



Leitfaden Pflegegrad

Mit Musteranträge
für alle
Leistungen

Auflage. 1 – 02.2022

Geschrieben von:
Rene Huckschlag

Inhaltsverzeichnis

Nr.	Thema	Seite
1.	Was ist ein Pflegegrad und wie bekomme ich Pflegegeld?	01-02
2.	Wie viel Pflegegeld bekomme ich bei welchem Pflegegrad?	03-04
3.	Wie beantrage ich einen Pflegegrad?	05-06
4.	Der Pflegegrad ist beantragt - wie geht es weiter?	07
5.	Der Medizinische Dienst kommt zur Begutachtung - was ist zu beachten?	08-09
6.	Pflegegrad erhalten	10
7.	Pflegegrad abgelehnt - was kann ich jetzt machen?	11-12
8.	Der Pflegegrad reicht nicht aus - wie bekomme ich einen höheren?	13-14
9.	Wie Sie einmal jährlich 1.620€ von der Pflegekasse überwiesen bekommen	15-16
10.	Tagespflege - was ist das?	17
11.	Kurzzeitpflege - was ist das?	18
12.	40€ monatlich für Pflegehilfsmittel - wo kann ich diese beantragen?	19
13.	125€ monatlich für eine Entlastung - wie funktioniert das?	20
14.	Bis zu 4.000€ von der Pflegeversicherung für einen Umbau (inkl.Antrag)	21-22
15.	Pflegekurse für pflegende Angehörige – ganz einfach von zu Hause	23
16.	Hausnotruf für die Sicherheit	24

1. Was ist ein Pflegegrad und wie bekomme ich Pflegegeld?

Pflegegrad

- Ein Pflegegrad misst den täglichen Aufwand einer Pflegebedürftigkeit
- Es gibt 5 unterschiedliche Pflegegrade von 1-5
- Die Höhe eines Pflegegrades entscheidet die Höhe der Leistungen und des Pflegegeldes, die man von der Pflegeversicherung erhält

Beschreibung

Jeder von uns zahlt in seinem Leben in der Pflegeversicherung ein. Dieses geschieht völlig automatisch, während wir unseren Job ausführen. Doch wofür ist die Pflegeversicherung eigentlich?

Die Pflegeversicherung tritt in Kraft beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigkeit ist eine Einschränkung der Selbstständigkeit in seinem alltäglichen Leben und muss mindestens 6 Monate vorhanden sein. Die Ursachen der Einschränkungen können körperlich, seelische oder psychische Aspekte haben. Ist die Einschränkung nicht länger als 6 Monate vorhanden, wird der Antrag auf einen Pflegegrad abgelehnt!

Hat man einen Antrag auf einen Pflegegrad gestellt und zur Pflegeversicherung geschickt, bekommt man innerhalb weniger Tage einen Fragenkatalog von dieser zugesendet. In diesem Fragenkatalog beschreibt die Pflegebedürftige Person in welchen Bereichen Sie eingeschränkt ist. Der Katalog besteht aus 6 verschiedenen Kategorien:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhalten und psychische Probleme
- Selbstversorgung
- Bewältigung von Krankheit und Therapie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Wer in eines oder mehreren dieser Bereiche beeinträchtigt ist, kann einen Pflegegrad bekommen und Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten.

Nach ausfüllen des Katalogs wird dieser wieder zurück an die Pflegeversicherung geschickt und innerhalb von 2-6 Wochen kündigt sich ein Gutachter im Auftrag Ihrer Pflegeversicherung an. Dieser kommt vom medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und erstellt ein Gutachten. Hierbei prüft er die Angaben des Katalogs und wertet das Ergebnis aus. Hierzu werden die 6 Kategorien gewichtet. Das bedeutet, dass die Kategorien unterschiedlich für das Ergebnis des Pflegegrades eine Rolle spielen.

- Mobilität 10%
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten 7,5%
- Verhalten und psychische Probleme 15%
- Selbstversorgung 40%
- Bewältigung von Krankheit und Therapie 20%
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 7,5%

Nachdem der Gutachter das Gutachten erstellt hat und dieses an die Pflegeversicherung weitergibt, dauert es nochmals 2-4 Wochen, bis Sie das Ergebnis bekommen. Sollten Sie einen Pflegegrad bekommen haben, erhalten Sie somit die Leistungen ab dem Datum der Antragserstellung. Das bedeutet Sie bekommen im Monat, indem Sie den Bescheid bekommen haben für den aktuellen Monat und für den letzten Monat Pflegegeld.

Beispiel:

Sie haben am 01.06.2021 den Antrag auf einen Pflegegrad gestellt und es dauerte 6 Wochen bis der Gutachter zu Ihnen kam und weitere 4 Wochen bis Sie den Bescheid auf Pflegegrad 3 bekommen haben. Für Pflegegrad 3 bekommen Sie monatliches Pflegegeld in Höhe von 545€.

Jetzt haben Sie den Antrag am 01.06 gestellt und am 12.08 den Bescheid bekommen. Also bekommen Sie 2 Monate rückwirkend das Pflegegeld und für den aktuellen Monat. Das macht eine Höhe von 1.635€ Pflegegeld. Ab dann bekommen Sie das Pflegegeld jeden Monat regelmäßig überwiesen.

2. Wie viel Pflegegeld bekomme ich bei welchem Pflegegrad?

Pflegegeld - Das Pflegegeld ist die Geldleistung, die die eingetragene Pflegeperson von der Pflegeversicherung auf das Konto monatlich erhält.)

- Pflegegrad 1 – **0€** Pflegegeld
- Pflegegrad 2 – **316€** monatlich
- Pflegegrad 3 – **545€** monatlich
- Pflegegrad 4 – **728€** monatlich
- Pflegegrad 5 – **901€** monatlich

Hinweis: Das Pflegegeld wird nur im vollen Umfang ausgezahlt, wenn die Pflegeperson ohne einen Pflegedienst die Pflege durchführt!!!

Sachleistung – Eine Sachleistung ist, wenn die Pflegeperson die pflegerische Versorgung an einem z.B. Pflegedienst abgibt und die Pflegeversicherung das volle Budget für pflegerische Leistungen bezahlt. Das bedeutet, ein Pflegedienst kommt regelmäßig und es gibt kein Pflegegeld. Eine Übernahme von Sachleistungen werden erst ab Pflegegrad 2 von der Pflegeversicherung bezahlt.

- Pflegegrad 2 – **689€** monatlich
- Pflegegrad 3 – **1.298€** monatlich
- Pflegegrad 4 – **1.612€** monatlich
- Pflegegrad 5 – **1.995€** monatlich

Beispiel:

Familie Mustermann entscheidet sich einen Pflegedienst komplett für die Pflegebedürftige des Vaters zu beauftragen und verzichten auf das Pflegegeld. Der Pflegedienst kommt 2 mal am Tag, da der pflegebedürftige Vater Pflegegrad 3 hat. Die 1.298€ werden komplett ausgeschöpft. Sollten die Leistungen über die 1.298€ kommen, muss die Familie den Betrag darüber selber bezahlen.

Kombileistung:

Die Kombileistung ist eine Mischung aus Pflegegeld und Sachleistung durch einen Pflegedienst. Dieses ist vor allem sinnvoll, wenn die Leistungen des Pflegedienstes nicht das volle Budget ausschöpfen. Der restliche Betrag kann als Pflegegeld ausgezahlt werden, jedoch nur anteilig mit 30%.

Beispiel:

Familie Mustermann hat sich für eine Unterstützung eines Pflegedienstes entschieden. Ihr Vater hat Pflegegrad 3 und der Pflegedienst kommt 3 mal wöchentlich zum Duschen. Hierfür berechnet der Pflegedienst 264€. 1.034€ bleiben übrig. Nun werden 30% auf das Konto der Pflegeperson überwiesen. Also ein Betrag von 310,20€.

Fazit:

Jeder betroffenen Familie steht es frei zu, zu entscheiden ob Sie sich alleine um die pflegebedürftige Person innerhalb der Familie kümmern und das Pflegegeld in vollem Umfang bekommen oder Sie einen Pflegedienst beauftragen und die Sachleistungen nutzen. Wie erwähnt kann man sich die restliche Summe anteilig mit 30% auszahlen lassen.

3. Wie beantrage ich einen Pflegegrad?

Anschreiben:

Ein Pflegegrad zu beantragen ist nicht schwer, dieses kann mit einem kurzen Schreiben geschehen. Wichtig hierbei ist, dass die **Kontakt**daten inklusive **Geburtstag** und **Versicherungsnummer** auf das Schreiben mit aufgeführt sind.

Auf der nächsten Seite finden Sie ebenfalls eine Vorlage, wie der Antrag aussehen sollte. Falls Sie diesen benötigen, können Sie ihn [HIER herunterladen](#) und ausdrucken. Danach müsste der Antrag nur noch ausgefüllt und zur Pflegeversicherung geschickt werden.

*Beim Herunterladen erhalten Sie alle Anträge als Vorlage. Heften Sie diese am besten als Kopiervorlage ab, denn Sie werden diese hin und wieder benötigen.

Von:

Name, Vorname Geb. am

Straße

Plz und Stadt

An:

Krankenkasse/ Pflegekasse

Straße oder Postfach

Plz und Stadt

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich ab dem heutigen Tag Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Meine Versichertennummer lautet:

Versicherungsnummer hier eintragen (s. Versichertenkarte)

Meine vorhandene Pflegebedürftigkeit liegt schon länger als 6 Monate zurück.

Ich bitte um Zusendung der benötigten Antragsunterlagen und zügige Bearbeitung meines Antrags.

Mit freundlichen Grüßen:

Ort, Datum, Unterschrift

4. Der Pflegegrad ist beantragt, wie geht es weiter?

Nach dem verschicken des Antrags:

Es dauert in der Regel ca. 7 Tage, bis Sie ein Schreiben von der Pflegeversicherung bekommen. Hierbei handelt es sich um einen Fragenkatalog über die Einschränkungen des Pflegebedürftigen und über die Pflegeperson, die Unterstützt.

Unter anderem ist es Voraussetzung, dass die Pflegebedürftigkeit länger als 6 Monate besteht, sonst wird der Antrag abgelehnt.

Der Katalog besteht, wie unter Thema 1 beschrieben, aus 6 Kategorien.

- **Mobilität**
- **kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
- **Verhalten und psychische Probleme**
- **Selbstversorgung**
- **Bewältigung von Krankheit und Therapie**
- **Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte**

Diesen müssen Sie nach dem ausfüllen wieder zur Versicherung schicken.

Um sich einmal vorzubereiten für den Katalog, habe ich Ihnen eine Seite aufgeführt auf der Sie sich den Fragenkatalog runterladen können. Diesen können Sie in Ruhe bearbeiten und später auf den, den Sie per Post kriegen übertragen.

Den Katalog finden Sie [HIER](#), durch klicken auf den blauen Link. Der Katalog ist von der Seite www.vdk.de.

► <https://www.vdk.de/deutschland/downloadglobalmime/324/vdK-Selbsteinsch%C3%A4tzungsbogen+mit+Pflegegradrechner.pdf> ◀

5. Der Medizinische Dienst (MDK) kommt zur Begutachtung, was ist zu beachten?

Ankündigung:

Nachdem der Fragenkatalog ausgefüllt bei der Pflegeversicherung eingegangen ist, dauert es ungefähr 2 Wochen bis sich ein Gutachter des MDK's bei Ihnen per Post oder Telefon anmeldet und einen Termin ankündigt. An Tag X kommt er dann zur Begutachtung.

Tipp: Die pflegenden Angehörigen sollten wenn es geht mit bei dieser Begutachtung sein, denn die pflegebedürftige Person denkt nicht immer daran, alle Einschränkungen und Probleme zu erwähnen. Es kann auch sein, dass die pflegebedürftige Person keine Einschränkungen zugeben möchte und mitteilt, dass die Situation gar nicht so schlimm ist. Meistens machen die betroffenen dieses aus Schamgefühl. Aufgrund dessen kann ein Pflegegrad abgelehnt werden, erwähnen Sie hier ruhig, dass es nicht der Wahrheit entspricht und zählen Sie auf, wie oft Sie welche Tätigkeiten machen müssen. Aber halten Sie sich an die Angaben im Fragenkatalog, da es sonst unglaubwürdig erscheinen kann.

Vorbereitung der Unterlagen:

Bei jeder Begutachtung werden immer Unterlagen angefordert. Hier macht es einen sehr professionellen Eindruck, wenn Sie diese schon vorbereitet haben. Unter Rücksicht der Vorbereitung wird der Begutachtungstermin auch schneller von statten gehen. Folgende Unterlagen werden für die Begutachtung benötigt:

- **Krankenversichertenkarte**
- **Personalausweis/Behindertenausweis**
- **Aktuelle Krankenhausberichte**
- **Aktueller Medikamentenplan**
- **Diagnosen**
- **Angaben zum Hausarzt und andere behandelnde Ärzte**
- **Vorhandene Hilfsmittel, falls welche vorhanden**
- **Kein muss, aber Ratsam, wenn man ein Pflegetagebuch der letzten 6 Monate geführt hat**

Gesprächsablauf:

Zunächst einmal wird gefragt, wie lange die Pflegebedürftigkeit schon vorhanden ist. Es muss 6 Monate oder länger vorhanden sein, weil ansonsten kein Pflegegrad gegeben wird. Dann wird gefragt, welche Krankheiten, Medikamente etc. vorliegen (s. Vorbereitung Unterlagen). Nachdem die Daten aufgenommen wurden, wird die pflegebedürftige Person gefragt, wo Unterstützung benötigt wird und was Sie noch selber kann. Das ist der Punkt, an der die pflegebedürftige Person sehr oft nicht alles erwähnt und dann sollten die Angehörigen fehlende Angaben ergänzen.

Während des Gesprächs wird die pflegebedürftige Person vom Gutachter beobachtet, um zu sehen in wie weit die Bewegung eingeschränkt ist. Manchmal werden auch ein paar Situationen künstlich erstellt um die Beweglichkeit der Person zu testen. Hierzu zählen:

- **der Gutachter lässt ausversehen den Stift fallen und schaut, ob die pflegebedürftige Person ihn aufhebt**
- **der Gutachter macht die pflegebedürftige Person darauf aufmerksam, dass der Schuh auf ist**
- **der Gutachter fragt, ob er etwas zu trinken bekommen kann**
- **schon beim öffnen der Türe schaut der Gutachter, wer Sie geöffnet hat und wenn es die pflegebedürftige Person war, wird hier schon auf das Bewegungsverhalten geachtet**

Sollten solche oder ähnliche Situationen vorkommen, kann die pflegebedürftige Person Ihre Angehörigen um Hilfe bitten. Sie kann z.B den Sohn oder die Tochter fragen, ob sie die Schuhe zu machen kann, den Stift aufheben, was zu trinken holen oder die Türe öffnet. Dies kann Sie dann auf Ihre Einschränkungen zurückführen. Es ist wichtig, dass dieses auch umgesetzt wird und die pflegebedürftige Person nicht auf Ihren Stolz oder Scham achtet. Auch Bewegungen sollen von der pflegebedürftigen Person durchgeführt werden auf Anforderung. Hierzu zählen:

- **die Hände hinter den Kopf**
- **die Hände an den Füßen**
- **Hände öffnen und schließen**
- **das drücken der Hand des Begutachters**
- **etc.**

An diesen Punkten zählt nicht wie schnell oder langsam die pflegebedürftige Person diese Bewegungen durchführt. Hier zählt nur die Umsetzung, egal ob es 5 Sekunden dauert oder 1 Minute. Wenn die pflegebedürftige Person Bewegungseinschränkungen oder Schmerzen hat, dürfte Sie die ein oder andere Übung auch nicht umsetzen können. Wenn Sie diese Übungen jedoch umsetzen kann (egal ob es 5 Sekunden dauert oder 2 Minuten) kann es Auswirkungen auf den Pflegegrad haben.

Sind diese Punkte beherzigt und die vorhandenen Einschränkungen aufgenommen, dürfte dem Pflegegrad nichts mehr im Wege stehen. Wenn Einschränkungen vorhanden sind, wird die pflegebedürftige Person auch einen Pflegegrad erhalten.

Tipp: Die Situation der Begutachtung kann mit der pflegebedürftigen Person vorbereitet werden. Lassen Sie diese wissen, was sie erwartet. Gehen Sie ein Gespräch mit Ihr durch. Hierzu können Sie zur Übung den Fragenkatalog nehmen und die Punkte mit der pflegebedürftigen Person durchgehen.

Für das Pfegetagebuch habe ich einmal ein Formular erstellt. Hier können Sie ein Datum, eine Uhrzeit und eine kurze Beschreibung der Pflegesituation in Textform aufzeichnen. Es ist von Vorteil, wenn Sie diese auch 6 Monate oder länger aufweisen können. Hier können Sie es runterladen ([Hier klicken](#)).

Als Unterstützung können Sie auch hier den Fragenkatalog der VDK benutzen, um die betroffenen Punkte genau beschreiben zu können. ([Hier nochmal der Fragenkatalog von www.vdk.de](#))

6. Pflegegrad erhalten

Der Bescheid:

Nach der Begutachtung kann es 2-4 Wochen dauern, bis der Bescheid über den Pflegegrad da ist. Sollte ein Pflegegrad gegeben werden, erhalten Sie rückwirkend das Pflegegeld ab dem Datum der Antragsstellung.

Jetzt können Sie sich entscheiden, ob Sie:

- **das Pflegegeld erhalten möchten und sich um die pflegebedürftige Person ohne einen Pflegedienst kümmern**
- **einen Pflegedienst beauftragen und das Budget komplett in einer Dienstleistung des Pflegedienstes investieren**
- **eine Kombileistung in Anspruch nehmen und sich nur anteilig das Pflegegeld auszahlen lassen, so das ebenfalls ein Pflegedienst installiert ist**

Eine genauere Beschreibung für diese 3 Punkte können Sie nochmal unter Thema 1 nachlesen.

Tipp:

Falls Sie einen Pflegedienst in Anspruch nehmen möchten, gibt es eine Seite der AOK. Hier werden Ihnen alle Pflegedienste in Ihrer Nähe gelistet. Die Pflegedienste werden einmal jährlich durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft, somit können Sie sich ebenfalls die Bewertungen der Überprüfungen angucken und sich für einen Pflegedienst entscheiden.

Die Seite finden Sie [HIER \(Klicken\)](#)

<https://www.aok.de/pk/uni/pflege/pflegenavigator/pflegedienst/>

7. Pflegegrad abgelehnt, was kann ich jetzt machen?

Der Einspruch:

Es ist nicht unüblich, dass bei einer ersten Begutachtung eine Ablehnung des Pflegegrades folgt. Wichtig ist hier, dass man diese Ablehnung auf keinen Fall hinnehmen sollte.

Es besteht die Möglichkeit einen Einspruch einzulegen, dann wird eine erneute Begutachtung durchgeführt und beim zweiten Anlauf bekommt man in der Regel auch einen Pflegegrad.

Der Einspruch sollte binnend 14 Tage bei der Versicherung eingehen, sonst müssen Sie wieder 6 Monate warten, bis eine erneute Begutachtung durchgeführt werden kann.

Sie finden auf der nächsten Seite einmal ein Musterschreiben für den Einspruch. Sie können sich diesen auch [>hier herunterladen<](#) und Ausdrucken. Danach muss er nur noch ausgefüllt und zur Versicherung geschickt werden.

*Beim herunterladen erhalten Sie alle Anträge, heften Sie diese am besten als Kopiervorlage ab, denn Sie werden diese hin und wieder benötigen

Sollte dennoch der Pflegegrad erneut abgelehnt werden, haben Sie zwei verschiedene Möglichkeiten:

- **Sie schalten einen Rechtsanwalt ein, der den Fall bearbeitet**
- **Sie warten erneut 6 Monate und stellen einen erneuten Antrag**

Hinweis:

Natürlich müssen auch Einschränkungen bestehen. Um einen Pflegegrad zu bekommen gibt es ein Punktesystem, welches Sie im Fragenkatalog unter Thema 4 einsehen können. Wenn Sie dort die Einschränkungen festhalten, können Sie die Punkte ausrechnen und am Ende sehen Sie, welcher Pflegegrad Sie möglicherweise erwartet.

8. Der Pflegegrad reicht nicht aus, wie bekomme ich einen höheren?

Höherstufung

Oft ist es so, dass der Pflegegrad irgendwann nicht mehr ausreicht, insbesondere dann wenn der Pflegegrad schon länger besteht und sich der Zustand des Pflegebedürftigen verschlechtert hat.

Ist dies der Fall, können Pflegebedürftige und die Angehörigen einen sogenannten Höherstufungsantrag stellen. Dieser wird dann von der Kasse bearbeitet und eine neue Begutachtung folgt.

Auf der nächsten Seite finden Sie ein Musterschreiben, welches Sie für einen Höherstufungsantrag verwenden können. Falls dieses benötigt wird, können Sie sich das Formular [Hier herunterladen](#), ausdrucken und ausfüllen. Danach wird das ausgefüllte Formular nur noch zur Versicherung geschickt und der Antrag läuft.

*Beim herunterladen erhalten Sie alle Anträge, heften Sie diese am besten ab und nutzen als Kopiervorlage, denn Sie werden diese hin und wieder benötigen.

Hinweis

Es ist wichtig zu beachten, dass wenn ein Höherstufungsantrag gestellt wird, dass die pflegebedürftige Person auch weitere Einschränkungen vorhanden hat. Sollte z.B. ein Pflegegrad 3 vorhanden sein und letzten Endes hat sich der Zustand des Patienten verbessert, kann es auch sein das der Pflegegrad auf zwei minimiert wird. Deshalb überlegen Sie sich genau, ob ein Höherstufungsantrag sinn macht.

Von:

Name, Vorname Geb. am

Straße

Plz und Stadt

An:

Krankenkasse/ Pflegekasse

Straße oder Postfach

Plz und Stadt

Antrag auf Höherstufung meines Pflegegrades

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich eine Höherstufung meines Pflegegrades.

Leider hat sich mein Zustand verschlechtert und bin auf mehr Unterstützung angewiesen.

Meine Versichertennummer lautet:

Versicherungsnummer hier eintragen (s. Versichertenkarte)

Ich bitte um Zusendung der benötigten Antragsunterlagen und zügige Bearbeitung meines Antrags.

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum, Unterschrift

9. Wie Sie einmal jährlich 1.620€ von der Pflegekasse überwiesen bekommen (inkl. Antrag)

Leistungsbeschreibung:

Jede Pflegebedürftige Person mit mindestens einen Pflegegrad von 2 stehen 1.620€ von der Pflegeversicherung im Jahr zu. Diese Summe können sich die Pflegebedürftigen selbst oder die pflegenden Angehörigen auf das Konto überweisen lassen. Um dieses Geld zu bekommen müssen folgende Voraussetzungen bestehen:

- **mindestens Pflegegrad 2**
- **der Pflegegrad musste im letzten Jahr schon für mindestens 6 Monate oder länger vorhanden sein**
- **die Pflegeperson benötigt eine weitere Person, die kein Mitglied der Familie oder des Haushaltes ist und gibt diese als Vertretung für die Pflegeperson an**
- **die Vertretung muss 21 Tage a´ 7Stunden die Betreuung durchgeführt haben. Diese Zeiträume können notiert werden**

Erfüllen Sie diese Voraussetzungen, können Sie jedes Jahr einen Antrag auf eine sogenannte **Verhinderungspflege** stellen und erhalten Jahr für Jahr 1.620€ von der Pflegeversicherung. Das Pflegegeld hat mit dieser Leistung nichts zu tun und wird ganz normal weiterhin gezahlt.

Ablauf Antrag:

1. Auf der nächsten Seite finden Sie den Antrag für die Verhinderungspflege. Diesen können Sie sich [hier herunterladen](#), ausdrucken, ausfüllen und zur Pflegeversicherung schicken

*Beim herunterladen erhalten Sie alle Anträge. Heften Sie diese am besten ab und nutzen als Kopiervorlage, Sie werden diese hin und wieder brauchen.

2. Innerhalb von ca. einer Woche bekommen Sie einen Bogen von der Versicherung
3. Diesen füllen Sie aus. Dort werden Angaben gemacht wie:

wer ist die Verhinderungspflegeperson

- ist diese Mitglied des Haushaltes oder Familie
- an welchen Tagen hat diese vertreten
- für wie viel Stunden hat diese vertreten
- dann unterschreibt die pflegebedürftige Person als Bestätigung der Vertretung und die Verhinderungspflegeperson

4. Dann wird der Bogen wieder zur Versicherung geschickt und in 6-8 Wochen erfolgt die Überweisung

Von:

Name, Vorname Geb. am

Straße

Plz und Stadt

An:

Krankenkasse/ Pflegekasse

Straße oder Postfach

Plz und Stadt

Antrag auf Verhinderungspflege _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich eine Verhinderungspflege für das letzte Jahr.

Meine Pflegeperson war für 21 Tage verhindert und habe eine andere Person für die Pflege eingesetzt.

Meine Versichertennummer lautet:

Versicherungsnummer hier eintragen (s. Versichertenkarte)

Ich bitte um Zusendung der benötigten Antragsunterlagen und zügige Bearbeitung meines Antrags.

Mit freundlichen Grüßen:

10. Tagespflege, was ist das?

Beschreibung:

Eine Tagespflege ist eine Stationäre Einrichtung in der pflegebedürftige Personen betreut werden. Diese Leistung dient zum einen zur Entlastung der Angehörigen und zum anderen zur Abwechslung des Pflegebedürftigen. Dort ist die pflegebedürftige Person auch mit anderen Pflegeempfängern zusammen und sie können sich austauschen. Die Pflegeversicherung übernimmt Kosten für die Tagespflege ab Pflegegrad 2 im folgenden Rahmen:

- **689€** monatlich – Pflegegrad 2
- **1.298€** monatlich – Pflegegrad 3
- **1.612€** monatlich – Pflegegrad 4
- **1.995€** monatlich – Pflegegrad 5

Monatlich können die Pflegebedürftigen im vorgegebenen Budgetrahmen die Tagespflege besuchen. Übersteigt der Besuch in die Tagespflege das Budget, wird die Differenz selbst getragen. Deshalb lassen Sie sich einmal beraten mit einem Kostenvoranschlag von der Tagespflege.

Beantragt werden muss die Leistung nicht, diese wird direkt von der Tagespflege mit der Versicherung abgerechnet.

Tipp:

Wenn Sie auf der Suche nach einer Einrichtung sind, können Sie auch hier über die AOK nach einer geeigneten Einrichtung für die Tagespflege suchen.

<https://www.aok.de/pk/uni/pflege/pflegenavigator/tages-und-nachtpflege/>

Über den Link werden Sie zur Seite weitergeleitet und können sich nach Tagespflegen umsehen.

11.Kurzzeitpflege, was ist das?

Beschreibung:

Die Kurzzeitpflege ist ein stationärer Aufenthalt in einem Seniorenheim. Dieser Aufenthalt geht meist nur 1 oder 2 Wochen und wird in bestimmten Situationen von der Pflegeversicherung bezahlt. Hierzu zählt die Situation, wenn der Pflegebedürftige einen gewissen Zeitraum nicht mehr alleine zu Hause bleiben kann. Gründe hierfür können sein:

- **Nach einer Operation**
- **Nach einem Sturz**
- **für den Übergang, wenn die pflegebedürftige Person ins Seniorenheim einziehen möchte und noch kein Platz im Seniorenheim frei ist.**

Hier ist es ähnlich wie bei der Tagespflege. Sie können sich ebenfalls unter der Seite von der AOK eine Einrichtung in Ihrer Nähe herraussuchen und kontaktieren. Der Antrag wird von der Einrichtung gestellt und direkt mit der Pflegeversicherung abgerechnet.

Die Seite für Kurzzeitpflegeeinrichtungen finden Sie hier über den Link

<https://www.aok.de/pk/uni/pflege/pflegenavigator/pflegeheim/>

Dort können Sie direkt Kontakt zu einem Pflegeheim in Ihrer Nähe aufnehmen.

Ab Pflegegrad 2-5 stehen jeden für die Kurzzeitpflege 1.612€ im Monat zur Verfügung. Alles was über diesen Betrag hinaus geht muss selbst getragen werden.

12. 40€ monatlich für Pflegehilfsmittel, wo kann ich das beantragen?

Jeden pflegebedürftigen ab einen Pflegegrad 1 stehen monatlich 40€ für Pflegehilfsmittel zur Verfügung. Hierfür kann man sich verschiedene Hygieneprodukte als Paket aussuchen, welche monatlich an die Adresse des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson geschickt werden.

Welche Produkte gehören zum Paket?

Sie können sich verschiedene Produkte für die Hygiene aussuchen wie:

- **Handschuhe**
- **Handdesinfektion**
- **Flächendesinfektion**
- **Mundschutz OP oder FFP2**
- **Bettunterlagen**
- **Schutzkittel**

Warum benötige ich diese Artikel?

Alte und kranke Menschen sind meist Immungeschwächt und die Produkte sorgen bei der Versorgung für hygienische Vorteile. Deshalb sollte man Sie immer in Anspruch nehmen. Gezahlt werden diese von der Pflegeversicherung, wenn mindestens ein Pflegegrad 1 besteht.

Wo kann ich das beantragen?

Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten, wie man die Produkte beantragen kann. Einmal im Sanitätshaus Ihrer Wahl. Hier bekommen Sie ein Formular welches Sie ausfüllen müssen. Dieses muss ebenfalls von der Pflegekasse als genehmigt unterzeichnet werden und dann beginnend nach Abgabe am Sanitätshaus die Lieferung. Dieser Vorgang kann nach eigener Erfahrung 4-6 Wochen dauern.

Die zweite Möglichkeit wäre ein Onlineantrag, hier füllen Sie ein kurzes Onlineformular aus, nachdem Sie Ihre Produkte ausgewählt haben und um die Beantragung bei der Pflegeversicherung wird sich hier vom Dienstleister gekümmert. Dieser Vorgang ist schneller und unkomplizierter und dauert ungefähr 2 Wochen bis die ersten Produkte kommen.

Hier einmal 2 Anbieter für den Onlineantrag von Pflegehilfsmitteln:

www.hysana.de (Anklicken um zum Antrag zu kommen)

www.pflegehase.de (Anklicken um zum Antrag zu kommen)

13. 125€ monatlich für eine Entlastung, wie funktioniert das?

Für jeden pflegebedürftigen schon ab Pflegegrad 1 stehen für kleine Unterstützungen durch einen Pflegedienst 125€ zu. Hierfür kann die pflegebedürftige Person aussuchen, ob Sie betreut werden möchte, eine Putzhilfe für zu Hause bekommt oder geduscht wird.

Beantragt werden muss die Leistung nicht, bei einem bestehenden Pflegegrad können Sie einfach einen Pflegedienst Ihrer Wahl anrufen und sich beraten lassen. Die Einsätze des Pflegedienstes werden dann direkt mit der Pflegeversicherung abgerechnet.

Sollten Sie keinen Pflegedienst finden, können Sie wieder mit Hilfe der Seite der AOK einen Pflegedienst herraussuchen:

Die Seite finden Sie [HIER \(Klicken\)](#)

<https://www.aok.de/pk/uni/pflege/pflegenavigator/pflegedienst/>

Wenn Sie Probleme haben einen Pflegedienst mit Kapazitäten zu finden, können Sie sogar Ihre Pflegeversicherung um Hilfe bitten, dass diese für Sie einen Pflegedienste sucht.

14. Bis zu 4.000€ von der Pflegeversicherung für einen Umbau

Oft haben Pflegeempfänger das Problem, dass Sie zu Hause nicht mehr klar kommen. Hierfür sind meist Hindernisse der Grund, wie Treppen die nicht mehr hinauf gestiegen werden können oder die Dusche, die einen viel zu hohen Einstieg hat.

Hierfür kann ein Antrag auf Wohnumfeldanpassung gestellt werden, so dass die pflegebedürftige Person die Hindernisse überqueren kann.

Zu den maßnahmen zählen:

- **Treppenlift**
- **Umbau des Duscheintriegs**
- **Erweiterung der Türrahmen**

Natürlich gibt es auch individuelle Gründe bei denen ein Umbau beantragt werden kann. Hierzu schickt man ein Schreiben zur Kasse, welches Sie auf der nächsten Seite einsehen können und beantwortet den Bogen, der Ihnen zugeschickt wird.

Die Versicherung verlangt einen Kostenvoranschlag für den Umbau und gibt dann Ihr okay für den Umbau. Ist dies erfolgt, wird die Firma, die beauftragt wurde von der Versicherung bezahlt. Es besteht aber auch die Möglichkeit den Umbau selbst vorzunehmen und das Geld von der Versicherung zu erhalten. Das können dann Sie mit der Pflegeversicherung abklären.

Wenn Sie den Antrag zum ausdrucken und ausfüllen benötigen, können Sie ihn hier herunterladen.

https://digital-omh.weebly.com/uploads/1/2/2/5/122538487/anträge__2_.pdf

*Beim herunterladen erhalten Sie alle Anträge. Heften Sie diese am besten ab und nutzen als Kopiervorlage, Sie werden diese hin und wieder brauchen.

Von:

Name, Vorname Geb. am

Straße

Plz und Stadt

An:

Krankenkasse/ Pflegekasse

Straße oder Postfach

Plz und Stadt

Antrag zur Kostenübernahme der Wohnumfeldverbesserung: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich einen Leistungszuschuss aus der Pflegeversicherung für eine Verbesserung meines Wohnumfeldes. Um meinen Verbleib in der häuslichkeit zu gewährleisten, ist diese Maßnahme notwendig.

Meine Versichertennummer lautet:

Versicherungsnummer hier eintragen (s. Versichertenkarte)

Ich bitte um Zusendung der benötigten Antragsunterlagen und zügige Bearbeitung meines Antrags.

Mit freundlichen Grüßen:

Ort, Datum, Unterschrift

15. Pflegekurse für pflegende Angehörige, ganz einfach von zu Hause

Die Pflegeversicherung ist verpflichtet, den pflegenden Angehörigen Kurse zum Thema Pflege für Angehörige zu ermöglichen. Die Themen können individuell ausgesucht werden und die Kosten trägt die Pflegeversicherung.

Sie können sich aussuchen, von der Kasse eine Pflegefachkraft kommen zu lassen, von einem Pflegedienst oder Sie können zusätzlich noch an online Pflegekurse teilhaben.

Die Vorteile von Onlinekursen sind, dass man diese jederzeit und mit gewünschten Pausen ansehen kann. Es gibt Pflegekurse, die direkt durch Eingabe der Versichertennummer freigeschaltet werden und mit der Kasse abgerechnet werden. Hierzu zählt:

Der Johanniter Pflegecoach für pflegende Angehörige

[Hier Anmelden](#)

www.johanniter-pflegecoach.de



16.Hausnotruf für die Sicherheit

Viele Angehörige haben sehr oft ein schlechtes Gewissen, wenn man das pflegebedürftige Familienmitglied alleine daheim lässt. Es ist schwer den Kopf frei zu bekommen, ohne sich Gedanken zu machen, dass etwas passiert sein könnte.

Es gibt Hausnotrufsysteme, bei denen man ein Armband oder eine Kette mit einem Notrufknopf trägt. Hier kann der Pflegebedürftige in Notfallsituationen einfach den Knopf drücken und schon ist Kontakt mit der Zentrale vorhanden.

Die Zentrale hat eigene Autos mit Rettungskräften, die mit Blaulicht zum Einsatz des Geschehens fahren können um die Situation einzuschätzen.

Für den Dienst zahlt die Pflegeversicherung 25,50€ dazu und ein kleiner Anteil muss selber bezahlt werden.

Für den Hausnotrufdienst finden Sie folgende Anbieter:

Johanniter - <https://www.johanniter.de>

Malteser - <https://www.malteser.de>

Deutsches Rotes Kreuz - <https://www.drk.de>

Arbeiter Samariter Bund - <https://www.asb.de>

Über mich

Rene Huckschlag



Mein Name ist Rene Huckschlag und ich habe diesen Leitpfaden geschrieben, um Pflegebedürftigen und den Angehörigen zu zeigen, wie viel Leistungen Ihnen zustehen.

Ich habe in meinem Beruf als examinierter Altenpfleger und Qualitätsmanagementbeauftragter immer wieder gesehen, dass die pflegebedürftigen Personen nicht immer alle Leistungen in Anspruch genommen haben. Grund dafür waren fehlende Beratungen und deshalb der Leitpfaden!

Natürlich hoffe ich, dass ich Ihnen mit meinem Leitpfaden weiter helfen konnte und Ihnen den Weg in die Pflegebedürftigkeit erleichtern konnte. Ich würde mich freuen, wenn Sie mir vielleicht einmal eine Nachricht zukommen lassen könnten, in der Sie mir beschreiben in wie Fern mein Leitpfaden Ihnen geholfen hat. Hierzu können Sie mir gerne eine Mail an huckschlag.r89@gmail.com zukommen lassen.

Ich wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute und hoffe, dass die Versorgung zu Hause weiterhin stattfinden kann!!!

Rene´ Huckschlag

Copyright 2022 © Rene Huckschlag

Der Leitpfaden wurde erstellt von Rene Huckschlag und dieser darf nicht abgeändert oder ohne Lizenz weiter veröffentlicht werden. Der Leitpfaden kann jedoch für den eigenen Gebrauch ausgedruckt werden.

Bitte beachten Sie, dass der Leitpfaden externe Links enthält. Sie werden bei jedem Link unmittelbar informiert, wohin Sie weitergeleitet werden. Beachten Sie bitte das der Autor des Leitfadens keine Haftung für die externen Webseiten übernehmen kann.

Der Autor hat den Inhalt des Leitfadens mit bestem Wissen und Gewissen erstellt, kann aber keinen Erfolg z.B. auf einen Erhalt eines Pflegegrads garantieren.