

Fragen, die vorab per Mail und im Chat während der Auffrischung für Pflegeteams am 25.11.2025 gestellt wurden und Antworten von Herrn Bruhns AOK Plus

(Die Fragen wurden teilweise zusammengefasst und sortiert.)

Fragen zur Eingradung:

Aus welchem Anlass erfolgt eine zweite bzw. dritte Überprüfung des Pflegegrades?

->entweder auf *Eigeninitiative*

->oder wenn es einen *Hinweis im Gutachten* gibt (kann durch den MD festgelegt werden)

->kann durch die *Pflegekasse in speziellen Fällen* veranlasst werden, z.B. *Verdacht auf Betrug*

In welchen Abständen wird der Pflegegrad überprüft / muss hierfür ein neuer Antrag erfolgen?

Siehe Frage 1. Auf Eigeninitiative in Form eines Antrags.

Was ist der beste Weg nach einer Ablehnung des Pflegeantrages?

->*Variante 1: Widerspruch*

Pro: kann rückwirkend beurteilt werden

Contra: ist sehr umfangreich und zeitintensiv (zumeist lange Bearbeitungszeiten)

->*Variante 2: Neu-Antrag*

Pro: kürzere Bearbeitungszeiten, Antragsverfahren ist unkompliziert und einfach

*Contra: stellt eine neue Situation dar, sodass es keine rückwirkende Beurteilung gibt
(erst ab Antragsdatum)*

Welche Variante der „bessere Weg“ ist, lässt sich nicht pauschal sagen.

Hier sollte im Zweifelsfall Rücksprache gehalten werden z.B. mit der Pflegeberatung oder Pflegedienst.

ann Pflegegrad wieder heruntergestuft werden?

Ja!

Wer macht Pflegeberatung? Nur die Krankenkasse, die den Antrag abgelehnt hat?

-Die Kranken- und Pflegekassen sind verpflichtet, eine Pflegeberatung anzubieten, die kostenlos und neutral ist.

-Die Beratung kann je nach Kasse mit angegliedert sein.

-es gibt aber auch Pflegestützpunkte oder private Pflegeberatungsunternehmen

Fragen zu Leistungen der Pflegeversicherung

Welche Voraussetzungen braucht eine eingetragene Pflegeperson, um Rentenpunkte zu erwerben. Was ist mit Menschen die Krankgeschrieben sind bzw. in einer Reha Übergangsgeld bekommen.

Die Pflegekasse zahlt die Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson

- eine oder mehrere pflegebedürftige Personen
- mit mind. Pflegegrad 2
- wenigstens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig 2 Tage in der Woche
- in seiner häuslichen Umgebung
- nicht erwerbsmäßig pflegt.

weitere Voraussetzungen:

- Pflegeperson ist regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig
- Pflegeperson hat noch nicht die Regelaltersgrenze erreicht
- Pflegepersonen, die bereits die Regelaltersgrenze erreicht haben:
 - es besteht die Möglichkeit auf 1 % der Bruttorente zu verzichten (Flexi-Rentengesetz) In diesen Fällen kann die Pflegekasse für die Pflegeperson, wenn sonst alle Voraussetzungen vorliegen, noch weiter RV Beiträge zahlen. Über die Möglichkeit des Verzichts von 1 % der Bruttorente beraten die RV-Träger.

-Personen, die vor der Lohnersatzleistung (Krankengeld, Mutterschaftsgeld) **bis 30 h** gearbeitet haben, **sind** rv-pflichtig als Pflegeperson.

-Personen, die vor der Lohnersatzleistung (Krankengeld, Mutterschaftsgeld) **mehr als 30 h** gearbeitet haben, **sind nicht** rv-pflichtig als Pflegeperson.

-Bei der Reha bekommt man keine Beiträge, sofern eine Meldung vorliegt.

Es könnte aber eine Einzelfallprüfung vorgenommen werden.

Ich würde mich über Informationen über die Möglichkeit der Auszahlung der Verhinderungspflege freuen. Diese Frage taucht oft in den Beratungen auf. (bitte Ablauf erklären)

Es ist ein Antrag zu stellen bei der zuständigen Pflegekasse. Anschließend erhält man einen Bescheid. Im Nachgang (die Verhinderungspflege ist eine Erstattungsleistung) kann eine Abrechnung erfolgen - bei Privatpersonen über Zahlungsnachweise und bei Firmen über Rechnungen.

bei Kurzzeitpflege -> wird hier die Verhinderungspflegezeit und Kurzzeitpflegezeit zusammengefasst bei der Abrechnung der Kurzzeitpflegeeinrichtung? (bitte auf die neue Budgetlösung eingehen)

Seit 01.07.2025 spricht man von einem gemeinsamen Budget in Höhe 3539,-

D.h. beide Leistungen sind zusammengefasst und stehen für das laufende Kalenderjahr zur Verfügung. Die mögliche Verteilung richtet sich hier allein nach dem Bedarf.

Warum darf der Geldbetrag für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege nicht auf Privatpersonen (Kinder, Nachbarn, Enkel,...) übertragen werden? Dann könnte die professionelle Pflege stark entlastet werden.

Das Budget für Kurz- und Verhinderungspflege von 3539,- pro Jahr kann auch durch Privatpersonen erbracht werden.

Verhinderungspflege: Wie erfolgt der Nachweis des Verdienstauffalls beim Erstattungsbetrag für Angehörige bis zum 2. Grad?

Bei einem Verdienstauffall spricht man meist von einer „unentgeltlichen Freistellung“, sodass hier durch den Betrieb/ Buchhaltung ein Nachweis zu erbringen ist über Höhe und Umfang des Verdienstaufalles.

In welchen Bereich zählt Tagespflege, wenn diese z.B. an 1 oder 2 Tagen pro Woche wahrgenommen werden? Warum gibt es dann weniger Pflegegeld? (Ich glaube hier liegt ein Irrtum vor – bitte aufklären.) Gibt es Tagespflege zusätzlich zum Pflegegeld oder Sach- bzw. Kombileistungen?

Tagespflege ist eine separate Leistung. Hier gibt es keine Wechselwirkung zum Pflegegeld oder zur Kombinationsleistung.

Muss ein Antrag für den Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen im Voraus gestellt werden? Kann der Umzug ins stationäre Seniorenheim auch damit abgedeckt werden?

Ein Antrag sollte im besten Fall vorher gestellt werden. Denn erst mit einem Bescheid herrscht Klarheit über die Kostenzusage.

Ein Umzug in die stationäre Pflege gehört nicht dazu. Jedoch wäre ein Umzug ins betreute Wohnen denkbar. Entscheidend ist hier rein formell – handelt es sich um eine ambulante oder stationäre Wohnform. Die wohnumfeldverbessernde Maßnahme ist nämlich eine Leistung der ambulanten Versorgung.

Wie sieht es mit psychologischer Betreuung von Pflegepersonen und deren Angehörigen (Pflege im gemeinsamen Haushalt) aus?

- hierfür gibt es (leider) derzeit noch keine separate Leistung*
- das Thema Selbstfürsorge und Resilienz wird aber immer mehr zum Thema*
- derweil gibt es je nach Kasse unterschiedliche Programme und Verfahren*
- >die AOK Plus hat sich hier z.B. mit dem Familiencoach platziert
([Familiencoach Pflege | Familiencoach Pflege](#))*
- auch Selbsthilfegruppen können hilfreich sein
(für Erfurt: [Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen – KISS | Erfurt.de](#))*
- auch einzelne Psychologen/ Therapeuten haben sich auf das Thema spezialisiert
(Privatleistung)*
- auch hier gern der Hinweis zur Pflegeberatung*
- >Selbstfürsorge und Resilienz fängt kann damit an, Aufgaben und Verantwortung
Abzugeben und zu teilen*
- >Beratungsangebote zur Nutzung und Umsetzung von Entlastungsangeboten*

Wer zahlt die Beiträge zur ALV bei Pflegepersonen?

- *Mit der Beurteilung der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung wird gleichzeitig die Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung geprüft.*
- *Die Pflegekasse zahlt Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, wenn die Pflegeperson
 - *eine oder mehrere pflegebedürftige Personen*
 - *mit mind. Pflegegrad 2**

- *wenigstens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig 2 Tage in der Woche*
- *in seiner häuslichen Umgebung*
- *nicht erwerbsmäßig pflegt.*
- - *Ausschlaggebend für die Prüfung sind in erster Linie die Angaben im Gutachten des MDK oder darüber hinaus die Angaben der Pflegeperson im Fragebogen*
 - *Die 10 Stunden oder 2 Tage können auch durch die Pflege mehrerer pflegebedürftiger Personen erfüllt werden (Additionspflege)*
 - *Pflege Tätigkeit nicht erwerbsmäßig heißt Pflege in der Freizeit und Entschädigung nicht höher als Pflegegeld*
- *weitere Voraussetzungen*
 - *Pflegeperson hat noch nicht die Regelaltersgrenze erreicht*
 - *zudem tritt Versicherungspflicht nur dann ein, wenn die Pflegeperson **unmittelbar** (ein Monat) vor Beginn der Pflege Tätigkeit (mit mind. 10 Pflegestd. an zwei Tagen) arbeitslosenversicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte.*

Inkontinenzmaterial - weshalb wurde im stationären Bereich die Möglichkeit der Mischkalkulation fallen gelassen? (mittlerweile kaum noch über Pauschale abgedeckt - wird primär nach Saugkraft des Materials geschaut - Gefahr Dekubitus steigt) höhere Zusatzkosten für Bewohner/ Angehörige – was kann man tun?

Bei den Versorgungen hat sich nichts geändert. Die Pflegeheime/Angehörigen übernehmen selbst die Wahl der Produkte, Stückzahl und Saugkraft. Die Kasse bezahlt lediglich die Pauschale.

Bei med. Notwendigkeit muss der Versorger grundsätzlich eine aufzahlungsfreie Alternative zur Verfügung stellen. Das heißt wenn auf dem Rezept eine Stückzahl vermerkt ist, müssen Leistungserbringer im Rahmen der Pauschale eine Versorgung bereitstellen. Da einige Versicherte die Pauschale nicht ausschöpfen und andere jedoch diese übersteigen - spricht man dann hier also über Mischkalkulation.

Sollten aber Besondere Produkte gewünscht werden zb, besonders viele, besonders Saugstark oder Premiumprodukte welche zb das Maß der Notwendigkeit übersteigen, muss privat aufgezahlt werden.

Leider haben die Kassen aber keinen Einfluss darauf, wie die Leistungserbringer und Pflegeheime das genau handhaben, da diese Versorgung ja genehmigungsfrei ist. Die Angehörigen können sich allerdings genau auflisten lassen, um welches Produkt und welche Preise es sich handelt, um Ihre Rechnungen zu überprüfen. Aus der Erfahrung heraus kann aber gesagt werden, dass auftretende Probleme meist in der

Zuordnung der Einrichtungen liegen, da dort die Produkte nicht nur für den eigentlichen Versicherten verwendet werden.

Muss der Nachbarschaftshelfer die Einnahmen versteuern?

- um im Detail zu klären, wie individuelle Abgaben zu leisten sind, sollte man sich an Das zuständige Finanzamt wenden oder bei einem Steuerberater um Auskunft bitten*
- am allgemeinen sollten Einnahmen aus der Nachbarschaftshilfe beim Finanzamt angegeben werden*
- >die Einnahmen aus den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen gelten bis zur Höhe des Entlastungsbetrages als steuerfrei, wenn damit eine „sittliche Pflicht“ gegenüber dem Pflegebedürftigen erfüllt wird*

Wir haben immer wieder das Problem in der Tagespflege, dass der Fahrer unsere Klienten von zu Hause abholen will und diese dann nicht fertig sind, oder sich wieder ins Bett gelegt haben, wie kann man die längere Dauer abrechnen? (anscheinend keine Anfrage eines Pflegelotsen – oder wird den Pflegebedürftigen dies dann in Rechnung gestellt?)

- hier sollte sich der Leistungserbringer für Einzelfallentscheidungen an die zuständige Kasse Wenden*
- tendenziell wird es aber dafür keine extra Vergütung/ Entschädigung geben*
- Leistungssätze werden regelmäßig zwischen Kassen und Leistungserbringern verhandelt*

Haben Pflegebedürftige die Möglichkeit eine Reha/Kur zu erhalten, um die noch vorhandene Selbständigkeit/Mobilität zu erhalten und eine vollstationäre Betreuung abzuwenden. Wenn ja, wer ist für den Antrag zuständig (Krankenkasse oder Rentenversicherung oder andere?)

- vorweg muss immer geklärt werden, inwieweit der Betroffene auch „rehabfähig“ ist. Bei etwaigen Maßnahmen ist immer ein hohes Maß an Selbständigkeit gefordert.*
- eine Rehamassnahmen und eine Kur sind verschiedene Leistungen. Hierzu bietet die AOK Plus eine Orientierungshilfe an:*
[Kur- oder Reha-Maßnahme | AOK PLUS - Sachsen & Thüringen](#)

- grundlegend kann man sagen, dass eine Kur bei der Krankenkasse beantragt wird
- eine Reha ist abhängig davon, ob bereits das Rentenalter (Krankenkasse) erreicht wurde oder derjenige noch berufstätig (Rententräger) ist
- um Fähigkeiten zu fördern, welche die Selbständigkeit erhalten, braucht es manchmal aber auch nur „kleine Dinge“, wie z.B. der Entlastungsbetrag im Rahmen der Pflegeleistungen, welcher genutzt werden kann, um gezielt kleine Übungen vorzunehmen

Ab wann ist man bei der Krankenkasse eine pflegende Angehörige/ein pflegender Angehöriger. Sind auch pflegende Angehörige, Menschen, die einen anderen pflegenden Angehörigen unterstützen? (quasi in der „zweiten Reihe“ pflegen – erwachsene Kinder, bei denen die Mutter den Vater pflegt)

-„pflegender Angehöriger“ ist als solches kein geschützter Begriff

-im SGB XI §19 ist jedoch der Begriff der Pflegeperson definiert:

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Wie oft können pflegende Angehörige eine Reha/Kurmaßnahme in Anspruch nehmen. Gerade auch für Menschen, welche noch kleine Kinder im eigenen Haushalt haben, jährlich? Wer ist zuständig?

-hier wird unterschieden in ambulante und stationäre Maßnahmen der Vorsorge oder Rehabilitation

-Vorsorgeleistungen werden bei der Krankenkasse beantragt

->hier kann je nach Indikation eine Empfehlung durch den Arzt erfolgen

-Rehabilitationsmaßnahmen werden auf Antrag vom Arzt bearbeitet

->ist die Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, ist der Rententräger zuständig

-Bei allen anderen die Krankenkasse

-nähere Auskünfte und Informationen zum Thema kann auch die zuständige Krankenkasse zur Verfügung stellen

Psychologische Unterstützung: eine Mitarbeiterin pflegt zu Hause; dort leben auch Kinder (8,15). Ist hier eine Unterstützung auch für die Kinder möglich?

-eine konkrete Leistung hierzu gibt es derzeit nicht

-etwaige Hilfs- oder Unterstützungsangebote können nur durch erweiterte Leistungen, welche zum Teil privat finanziert werden müssen, bereitgestellt werden

-siehe hierzu auch vorangegangene Frage: Wie sieht es mit psychologischer Betreuung von Pflegepersonen und deren Angehörigen (Pflege im gemeinsamen Haushalt) aus?

Was tun, wenn keine Angehörigen vorhanden sind und es der Pflegebedürftige nicht schafft?

Hier kann wieder eine Pflegeberatung helfen zur Unterstützung und Organisation von möglichen Leistungen. Der Einsatz von Pflegediensten, haushaltsnahen Dienstleistungen, Essensdiensten, ... kann sich schon positiv auswirken. Sollte der Hilfesuchende trotzdem nicht in der Lage sein, seinen Alltag zu bewältigen, kann auch die Anregung einer gesetzlichen Betreuung notwendig werden.

Wer ist zuständig für Privatversicherte?

Die privaten Versicherungsträger.

Akutupflege: Wie komme ich an den Lohnersatz? Wo muss ich den beantragen? Arzt?

Pflegeunterstützungsgeld

Antragstellung

- *Antrag/ärztliche Bescheinigung*
 - *Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld*
 - *ärztliche Bescheinigung*
 - *Entgeltbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber*
- *alle vorliegenden Unterlagen sollten zusammen eingereicht werden.*
- *Pflegeunterstützungsgeld ist immer vom Beschäftigten bei der Pflegekasse des Angehörigen (pflegebedürftige Person) zu beantragen.*
- *Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung sowie deren voraussichtliche Dauer muss dem Arbeitgeber unverzüglich angezeigt werden*

Darf man vom Herrn Bruhns bitte die Kontaktdaten haben? Mail/Telefon – (diese waren am Ende der Präsentation nicht vermerkt)

Marc.bruhns@plus.aok.de

0800 10590 - 81250

