Pflegeleistungen

Für dich und deine Angehörigen.

Pronova BKK

Pronova BKK-App
Mit der Pronova BKK-App kannst du viele Dinge von zu Hause aus erledigen. Unabhängig von Öffnungs- oder Servicezeiten und egal wo du bist. Das Wichtigste: alles geht schnell und sicher. Pronova BKK-App auf dein Smartphone laden, registrieren und los geht's.

Du benötigst selbst Pflege oder möchtest dich informieren, welche Leistungen es gibt? Hier findest du viele nützliche Hinweise.

Wo findest du was?

6 Deine Absicherung im Pflegefall
8 Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege
10 Kriterien, Begutachtung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit
12 Der Grad der Selbständigkeit
14 Der Antrag auf Pflegeleistungen
16 Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad
17 Pflegebedürftigkeit bei Kindern
18 Das Gutachten als Entscheidungsgrundlage
20 Beginn der Leistungen
22 Leistungen bei der häuslichen Pflege – Pflegegrad 1
24 Pflegesachleistung und Pflegegeld bei der häuslichen Pflege – Pflegegrade 2 bis 5
28 Verhinderungspflege
30 Kurzzeitpflege
32 Tages- und Nachtpflege
33 Pflegehilfsmittel und Verbesserung des Wohnumfeldes
34 Der Entlastungsbetrag
36 Angebote zur Unterstützung im Alltag
38 Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung
40 Leistungen bei vollstationärer Pflege
42 Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)
44 Pflege in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
46 Renten- und und Arbeitslosenversicherung für Pflegende Personen
47 Pflegeunterstützungsgeld
50 Familienpflegezeit
52 Finanzierung der Pflegeversicherung
54 Pflege und mehr – wir sind für dich da

Vorab zum besseren Grund-verständnis

Alle pflegebedürftigen Personen erhalten einen gleichberechtigten Zugang zur Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Maßgeblich für die Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit. Durch die Aufteilung in 5 Pflegegrade wird es möglich, Art und Umfang der Leistungen aus der Pflegeversicherung genauer auf den individuellen Bedarf abzustimmen.

Wir haben das Thema Pflegeleistungen so einfach wie möglich aufbereitet. Wenn du aber etwas nicht verstehst, scheu dich bitte nicht, uns anzusprechen. Wir, die Mitarbeitenden der Pflegekasse, sind für dich da .

Darüber hinaus unterstützt und begleitet unsere Pflegeberatung dich bei allen Fragen zu Sozialleistungen und Hilfsangeboten für Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf.

Deine Pronova BKK Pflegekasse

Deine Absicherung im Pflegefall

Eine angeborene Behinderung, ein Unfall oder eine Krankheit können z. B. Ursachen dafür sein, dass ein Mensch seine Alltagssituationen ohne fremde Hilfe nicht oder nicht mehr vollständig bewältigen kann. In diesen Fällen sind wir von deiner Pronova BKK Pflegekasse für dich da. Wir helfen dir und deinen Angehörigen mit unserer kompetenten Beratung und mit Leistungen, die dir das Leben leichter machen.

Je geringer die Selbstständigkeit ist, desto höher fällt der Hilfebedarf und somit der Pflegegrad aus. Und mit steigendem Pflegegrad erhöhen sich auch unsere Leistungen.

Schon gewusst?

Du hast einen gesetzlichen Anspruch auf eine kostenlose Pflegeberatung. Diese wird in der Regel durch Pflegeberater*innen der Pflegekassen durchgeführt, die sich der Sorgen und Fragen von pflegebedürftigen Personen sowie deren Angehörigen und Pflegepersonen annehmen. Hierbei geht es darum, dich über die vorhandenen Leistungsangebote zu informieren. Auf Wunsch kann diese Beratung auch bei dir zu Hause durchgeführt werden.

Eigenvorsorge bleibt ein Element der Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist keine Vollversorgung. Eine finanzielle Eigenbeteiligung bleibt und auch die Hilfe innerhalb der Familie ist weiterhin von großer Bedeutung. Es ist daher sinnvoll, ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung eine private Pflege-Zusatzversicherung abzuschließen. Seit 2013 wird dieses 2er-Modell vom Staat besonders gefördert. Wer für eine Pflege-Zusatzversicherung mindestens 10 € monatlich als Prämie aufbringt, wird mit einer Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 € monatlich unterstützt. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsvertrag die gesetzlich bestimmten Förderbedingungen erfüllt. Nähere Auskünfte hierzu erhältst du von deiner Steuerberaterin oder deinem Steuerberater sowie von den privaten Krankenversicherungsunternehmen. Wir empfehlen dir als private Zusatzversicherung den Tarif PROPFLEGE von Pronova Privat.

Wünschst du ausführlichere Informationen zur Pflegeberatung? Dann ruf uns unter unserer Pflegeberatungs-Hotline: 0214 32296-4929 an. Oder sende eine E-Mail an: pflegeberatung@pronovabkk.de.

Wir helfen dir und deinen Angehörigen gerne weiter.

Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege

Wir legen großen Wert auf Vorsorge (Prävention). So steht dir eine große Auswahl an Präventionsangeboten und Angeboten zur Gesundheitsförderung auf qualitätsgesicherter Basis zur Verfügung. Im Vordergrund stehen dabei die Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtmittelkonsum. Gerne informieren wir dich ausführlich zu unseren Präventionsangeboten. Ruf uns einfach an oder besuch uns in unserem Service-Center.

Mit unseren medizinischen Leistungen zur Rehabilitation unterstützen wir die ärztliche Therapie, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Schweregrad zu lindern. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhältst du auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Auch pflegende Angehörige profitieren von unseren Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation.

Ist eine stationäre Maßnahme nötig, stehen spezielle Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Hierzu gehören auch Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartige Einrichtungen.

Kriterien, Begutachtung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Unter welchen Voraussetzungen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, regeln gesetzliche Kriterien sowie ein bundesweit abgestimmtes Begutachtungsverfahren. So werden eine gerechte Leistungsbewilligung und Verteilung der Mittel der Pflegeversicherung sichergestellt.

Maßstäbe für Pflegebedürftigkeit

Voraussetzung für Pflegebedürftigkeit ist, dass gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen und der erkrankte Mensch deshalb der Hilfe durch andere Personen bedarf. Aufgrund welcher Krankheit der Hilfebedarf besteht, ist dabei unerheblich. Einschränkungen aufgrund körperlicher Erkrankungen werden genauso berücksichtigt wie Beeinträchtigungen aufgrund geistiger oder psychischer Erkrankungen. Wer etwa wegen einer demenziellen Erkrankung (z. B. Alzheimer) seine Selbstständigkeit eingebüßt hat und deshalb im Alltag der Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bedarf, kann ebenso als pflegebedürftig eingestuft werden wie derjenige, der seine körperliche Beweglichkeit aufgrund einer körperlichen Erkrankung (beispielsweise Rheuma, Arthrose, Verlust der Sehfähigkeit) oder wegen eines Unfalls verloren hat.

Der Grad der Selbstständigkeit

In folgenden 6 Bereichen ist festzustellen, inwieweit Selbstständigkeit oder Fähigkeiten trotz Beeinträchtigung noch erhalten geblieben sind.

1. **Mobilität**
2. **Geistige und kommunikative Fähigkeiten**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
4. **Selbstversorgung**
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
6. **Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte**

Zu jedem dieser 6 Bereiche gibt es Einzelkriterien, für die die verbliebene Selbstständigkeit bzw. die noch vorhandenen Fähigkeiten zu bestimmen sind.

Zusätzlich wird bereits in allen 6 Bereichen berücksichtigt, ob und in welchem Ausmaß die gesundheitlichen Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten auch einen Hilfebedarf bei der Haushaltsführung erfordern. Dabei wird differenziert zwischen außerhäuslichen Aktivitäten und der eigentlichen Haushaltsführung.

Das Begutachtungs-verfahren

Die 6 Bereiche bilden die Grundlage für das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes. Dabei geben bundeseinheitlich gültige Richtlinien vor, wie die Einzelkriterien der jeweiligen Bereiche zu beurteilen sind und was hierbei zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevant ist. Maßgeblich ist der Grad der Selbstständigkeit. Die Zusammenführung der Teilergebnisse aus den 6 Bereichen ergeben den Pflegegrad.

Insgesamt werden 5 Pflegegrade unterschieden. Ein Hilfebedarf unterhalb der gesetzlich definierten Schwelle führt nicht zur Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung. Der dann benötigte Hilfebedarf fällt in die Eigenverantwortung der pflegebedürftigen Person. Eventuell kann ein Anspruch auf die Leistungen der Sozialhilfe bestehen.

Wann kann ich mich an die Ombudsperson wenden?

Jeder Medizinische Dienst bestellt eine unabhängige Ombudsperson, die bei Beschwerden über den Ablauf der Begutachtung hinzugezogen werden kann. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn es zu Unregelmäßigkeiten während der Begutachtung gekommen ist oder wenn du andere Hinweise im Zusammenhang mit der Begutachtung geben möchtest.

Durch die Ombudsperson sollen die Transparenz und die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter gestärkt werden. Ziel ist es, eventuelle Unregelmäßigkeiten aufzudecken und mögliche systematische Fehlentwicklungen im Medizinischen Dienst zu verhindern.

Wie findest du die Ombudsperson, die für dich zuständig ist? Deine Beschwerde richtest du direkt an die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes in deinem Bundesland. Diese findest du auf der jeweiligen Homepage des Medizinischen Dienstes.

Schon gewusst?

Besteht der Hilfebedarf nur für kurze Dauer, wie etwa bei einer Fraktur des Armes, führt dies noch nicht zur Pflegebedürftigkeit. Vorausgesetzt wird ein Hilfebedarf von mindestens 6 Monaten ab Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Dieser wird vorausschauend beurteilt. Ein kürzerer Zeitraum gilt nur, wenn eine erwartete Lebensspanne von weniger als 6 Monaten angenommen wird. Lassen therapeutische und rehabilitative Maßnahmen einen Rückgang des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit erwarten, kann die Anerkennung eines Pflegegrades befristet werden.

Der Antrag auf Pflegeleistungen

Leistungen aus der Pflegeversicherung müssen beantragt werden. Um dir die Antragstellung möglichst einfach zu machen, hast du folgende Möglichkeiten: telefonische Antragsaufnahme, telefonische Antragsanforderung, Pronova BKK-App, Homepage oder schriftliche Beantragung. Hier kommst du direkt in den Online-Bereich deiner Pflegekasse: oder einfach QR-Code scannen:

Ein ärztliches Attest zur Pflegebedürftigkeit ist nicht erforderlich. Falls du jedoch ärztliche Unterlagen (z. B. zu deiner Erkrankung) hast, die für die Beurteilung deines Pflegegrades hilfreich sein können, sende uns diese gerne mit oder lege diese dem Medizinischen Dienst im Rahmen des Hausbesuchs vor. Wenn du, deine Pflegepersonen oder deine Angehörigen Fragen zur Pflegeversicherung und deren Leistungen haben oder einen Besuch unserer Pflegeberatung in deiner häuslichen Umgebung wünschen, ruf uns gerne an – wir sind für dich da!

Die Begutachtung

Werden Leistungen der Pflegeversicherung erstmals beantragt, wird die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens festgestellt. Wir holen hierzu ein Gutachten des Medizinischen Dienstes ein. Damit sich die Gutachterin*innen ein genaues Bild von deinem individuellen Hilfebedarf machen kann, muss sie oder er sich auch einen persönlichen Eindruck von deinem sozialen Umfeld verschaffen, z. B. von deiner Wohn- und Pflegesituation.
Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich im Rahmen eines Hausbesuchs, der natürlich vorher angekündigt wird. Bei stationärer Pflege kommt die begutachtende Person ins Pflegeheim oder erstellt ein Gutachten nach Aktenlage.

Unsere Entscheidung über deinen Antrag erhältst du grundsätzlich innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang, es sei denn, die Begutachtung verzögert sich z. B. durch einen Krankenhausaufenthalt. Solltest du in der Zwischenzeit Fragen haben, ruf uns gerne an.

Schon gewusst?

Unsere Bearbeitungszeit geht nicht zu deinen Lasten. Im Falle der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit leisten wir rückwirkend ab Anspruchsbeginn.

Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad

Je nach Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten wird jede pflegebedürftige Person einem von 5 Pflegegraden zugeordnet. Welcher Pflegegrad im Einzelfall in Betracht kommt, ermitteln die Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes.

In einem ersten Schritt wird für jedes Einzelkriterium getrennt nach den vorgenannten 6 Bereichen eine Punktzahl ermittelt. Diese Punktwerte werden im 2. Schritt für jeden Bereich addiert und nach einer gesetzlich vorgegebenen Tabelle gewichtet. Im dritten Schritt werden die einzelnen gewichteten Punktwerte zusammengerechnet. Das Ergebnis bestimmt die Zuordnung zu einem der 5 Pflegegrade.

Die Einteilung der Pflegegrade richtet sich nach der errechneten Gesamtpunktzahl:

1. **ab 12,5 bis unter 27**
2. **ab 27 bis unter 47,5**
3. **ab 47,5 bis unter 70**
4. **ab 70 bis unter 90**
5. **ab 90 bis 100**

Pflegebedürftigkeit bei Kindern

Die Grundprinzipien zur Feststellung des Pflegegrades bei Erwachsenen gelten auch für Kinder. Allerdings gibt es hier einige Besonderheiten. So ist der benötigte Hilfebedarf des pflegebedürftigen Kindes mit dem Hilfebedarf eines gesunden Kindes, welches genauso alt ist, zu vergleichen. Nur der Mehrbedarf zählt als gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, zudem weicht die Punktvorgabe für Kinder bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres ab. Abweichungen gelten auch für Kinder bis zum 18. Lebensmonat, da sie naturbedingt eine Rundum-Versorgung benötigen. So werden diese Kleinkinder pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft, als der tatsächliche Punktwert lt. Gutachten aussagt. Nach Vollendung des 18. Lebensmonats wird die reguläre Zuordnung ohne erneute Begutachtung vorgenommen.

Das Gutachten als Entscheidungsgrundlage

Neben der Feststellung des Pflegegrades spricht der Medizinische Dienst im Gutachten gegebenenfalls auch Empfehlungen zu Präventions- oder Rehamaßnahmen sowie Heil- und Hilfsmitteln aus. Stimmst du den Empfehlungen zu, leiten wir die notwendigen Schritte zur Umsetzung der Maßnahme ein.

Auf Grundlage des Gutachtens erteilen wir einen schriftlichen Bescheid und informieren über das Ergebnis sowie die Leistungsansprüche. Das Gutachten fügen wir dem Bescheid bei.

Eine vom Medizinischen Dienst empfohlene Wiederholungsbegutachtung veranlassen wir zum angegebenen Zeitpunkt von uns aus. Sollte schon vorher wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein höherer Hilfebedarf eintreten oder sich der Grad der Selbstständigkeit verringern, teile uns dies bitte mit. Wir beauftragen den Medizinischen Dienst dann mit einer erneuten Pflegebegutachtung.

Beginn der Leistungen

Pflegebedürftige Personen erhalten Leistungen der Pflegeversicherung ab Antragstellung, soweit die Anspruchsvoraussetzungen zu diesem Zeitpunkt erfüllt sind. Dies gilt unabhängig von der Dauer des Feststellungsverfahrens. Besteht deine Pflegebedürftigkeit schon länger als einen Monat vor deiner Antragstellung, leisten wir bereits ab Beginn des Antragsmonats.

Wird bei einer Wiederholungsbegutachtung festgestellt, dass die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad bereits früher vorlagen, bekommst du die höheren Leistungen rückwirkend. Hat sich der Grad der Selbstständigkeit durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erhöht und ist der zutreffende Pflegegrad deshalb niedriger, passen wir deine Leistungen für die Zukunft an.

Vorversicherungszeit

Weitere Voraussetzung für den Beginn der Leistungen ist der Nachweis einer 2-jährigen Vorversicherungszeit. Zu erfüllen ist diese innerhalb von 10 Jahren vor dem Leistungsantrag. Sie muss nicht ununterbrochen verlaufen. Berücksichtigt werden sämtliche Mitgliedszeiten und Zeiten einer Familienversicherung bei einer gesetzlichen Pflegekasse. Zeiten einer privaten Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls angerechnet werden.

Pflegeberatung

Die Pflegeberatung ist eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung durch unsere Pflegeberater*innen.
Sie dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Versorgung zu erreichen und zu sichern.
Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater ermittelt den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Dem Bedarf entsprechend wird beraten, ein Versorgungsplan erstellt, auf die weitere Umsetzung hingewirkt und Informationen über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen vermittelt. Gerne informieren unsere Pflegeberater*innen dich auch zu den aktuellen Hitzeschutzmaßnahmen.

Bei Bedarf bieten wir dir vor der Begutachtung einen Beratungstermin an. Gerne beraten wir dich zu Hause oder in der Einrichtung, in der du lebst. Natürlich gilt unser Beratungsangebot auch für deine Angehörigen oder andere dir nahestehende Personen.

Diese Form der umfassenden Pflegeberatung ist für uns selbstverständlich und für dich natürlich kostenfrei! Die Pflegeberatung kann auch gemeinsam mit den an der pflegerischen Versorgung Beteiligten in sogenannten Pflegestützpunkten erbracht werden. Wir informieren dich gerne.

Hast du Fragen?

Ruf uns einfach an unter
0214 32296-4929 oder
sende eine E-Mail an
pflegeberatung@pronovabkk.de

Leistungen bei der häuslichen Pflege

Die meisten pflegebedürftigen Personen erhalten ihre Hilfe im häuslichen Bereich (z. B. im eigenen Haushalt, in dem eines Familienangehörigen oder in einer ambulant betreuten Wohngruppe).

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1

Der Pflegegrad 1 gilt für Menschen, die noch keinen erheblichen Unterstützungsbedarf haben, aber bereits bestimmte Leistungen aus dem Leistungsspektrum der Pflegekasse benötigen. Für diesen Personenkreis gibt es einen besonderen Leistungskatalog.

Neben dem Anspruch auf umfassende Pflegeberatung zur individuellen Pflegesituation und zu Leistungsansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern können folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

Pflegehilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen und Zuschüsse zu Maßnahmen, die das Wohnumfeld verbessern.

Kostenfreie Inanspruchnahme von Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Im Zuge der Kostenerstattung ein monatlicher Entlastungsbetrag von bis zu 131 € z. B. für Leistungen einer Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder für Unterstützungsleistungen im Alltag.

Ein Beratungsbesuch pro Halbjahr durch einen ambulanten Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit, um die Pflegenden zu beraten und die Qualität ihrer Pflege zu sichern.

Eine Pauschale in Höhe von 224 € monatlich, wenn die pflegebedürftige Person in einer ambulant betreuten Wohngruppe lebt und diese die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt.

Bei vollstationärer Pflege leisten wir einen monatlichen Zuschuss von 131 €.

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5

Pflegesachleistung

Die häusliche Pflegesachleistung wird durch Fachkräfte eines ambulanten Pflegedienstes erbracht. Sie erstreckt sich auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Hauptsächlich zielen die Pflegesachleistungen darauf ab, die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten auszugleichen oder zu mildern. Inhalt der Pflegemaßnahmen ist auch die pflegerische Anleitung der pflegebedürftigen Person und der Pflegepersonen.

Zur pflegerischen Betreuung gehören auch Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens.

Wir als Pronova BKK Pflegekasse beteiligen uns an den Kosten der Pflegesachleistung bis zu gesetzlich bestimmten monatlichen Höchstbeträgen, abhängig vom festgelegten Pflegegrad.

Höchstbeträge ab dem 01.01.2025:

Pflegegrad	Monatliche Pflegesachleistung bis zu
2	796,00 €
3	1.497,00 €
4	1.859,00 €
5	2.299,00 €

Wie häufig der Pflegedienst unterstützt und welche Leistungen erbracht werden, kannst du im Rahmen der zur Verfügung stehenden Höchstbeträge frei entscheiden. Ist der Kostenaufwand höher und reichen die eigenen Finanzmittel zur Kostendeckung nicht aus, springt ggf. die Sozialhilfe mit ihren Leistungen der Hilfe zur Pflege ein.

Für die Pflegesachleistung schließt du mit dem ambulanten Pflegedienst einen Pflegevertrag ab. Hierin sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen beschrieben. Auch die mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungen – nach Zeitaufwand oder nach Leistungskomplexen – sind im Pflegevertrag festzuhalten. Der Pflegedienst berät die pflegebedürftige Person vor Vertragsschluss über die Möglichkeiten der Zusammenstellung der Leistungen.

Pflegegeld

Lebst du in häuslicher Umgebung und stellst den gesamten Hilfebedarf über ehrenamtliche Pflegepersonen (z. B. Angehörige, Freunde oder Nachbarn) sicher, erhältst du Pflegegeld. Es wird monatlich im Voraus gezahlt. In der Regel wird es ganz oder teilweise an die ehrenamtliche Pflegeperson weitergegeben, um ihre Hilfeleistungen auch finanziell anzuerkennen. Die Monatsbeträge des Pflegegeldes sind ebenfalls abhängig vom festgelegten Pflegegrad.

Höchstbeträge ab dem 01.01.2025:

Pflegegrad	Monatliches Pflegegeld
2	347,00 €
3	599,00 €
4	800,00 €
5	990,00 €

Pflegegeld steht dir auch dann zu, wenn der Hilfebedarf von erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen geleistet wird, die du in Eigenregie beschafft hast und die keine Vertragspartner der Pronova BKK Pflegekasse sind. Wichtig ist bei selbst beschafften Pflegepersonen nur, dass der notwendige Hilfebedarf angemessen gesichert ist.

Das Pflegegeld steht dir grundsätzlich für jeden Tag zu, an dem häusliche Pflege geleistet wird. Musst du zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus, zur medizinischen Rehabilitation oder erhältst du Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung bzw. Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes, zahlen wir das Pflegegeld bis zu 4 Wochen weiter.

Bei Unterbrechungen der häuslichen Pflege wegen einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Diese Regelungen zur Weiterzahlung des Pflegegeldes gelten auch, wenn Pflegesachleistung und Pflegegeld kombiniert werden.

Bei Bezug von Pflegegeld ist man verpflichtet regelmäßig einen Beratungseinsatz durch einen ambulanten Pflegedienst abzurufen. Der Einsatz erfolgt, um die Pflegenden zu beraten und die Qualität der Pflege zu sichern. Bei den Pflegegraden 2 und 3 ist der Einsatz einmal im Kalenderhalbjahr und in den Pflegegraden 4 und 5 einmal im Kalendervierteljahr durchzuführen.

Die Kosten für die Beratungseinsätze übernehmen wir als deine Pronova BKK Pflegekasse.

Auch pflegebedürftige Personen, die Pflegesachleistungen beziehen, können halbjährlich einen solchen Beratungsbesuch auf Kosten deiner Pronova BKK Pflegekasse in Anspruch zu nehmen. Die Ergebnisse des Beratungseinsatzes werden in einem Protokoll dokumentiert. Dieses werten wir aus und leiten geeignete Maßnahmen in deinem Interesse ein. Empfehlenswert ist, stets denselben Pflegedienst mit dem Beratungseinsatz zu beauftragen.

Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld

Ergänzen sich Pflegefachkräfte und Ehrenamtliche bei der Pflege, können die Pflegesachleistung und das Pflegegeld kombiniert werden. Wie die Pflege im Einzelfall aufgeteilt wird, entscheidest du anhand deiner konkreten Pflegesituation. Natürlich können dann nicht die Höchstbeträge für beide Leistungen ausgeschöpft werden. Wie eine Kombination der Leistung und die Berechnung aussehen kann haben wir beispielhaft dargestellt:

Beispiel:
Der Pflegedienst einer pflegebedürftigen Person mit Pflegegrad 3 stellt eine Rechnung über 930,80 € aus. Dies entspricht 62 % des Höchstbetrages von 1.497 €. Wir übernehmen die Rechnung des Pflegedienstes in voller Höhe und zahlen zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 217,74 € (38 % von 599 €) an die pflegebedürftige Person aus.

Gemeinsamer Jahresbetrag – Zusammenfassung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege ab 01.07.2025

Du brauchst Hilfe bei der Pflege, weil deine Pflegeperson im Urlaub oder krank ist? Oder brauchst du nach dem Krankenhaus noch Hilfe zu Hause? Dann kannst du den gemeinsamen Jahresbetrag in Anspruch nehmen.

Der Regelanspruch besteht wie folgt: Pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 haben ab 01.07.2025 Anspruch auf den Gemeinsamen Jahresbetrag. Der Gemeinsame Jahresbetrag kann für die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege verwendet werden. Die bisher getrennt gesehen Leistungen werden nunmehr zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst und können flexibel eingesetzt werden.

Im Kalenderjahr stehen insgesamt maximal 3.539 Euro für die Dauer von maximal acht Wochen zur Verfügung. Die jeweils in Anspruch genommene Leistung der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege wird auf den gemeinsamen Jahresbetrag angerechnet.

Verhinderungspflege

Ist deine ehrenamtliche Pflegeperson z. B. wegen Urlaub oder Krankheit an der Pflege gehindert, kannst du häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (kurz: Verhinderungspflege oder Ersatzpflege) in Anspruch nehmen.

Der Regelanspruch besteht wie folgt:

- In Höhe von bis max. 3.539 Euro pro Kalenderjahr werden nachgewiesene Kosten für eine Ersatzpflege erstattet. Bei einer Ersatzpflege durch Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad gilt ein geringeren Betrag.

- Nimmst du die Kombinationsleistung – also die Versorgung durch einen Pflegedienst und eine ehrenamtliche Pflegeperson – in Anspruch, hast du ebenfalls Anspruch auf Verhinderungspflege für die Zeit, in der die ehrenamtliche Pflegeperson ausfällt. Die Kosten für den Pflegedienst übernehmen wir weiterhin.

- Ist der jährliche Leistungsanspruch verbraucht, besteht vom letzten Tag der Verhinderungspflege an wieder Anspruch auf das volle Pflegegeld. Es bemisst sich unverändert an dem entsprechenden Pflegegrad und wird gezahlt, weil die Pflege dann weiter sichergestellt ist.

Wichtig!

Ob es sich um eine stundenweise oder tageweise Verhinderungspflege handelt, hängt davon ab, wie lange die reguläre Pflegeperson abwesend ist. Ist sie 8 Stunden oder länger am Tag abwesend, ist tageweise Verhinderungspflege zu beantragen. Ist die Pflegeperson weniger als 8 Stunden am Tag nicht da, gilt die stundenweise Verhinderungspflege. Die Verhinderungspflege dient zur Entlastung der Pflegeperson – so kann diese vor allem in Urlaubszeiten eingesetzt werden oder wenn die Pflegeperson im Alltag eine Auszeit benötigt.

Du hast viele Möglichkeiten, die Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen. So kann zum Beispiel die Fachkraft eines Pflegedienstes ebenso einspringen wie eine andere private Pflegekraft. Denkbar ist auch die vorübergehende Betreuung in einer stationären Einrichtung, etwa einem Wohnheim für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung.

Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen erbracht, die nicht mit der bzw. dem Pflegebedürftigen (bis zum 2. Grad) verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, übernehmen wir als Pronova BKK Pflegekasse die Kosten hierfür wie bei der Ersatzpflege durch professionelle Pflegekräfte

Die Verhinderungspflege kann als Zeitraum (z. B. bei Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson) oder stundenweise (z. B. wenn die Pflegeperson eigene Termine wahrnehmen möchte) beantragt werden.

Bei tageweiser Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in Höhe von 50 % weiter-gezahlt. Bei der stundenweisen Verhinderungspflege wird das Pflegegeld nicht gekürzt. Außerdem werden die Tage, an denen stundenweise Verhinderungspflege erbracht wird, nicht auf die maximale Anspruchsdauer angerechnet.

Kurzzeitpflege

Spezielle Einrichtungen der Kurzzeitpflege bieten Pflegebedürftigen eine stationäre Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Der Aufenthalt in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege ist immer nur vorübergehend vorgesehen:

- Im Anschluss an eine stationäre Behandlung. So haben die Angehörigen ausreichend Zeit, sich und das häusliche Umfeld auf die neue Situation vorzubereiten, wenn erstmals währenddessen Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.
- Wenn häusliche Pflege für eine vorübergehende Zeit nicht möglich ist (etwa wegen Urlaub oder einer Erkrankung der Pflegeperson) oder nicht ausreicht (so bei kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit).

Besonders vorteilhaft für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen ist die Möglichkeit, Kurzzeitpflege auch in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik erhalten zu können, wenn die bzw. der pflegende Angehörige dort eine medizinische stationäre Maßnahme erhält. Eingeschlossen sind ebenfalls Einrichtungen zur Durchführung von stationären Mutter-/Vater-Kind Maßnahmen.

Die Kosten für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen einschließlich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Kosten für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen wir als Pronova BKK Pflegekasse bei Pflegegrad 2 bis 5 gundsätzlich.

Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) übernimmst du selbst. Wir prüfen gern im Nachhinein eine Erstattung der Eigenanteile der Kurzzeitpflege aus dem Budget der Entlastungsleistungen.

Ist der Höchstbetrag oder die Höchstdauer ausgeschöpft, bleibst du aber weiterhin in der Einrichtung, kann die Leistung für eine vollstationäre Heimpflege in Betracht kommen. Voraussetzung ist, dass die Einrichtung als stationäres Pflegeheim zugelassen ist.

Fehlt es an der Zulassung, kommt die Zahlung von Pflegegeld in Betracht, weil die Pflege in der Einrichtung gesichert ist. Bist du noch auf der Suche nach einer passenden Kurzzeitpflegeeinrichtung?

Auf der Internetseite bkk-pflegefinder.de findest du zugelassene Kurzzeitpflege Einrichtungen und deren Kontaktdaten.

Schon gewusst?

Wenn für pflegebedürftige Personen keine geeignete Einrichtung für die Kurz- zeitpflege vorhanden ist (z. B. für ein Kind) oder nicht in zumutbarer Nähe zum Wohnort liegt, kannst du Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung oder anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Es können auch Kosten für die Unterbringung in einem stationären Hospiz übernommen werden, in dem Patienten mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase betreut werden.

Tages- und Nachtpflege

Wirst du im häuslichen Bereich gepflegt, kannst du diese Versorgung durch eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege ergänzen. Das kommt z. B. infrage, um die Pflegeperson zu Hause zu entlasten oder wenn bestimmte dort angebotene Pflegeleistungen für dich sinnvoll sind.

Höchstbeträge:

Pflegegrad	Monatliche pflegebedingte Aufwendung im Rahmen der Tages- und Nachtpflege bis zu
2	721,00 €
3	1.357,00 €
4	1.685,00 €
5	2.085,00 €

Der Anspruch auf diese Leistung ist zeitlich nicht begrenzt. Finanziert werden hiermit die in der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung erbrachten allgemeinen Pflegeleistungen, wozu körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gehören.

Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung übernimmst du selbst. Gerne prüfen wir im Nachhinein eine Erstattung deiner Eigenanteile der Tages- oder Nachtpflege aus dem Budget der Entlastungsleistungen.

Pflegehilfsmittel und Verbesserung des Wohnumfeldes

Zur Unterstützung und Erleichterung deiner Pflege Zuhause sowie zur Förderung deiner Selbstständigkeit kannst du (auch bei Pflegegrad 1) folgende Leistungen erhalten:

Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch), monatlich bis zu einem Betrag von 42 €, entweder als Sachleistung durch Vertragspartner deiner Pronova BKK Pflegekasse oder im Kostenerstattungsverfahren.

Technische Pflegehilfsmittel, z. B. Hausnotrufgeräte, sofern es sich nicht um handelsübliche Gegenstände des täglichen Lebens handelt. Hast du das 18. Lebensjahr vollendet, zahlst du einen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten, maximal jedoch 25 € je Pflegehilfsmittel. Der Eigenanteil entfällt bei leihweiser Überlassung eines Pflegehilfsmittels. Je nach Einkommenssituation und Belastung auch mit Zuzahlungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (z. B. zu Arzneimitteln) ist eine Zuzahlungsbefreiung möglich.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z. B. die Verbreiterung der Türen, der Umbau eines Badezimmers). Der Gesetzgeber hat hierfür bestimmte Maßgaben und einen Höchstbetrag von 4.180 € festgelegt. Er gilt für alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Beurteilung objektiv notwendig sind. Bis zum oben genannten Höchstbetrag sind diese für den Anspruchsberechtigten zuzahlungsfrei. Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einer Wohnung zusammen und dient eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes ihnen gemeinsam, erhält jeder den Zuschuss bis zu 4.180 €, zusammen aber begrenzt auf 16.720 €. Bei mehr als 4 Anspruchsberechtigten wird dieser Grenzwert auf die Beteiligten aufgeteilt.

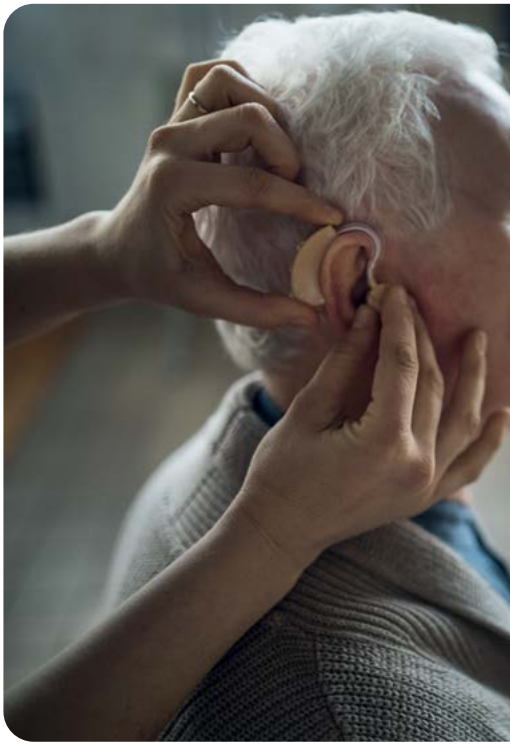
Digitale Pflege-Anwendungen (DiPA) sind Apps oder Programme, die auf dem Smartphone, dem Tablet oder PC genutzt werden können. Sie sollen pflegebedürftige Personen in ihrer Selbstständigkeit unterstützen, ihre Fähigkeiten fördern oder die Pflege und Betreuung zu Hause erleichtern. Anspruch auf diese Leistung haben pflegebedrürftige Personen mit Pflegegrad 1 bis 5, die ambulant betreut und versorgt werden.

Der Entlastungsbetrag

Alle pflgebedürftigen Personen (auch mit Pflegegrad 1) in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 €. Dieser Betrag ist zweckgebunden für Entlastungsleistungen einzusetzen. Damit sollen ehrenamtlich Pflegende entlastet oder die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Person gefördert werden.

Die Erstattung von Kosten ist vorgesehen für nachgewiesene Aufwendungen wie beispielsweise diese:

- In einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (z. B. bei ansonsten ausgeschöpften Höchstbeträgen).
- In einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (z. B. zur Abgeltung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung).
- Im Rahmen von besonderen Betreuungsangeboten oder von Angeboten der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassener Pflegedienste.
- Bei Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag.
- In einigen Bundesländern wird die Möglichkeit der Nachbarschaftshilfe angeboten.



Beispiel:

Eine pflegebedürftige Person (Pflegegrad 3) befindet sich im Juni 2025 für 16 Tage in Kurzzeitpflege. Die Einrichtung berechnet für den Aufenthalt insgesamt 1.492,80 €. Der Betrag teilt sich auf in 1.090,40 € für pflegebedingte Aufwendungen und 402,40 € für Unterkunft und Verpflegung. Investitionskosten wurden aufgrund der Regelungen im entsprechenden Bundesland nicht in Rechnung gestellt.

Die Pflegekasse leistet in diesem Fall:

- Zahlung an die Kurzzeitpflegeeinrichtung in Höhe von 1.090,40 € für die pflegebedingten Aufwendungen.
- Erstattung an die bzw. den Pflegebedürftigen nach Vorlage der Rechnung in Höhe von 402,40 € im Rahmen des Entlastungsbetrags.

Die Erstattung im Rahmen des Entlastungsbetrags kann nur erfolgen, wenn hier ein entsprechendes Guthaben angespart wurde. Für das Jahr 2025 besteht im Juni ein angesammelter Anspruch von 786,00 € (6 x 131,00 €), sodass die vollständigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung erstattet werden können. Es verbleibt ein Restbetrag von 383,60 €. Wären Investitionskosten angefallen, so hätten diese ebenfalls bis zur Höhe des Restbetrags erstattet werden können. Ein Vorgriff auf zukünftig ab Juli 2025 entstehende Ansprüche ist nicht möglich.

Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht in voller Höhe ausgeschöpft, übertragen wir den Differenzbetrag auf das folgende Kalenderhalbjahr. Dieser kann dann noch bis zum 30.06. des Übertragungsjahres ausgeschöpft werden. Tritt Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Kalenderjahres ein, wird der Entlastungsbetrag ab dem Monat geleistet, in dem alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Es werden spezielle Angebote vorgehalten, die zur besonderen Betreuung von pflegebedürftigen Personen oder zur Entlastung der ehrenamtlichen Pflegepersonen entwickelt worden sind. Solche Angebote zur Unterstützung im Alltag sind beispielsweise Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen (z. B. Alzheimergruppen), familienentlastende Dienste oder Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Voraussetzung für die Kostenbeteiligung durch deine Pronova BKK Pflegekasse ist, dass die Angebote anerkannt sind. Eine Liste mit anerkannten Angeboten und der Höhe der jeweiligen Kosten findest du im Internet. Natürlich helfen wir dir gerne, entsprechende ortsnahe Angebote zu finden.

Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung

Leben regelmäßig mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung, in der sie als Wohngruppe ambulant betreut werden, erhält jeder in dieser Wohngruppe zusätzlich pauschal 224 € monatlich. Voraussetzung ist, dass jemand für alle eine allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeit verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Ein spezieller Kostennachweis, welcher Kostenaufwand für die sogenannte Präsenzkraft entsteht, ist nicht erforderlich. Es müssen aber zusätzliche Aufwendungen für die Versorgung entstehen, die wegen der besonderen Struktur einer Wohngruppe über die üblichen Kosten der pflegerischen, betreuenden und hauswirtschaftlichen Versorgung hinausgehen.

Alle Mitglieder der Wohngruppe müssen die Hilfskraft gemeinschaftlich beauftragen und dies auch nach einem Zuzug einer neuen Bewohnerin oder eines neuen Bewohners bekräftigen. Die Hilfskraft muss auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage tätig sein. Sie muss aber nicht rund um die Uhr anwesend sein.

Weiter erforderlich ist:

- Die Wohngruppe muss aus mindestens 3 pflegebedürftigen Personen bestehen (wenigstens mit dem Pflegegrad 1).
- Maximal dürfen 12 Bewohner*innen und in der gemeinsamen Wohnung zusammenleben.
- Die pflegebedürftigen Bewohner*innen müssen die Pflegesachleistung, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung beziehen oder Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen oder den Entlastungsbetrag erhalten.
- Die Anbieterin bzw. der Anbieter der Wohnung darf keine Vollversorgung bieten, wie sie in einem stationären Pflegeheim üblich ist. Diese Beschränkung gilt auch für eine Vollversorgung durch eine separate Einbindung Dritter. Die Bewohner*innen müssen vielmehr berechtigt bleiben, ihre pflegerische Versorgung selbst zu bestimmen und hierbei ihr soziales Umfeld (z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn) einzubinden. Inwieweit sie von diesem Recht dann tatsächlich Gebrauch machen, ist unerheblich.

Da nicht immer sofort erkennbar ist, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag erfüllt sind, fordern wir als deine Pronova BKK Pflegekasse im gesetzlich bestimmten Umfang Unterlagen an und werten die entsprechenden Daten aus.

Bezieht eine pflegebedürftige Person den Wohngruppenzuschlag, kann daneben auch ein Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege bestehen. Dies gilt allerdings nur, wenn der Medizinische Dienst geprüft hat, ob diese Leistung erforderlich ist, damit die bzw. der pflegebedürftige Person alle körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält.

Um ambulant betreute Wohngruppen zu fördern, beteiligen wir uns gerne an der Neugründung. Um die geplante Wohnung altersgerecht und barrierearm umzugestalten, erhält jede*r Bewohner*in der Wohngruppe einmalig bis zu 2.613 €.
Dieser Betrag wird zusätzlich zu einem eventuellen Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes gezahlt. Die Umgestaltung einer Wohnung kann auch schon vorgenommen werden, bevor die Wohngruppe gegründet ist und die Bewoner*innen zusammengezogen sind. Allerdings wird der Zuschuss erst geleistet, wenn die Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag erfüllt sind. Der Neubau einer Wohnung kann allerdings nicht gefördert werden.

Ziehen mehr als 4 pflegebedürftige Personen in die Wohnung ein, ist der Höchstzuschuss für alle Pflegebedürftigen auf 10.452 € begrenzt. Diesen Betrag teilen die beteiligten Pflegekassen anteilig unter sich auf.

Unser Angebot:

Da im konkreten Fall die Abgrenzung nicht immer eindeutig ist, ob es sich bei der Wohngruppe um eine ambulante Versogungsform handelt oder eine Versorgung wie in einem vollstationären Pflegeheim, bieten wir unsere Hilfe auch schon im Vorfeld der Gründung einer geplanten Wohngruppe an.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bekommst du als pflegebedürftige Person Hilfe in einem vollstationären Pflegeheim, dann beteiligen wir uns an den Kosten. Auch hier gelten Höchstbeträge, die abhängig vom Pflegegrad sind. Die Beteiligung ist für Kosten bestimmt, die durch pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege anfallen. In Ausnahmefällen, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gegeben ist, werden diese Leistungen von der Krankenkasse übernommen. Dabei findet dann keine Anrechnung auf das Budget der Pflegeversicherung statt.

Zudem besteht ein Anspruch auf Maßnahmen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, die über das Ausmaß der allgemein notwendigen Pflege hinausgehen. Für diese besonderen Maßnahmen, die das Pflegeheim für dich beantragt, erhalten die Pflegeheime von der Pflegekasse einen Vergütungszuschlag. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim (sogenannte Hotelkosten) bezahlst du selbst. Auch Investitionskosten, soweit diese vom Pflegeheim berechnet werden können, gehören zu deinem Eigenanteil.

Qualität und Transparenz sind uns wichtig

Wir lassen die Qualität der Pflegeleistungen, insbesondere auch in stationären Pflegeeinrichtungen, regelmäßig durch den Medizinischen Dienst prüfen. Die Prüfergebnisse und sonstige für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige wichtige Informationen zu Leistungsangeboten der Pflegeeinrichtungen werden veröffentlicht.
Auf der Internetseite bkk-pflegefinder.de findest du aktuelle Informationen, für welche Regionen bereits Prüfergebnisse ins Internet gestellt wurden. Darüber hinaus informieren wir dich gerne persönlich darüber, welche Daten über die dich interessierenden Pflegeeinrichtungen bereits zur Verfügung stehen.

Höchstbeträge:

Pflegegrad	Monatlicher Betrag bis zu
2	805,00 €
3	1.319,00 €
4	1.855,00 €
5	2.096,00 €

Hast du den Pflegegrad 1 und wohnst in einer Einrichtung der vollstationären Pflege, bezuschussen wir die entstehenden Aufwendungen mit 131 € monatlich.

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)

Die Einrichtungen der vollstationären Pflege setzen einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für pflegebedürftige Personen fest, der für die Pflegegrade 2 bis 5 gleich hoch ist. **Das hat den positiven Effekt, dass dieser einrichtungseinheitliche Eigenanteil nicht ansteigt, wenn ein höherer Pflegegrad zuerkannt wird.** Zwar erhöht sich
mit steigendem Pflegegrad der Vergütungsanspruch des Pflegeheimes, zugleich steigt aber auch unser Kostenzuschuss als Pronova BKK Pflegekasse. Die Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils bleibt dadurch unverändert.

Hat sich der gesundheitliche Zustand einer pflegebedürftigen Person verschlechtert, sollte deshalb ein Antrag auf Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad gestellt werden. Finanziell entstehen der oder dem Pflegebedürftigen hierdurch keine Nachteile. Das Pflegeheim erhält dann aber eine dem tatsächlichen Pflegeaufwand entsprechende Vergütung.

Unser Anteil wird unbürokratisch direkt an das Pflegeheim gezahlt. Reichen die Zuschüsse seitens der Pflegekasse und deine eigenen Einkünfte nicht aus, sollte ggf. auch ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden.

Wir stellen dir gern eine Auflistung zur Verfügung mit ortsansässigen Pflegeheimen, die von uns für die Versorgung und Betreuung zugelassen sind.

Seit dem 01.01.2022 haben übrigens alle pflegebedürftigen Personen in vollstationären Einrichtungen Anspruch auf die Zahlung eines Zuschusses zu ihrem privat zu tragenden, einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Hierdurch wirst du, unabhängig von deinen Einkünften, finanziell entlastet. Die Höhe des Zuschusses richtet sich individuell für jede Person nach der Dauer des Leistungsbezuges.

Wir entrichten den Zuschuss direkt an deine vollstationäre Einrichtung. Bei einem Stufensprung wird der Betrag entsprechend angepasst.

Beispielrechnung für einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil von 1200,00 € monatlich:

Dauer des Leistungsbezuges	in %	Zuschuss in €
bis einschließlich 12 Monate	15 %	180,00 €
mehr als 12 Monate	30 %	360,00 €
mehr als 24 Monate	50 %	600,00 €
mehr als 36 Monate	75 %	900,00 €

Pflege in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

Lebt eine pflegebedürftige Person ganztägig (Tag und Nacht) in einer speziellen Einrichtung für Menschen mit Behinderung, erhält er dort auch die individuell benötigten Pflegehilfen.

Spezielle Einrichtungen in diesem Sinn sind z. B. Internate zur schulischen Ausbildung für Kinder mit Behinderung oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung mit behindertengerechten Arbeitsplätzen.

Vorrangig geht es in einer solchen Einrichtung um Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, sodass die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Hauptmerkmale der vollstationären Versorgung sind. In allen diesen Einrichtungen stellt die pflegerische Versorgung der dort auf Dauer lebenden Menschen mit Behinderung nur eine notwendige Begleitmaßnahme dar. Sie steht aber nicht im Vordergrund wie in einem typischen vollstationären Pflegeheim. Für diese Hauptleistungen sind regelmäßig andere Träger als die Pflegekasse zuständig.

An den Pflegekosten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung beteiligen wir uns als deine Pronova BKK Pflegekasse bei pflegebedürftigen Personen ab dem Pflegegrad 2 pauschal mit einem Betrag in Höhe von 15 % der Heimkosten.
Diese Pauschale ist begrenzt auf einen monatlichen Höchstbetrag von 278 €, der direkt an den zuständigen Sozialleistungsträger gezahlt wird.

Verbringt eine in einer speziellen Einrichtung vollstationär versorgte pflegebedürftige Person auch Tage in häuslicher Umgebung (z. B. am Wochenende oder in den Ferienzeiten), können zusätzliche Leistungsansprüche entstehen (so z. B. auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld).

Renten- und Arbeitslosenversicherung für pflegende Personen

Beiträge zur Rentenversicherung
Deine Pronova BKK-Pflegekasse unterstützt dich mit der Zahlung von Beiträgen in die gesetzliche Rentenversicherung, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Pflege wird nicht erwerbsmäßig ausgeführt.
- Die Pflege findet wöchentlich insgesamt mindestens 10 Stunden auf 2 Tage verteilt statt.
- Neben der Pflege wird keine berufliche Tätigkeit mit mehr als 30 Wochenstunden ausgeführt.
- Du erhältst als pflegender Angehöriger keine Vollrente aufgrund der Altersgrenze.

Falls du mehrere nahe Angehörige jeweils weniger als 10 Stunden wöchentlich pflegst, können diese Pflegezeiten addiert werden, um auf die Anzahl der Mindeststunden zu kommen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, zahlen wir deine Rentenversicherungsbeiträge.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Pflegegrad und der beanspruchten laufenden Leistung (Pflegegeld, Kombinations- oder Sachleistung). Grundlage für die Beitragsberechnung ist die Bezugsgröße, die jährlich zum 1. Januar vom Gesetzgebenden neu festgesetzt wird. Sie spiegelt das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung wider. Die Zahlung und Überweisung der Beiträge an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung übernimmt deine Pronova BKK-Pflegekasse. Die gemeldeten Daten senden wir dir als Pflegeperson einmal jährlich in Schriftform zu.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
Unter bestimmten Voraussetzungen ist es möglich, dass wir Beiträge zu deiner Arbeitslosenversicherung leisten. Hierzu beraten wir dich gerne persönlich.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
Unter bestimmten Voraussetzungen ist es möglich, dass wir Beiträge zu deiner Arbeitslosenversicherung leisten. Hierzu beraten wir dich gerne persönlich.

Pflegeunter-stützungsgeld

Für Pflegepersonen (Angehörige, Freunde, Nachbarn), die ihre Hilfe nicht erwerbsmäßig in einem Haushalt leisten (ehrenamtliche Pflege), bieten wir dir ebenfalls spezifische Leistungen und weitere Vorteile.
Um pflegebereiten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die kurzfristige Organisation der neuen Pflegesituation sowie auch die Bereitschaft zur längerfristigen Pflege zu erleichtern, erhalten diese eine finanzielle Absicherung für die Dauer der Arbeitsunterbrechung:

- Bei kurzfristiger Arbeitsfreistellung von bis zu 10 Arbeitstagen pro Kalenderjahr je pflegebedürftiger Person das Pflegeunterstützungsgeld von uns, womit das ausgefallene Arbeitsentgelt weitgehend ersetzt wird.

- Bei längerfristiger Pflegezeit ein vom Bund gegebenes zinsloses Darlehen, das in monatlichen Raten ausgezahlt wird und nach Ablauf der Pflegezeit zu tilgen ist.

Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung für bis zu 10 Arbeitstage pro Kalenderjahr je pflegebedürftiger Person haben alle Arbeitnehmer*innen, wenn sie für nahe pflegebedürftige Angehörige in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege organisieren oder die Pflege selbst übernehmen müssen. Der Personenkreis, der vom Gesetzgeber her zu den nahen Angehörigen zählt, ist relativ weit gefasst. Einzelheiten nennen wir dir auf Anfrage gerne.

Arbeitnehmer*innen in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten räumt das Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf eine Pflegezeit von bis zu 6 Monaten für pflegebedürftige nahe Angehörige ein. Dieser Rechtsanspruch besteht auch für die außerhäusliche Betreuung einer bzw. eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (z. B. eines minderjährigen Kindes während eines stationären Krankenhausaufenthalts)

Zulässig ist sowohl eine vollständige als auch eine teilweise Freistellung von der Arbeit, um Zeit für die Pflege und Betreuung der bzw. des Angehörigen zu haben. Die Pflegezeit ist der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber spätestens 10 Arbeitstage vor der Inanspruchnahme schriftlich anzuzeigen.

Für die Dauer der Pflegezeit erhält die Pflegeperson, sofern dies beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt wurde, als Ausgleich für den Verlust des Arbeitsentgelts ein in monatlichen Raten zu zahlendes zinsloses Darlehen.

Ausgeglichen werden im Grundsatz 50 % des ausgefallenen (pauschalierten) Nettoentgelts, allerdings nicht der Differenzbetrag des Arbeitsentgelts, das auf die ersten 15 Wochenstunden entfällt.

Wichtig!

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist unverzüglich über die Arbeitsverhinderung zu informieren. Wir empfehlen die Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem hervorgeht, dass die Notwendigkeit zur Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung einer oder eines Pflegebedürftigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation vorliegt.

Außerdem sollte geklärt werden, ob sich ggf. aus dem Arbeits- oder Tarifvertrag ein Anspruch auf bezahlte Freistellung ergibt. Falls nicht und falls auch keine andere Sozialleistung zusteht (z. B. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes), leistet die Pflegekasse der oder des Pflegebedürftigen als Entgeltersatz das Pflegeunterstützungsgeld.

Es ist bei der Pflegekasse unverzüglich unter Vorlage des ärztlichen Attestes (Kopie genügt) zu beantragen. Hiermit werden im Regelfall 90 %, wenn eine beitragspflichtige Einmalzahlung zu berücksichtigen ist, sogar 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts ausgeglichen. Allerdings sind Versichertenanteile zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Für höhere Arbeitsentgelte gilt jedoch eine Begrenzung von 70 % der Beitragsbemessungsgrenze der Kranken-/Pflegeversicherung.

Beispiel:

Arbeitnehmer*innen mit einer Wochenarbeitszeit von 37 Stunden nehmen unter vollständiger Freistellung von der Arbeit Pflegezeit in Anspruch. Als zinsloses Darlehen (monatlich) können 50 % des pauschalierten Nettoentgelts für 22 Wochenstunden geleistet werden.

Möchte die anspruchsberechtigte Person die mögliche Darlehenshöhe nur teilweise in Anspruch nehmen, darf der monatliche Zahlbetrag aber 50 % nicht unterschreiten. Die Verpflichtung zur Rückzahlung des Darlehens beginnt grundsätzlich nach der Pflegezeit.

Familienpflegezeit

Das Familienpflegezeitgesetz eröffnet Berufstätigen eine weitere Möglichkeit, die Pflege von Angehörigen im häuslichen Bereich zu leisten bzw. zu unterstützen. Im Gegensatz zur Pflegezeit ist hier der Anspruch auf Freistellung von der Arbeit allerdings nur teilweise ein Rechtsanspruch. Er ist aber ebenfalls mit einem Kündigungsschutz ausgestattet und besteht, soweit die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber regelmäßig mehr als 25 Beschäftigte hat. Auszubildende zählen nicht mit.

Wie bei der Pflegezeit besteht auch dieser Rechtsanspruch, wenn minderjährige pflegebedürftige nahe Angehörige außerhäuslich betreut werden sollen (z. B. ein minderjähriges Kind während eines stationären Krankenhausaufenthalts).

Formale Erfordernis ist die schriftliche Ankündigung zur Art und Dauer der gewünschten Familienpflegezeit gegenüber der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber spätestens 8 Wochen vor ihrem Beginn. Soll sich die Familienpflegezeit an eine vorherige Pflegezeit wegen derselben bzw. desselben Angehörigen nahtlos anschließen, beträgt die Ankündigungsfrist gegenüber der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber 3 Monate vor ihrem Beginn. Die inhaltliche Ausgestaltung der Familienpflegezeit ist mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber schriftlich zu vereinbaren.

Der von uns ausgestellte Nachweis über die Pflegebedürftigkeit der angehörigen Person nimmt die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber zu den Lohnunterlagen. Die Familienpflegezeit kann für die Dauer von 24 Monaten beansprucht werden. Da nur eine teilweise Freistellung vorgesehen ist, muss eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden wöchentlich verbleiben. Für dieselbe angehörige Person können Pflegezeit und Familienpflegezeit ohne Unterbrechung je nach persönlicher Lebenssituation kombiniert werden.

Die Höchstdauer von 24 Monaten darf aber nicht überschritten werden. Die Reihenfolge der Freistellungen – erst Pflegezeit, dann Familienpflegezeit oder umgekehrt – bestimmt die beschäftigte Person. Allerdings sind dabei gegenüber der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber die gesetzlich bestimmten Ankündigungsfristen einzuhalten.

Schon gewusst?

Beträgt die reduzierte wöchentliche Arbeitszeit während der Pflegephase nicht mehr als 30 Stunden, kann trotz des verringerten Arbeitsentgelts mit der Familienpflegezeit ein höherer Rentenanspruch erworben werden. Denn auch in diesem Fall zahlen wir für die familiäre, nicht erwerbsmäßige häusliche Pflege für die Pflegeperson unter den üblichen Voraussetzungen Rentenversicherungsbeiträge.

So könnte zum Beispiel eine Variante aussehen: Pflegezeit und Familienpflegezeit mit Rechtsanspruch und Kündigungsschutz

- Bis zu 10 Tage kurzzeitige Pflegezeit für eine akut aufgetretene Pflegesituation mit Arbeitsentgelt von der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber (kein gesetzlicher Anspruch) oder mit Pflegeunterstützungsgeld als Entgeltersatz durch Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (gesetzlicher Anspruch).
- 6 Monate Pflegezeit mit zinslosem Darlehen.
- 18 Monate Familienpflegezeit mit zinslosem Darlehen.

Pflegezeit und Familienpflegezeit zusammen höchstens 24 Monate.

So helfen wir dir

Wir als deine Pronova BKK Pflegekasse stellen dir gerne die im Zusammenhang mit der Beantragung einer längerfristigen Pflegezeit erforderliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen zur Verfügung. Darüber hinaus zahlen wir dir während der Pflegezeit ggf. Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Wir beraten dich gerne.

Finanzierung der Pflegeversicherung

Zum 01.05.2025 wird der allgemeine Beitragssatz auf 3,6 % angehoben. Für Familien ab 2 Kindern unter 25 Jahren gibt es Abschläge – egal, ob leibliches, Pflege-, Adoptiv- oder Stiefkind. Der Kinderlosenzuschlag wird auf 0,6 % angehoben.

Die Arbeitgeber*innen leisten in allen Fällen 1,8 % unabhängig von der Anzahl der Kinder, die ein*e Arbeitnehmer*in hat. Damit ergeben sich folgende Beitragssätze:

- Versicherte*r ohne Kinder: 3,60 %, zzgl. Kinderlosenzuschlag von 0,6 % (gesamt: 4,2 %)
- Versicherte*r mit 1 Kind: 3,60 %
- Versicherte*r mit 2 Kindern: 3,35 %
- Versicherte*r mit 3 Kindern: 3,1 %
- Versicherte*r mit 4 Kindern: 2,85 %
- Versicherte*r mit 5 und mehr Kindern: 2,60 %

Die neuen Abschläge gelten jeweils bis zum Ende des Monats, in dem das 25. Lebensjahr eines der Kinder endet. Danach wird die Kinderzahl neu betrachtet.

Die Beiträge für Arbeitslose zahlt die Bundesagentur für Arbeit. Rentner*innen zahlen hingegen den Pflegeversicherungsbeitrag allein. Bezieher*innen von Bürgergeld sind per Gesetz von dieser zusätzlichen Beitragspflicht ausgenommen. Für Mitglieder, die von einer Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld oder Übergangsgeld erhalten, zahlt die Bundesagentur für Arbeit einen pauschalen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung. Eine Beteiligung der Leistungsbezieher*innen an dem Beitragszuschlag ist grundsätzlich möglich. Nähere Informationen geben die Agenturen für Arbeit.

Wir sind

für dich da.

Über aktuelle Entwicklungen zum Thema Pflegeversicherung informieren wir dich auf pronovabkk.de/leistungen/pflege
Hier findest du auch viele weitere wichtige Hinweise.
Oder einfach QR-Code scannen:

Der Online-Coach „Stark für die Pflege“
Der Online-Coach begleitet pflegende Angehörige über 10 Wochen mit alltagstauglichen Tipps und Empfehlungen für ein achtsameres und gesünderes Leben mit der Pflege.
Der Online-Coach ist auf pronovabkk.e-coaches.de/pflege abrufbar. Oder einfach QR-Code scannen:

Der Online-Pflegekurs
Der Online-Pflegekurs ist themenbezogen und orientiert sich an den Inhalten der Pflegekurse, die ansonsten eine persönliche Teilnahme vorsehen. Der Online-Pflegekurs ist auf unserer Internetseite unter partner.pflegecoach-online.de/pronova-bkk abrufbar. Oder einfach QR-Code scannen:

BKK Pflegefinder
Auf der Internetseite bkk-pflegefinder.de findest du Informationen zu zugelassenen ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Oder einfach QR-Code scannen:

Wir sind für dich da. Immer. Überall.

Unsere Pflegekasse:
E-Mail pflege@pronovabkk.de
Telefon 0621 53391 - 1000
Fax 0621 53391 - 7000

Weitere Serviceangebote findest du unter:
pronovabkk.de

B_22, Vers. 01-0725, Bilder: Adobe Stock, Getty Images, iStock

Pronova BKK
67082 Ludwigshafen

pronovabkk.de