Ausführliche Informationen hierzu enthält unser Ratgeber „Kurzzeitpflege“.

Pflegekurse – praktische Tipps für Ihre Pflege

Wie funktioniert das Umbetten? Was sollte ich bei der Wundversorgung beachten? Wahrscheinlich stellt sich Ihre Pflegeperson diese oder ähnliche Fragen. Um Sicherheit in der Pflege zu gewinnen, empfehlen wir Pflegekurse: Hier lernt Ihre Pflegeperson praktische Fähigkeiten rund um die Pflege. Ihre PPV übernimmt die Kosten für Pflegekurse in angemessener Höhe – ganz gleich, ob Sie von Angehörigen oder einer ehrenamtlichen Person gepflegt werden.

Entlastungsbetrag – ein zusätzliches Plus für Ihre Pflege

Wahrscheinlich wünschen Sie sich – wie die Mehrheit der Pflegebedürftigen – in Ihrer gewohnten Umgebung versorgt zu werden. Hier bieten wir Ihnen den sogenannten Entlastungsbetrag. Dieser soll sowohl Sie als auch Ihre pflegenden Angehörigen unterstützen. Ziel ist, dass Sie ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu Hause führen.

Sie können den Entlastungsbetrag für entsprechend zertifizierte Angebote zur Finanzierung folgender Leistungen heranziehen:

Pflegegrad	Leistungen
1	▪ Teilstationäre Pflege ▪ Kurzzeitpflege ▪ Häusliche Pflegehilfe ▪ Angebote zur Unterstützung im Alltag (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden und zur Entlastung im Alltag, Nachbarschaftshilfe)
2-5	▪ Teilstationäre Pflege ▪ Kurzzeitpflege ▪ Häusliche Pflegehilfe (ausgenommen sind Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, An-/Auskleiden, Ernährung, Trinken) ▪ Angebote zur Unterstützung im Alltag (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden und zur Entlastung im Alltag, Nachbarschaftshilfe)

Der Entlastungsbetrag bietet Ihnen monatlich 131 Euro und ergänzt Ihre grundsätzlichen Regelleistungen bei häuslicher Pflege. Gut zu wissen: Beträge, die Sie im laufenden Monat nicht verbrauchen, werden in die Folgemonate des laufenden Kalenderjahres übertragen – ein gesonderter Antrag ist hierfür nicht erforderlich. Schöpfen Sie Ihren jeweiligen Anspruch im Kalenderjahr nicht aus, so gilt dieser noch für das kommende Kalenderhalbjahr. Wird der übertragene Restanspruch auch im folgenden Kalenderhalbjahr nicht ausgeschöpft, verfällt dieser.

Wenn die Pflegeperson in der Reha ist - Versorgung von Pflegebedürftigen

Seit 1. Juli wird Pflegepersonen die Mitnahme ihrer pflegebedürftigen Angehörigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ermöglicht. Dadurch haben Pflegebedürftige, die häusliche Pflege erhalten, Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Ein wichtiges neues Angebot, wenn es um die bestmögliche Pflegesituation für Pflegende und Gepflegte geht. Voraussetzungen für die Mitnahme sind, dass sich die Pflegeperson

- gleichzeitig in der stationären Einrichtung aufhält und

- dort Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, einschließlich Unterkunft und Verpflegung in Anspruch nimmt.

Die Unterbringung in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist darüber hinaus daran gebunden, dass

- die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen sichergestellt ist und
- die Pflegeperson Leistungen wie körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für die Pflegebedürftigen gewährleisten muss.

Antragstellung

Wer als Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation stellt, kann den Wunsch angeben, dass ein pflegebedürftiger Angehöriger in derselben Einrichtung versorgt wird. Damit wird automatisch gleichzeitig der Antrag des Pflegebedürftigen an die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person gestellt. Voraussetzung: Der Pflegebedürftige hat auf dem Antrag seine Zustimmung dafür erklärt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber der Pflegeperson und wird im Antragsformular schriftlich dokumentiert. Auf Wunsch der Pflegeperson und nach erfolgter Einwilligung der pflegebedürftigen Person ist die Krankenkasse oder der zuständige Rentenversicherungsträger der Pflegeperson verpflichtet, das Bewilligungsverfahren zur Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen mit dem Antragsverfahren bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu koordinieren.

Die Krankenkasse oder der zuständige Rentenversicherungsträger der Pflegeperson leitet den Antrag auf Versorgung an die Pflegekasse.

Ist die pflegerische Versorgung in der gewünschten Einrichtung nicht sichergestellt, kann eine Aufnahme in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung alternativ gewählt werden. Soll der Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung untergebracht werden, koordinieren wir hier ebenfalls auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung dort. Ist eine Aufnahme in einer vollstationären Einrichtung nicht gewünscht, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Leistungsumfang

Der Anspruch gilt für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie für vollstationäre Einrichtungen. Er umfasst die pflegebedingten Aufwendungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen), die Aufwendungen der Betreuung, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege, Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionskosten.

Ruhen des Anspruches auf andere Leistungen

Solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 42a Abs. 1 S. 1 SGB XI versorgt wird, ruht der Anspruch auf Leistungen des (anteiligen) Pflegegeldes.

Bei Pflegebedürftigen, die Ihre Pflege durch von Ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 S. 1 SGB XII Anwendung findet, wird das (anteilige) Pflegegeld weitergezahlt und die Leistungen ruhen nicht.

Soziale Sicherung Ihrer Pflegeperson

Pflegepersonen reduzieren oftmals ihre Berufstätigkeit oder verzichten sogar ganz auf einen eigenen Job. Ohne Absicherung wäre Ihre Pflegekraft benachteiligt – sowohl in ihren Rentenansprüchen als auch hinsichtlich ihrer Arbeitslosenversicherung. Hier bieten wir Ihnen Unterstützung: mit den Leistungen zur sozialen Absicherung Ihrer Pflegeperson.

Dabei gelten folgende Voraussetzungen:

- Ihre Pflegeperson pflegt Sie – oder mehrere Pflegebedürftige – ehrenamtlich.

- Sie sind mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft.
- Die Pflege umfasst wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage pro Woche.

Die Höhe der Beiträge, die wir in die Renten- und Arbeitslosenversicherung Ihrer Pflegeperson zahlen, richtet sich nach:

- Ihrem Pflegegrad und
- den von Ihnen bezogenen Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Übrigens: Während der pflegerischen Tätigkeit sind Ihre Pflegepersonen durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt. Falls ein Unfall passiert, sollten Sie diesen innerhalb von drei Tagen bei Ihrem zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Zuständig ist derjenige gemeindliche Unfallversicherungsträger, in dessen Bereich der Ort Ihrer Pflegetätigkeit liegt.

Pflegezeit – eine Freistellung für Ihre Pflegeperson

Es kann von heute auf morgen passieren: Eine akute Pflegesituation tritt auf – ganz überraschend und unerwartet. Sind Sie davon betroffen und haben einen nahen Angehörigen, der sich um Sie kümmern möchte? Rechtliche Unterstützung bietet Ihnen hier das Pflegezeitgesetz: Ihr Angehöriger hat gegenüber seinem Arbeitgeber einen Anspruch auf eine unbezahlte Auszeit – um Ihnen zur Seite zu stehen.

Diese unbezahlte Freistellung gilt für bis zu zehn Arbeitstage. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder sicherzustellen. Bitte beachten Sie: Beamte oder Selbstständige sind keine Beschäftigten im Sinne des Pflegezeitgesetzes. Wichtig ist außerdem, dass es sich um einen nahen Angehörigen handelt – wie Ihren Ehe-/Lebenspartner, Geschwister, Kinder oder Eltern. Zu den Voraussetzungen gehört auch, dass die Pflegesituation akut – also unerwartet und unvorhersehbar – eingetreten ist und dass die Notwendigkeit der pflegerischen Versorgung besteht.

Während dieser zehntägigen Freistellung besteht Anspruch auf Lohnersatz – das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Die Höhe wird individuell für Ihre Pflegeperson berechnet und orientiert sich am ausgefallenen Arbeitsentgelt. Wird eine mehr als zehntägige Freistellung gewünscht, zahlen wir für die Dauer der Pflegezeit von bis zu sechs Monaten Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen.

Bitte beantragen Sie diese Leistungen mit dem Formular „Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG“.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflege in zugelassenen vollstationären Pflegeheimen

Wenn Sie nicht mehr zu Hause gepflegt werden können, besteht die Möglichkeit, dass Sie sich in einem zugelassenen vollstationären Pflegeheim pflegen lassen. Zugelassene Pflegeeinrichtungen haben einen Versorgungsvertrag mit den Trägern der sozialen Pflegeversicherung geschlossen. Fragen Sie die Einrichtung Ihrer Wahl nach deren Zulassung. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie Ihren Umzug in eine Pflegeeinrichtung konkret planen.

Wir können Ihre pflegebedingten Kosten, Ihre Aufwendungen der Betreuung sowie Ihre medizinische Behandlungspflege bis zum monatlichen Höchstbetrag Ihres jeweiligen Pflegegrads anerkennen. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro pro Monat.

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag - ab 01.01.2025
1	131,00 Euro
2	805,00 Euro
3	1.319,00 Euro

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag - ab 01.01.2025
4	1.855,00 Euro
5	2.096,00 Euro

Zugelassene Pflegeeinrichtungen, deren Pflegevergütung nicht vertraglich geregelt ist, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit Ihnen vereinbaren. In diesem Fall erstattet Ihnen die PPV höchstens 80 Prozent des monatlichen Höchstbetrags Ihres jeweiligen Pflegegrads.

Zur weiteren finanziellen Entlastung zahlen wir Ihnen zusätzlich einen Leistungszuschlag. Der Leistungszuschlag berechnet sich aus dem pflegebedingten Eigenanteil. Je länger Sie in einem Pflegeheim leben, desto höher fällt der Leistungszuschlag aus. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 erhalten folgenden Leistungszuschlag:

Dauerleistungsbezug der vollstationären Pflege	Höhe Leistungszuschlag
Leistungsbezug ≤ 12 Monate	15% des pflegebedingten Eigenanteils
Leistungsbezug > 12 Monate	30% des pflegebedingten Eigenanteils
Leistungsbezug > 24 Monate	50% des pflegebedingten Eigenanteils
Leistungsbezug > 36 Monate	75% des pflegebedingten Eigenanteils

Aufwendungen für Ihre Unterkunft, Ihre Verpflegung und die sogenannten Investitionskosten sind grundsätzlich nicht erstattungsfähig. Auch pflegebedingte Kosten, die über die oben genannten Pflegeleistungen hinausgehen, können nicht von Ihrer PPV übernommen werden. Dies gilt auch für Zusatzleistungen wie eine besondere Größe oder Ausstattung Ihres Zimmers sowie sonstige Kosten wie Telefon, Wäsche oder Frisör.

Sind Sie beihilfeberechtigt und mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft? Dann haben Sie Anspruch auf einen Beihilfezuschuss. Bitte beachten Sie, dass Ihre Beihilfe jedoch erst einspringt, wenn Ihre Kosten einen bestimmten Eigenanteil übersteigen.

Ausführliche Informationen hierzu enthält unser Ratgeber „Vollstationäre Pflege“.

Pflege in vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen

Neben klassischen Pflege- oder Seniorenheimen gibt es noch vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe. Falls bei Ihnen nicht die medizinische Pflege, sondern eher eine berufliche oder soziale Eingliederung wichtig ist, kann diese Art von Einrichtung für Sie geeignet sein.

Wir erstatten 15 Prozent Ihrer pflegebedingten Kosten, die nach den gesetzlichen Regelungen im Heimentgelt vereinbart sind. Sie erhalten im Einzelfall bis zu 278 Euro je Kalendermonat. Voraussetzung ist, dass Sie mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sind. Werden Sie an den Wochenenden zuhause gepflegt, bekommen Sie hierfür anteilige häusliche Pflegeleistungen. Beantragen Sie dies bitte schriftlich oder rufen Sie uns an, wir stehen Ihnen zur Seite.