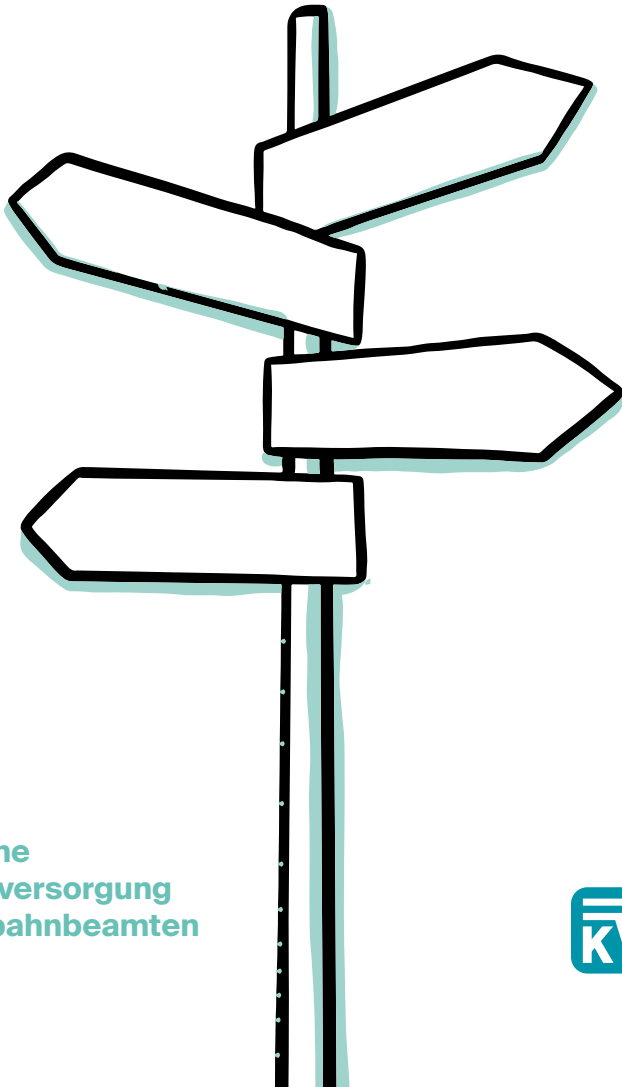


# Kurzwegweiser Pflege

Stand: Mai 2023



Schriftenreihe  
der Krankenversorgung  
der Bundesbahnbeamten  
Ausgabe 02



Stand:  
01.05.2023

# Inhalt

## 2 Grundlegendes

- 3 Der Pflegefall tritt ein
- 4 Vorsorge treffen
- 6 Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?
- 8 Der Antrag auf Leistungen  
der privaten Pflegeversicherung
- 9 Die Pflegeberatung COMPASS
- 10 Die Begutachtung durch MEDICPROOF

## 12 Leistungen

- 14 Pflegeunterstützungsgeld
  - 15 Voraussetzung für Leistungen nach Pflegezeitgesetz
  - 20 Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung
  - 28 Teilstationäre Pflege
  - 30 Unterstützung im Alltag nach Landesrecht
  - 31 Leistungen der Verhinderungspflege
  - 33 Leistungen der vollstationären Pflege
  - 36 Härtefallregelung bei vollstationärer Pflege
  - 37 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
  - 41 Individuelles Wohnumfeld/Hausnotrufsysteme
  - 43 Kurzzeitpflege
  - 45 Pflegekurse
  - 47 Informationen für ehrenamtliche Pflegepersonen
  - 48 Angebote zur Unterstützung im Alltag
- 53 Impressum

# Grundlegendes

## Der Pflegefall tritt ein

- Ob der Pflegefall altersbedingt, durch Krankheit oder Unfall, schleichend oder plötzlich eintritt: Im Grunde stehen Betroffene und Angehörige stets vor den gleichen Fragen, was den richtigen Umgang mit der Pflegebedürftigkeit an sich betrifft.
- Bei der sich meist allmählich entwickelnden Demenzerkrankung wird häufig lange abgewogen, ob es tatsächlich schon so weit ist, dass eine Pflegschaft und Betreuung gleichzeitig notwendig sind. Daran schließen sich meistens die ersten Überlegungen an, ob eine Betreuung zu Hause durchführbar ist. Ob das häusliche Umfeld überhaupt auf Dauer das Richtige ist.
- Auch bei vielen anderen Pflegefällen steht zumeist der bisherige Wohnraum auf dem Prüfstand. Kann sich der Pflegebedürftige darin bewegen, ist er behindertengerecht, kann eine vernünftige Betreuung hier überhaupt gewährleistet werden?
- Und bei allem stellt sich immer wieder die große Frage: wie sieht es mit den Kosten aus?
- Mit diesem Kurzwegweiser möchten wir Ihnen eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung der KVB und ihrer im Auftrag der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) tätigen Partner geben, die Ihnen bei Fragen rund um die Pflegebedürftigkeit zur Seite stehen. Zusätzlich erhalten Sie ergänzende Hinweise zu Leistungen der Krankenversorgung bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit, häuslicher Krankenpflege und Behandlungspflege im Rahmen vollstationärer Pflege.
- Jedoch ist jeder Mensch selbst gefragt, zur rechten Zeit an sich zu denken. An sich und den Fall einer Pflegebedürftigkeit. Möglichkeiten hierfür sind Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht.

## Vorsorge treffen

Selbstverständlich ist ein langes, beschwerdefreies und darüber hinaus selbstbestimmtes Leben wünschenswert. Doch wie ist das im Falle eines Unfalls oder einer plötzlichen Krankheit, die zur Folge haben, von jetzt auf gleich nicht mehr über das eigene Leben entscheiden zu können? Wer soll sich dann um Ihre Interessen und Angelegenheiten kümmern? Vorsorgevollmacht und Verfügungen helfen bei der Regelung.

### Betreuungsverfügung / Betreuungsvollmacht

In einer Betreuungsvollmacht wird eine Person des eigenen Vertrauens benannt, die für den Fall, dass eine Betreuung notwendig werden sollte, vom Vormundschaftsgericht bestellt werden soll. Außerdem kann hierin dokumentiert werden, wer in keinem Fall eine Betreuung übernehmen soll.

Die vorgeschlagene Person wird beim Eintritt der Betreuung vom Vormundschaftsgericht als Ihr gesetzlicher Vertreter bestellt, sofern das Gericht sie als hierfür geeignet ansieht. Der gesetzlich bestellte Betreuer wird in seinen Entscheidungen regelmäßig vom Vormundschaftsgericht kontrolliert.

### Vorsorgevollmacht

Mittels einer Vorsorgevollmacht können eine oder mehrere Personen beauftragt werden, im Namen des Vollmachtgebers zu handeln. Darin wird auch festgelegt, in welchen Bereichen dies geschehen darf. Hierzu können verschiedene Aufgaben



Foto © magelle-picture - stock.adobe.com

gehören, zum Beispiel finanzielle Angelegenheiten, Verträge, der Aufenthalt oder die Gesundheitsvorsorge. Auch persönliche Wünsche können darin formuliert werden.

Die Vorsorgevollmacht tritt erst dann in Kraft, wenn der Vollmachtgeber seine Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen kann, und sie kann jederzeit entzogen oder neu angepasst werden.

## Wann liegt **Pflegebedürftigkeit** vor?

Sobald ein Mensch wegen einer Krankheit, einer Behinderung oder aufgrund seines Lebensalters nicht mehr in der Lage ist, den Alltag ohne fremde Hilfe zu meistern, liegt eine Pflegebedürftigkeit vor. Somit kann diese Situation in jedem Lebensstadium eintreten und daher sind vom Gesetzgeber her alle Personen umfasst, die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ist die Pflegebedürftigkeit und dass die Pflege mindestens auf Dauer von sechs Monaten angelegt ist. Um diese in einem Pflegegrad zu erfassen, werden insgesamt sechs Module mit unterschiedlicher Gewichtung angewandt. Für die Einstufung zuständig sind die Gutachter von MEDIC-PROOF, dem medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen (s. Seite 10).

<b>Modul</b>	<b>Gewichtung</b>
Mobilität	10 Prozent
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 Prozent
Selbstversorgung	40 Prozent
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheitsoder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 Prozent
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 Prozent



Hinzu kommen zwar noch die Module für außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung, doch sie sind für die jeweils getroffenen Feststellungen nicht ausschlaggebend.

Erst aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade:

<b>Pflegegrad 1</b>	Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit	12,5 bis unter 27 Punkte
<b>Pflegegrad 2</b>	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit	27 bis unter 47,5 Punkte
<b>Pflegegrad 3</b>	Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit	47,5 bis unter 70 Punkte
<b>Pflegegrad 4</b>	Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit	70 bis unter 90 Punkte
<b>Pflegegrad 5</b>	Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90 bis 100 Punkte

Zunächst gilt es, sich Gedanken zu machen, in welchen Bereichen und in welchem Umfang Pflege benötigt wird. Für eine entsprechende Beratung steht für Mitglieder der KVB die COMPASS Pflegeberatung telefonisch, wenn gewünscht auch anonym, zur Verfügung. Alternativ kann aber auch ein Termin zu Hause, in einer Pflege oder Rehabilitationseinrichtung oder im Krankenhaus vereinbart werden.

## Der Antrag auf Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung

Ein solcher Termin findet innerhalb von 14 Tagen statt, lässt sich aber auch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbaren.

Der Antrag auf Leistungen kann zwar formlos – zum Beispiel telefonisch – gestellt werden, doch in jedem Fall muss das Antragsformular der KVB ausgefüllt und eingeschickt werden. Erhältlich ist er auf der Homepage der KVB, wird aber auf Wunsch auch zugesandt. Zu beachten ist, dass für die weitere Bearbeitung die dazugehörige Schweigepflichtentbindungserklärung unerlässlich ist, damit die KVB den entsprechenden Auftrag an MEDICPROOF geben und umgekehrt MEDICPROOF der KVB notwendige Informationen weiterleiten kann. So oder so werden immer nur Daten ausgetauscht, die für die Bearbeitung notwendig sind. Für die Zahlung von Leistungen ist das Datum der Antragstellung ausschlaggebend, auch der formlosen.

## Die Pflegeberatung **COMPASS**

Seit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995 haben verschiedene Pflegereformen und der immer größer werdende Unterstützungsbedarf eine Fülle an Regelungen und Leistungen hervorgebracht, die schwer zu überblicken sind. Darauf reagierte der Gesetzgeber im Jahr 2008 mit einem Pflegeberatungsauftrag für die Pflegepflichtversicherung.

Die Versicherungsunternehmen im Verband der Privaten Krankenversicherung gründeten gemeinsam COMPASS als unabhängige Tochter. Als solche sichert sie den Pflegeberatungsanspruch aller Privatversicherten – telefonisch und vor Ort. Darüber hinaus bietet COMPASS auch Pflegeberatung für Angehörige und vorsorglich Interessierte an. COMPASS ( [www.compass-pflegeberatung.de](http://www.compass-pflegeberatung.de) ) ist bundesweit kostenfrei zu erreichen unter:

**0800 101 88 00**

**Montag bis Freitag:** 8 bis 19 Uhr

**Samstag:** 10 bis 16 Uhr

## Die Begutachtung

Die MEDICPROOF GmbH ist der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherungen. Durch deren Gutachterinnen und Gutachter wird die Begutachtung gemäß aktueller Richtlinien durchgeführt und festgestellt, ob bei privat versicherten Antragstellern eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und wenn ja, welchem Pflegegrad diese zuzuordnen ist. Es werden hierbei gemäß den gesetzlichen Vorgaben die gleichen Maßstäbe angesetzt wie in der sozialen Pflegeversicherung.

Sobald Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt wurden, wird ein Gutachter von MEDICPROOF aktiv und vereinbart einen Termin für eine Begutachtung. Hierbei handelt es sich um eine medizinische Untersuchung, bei der Funktionstests durchgeführt werden, die zum Beispiel das Aufstehen und Gehen betreffen. Der Gutachter ermittelt anhand eines Fragenkatalogs, inwieweit der Betroffene in seinen Aktivitäten und Fähigkeiten eingeschränkt ist. Er fragt nach Krankheiten und Behinderungen und macht sich einen Eindruck davon, was noch selbständig erledigt werden kann und wobei Unterstützung benötigt wird.

Es wird auch die häusliche Pflegesituation sowie das soziale Umfeld beurteilt und Vorschläge gemacht, welche Maßnahmen geeignet sind, um die Pflegesituation zu verbessern oder eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Im Vordergrund steht bei allen Leistungen der Pflegeversicherung stets, dass sie Pflegebedürftigen helfen sollen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.



Foto © HNFOTO - stock.adobe.com

# Leistungen

auch für pflegende  
**Angehörige**



## Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach Pflegezeitgesetz

Sofern Angehörige nicht verbeamtet oder selbständig tätig sind, gilt Folgendes: Beschäftigte, die eine Lösung für eine akut aufgetretene Pflegesituation eines nahen Angehörigen finden müssen, können bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernbleiben, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren.

Der Arbeitnehmer muss seine Verhinderung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der Maßnahmen vorzulegen.

Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung meist nicht verpflichtet. Jedoch haben pflegende Angehörige in einem Beschäftigungsverhältnis für kurzzeitige Arbeitsverhinderung Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Dies wird für bis zu zehn Arbeitstage gewährt, wenn sie für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt und beträgt in der Regel 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, maximal 101,50 Euro pro Tag. Auch vom Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen.



## Voraussetzungen für die **Zahlung von Leistungen** nach dem Pflegezeitgesetz



Foto © hkema - stock.adobe.com

Sofern Angehörige nicht verbeamtet oder selbständig tätig sind, gilt Folgendes:

Für die Fälle, dass eine kurzzeitige Pflegeunterstützung nicht ausreicht, regelt seit 2015 das Pflegezeitgesetz eine längerfristige Lösung. Dadurch wird es dem Arbeitnehmer ermöglicht, sich für ein halbes Jahr ganz oder teilweise freustellen zu lassen. Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten zu ermöglichen, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern.

Voraussetzungen  
für die **Zahlung von Leistungen**  
nach dem Pflegezeitgesetz

### **Allgemeine Hinweise:**

- Das Recht auf Pflegezeit besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.
- Die Inanspruchnahme der Pflegezeit ist dem Arbeitgeber zehn Tage vor Beginn schriftlich anzukündigen.
- Eine vorzeitige Beendigung der Pflegezeit ist möglich, wenn der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig ist oder häusliche Pflege unmöglich oder unzumutbar wird (vollstationäre Pflege). Die Pflegezeit endet dann vier Wochen nach Eintritt dieser Umstände. Ansonsten kann die Pflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.
- Für Selbstständige oder Beamte gilt das Pflegezeitgesetz nicht.
- Beamtinnen und Beamte können erfragen, ob ihr Dienstherr Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von familiärer Pflege und Beruf anbietet.



Foto © Aungjir - stock.adobe.com

## Versicherungsschutz in der Kranken- und Pflegeversicherung

Mitglieder einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind während der Pflegezeit nicht mehr aufgrund ihrer Beschäftigung kranken- und pflegeversichert. Vorrangig ist der Versicherungsschutz währenddessen im Rahmen der Familienversicherung abzudecken.

Sofern dies nicht möglich ist, wird der Versicherungsschutz wie bisher von Ihrer Krankenkasse sichergestellt. Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen können unter bestimmten Voraussetzungen von der Pflegeversiche-

Voraussetzungen  
für die **Zahlung von Leistungen**  
nach dem Pflegezeitgesetz

rung gezahlt werden. Die Zuschusshöhe richtet sich nach den gesetzlichen Mindestbeiträgen, die von freiwillig versicherten Personen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen sind und dürfen die tatsächliche Höhe der entrichteten Beiträge nicht übersteigen.

**Die Leistungen können nicht  
in Anspruch genommen werden, wenn**

- gleichzeitig Versicherungspflicht während der Erziehungszeit/Elternzeit besteht. Diese Versicherungspflicht geht den Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz vor,
- die Arbeitsbefreiung aufgrund tarifvertraglicher Regelung erfolgt,
- die Beschäftigung von vorne herein auf Dauer aufgegeben wird oder für einen längeren Zeitraum als sechs Monate unterbrochen wird,
- Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz erbracht werden,
- ein Anspruch auf Entgeltersatzleistung nach SGB III (z. B. Arbeitslosengeld I) besteht.



Foto © Halfpoint - stock.adobe.com

### Nahe Angehörige sind:

- Großeltern, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern,
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Geschwister, Schwägerinnen und Schwäger,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehegatten oder Lebenspartners), Schwiegerkinder und Enkelkinder

## Hinweise zu den Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung

Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit werden in der Regel ab Antragstellung gewährt. Diese kann telefonisch, schriftlich oder mündlich bei der zuständigen Bezirksleitung erfolgen.

**Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) sehen folgende Leistungen vor:**

**Häusliche Pflegehilfe** (Sachleistung) für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe durch geeignete und von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannte Pflegekräfte werden bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages erstattet.



<b>Pflegegrad 2</b>	724 Euro
<b>Pflegegrad 3</b>	1.363 Euro
<b>Pflegegrad 4</b>	1.693 Euro
<b>Pflegegrad 5</b>	2.095 Euro

Wird der Betrag für die häusliche Pflegehilfe nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann noch ein anteiliges Pflegegeld gezahlt werden (Kombinationsleistung).



Foto © marcus\_hofmann - stock.adobe.com

Auf das **Pflegegeld** haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch. Sofern die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sichergestellt werden, kann ein Pflegegeld bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages gezahlt werden.

### Hinweise

zu den Leistungen der privaten  
Pflegepflichtversicherung

Bei Pflegegrad 2 und 3 muss einmal halbjährlich, bei Grad 4 und 5 einmal vierteljährlich ein Beratungseinsatz durch einen anerkannten Pflegedienst oder durch COMPASS Private Pflegeberatung in Anspruch genommen werden. Wird der Beratungseinsatz nicht nachgewiesen, wird das Pflegegeld gekürzt oder eingestellt.

Der Anspruch auf häftiges Pflegegeld besteht für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr während einer Kurzzeitpflege und für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr während einer Verhinderungspflege. Das Pflegegeld wird zu Beginn jeden Monats für den zurückliegenden Monat gezahlt, ohne dass jedes Mal erneut ein Antrag gestellt werden muss. Eine Erstattungsmitteilung wird nicht versandt.

**Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson** wird bei einer Ersatzpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr übernommen. Die Aufwendungen können sich bei erwerbsmäßiger Ersatzpflege im Kalenderjahr auf bis zu 1.612 Euro belaufen. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro im Kalenderjahr aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden (s. Seite 26 ff). Bei einer nicht erwerbsmäßig ausgeübten Ersatzpflege dürfen die Aufwendungen den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Auf Nachweis können zusätzliche notwendige Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag bis zu einem Gesamtbetrag von jährlich 1.612 Euro einschließlich Ersatzpflegegeld erstattet werden.





Foto © Janni – stock.adobe.com

**Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen** ergänzen die Leistungen bei häuslicher Pflege. Diese sind schriftlich oder telefonisch bei der Bezirksleitung zu beantragen. Die Notwendigkeit wird ggf. durch ein Hilfsmittelgutachten von MEDICPROOF festgestellt.

Hilfsmittel werden den Pflegebedürftigen in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Wird dies ohne zwingenden Grund abgelehnt, sind die Aufwendungen vom Mitglied selbst zu tragen.

Sollte das Hilfsmittel nicht mehr benötigt werden, ist die Bezirksleitung zu verständigen, damit ein Vertragspartner der KVB mit der Abholung beauftragt werden kann. Die Kosten für Verbrauchshilfsmittel können je Kalendermonat bis zu einem Betrag in Höhe von 40 Euro erstattet werden. Für Maßnahmen zur Verbesserung des häuslichen Wohnumfeldes kann ein Zuschuss bis zur Höhe von 4.000 Euro gezahlt werden.

**Hinweise**

zu den Leistungen der privaten  
Pflegepflichtversicherung

**Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)** in einer Pflegeeinrichtung können pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gewährt werden, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen können bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages erstattet werden. Die Leistung der teilstationären Pflege kann zusätzlich zu den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und/oder der Zahlung von Pflegegeld in Anspruch genommen werden.

**Zusätzliche Entlastungsleistungen** in Höhe von 125 Euro pro Kalendermonat zur Entlastung der Pflegeperson können über den Entlastungsbetrag nach Rechnungseingang erstattet werden, wenn sie im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen.

- Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflegehilfe (mit Ausnahmen)
- Angebote zur Unterstützung im Alltag

**Pflegekurse** für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflegetätigkeit vermitteln und somit die Qualität der häuslichen Pflege verbessern. Die Aufwendungen für die Teilnahme an Schulungskursen sind bis zu 100 Euro erstattungsfähig (s. auch Seite 45).



Foto © David Pereira - stock.adobe.com

## Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Pflegepersonen können unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erhalten. Dazu gehört, dass sie nicht erwerbsmäßig pflegebedürftige Personen wenigstens 10 Stunden wöchentlich an mindestens zwei verschiedenen Tagen in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen. Die Feststellung der notwendigen Pflegezeiten erfolgt ausschließlich durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF).

Zudem darf die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sein. Zur Überprüfung der weiteren Voraussetzungen ist das Ausfüllen des „Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ erforderlich. Die Rentenversicherungsbeiträge werden von der KVB direkt an die jeweiligen Rentenversicherungsträger gezahlt.

### Hinweise

zu den Leistungen der privaten  
Pflegepflichtversicherung

Für Pflegepersonen, die einen nahen Angehörigen pflegen, werden unter bestimmten Voraussetzungen bei Inanspruchnahme einer Pflegezeit Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt (s. Voraussetzungen für die Zahlung von Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz, das jedoch nicht für Beamte oder Selbständige gilt). Die Bearbeitung und Entscheidung über die Leistungen für Pflegepersonen erfolgt durch die KVB-Hauptverwaltung in Frankfurt.

**Kurzzeitpflege** können alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung kommt dann zustande, wenn zum Beispiel im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung häusliche Pflege zeitweise nicht oder noch nicht erbracht werden kann.

Bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach SGB XI oder Pflegegrad 1 können unter den in Tarifstelle 5 genannten Voraussetzungen Zuschüsse zur Kurzzeitpflege bei der Abteilung Krankenversorgung beantragt werden.

**Vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen** wird pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß § 43 SGB XI gewährt. Die Aufwendungen können bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages erstattet werden. Die Rechnung des Pflegeheims muss vorgelegt werden. Personen mit Pflegegrad 1 erhalten eine Unterstützung in Höhe von 125 Euro.



Foto © hkama - stock.adobe.com

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten dürfen nach dem Pflegeversicherungsgesetz von der privaten Pflegepflichtversicherung nicht bezuschusst werden. Jedoch können im Auftrag des Bundeseisenbahnvermögens unter bestimmten Voraussetzungen Aufwendungen für noch zuschussfähige Pflegeleistungen, Unterkunft, Verpflegung und Investitionen im Rahmen der ergänzenden Beihilfe gewährt werden. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben **keinen** Anspruch auf ergänzende Beihilfeleistungen.

Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Aufwendungen mit einem Pauschalbetrag in Höhe von 15 Prozent des Heimentgelts, maximal 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Auf Pflegeberatung besteht für Versicherte Anspruch durch die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH (s. Seite 9).

## Leistungen der **teilstationären Pflege**

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang geleistet werden kann, haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf teilstationäre Pflege in zugelassenen Einrichtungen für Tages- und Nachtpflege.

Zuschüsse werden zu folgenden in Rechnung gestellten pflegebedingten Aufwendungen gezahlt:

- Teilstationäre Pflege
- Soziale Betreuung
- Medizinische Behandlungspflege

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung.

Die Zuschüsse sind abhängig vom Pflegegrad und betragen monatlich bis zu

<b>Pflegegrad 2</b>	689 Euro
<b>Pflegegrad 3</b>	1.298 Euro
<b>Pflegegrad 4</b>	1.612 Euro
<b>Pflegegrad 5</b>	1.995 Euro



Foto © Halfpoint - stock.adobe.com

Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die Höchstbeträge für den jeweiligen Pflegegrad hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten können aus den Tarifleistungen für den Entlastungsbetrag erstattet werden.

Neben den Leistungen der teilstationären Pflege können Leistungen der häuslichen Pflege und/oder des Pflegegeldes bis zum Höchstbetrag des jeweiligen Pflegegrads in Anspruch genommen werden. Die Leistungen der teilstationären Pflege werden auf diese Leistungen nicht angerechnet.

Gemäß dem Vergütungszuschlag nach § 43b SGB XI können Pflegebedürftige Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen. Der dafür in Rechnung gestellte Vergütungszuschlag ist erstattungsfähig.

## Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur **Unterstützung im Alltag**

Seit dem 1. Januar 2017 haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Darüber, welche dies speziell sind, gibt die jeweilige Gemeinde Auskunft.





## Leistungen der **Verhinderungspflege**

Kann die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen die Pflege nicht durchführen, können Leistungen der Verhinderungspflege für längstens sechs Wochen (42 Tage) je Kalenderjahr bis zum Gesamtbetrag von 1.612 Euro erstattet werden. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person seit mindestens sechs Monaten in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt wird und in den Pflegegrad 2 bis 5 eingestuft ist.

Der Anspruch auf hälftiges (anteiliges) Pflegegeld besteht für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr während einer Verhinderungspflege. Sofern die Verhinderungspflege durch eine mit dem Pflegebedürftigen verwandte oder verschwägerte Pflegeperson bis zum 2. Grad erfolgt oder durch eine Ersatzpflegeperson durchgeführt wird, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebt, können

- Leistungen der Verhinderungspflege grundsätzlich nur in Höhe des 1,5-fachen Satzes des bisher gewährten Pflegegeldes als Ersatzpflegegeld bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr gezahlt werden und
- Notwendige, nachweislich entstandene Aufwendung wie zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstaussfall bis zu einem Betrag von 1.612 Euro (einschließlich Ersatzpflegegeld) erstattet werden.

Leistungen  
der **Verhinderungspflege**

**Ausnahme:**

Wird die Ersatzpflege durch eine der o. g. Ersatzpflegepersonen

- durchgängig länger als sechs Wochen durchgeführt oder
- mindestens zwei Pflegebedürftige im Rahmen der Verhinderungspflege im laufenden Jahr länger als eine Woche am Stück gepflegt,

so wird angenommen, dass die Verhinderungspflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient.

Liegt einer dieser beiden Ausnahmefälle vor, so können die Aufwendungen für die Verhinderungspflege über den 1,5-fachen Betrag des jeweiligen Pflegegrads hinaus bis 1.612 Euro für längstens sechs Wochen erstattet werden.

Bei der Ersatzpflege durch Verwandte/Verschwägerte ab dem 3. Grad oder durch Nachbarn, Freunde oder Bekannte, ist generell von erwerbsmäßiger Pflege auszugehen. In diesem Fall können die in Rechnung gestellten Leistungen bis zum Gesamtbetrag von 1.612 Euro für längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr erstattet werden. Gleiches gilt, sofern die Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst durchgeführt wird.

## Leistungen der vollstationären Pflege

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen haben im Rahmen der gültigen Pflegesätze Anspruch auf Ersatz von pflegebedingten Aufwendungen (inklusive der Ausbildungsumlage), Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (§ 43 SGB XI). Bei einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege können ergänzend Leistungen bei der Abteilung Krankenversorgung (Tarifstelle 5) beantragt werden.

Der Anspruch je Kalendermonat ist vom Pflegegrad der pflegebedürftigen Person abhängig:

<b>Pflegegrad 2</b>	770 Euro
<b>Pflegegrad 3</b>	1.262 Euro
<b>Pflegegrad 4</b>	1.775 Euro
<b>Pflegegrad 5</b>	2.005 Euro

Leistungen  
der **vollstationären Pflege**

### Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils bei vollstationärer Pflege

Zuschussfähig sind ab dem 01. Januar 2022 die Zuschüsse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 in vollstationären Einrichtungen mit Vergütungsvereinbarung zu dem Leistungszuschlag gemäß § 43c SGB XI, gestaffelt nach der Aufenthaltszeit:

- 1.** 5 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils  
im 1. Aufenthaltsjahr,

---
- 2.** 25 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils  
im 2. Aufenthaltsjahr,

---
- 3.** 45 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils  
im 3. Aufenthaltsjahr,

---
- 4.** 70 % des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils  
ab dem 4. Aufenthaltsjahr.

---

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Der Pauschalbetrag zu den erstattungsfähigen Aufwendungen des laufenden Monats wird in der Mitte jeden Monats gezahlt. Eine Erstattungsmitteilung hierüber wird nicht versandt, jedoch kann auf die Vorlage der Rechnung des Pflegeheims nicht verzichtet werden.

### **Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Pflegebedürftige können Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nutzen. Die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung vereinbarten Vergütungszuschläge sind in voller Höhe erstattungsfähig.

## Härtefallregelung bei **vollstationärer Pflege** („ergänzende Beihilfe“)

Nach den „Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit“ des Bundeseisenbahnvermögens (BEV-RiPfl) können Anspruchsberechtigte (Versorgungsempfänger des Bundeseisenbahnvermögens und Bundesbahnbeamte), die in die Pflegegrade 2 bis 5 eingestuft wurden, unter bestimmten Voraussetzungen auf besonderen Antrag einen Zuschuss zu den Aufwendungen für noch zuschussfähige Pflegeleistungen, Unterkunft, Verpflegung und Investitionen erhalten.

## Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln**

Jeglicher Empfehlung von Pflegehilfsmitteln für die häusliche Pflege geht der Antrag auf Leistungen durch die Pflegeversicherung voraus. Ein solcher Antrag kann zunächst formlos, zum Beispiel telefonisch, oder aber über ein entsprechendes Formular erfolgen. Durch die Pflegeversicherung wird ein Pflegegutachter eingeschaltet, wobei für Mitglieder der KVB allein die ärztlichen Gutachter von Medicproof ([www.medicproof.de](http://www.medicproof.de)) zuständig sind.

Der Gutachter wiederum vereinbart einen Termin, um bei der betroffenen Person den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen und sich einen Eindruck vom häuslichen Umfeld zu machen. Berücksichtigt werden hierbei sowohl die körperliche, psychische als auch die geistige Beeinträchtigung. Von den Ergebnissen der Begutachtung hängen die Form und der Umfang der Leistungen ab. Voraussetzung für die Gewährung ist, dass mindestens der Pflegegrad 1 festgestellt wurde.

### **Zwei Arten von Hilfsmitteln**

Unterschieden wird zwischen technischen Hilfsmitteln und solchen, die für den Verbrauch benötigt werden. Beispiele für technische Hilfsmittel sind Rollstühle, Pflegebetten und Badewannenlifter. Hygiene- oder Inkontinenzartikel sowie Bett-  
schutzauflagen gehören zu den Verbrauchshilfsmitteln. Allen Hilfsmitteln für die häusliche Pflege ist gemein, dass sie dauerhaft benötigt werden.

### Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln**

Im Fokus bei der Empfehlung steht immer, dass Selbständigkeit und Fähigkeiten erhalten werden sollen und die pflegebedürftige Person so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben kann. Die hierfür benötigten Hilfsmittel werden von Vertragspartnern der KVB geliefert, welche künftig auch für die Funktionstüchtigkeit der technischen Geräte sorgen. Sollte ein jeweiliges Hilfsmittel nicht mehr benötigt werden, ist die Bezirksleitung zu verständigen, damit ein Vertragspartner der KVB mit der Abholung beauftragt werden kann.

Grundsätzlich handelt es sich bei den Hilfsmitteln für die häusliche Pflege um Produkte zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person im Alltag; es soll die Pflege erleichtern, die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Hierfür geeignete und zuschussfähige Hilfsmittel sind im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt. Wegen Krankheit oder Behinderung können ggf. Hilfsmittel von der Krankenversicherung nach Tarifstelle 7, oder von anderen zuständigen Leistungsträgern in Betracht kommen.

Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheidet sich der Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, sind die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.





Foto © Robert Kneschke – stock.adobe.com

### **Digitale Pflegeanwendungen**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf eine Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen. Die Versorgung ist auf die Häuslichkeit beschränkt.

Für die Leistungen steht ein monatlicher Höchstbetrag von 50 Euro zur Verfügung.

Versorgung  
mit **Pflegehilfsmitteln**

## Die 40 Euro-Pauschale

Die Kosten für Verbrauchshilfsmittel, die einen Sonderstatus unter den Hilfsmitteln für Pflegebedürftige haben, können je Kalendermonat bis zu einem Betrag in Höhe von 40 Euro erstattet werden. Für diese Hygieneartikel benötigen die KVB-Versicherten oder ihre Angehörigen kein ärztliches Rezept. Der entsprechende Antrag kann direkt bei der Pflegeversicherung der KVB gestellt werden.

## Online-Ratgeber „Hilfsmittel für die häusliche Pflege“

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert den herstellerunabhängigen und von Verkaufsinteresse freien Online-Ratgeber „Hilfsmittel für die häusliche Pflege“. Darin gibt es neben allgemeinen Informationen zum Thema auch eine Produktübersicht, Hilfsmittelbeschreibungen und Hinweise zur Versorgung:



**[www.online-wohn-beratung.de/  
hilfsmittel-fuer-die-haeusliche-pflege/](http://www.online-wohn-beratung.de/hilfsmittel-fuer-die-haeusliche-pflege/)**



## Verbesserung des **individuellen** **Wohnumfeldes /**

## Versorgung mit **Hausnotrufsystemen**

### **Wohnumfeld**

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 1 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Bezuschussung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, wenn dadurch

- die häusliche Pflege ermöglicht oder
- erheblich erleichtert oder
- eine selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind zum Beispiel Verbreiterung von Türen, Einbau einer behindertengerechten Dusche oder eines Treppenlifts.

Verbesserung  
des **individuellen**  
**Wohnumfeldes** /

Versorgung  
mit **Hausnotrufsystemen**

### Hausnotrufsystem

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 1 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf die Versorgung mit einem Hausnotrufsystem, wenn dies

- zur Erleichterung der Pflege beiträgt oder
- eine selbständige Lebensführung ermöglicht

Sofern die Notwendigkeit eines Hausnotrufsystems nicht im Rahmen einer Begutachtung durch MEDICPROOF empfohlen wurde, ist für die Beantragung ein formloser schriftlicher Antrag ausreichend.



## Kurzzeitpflege



Foto © HNFOTO - stock.adobe.com

Eine vollstationäre Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist bei vielen Pflegebedürftigen häufig nur zeitweise notwendig. Eine solche „Krisensituation“ kann zum Beispiel eintreten, wenn:

- nach einer stationären Krankenhausbehandlung die teilstationäre Pflege nicht ausreicht,
- die Pflegeperson krank wird, im Urlaub ist oder Abstand von der Pflege benötigt,
- die Pflegebedürftigkeit überraschend eintritt und Angehörige die Pflege nicht übernehmen können,
- sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen drastisch verschlechtert,

## Kurzzeitpflege

- nach schwerer Krankheit eine Nachsorge notwendig ist,
- das Zuhause des Pflegebedürftigen umgebaut werden muss oder
- der Pflegebedürftige eine Einrichtung testen möchte, bevor er dort einzieht.

Um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, können Personen des Pflegegrades 1 den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro im Monat einsetzen (s. auch Seite 23). Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 werden Aufwendungen für längstens acht Wochen im Kalenderjahr bis zu 1.774 Euro erstattet, die aber nicht am Stück genommen werden müssen.

Dieser Leistungsbetrag kann aufgestockt werden, wenn der Anspruch auf Verhinderungspflege reduziert oder darauf verzichtet wird. Diese kann dann für bis zu sechs Wochen pro Jahr in Kurzzeitpflege umgewandelt werden, so dass der Pflegebedürftige 1.612 Euro mehr erhält.

Außerdem wird das hälftige Pflegegeld bei Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege ebenfalls für acht Wochen pro Jahr weiter ausgezahlt.

Die Kurzzeitpflege, die von vielen Pflegeheimen angeboten wird, kann relativ spontan in Anspruch genommen werden. Hierfür kommen auch stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Frage, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Reha-Maßnahme in Anspruch nimmt.

## Pflegekurse für Angehörige und sonstige Pflegepersonen

Unterbringung und Verpflegung sowie Investitions- und Transportkosten sind nicht erstattungsfähig und müssen vom Pflegebedürftigen grundsätzlich selbst bezahlt werden. Sie können jedoch über den Entlastungsbetrag bezuschusst werden.

Für Angehörige und sonstige Pflegepersonen werden Schulungskurse angeboten, um ihnen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege eines Pflegebedürftigen zu vermitteln.

Pflegekurse möchten

- Kenntnisse in der personenbezogenen Pflege vermitteln oder vertiefen,
- Pflege und Betreuung erleichtern und verbessern helfen,
- pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen mindern
- das soziale Engagement im Bereich der Pflege fördern und stärken.

Die in den Kursen vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten sollen dem Pflegenden helfen, eigene körperliche Schädigungen durch nicht sachkundige Ausführung bestimmter Pflegetätigkeiten zu vermeiden, eine Zustandsverschlechterung des Pflegebedürftigen zum Beispiel durch Wundliegen oder Austrocknen zu reduzieren, sowie unter fachkundiger Anleitung professioneller Pflegefachkräfte eine sachgerechte Pflege zu Hause zu ermöglichen.

**Pflegekurse** für Angehörige  
und sonstige Pflegepersonen



**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

**Angaben des/der Pflegebedürftigen**

Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen: Geb

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

**Ja** (bitte Kopie

**Ja** (bitte Vollmacht b

**Ich habe einen Betreuer**

**Ich habe einen Bevollmächtigten**

Foto © rrmann77 - stock.adobe.com

Die darin vermittelten praktischen Kenntnisse erleichtern daher die Arbeit und schützen den Pflegenden und den Pflegebedürftigen. Darüber hinaus können durch speziell erlernte Pflegetechniken und eine sinnvolle Einteilung die physische und seelische Belastung gemindert werden. Zudem soll der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander gefördert, über Hilfsmittel beraten und über Rehabilitationsmaßnahmen informiert werden.

Pflegekurse werden zum Beispiel von gesetzlichen Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden, caritativen Einrichtungen oder Volkshochschulen durchgeführt. Die KVB selbst führt keine Pflegekurse durch.

Die Aufwendungen für die Teilnahme an einem Pflegekurs können bezuschusst werden.



## Informationen für ehrenamtliche Pflegepersonen

Um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen anzuerkennen, zahlt die private Pflegepflichtversicherung für Pflegepersonen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

### Umfang der Pflegetätigkeit

Renten- bzw. Arbeitslosenversicherungsbeiträge können nur für Pflegepersonen gezahlt werden, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen.

Ob dies der Fall ist – insbesondere wenn eine pflegebedürftige Person von mehreren Pflegepersonen gepflegt wird –, ermittelt MEDICPROOF im Einzelfall.



## Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag von Pflegebedürftigen bestehen aus:

- Betreuungsangeboten
- Angeboten zur Entlastung von Pflegenden sowie
- Angebote zur Entlastung im Alltag.

Angebote zur Unterstützung im Alltag müssen im Zusammenhang mit dem Haushalt des Pflegebedürftigen stehen. Sie können von anerkannten Pflegediensten, Einzelpflegekräften, im Rahmen der Nachbarschaftshilfe oder von Anbietern, die eine landesrechtliche Anerkennung haben, erbracht werden.

Zu den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen:

- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und Pflegende
- Familien entlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

## Anerkennung von Nachbarschaftshilfe

Die Kosten für eine Einzelbetreuung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe können bezuschusst werden, wenn die KVB die Person, die die Rechnung stellt, als Nachbarschaftshelfer anerkannt hat und das Anerkennungsschreiben der pflegebedürftigen Person vorliegt.

Raum für  
Ihre **Notizen**



**Die Klinik Königstein  
ist eine Fachklinik  
für Anschlussheilbehandlung  
und Rehabilitation für**

**Herz- und Gefäßkrankheiten  
Bluthochdruck  
Diabetes  
Stoffwechsel  
Adipositas  
und Orthopädie**

Durch eine enge Verzahnung des Teams aus Medizin, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie und Sozialberatung ist eine ganzheitliche und umfassende Betreuung der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

Das Behandlungsspektrum wird optimal unterstützt durch eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und eine gute apparative Versorgung.

Klinik Königstein der KVB  
Sodener Straße 43  
61462 Königstein im Taunus

T: (06174) 204-0  
F: (06174) 204-509

[info@kvb-klinik.de](mailto:info@kvb-klinik.de)  
[kvb-klinik.de](http://kvb-klinik.de)

Raum für  
Ihre **Notizen**

## **Herausgeber**

Krankenversorgung  
der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung  
Salvador-Allende-Straße 7  
60487 Frankfurt am Main

Telefon (0 69) 2 47 03-0  
Telefax (0 69) 2 47 03-199

[www.kvb.bund.de](http://www.kvb.bund.de)

## **Gestaltung**

büro bockenheim,  
agentur für konzeptionelles design,  
Hattersheim am Main

## **Abbildungen**

[stock.adobe.com](http://stock.adobe.com), KVB

## **Illustration**

Ina Wagner,  
Frankfurt am Main

## **Druck**

Bonifatius Druck  
Druck, Buch, Verlag,  
Paderborn

