Bundesministerium
für Gesundheit

Pflegeleistungen zum Nachschlagen

Stand 01/2026

Pflegeleistungen zum Nachschlagen

Liebe Leserin, lieber Leser,

auch im Alter möglichst lange selbstständig das Leben zu meistern – wer wünscht sich das nicht? Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit, auf Hilfe angewiesen zu sein. Es ist daher gut, dass für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen ein flächendeckendes Netz aus Unterstützungs- und Betreuungsangeboten existiert.

Die Pflegeversicherung bietet Unterstützung, die an den jeweiligen Bedarf angepasst ist. Ziel ist es, pflegebedürftigen Menschen ein Leben mit möglichst viel Eigenregie zu ermöglichen. Die Leistungen reichen von der Unterstützung zu Hause durch Angehörige oder ambulante Pflege- und Betreuungsdienste

über teilstationäre Angebote der Tages- und/oder Nachtpflege bis zur Versorgung in einer passenden stationären Pflegeeinrichtung oder anderen geeigneten Wohnformen.

In unserer alternden Gesellschaft wird die Zahl der Menschen, die auf Betreuung und Pflege angewiesen sind, weiter zunehmen. Es ist daher eine unserer größten politischen Herausforderungen, Pflege für alle, die darauf angewiesen sind, zugänglich und bezahlbar zu halten. Unser Anliegen ist, dass alle pflegebedürftigen Menschen – ob auf dem Land oder in der Stadt – gut und menschenwürdig versorgt werden.

Nutzen Sie diesen Ratgeber, um sich einen Überblick über das umfangreiche Leistungsangebot zu verschaffen. Nehmen Sie gerne auch die Beratung in einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Anspruch.

Ich wünsche Ihnen alles Gute!

Ihre

Nina Warken
Bundesministerin für Gesundheit

Die Pflegeleistungen

1 – Häusliche Pflege S. 15
2 – Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und weitere Ansprüche auf vorübergehende stationäre Versorgung S. 39
3 – Vollstationäre Pflege S. 47
4 – Pflegeleistungen im Überblick S. 53

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 11

1. Häusliche Pflege 15

1.1 Pflegegeld für häusliche Pflege sowie pflegefachliche Beratungsbesuche 16

1.2 Pflegesachleistungen für häusliche Pflege 18

1.3 Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch 20
1.3.1 Entlastungsbetrag 20
1.3.2 Umwandlungsanspruch 22

1.4 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (im Rahmen des Gemeinsamen Jahresbetrags) 23

1.5 Pflegeunterstützungsgeld 26

1.6 Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung 27
1.6.1 Wohngruppenzuschlag für Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen 27
1.6.2 Anschubfinanzierung bei Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen 29
1.6.3 Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI 30

1.7 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 32

1.8 Pflegehilfsmittel und digitale Pflegeanwendungen 33
1.8.1 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel 33
1.8.2 Technische Pflegehilfsmittel 33
1.8.3 Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen 34

1.9 Soziale Absicherung der Pflegeperson 36

2. Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und weitere Ansprüche auf vorübergehende stationäre Versorgung 39

2.1 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege 40

2.2 Kurzzeitpflege (im Rahmen des Gemeinsamen Jahresbetrags) 42

2.3 Kurzzeitpflege nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung 43

2.4 Übergangspflege im Krankenhaus nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung 44

2.5 Pflegerische Versorgung bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson 44

3. Vollstationäre Pflege 47

3.1 Leistungen bei vollstationärer Pflege 48

3.2 Leistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in bestimmten vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten 50

4. Pflegeleistungen im Überblick 53

4.1 Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick 54

4.2 Weitere Leistungen und Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick 60

Informationsangebote 63

Weitere Publikationen 64
Bürgertelefon 66
Infotelefone des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) 67

Impressum 68

Einleitung

Die passende Pflegeleistung für Sie
Wer Pflege benötigt oder als Angehörige oder Angehöriger Pflege leistet, wird nicht alleingelassen: Die Pflegeversicherung bietet viele Leistungen, damit Ihr Alltag verbessert wird. Die Angebote zur Unterstützung sind dabei an Ihre individuellen Einschränkungen und Bedürfnisse angepasst. In dieser Broschüre erfahren Sie, welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen. Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei der Pflegekasse stellen.

Sie haben Anspruch auf Leistungen, wenn Sie innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung zwei Jahre lang in der Pflegeversicherung versichert gewesen sind. Zudem muss die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen und eine vom Gesetzgeber festgelegte Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen.

Die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird in insgesamt fünf Pflegegrade unterteilt, beginnend mit Pflegegrad 1 („geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“) und endend mit Pflegegrad 5 („schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“).

Ob und in welcher Schwere Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird im Auftrag der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst oder durch andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter geprüft. Für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung übernimmt diese Aufgabe „Medicproof“, der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

Dabei wird insbesondere untersucht, wie selbstständig bestimmte Aktivitäten durchgeführt werden können. Die Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter prüfen sechs Lebensbereiche:

- Mobilität
- kognitive („geistige“) und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Wenn Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, teilt die zuständige Pflegekasse Ihnen innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang Ihres Antrags die Entscheidung über die Zuerkennung eines Pflegegrades schriftlich mit und informiert Sie im Fall einer Zuerkennung darüber, welche Leistungen der Pflegeversicherung damit für Sie verbunden sind. Zudem sendet die Pflegekasse Ihnen auch das zugrunde liegende Gutachten direkt zu, sofern Sie der Übersendung nicht widersprochen haben. Daneben erhalten Sie eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung. Diese kann auf Wunsch auch an Personen oder Institutionen gesendet werden, denen Sie vertrauen und die Sie bei der Umsetzung unterstützen können.

Ob zu Hause oder stationär: Welche Variante für Sie infrage kommt, sollten Sie schon vor der Begutachtung überlegen. Auf diese Weise können die Leistungen der Pflegeversicherung individuell auf Sie zugeschnitten werden – zudem können weitere Maßnahmen empfohlen werden.

Wenn Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben Sie gegenüber der Pflegekasse einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Das Gleiche gilt, wenn Sie zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben oder der Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit besteht.

Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen. Die Pflegeberatung kann bei der jeweiligen Pflegekasse vor Ort, auf Wunsch auch telefonisch oder zu Hause, durchgeführt werden. Sie kann ebenfalls in den Pflegestützpunkten – die es allerdings nicht in allen Regionen gibt – in Anspruch genommen werden. Wenn Sie eine private Pflege-Pflichtversicherung haben, bestehen die gleichen Ansprüche gegenüber Ihrem privaten Versicherungsunternehmen.

1

Häusliche Pflege

1.1 Pflegegeld für häusliche Pflege sowie pflegefachliche Beratungsbesuche

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrad 2	347 Euro
Pflegegrad 3	599 Euro
Pflegegrad 4	800 Euro
Pflegegrad 5	990 Euro

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Pflegebedürftige Personen stellen mit diesem Betrag die für sie erforderlichen Pflegemaßnahmen in geeigneter Weise selbst sicher. Dazu zählen: körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Diese Geldleistung wird von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen ausgezahlt. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten **Pflegesachleistungen** kombiniert werden; dann werden Pflegegeld und Pflegesachleistung anteilig in Anspruch genommen (sogenannte Kombinationsleistung).

Während einer **Verhinderungspflege** und während einer **Kurzzeitpflege** wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe weitergezahlt.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben einmal halbjährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5. Sie haben jedoch die Möglichkeit, die Beratung auch weiterhin vierteljährlich in Anspruch zu nehmen. Gleiches gilt, wenn Pflegebedürftige den **Umwandlungsanspruch** nutzen und neben dessen Nutzung nicht auch ambulante Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst beziehen.

Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Darüber hinaus können auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 halbjährlich einmal einen pflegefachlichen Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige, die ambulante Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst beziehen, können ebenfalls halbjährlich einmal eine solche Beratung abrufen.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung per Videokonferenz durchgeführt werden. Die erstmalige Beratung hat jedoch stets in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

1.2 Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	796 Euro
Pflegegrad 3	1.497 Euro
Pflegegrad 4	1.859 Euro
Pflegegrad 5	2.299 Euro

* Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können ihren Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro pro Monat auch für Leistungen der ambulanten Pflegedienste einsetzen.

Mit den ambulanten Pflegesachleistungen können Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege die Hilfe eines zugelassenen ambulanten Pflegedienstes oder ambulanten Betreuungsdienstes oder von Einzelkräften in Anspruch nehmen, die mit der Pflegekasse einen Vertrag abgeschlossen haben.

Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden, sondern beispielsweise in einer Pflege-Wohngemeinschaft oder im Haushalt der Pflegeperson. Ausgeschlossen ist der Bezug von häuslichen Pflegesachleistungen nach § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in stationären Einrichtungen, wie beispielsweise dem Pflegeheim *(siehe Kapitel 3.1 ab Seite 48)*.

Zu den Leistungen der zugelassenen professionellen Pflegedienste zählen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Zugelassene ambulante Betreuungsdienste erbringen pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

Ambulante Pflegesachleistungen können auch mit dem **Pflegegeld** kombiniert werden. Im Rahmen dieser Kombinationsleistung wird das Pflegegeld je nach der Höhe der bezogenen häuslichen Pflegesachleistungen anteilig ausgezahlt.

1.3 Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

1.3.1 Entlastungsbetrag

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrade 1–5	bis zu 131 Euro

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.572 Euro im Jahr). Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende und/oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der **teilstationären Tages- und Nachtpflege**,
- Leistungen der **Kurzzeitpflege**,
- Leistungen der **zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdienste im Sinne des § 36 SGB XI** (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung) oder von
- Leistungen der **nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag** im Sinne des § 45a SGB XI.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist dabei die Einreichung der entsprechenden Belege bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Versicherungsunternehmen.

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste handelt es sich inhaltlich um Leistungen, die sie auch als häusliche Pflegesachleistungen erbringen können, insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie um Hilfen bei der Haushaltsführung. Das Gleiche gilt für ambulante Betreuungsdienste. Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag auch für Leistungen zugelassener ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Dazu gehört zum Beispiel die Unterstützung beim Duschen oder Baden.

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI handelt es sich je nach Ausrichtung um Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung in Kleingruppen, Einzelbetreuung zu Hause), um Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder um Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen, auch im Haushalt, oder organisatorischen Hilfestellungen). Das Nähere zur Anerkennung legen die Bundesländer jeweils in Rechtsverordnungen fest. Welche anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag es in Ihrer Umgebung gibt, können Sie bei Ihrer Pflegekasse oder Ihrem privaten Versicherungsunternehmen erfragen oder auf von den Pflegekassen betriebenen Internetseiten einsehen.

Für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege entspricht es der Praxis der Pflegekassen, dass diese auch die angefallenen Kostenanteile für Unterkunft und Verpflegung aus dem Entlastungsbetrag erstatten können.

Soweit der Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag in die darauffolgenden Monate übertragen. Beträge, die bis

zum 31. Dezember eines Jahres nicht verbraucht worden sind, können noch bis 30. Juni des Folgejahres übertragen werden.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen bei häuslicher Pflege gewährt.

1.3.2 Umwandlungsanspruch

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 besteht im Rahmen des Umwandlungsanspruchs noch eine weitere Möglichkeit, eine Kostenerstattung für Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag zu erhalten: Schöpfen Pflegebedürftige den monatlichen Leistungsbetrag, der in dem jeweiligen Pflegegrad für ambulante Pflegesachleistungen durch Pflegedienste oder Betreuungsdienste vorgesehen ist, nicht oder nicht vollständig aus, können sie den nicht verbrauchten Betrag auch für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen, die sie im selben Monat genutzt haben.

Um die Kostenerstattung im Rahmen dieses Umwandlungsanspruchs zu erhalten, sind bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, entsprechende Belege einzureichen. Maximal dürfen auf diese Weise 40 Prozent des für häusliche Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI vorgesehenen Leistungsbetrags zugunsten von Angeboten zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden.

Im Hinblick auf das Pflegegeld wird der umgewandelte Betrag so behandelt, als hätte man für den Betrag, den man erstattet bekommt, Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst oder Betreuungsdienst bezogen. So kann man den Bezug der Kostenerstattung beispielsweise auch mit dem Bezug eines anteiligen Pflegegeldes im Rahmen der Kombinationsleistung verbinden.

Den Entlastungsbetrag und den Umwandlungsanspruch können Pflegebedürftige vollkommen unabhängig voneinander in Anspruch nehmen.

1.4 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (im Rahmen des Gemeinsamen Jahresbetrags)

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Verhinderungspflege** durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder	durch sonstige Personen
	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	694,00 (2-Faches von 347,00)	3.539,00
Pflegegrad 3	1.198,00 (2-Faches von 599,00)	3.539,00
Pflegegrad 4*	1.600,00 (2-Faches von 800,00)	3.539,00
Pflegegrad 5*	1.980,00 (2-Faches von 990,00)	3.539,00

* Der Leistungsbetrag in Höhe von bis zu 3.539,00 Euro steht insgesamt für Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege als Gemeinsamer Jahresbetrag zur Verfügung.

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege sowie Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag). Diesen Gemeinsamen Jahresbetrag können die Anspruchsberechtigten – bei Vorliegen der jeweiligen Leistungsvoraussetzungen – flexibel für beide Leistungsarten einsetzen.

Ist der Gemeinsame Jahresbetrag in voller Höhe verbraucht worden, stehen in dem laufenden Kalenderjahr hieraus keine

weiteren Leistungen zur Verfügung – weder für eine Verhinderungspflege noch für eine Kurzzeitpflege. Dies sollte man bei einem planvollen Mitteleinsatz bedenken und bei Bedarf gegebenenfalls rechtzeitig eine Beratung der Pflegekassen oder Pflegestützpunkte in Anspruch nehmen.

Ausführungen zu Leistungen der Kurzzeitpflege können dem *Kapitel 2.2 ab Seite 42* entnommen werden. Für die Verhinderungspflege gilt:

Macht eine private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr.

Die Erstattung der Kosten der notwendigen Ersatzpflege im Rahmen der Verhinderungspflege kann auf Nachweis grundsätzlich bis zur Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags erfolgen (2026: bis zu 3.539 Euro im Kalenderjahr), wenn die Ersatzpflege von Personen sichergestellt wird,

- die mit der pflegebedürftigen Person nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und
- die mit der pflegebedürftigen Person nicht in häuslicher Gemeinschaft leben.

Für nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, die Pflege aber nicht erwerbsmäßig ausüben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich begrenzt auf den Pflegegeldbetrag des jeweiligen Pflegegrades für bis zu zwei Monate. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausfall) nachgewiesen werden, kann die Leistung entsprechend aufgestockt werden, maximal aber insgesamt bis zur Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags.

Wird die Ersatzpflege von dem nahen Angehörigen* oder dem Haushaltsmitglied erwerbsmäßig ausgeübt, kann sich die Erstattung maximal bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags belaufen.

Ab dem 1. Januar 2026 gilt:
Damit die Pflegeversicherung die Ersatzpflegekosten übernimmt, muss die Erstattung bei der zuständigen Pflegekasse unter Nachweis der angefallenen Kosten spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres beantragt werden, das auf die Durchführung der Ersatzpflege folgt. Wird die notwendige Ersatzpflege zum Beispiel im November 2026 durchgeführt, muss der Antrag auf Kostenerstattung mit dem Nachweis der Kosten also bis zum 31. Dezember 2027 bei der Pflegekasse eingehen, um noch eine Erstattung zu erhalten. Wird die Kostenerstattung später beantragt, besteht der Anspruch nicht mehr.

Während der Verhinderungspflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) **Pflegegeldes** weitergezahlt.

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die Formulierung der weiblichen Schreibweise verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

1.5 Pflegeunterstützungsgeld

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung**
Pflegegrade 1–5 Pflegebedürftig sind in diesem Zusammenhang auch Personen, die die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit voraussichtlich erfüllen.	Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung vorangegangenen zwölf Kalendermonaten beträgt das Pflegeunterstützungsgeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr je pflegebedürftigen nahen Angehörigen gezahlt.

Für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)* haben Beschäftigte Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt. Dieses Pflegeunterstützungsgeld kann für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr je pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden – allerdings nur, wenn es für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber gibt und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes geleistet wird. Auch wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist das Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Der Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich und unter Vor-

* Siehe § 2 Absatz 1 PflegeZG: Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

lage einer ärztlichen Bescheinigung bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu stellen.

1.6 Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

1.6.1 Wohngruppenzuschlag für Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrade 1–5	224 Euro

Neue Wohnformen wie Pflege-Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, zusammen mit anderen, die sich in derselben Lebenssituation befinden, zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 224 Euro im Monat erhalten, den sogenannten Wohngruppenzuschlag. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, müssen diese Leistungen nicht beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Weitere Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag sind,

- dass die oder der Pflegebedürftige mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung lebt und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,

- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
- dass keine Versorgungsform, einschließlich teilstationärer Pflege, vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für die vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Der Wohngruppenzuschlag wird den pflegebedürftigen WG-Mitgliedern gewährt, um damit die oben beschriebene, durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft zu finanzieren.

1.6.2 Anschubfinanzierung bei Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** einmaliger Höchstbetrag
Pflegegrade 1–5	2.613 Euro pro Person 10.452 Euro pro Wohngruppe

Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen im oben genannten Sinne sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung vor.

Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch schon vor dem Einzug erfolgen.

Voraussetzungen sind:

- Ab dem Einzug in die gemeinsame Wohnung muss Anspruch auf den **Wohngruppenzuschlag** bestehen.
- Die Anschubfinanzierung wird nur den an der Gründung der Wohngruppe beteiligten Pflegebedürftigen gewährt.

Der Betrag ist pro Person auf 2.613 Euro und pro Wohngruppe auf 10.452 Euro begrenzt. Er steht auch Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 zu. Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen *(siehe Kapitel 1.7 auf Seite 32)* oder für die Ausstattung mit technischen (Pflege-)Hilfsmitteln bestehen zusätzlich.

1.6.3 Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** Pauschaler Zuschuss pro Monat
Pflegegrade 1–5	450 Euro

Um die pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu fördern, wurde eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen, mit den Kostenträgern sektorenübergreifende Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Hierbei ist ein Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorzusehen. Über die im Basispaket bestehenden Leistungen hinaus müssen weitere Leistungen gewährleistet werden, die die Pflegebedürftigen nach Wunsch und Bedarf zusätzlich in Anspruch nehmen können. Diese Leistungen können auch unter Hinzuziehung von Angehörigen, ehrenamtlich Tätigen oder sonstigen Dritten erbracht werden.

Pflegebedürftige erhalten in diesen gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat. Damit sollen sie in die Lage versetzt werden, die Kosten für eine selbstbestimmte Pflege in der Wohnform zu tragen. Dieser Betrag gilt für Pflegebedürftige aller Pflegegrade.

Daneben können weitere ambulante Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Hierzu gehören für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die ambulanten Pflegesachleistungen, der Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie der Anspruch auf Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige aller Pflegegrade können zudem in Anspruch nehmen: Pflegeberatung, Pflegehilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sowie Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Auf folgende Leistungen besteht hingegen aufgrund der vorliegenden Versorgungssicherheit in diesen gemeinschaftlichen Wohnformen kein Anspruch: Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Verhinderungspflege, der Kurzzeitpflege in sonstigen Krisensituationen sowie auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson.

1.7 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** maximaler Zuschuss je Maßnahme
Pflegegrade 1–5	4.180 Euro
Pflegegrade 1–5 wenn mehrere Anspruchs-berechtigte zusammenwohnen	16.720 Euro

Wenn Pflegebedürftige zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anzupassen. Ziel solcher wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ist es, dass dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.180 Euro als Zuschuss für solche Anpassungsmaßnahmen zahlen. Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.180 Euro, also bis zu 16.720 Euro, betragen. Er wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bestehen neben der Anschubfinanzierung für Wohngruppen.

1.8 Pflegehilfsmittel und digitale Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung ihrer Beschwerden beitragen oder ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Der Anspruch an die Pflegekasse besteht dabei nur, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Wenn sich Pflegebedürftige für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels entscheiden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

1.8.1 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden von der Pflegekasse in Höhe von bis zu 42 Euro pro Monat erstattet. Dazu gehören zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Bettschutzeinlagen.

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** maximale Leistung pro Monat
Pflegegrade 1–5	42 Euro

1.8.2 Technische Pflegehilfsmittel

Typische technische Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Hausnotrufsysteme, Pflegebetten und Lagerungshilfen. Die Pflegekassen prüfen die Notwendigkeit der Anschaffung.

Zu den Kosten der technischen Pflegehilfsmittel muss die pflegebedürftige Person, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet hat, in der Regel einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, je Pflegehilfsmittel zuzahlen.

Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen.

1.8.3 Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** maximale Leistung pro Monat
Pflegegrade 1–5	für digitale Pflegeanwendungen: 40 Euro für ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung digitaler Pflegeanwendungen: 30 Euro

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit.

Digitale Pflegeanwendungen auf mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder dem Pflegedienst genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Ergänzende Unterstützungsleistungen können bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch Pflegebedürftiger umfasst nur Anwendungen, die als digitale Pflegeanwendungen im sogenannten DiPA-Verzeichnis gelistet wurden. Das DiPA-Verzeichnis wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführt.

Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für diese digitale Pflegeanwendung bis zu einer Höhe von 40 Euro im Monat.

Für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen steht pflegebedürftigen Personen ein Leistungsbetrag in Höhe von bis zu 30 Euro im Monat zur Verfügung. Etwaige Mehrkosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen.

Die erstmalige Bewilligung einer DiPA ist von der Pflegekasse zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die DiPA genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung, bezogen auf die konkrete Versorgungssituation, erreicht wird. Ein erneuter Antrag der pflegebedürftigen Person ist nicht erforderlich.

1.9 Soziale Absicherung der Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Zahlung von Renten-versicherungs-beiträgen für Pflegepersonen	Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen-versicherung für Pflegepersonen	Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit
	je nach bezogener Leistungsart bis zu Euro monatlich	Euro monatlich	bis zu Euro monatlich Krankenversicherung/ Pflegeversicherung
Pflegegrad 1	–	–	230,71/47,46
Pflegegrad 2	198,62	51,42	230,71/47,46
Pflegegrad 3	316,32	51,42	230,71/47,46
Pflegegrad 4	514,94	51,42	230,71/47,46
Pflegegrad 5	735,63	51,42	230,71/47,46

Personen, die einen nahestehenden Menschen zu Hause pflegen, unterstützt die Pflegeversicherung bei ihrer sozialen Absicherung.

Es gilt:
Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Hierbei handelt es sich um Leistungen in Bezug auf die Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

- Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden.

- Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um eine pflegebedürftige Person zu kümmern, zahlt die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pflegetätigkeit. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

- Wer als Pflegeperson eine pflegebedürftige Person in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert.

Zudem erhalten Beschäftigte, die nach den Maßgaben des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung (für die Dauer von bis zu sechs Monaten) vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung wird, auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

2

Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und weitere Ansprüche auf vorübergehende stationäre Versorgung

2.1 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	721 Euro
Pflegegrad 3	1.357 Euro
Pflegegrad 4	1.685 Euro
Pflegegrad 5	2.085 Euro

* Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Tages-/Nachtpflege in Anspruch zu nehmen.

Neben den in Kapitel 1 beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege zu Hause gibt es weitere Leistungen, die die häusliche Pflege begleitend unterstützen können.

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die vorübergehende Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können in Anspruch genommen werden, wenn **häusliche Pflege** nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Im Rahmen der Leistungshöchstbeträge übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen grundsätzlich privat getragen werden.

Zur teilstationären Pflege gehört auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen gesonderten Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Für die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege kann ebenfalls der **Entlastungsbetrag** eingesetzt werden. Dieser kann (entgegen der Grundregel) zudem für die sogenannten „Hotelkosten“ (Unterkunft, Verpflegung) verwendet werden, die im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege entstehen.

2.2 Kurzzeitpflege (im Rahmen des Gemeinsamen Jahresbetrags)

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** maximale Leistungen
Pflegegrad 1	*
Pflegegrade 2–5	pro Kalenderjahr: 3.539 Euro ** für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen

* Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

** Der Leistungsbetrag in Höhe von bis zu 3.539 Euro steht insgesamt für Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege als Gemeinsamer Jahresbetrag zur Verfügung.

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege sowie Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag). Dieser Gesamtleistungsbetrag kann – bei Vorliegen der jeweiligen Leistungsvoraussetzungen – flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden (*siehe auch Kapitel 1.4 ab Seite 23).*

Viele Pflegebedürftige sind nur eine begrenzte Zeit auf **vollstationäre Pflege** angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für diesen Fall gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die zeitliche Höchstgrenze des Anspruchs auf Kurzzeitpflege liegt bei acht Wochen pro Kalenderjahr. Die Höhe der Leistung kann maximal die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege betragen.

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) **Pflegegeldes** weitergezahlt.

Darüber hinaus haben Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen einen gesonderten Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege kann zudem der Entlastungsbetrag eingesetzt werden. Dieser kann auch für die sogenannten „Hotelkosten" (Unterkunft, Verpflegung) verwendet werden, die im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege entstehen.

2.3 Kurzzeitpflege nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend vollstationäre Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schweren Erkrankung. In diesen Fällen gibt es den Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Sie entspricht hinsichtlich Leistungsdauer (bis zu acht Wochen je Kalenderjahr) und Leistungshöhe (bis zu 3.539 Euro kalenderjährlich) der Kurzzeitpflege nach dem Recht der Pflegeversicherung.

2.4 Übergangspflege im Krankenhaus nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Recht der Pflegeversicherung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der sogenannten Übergangspflege entweder in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung.

Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

2.5 Pflegerische Versorgung bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

Nach dem Recht der Pflegeversicherung haben seit dem 1. Juli 2024 Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 gemäß § 42b SGB XI Anspruch auf pflegerische Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden und die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

der Pflegeperson sichergestellt ist. Die Einrichtung kann die pflegerische Versorgung auch durch den Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes sicherstellen. Kann die pflegerische Versorgung nicht in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 SGB XI dar, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Das gilt sowohl für die soziale Pflegeversicherung als auch für die private Pflege-Pflichtversicherung. Der Anspruch auf Pflegegeld ruht, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 42b Absatz 1 Satz 1 SGB XI versorgt wird. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erhält die Kosten für die pflegebedürftige Person von deren Pflegekasse oder privatem Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, erstattet.

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Pflegepersonen, die eine stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen, zudem gemäß § 40 Absatz 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) einen Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person, wenn diese in derselben Rehabilitationseinrichtung wie die Pflegeperson aufgenommen wird. Soll die pflegebedürftige Person in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegeperson aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deren Versorgung auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person. Sofern ein Anspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V besteht, geht dieser dem Anspruch nach § 42b SGB XI vor.

3

Vollstationäre Pflege

3.1 Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** pro Monat
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 131 Euro
Pflegegrad 2	805 Euro
Pflegegrad 3	1.319 Euro
Pflegegrad 4	1.855 Euro
Pflegegrad 5	2.096 Euro

Die Pflegeversicherung zahlt bei dauerhafter vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen, einschließlich der Anwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen einen gesonderten Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

Reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, ist von der pflegebedürftigen Person ein Eigenanteil zu zahlen. Für die Pflegegrade 2 bis 5 gilt ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil. Das bedeutet, dass alle Pflegebedürftigen in der Einrichtung den gleichen pflegebedingten Eigenanteil zahlen, unabhängig von ihrem individuellen Pflegegrad. Somit ist beispielsweise auch bei einer Höherstufung des Pflegegrades kein höherer Eigenanteil zu zahlen.

Um Pflegebedürftige (der Pflegegrade 2 bis 5) vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, zahlt die Pflegeversicherung neben dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag folgenden, nach der Verweildauer gestaffelten Leistungszuschlag: ab dem ersten Monat 15 Prozent, nach 12 Monaten 30 Prozent, nach 24 Monaten 50 Prozent und nach 36 Monaten 75 Prozent.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege stets weitere Kosten an. Hierzu zählen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Auch müssen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung gegebenenfalls gesondert berechenbare Investitionskosten übernehmen.

3.2 Leistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in bestimmten vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten

Pflegebedürftigkeit in Graden	**Leistungen** maximale Leistungen der Pflegeversicherung pro Monat
Pflegegrade 2–5	278 Euro

Bei Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, die Teilhabe an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund stehen, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten der Pflegeleistungen. Diese Beteiligung beträgt pauschal 15 Prozent der zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungserbringer vereinbarten Vergütung, höchstens jedoch 278 Euro monatlich. Das Gleiche gilt für Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und in Räumlichkeiten leben,

- in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
- auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) Anwendung findet und
- in denen der Umfang der Gesamtversorgung der in den Räumlichkeiten wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

> Bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in solchen Räumlichkeiten als auch in Einrichtungen ist jeweils eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

Gemäß der Regelung für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf nach § 103 Absatz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) gilt im Übrigen: Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI erbracht, umfasst die Leistung der Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen in diesen Einrichtungen oder Räumlichkeiten.

Die Pflegebedürftigen haben im Rahmen der Pflegeversicherung darüber hinaus Anspruch auf ungekürztes **Pflegegeld,** anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, an denen sie also nicht in den Einrichtungen oder Räumlichkeiten, sondern zu Hause – beispielsweise bei den Eltern – gepflegt und betreut werden. Die Tage der An- und Abreise gelten dabei als volle Tage der häuslichen Pflege. Auch andere Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege können an diesen Tagen der Pflege zu Hause genutzt werden.

4

Pflegeleistungen im Überblick

4.1 Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails		**Pflegegrad 1** geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Häusliche Pflege	Pflegegeld von Euro monatlich oder	–	347,00
	Pflegesachleistungen von bis zu Euro monatlich;	*	796,00*
	Kombinationsleistung	–	
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	Euro monatlich	224,00	224,00
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	einmalig bis zu Euro	2.613,00	2.613,00
Pauschaler Zuschuss in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI	Euro monatlich	450,00	450,00
Entlastungsbetrag	Leistungsbetrag von bis zu Euro monatlich	131,00	131,00

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	599,00	800,00	990,00
	1.497,00*	1.859,00*	2.299,00*
	Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden.		
	224,00	224,00	224,00
	2.613,00	2.613,00	2.613,00
	Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.452 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.		
	450,00	450,00	450,00
	131,00	131,00	131,00

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	**Verhinderungspflege** - durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder	–	694,00 (2-Faches von 347,00)
	- durch sonstige Personen	–	3.539,00
	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich		
	Kurzzeitpflege Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	*	3.539,00
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu Euro monatlich	*	721,00*
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal Euro monatlich	131,00	805,00
		–	
Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	1.198,00 (2-Faches von 599,00)	1.600,00 (2-Faches von 800,00)	1.980,00 (2-Faches von 990,00)
	3.539,00	3.539,00	3.539,00
	3.539,00	3.539,00	3.539,00
	Der Gemeinsame Jahresbetrag in Höhe von bis zu 3.539,00 Euro steht insgesamt für beide Leistungsarten zur Verfügung.		
	1.357,00*	1.685,00*	2.085,00*
	1.319,00	1.855,00	2.096,00
	Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende, nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge: ab dem ersten Monat 15 Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach 12 Monaten 30 Prozent, nach 24 Monaten 50 Prozent und nach 36 Monaten 75 Prozent.		
	15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vereinbarten Vergütung, höchstens 278,00 Euro monatlich		

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu Euro monatlich	42,00	42,00
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen für - DiPA - ergänzende Unterstützungsleistungen bis zu Euro monatlich	40,00 30,00	40,00 30,00
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach bezogener Leistungsart bis zu Euro monatlich	–	198,62
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	Euro monatlich	–	51,42
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu Euro monatlich Krankenversicherung** Pflegeversicherung	230,71 47,46	230,71 47,46
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr		

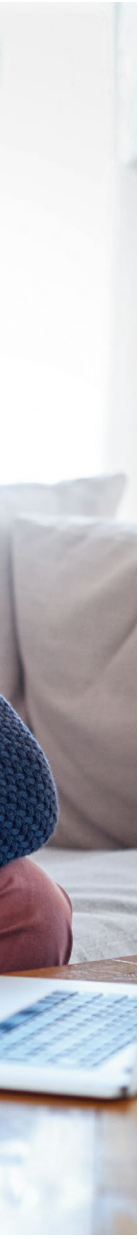
** Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 2,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	42,00	42,00	42,00
	100 Prozent der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 Prozent, höchstens 25,00 Euro je Pflegehilfsmittel, zu leisten.		
	4.180,00 Euro je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.720,00 Euro –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)		
	40,00 30,00	40,00 30,00	40,00 30,00
	316,32	514,94	735,63
	51,42	51,42	51,42
	230,71 47,46	230,71 47,46	230,71 47,46
	90 Prozent – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit, unabhängig von deren Höhe, 100 Prozent – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts		

4.2 Weitere Leistungen und Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick

	Zur Stärkung der Pflege bei häuslicher Versorgung	Zur Stärkung der Pflege bei stationärer Versorgung
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen:	x	x
• auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mitberücksichtigt (Fallmanagement)	x	
• auf Wunsch kann die Pflegeberatung zusätzlich durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erbracht werden	x	x
• frühzeitige Pflegeberatung (nach Eingang von Anträgen auf Leistungen oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bietet die Pflegekasse von sich aus eine Pflegeberatung an, die zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen soll), auf Wunsch auch bei der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen zu Hause	x	x
• pflegende Angehörige können mit Zustimmung der oder des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten	x	x
• Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann	x	x
Pflegeberatung kann auf Wunsch auch durch wohnortnahe Pflegestützpunkte erfolgen, soweit diese in der Region eingerichtet sind.	x	x
Übersendung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit und einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an die versicherte Person und gegebenenfalls Personen oder Institutionen ihres Vertrauens, die bei der Umsetzung unterstützen können.	x	x

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet:		
• **Leistungs- und Preisvergleichslisten** **– über zugelassene Pflegeeinrichtungen und** **– über Angebote zur Unterstützung im Alltag**	x x	x
• **Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen**	x	x
• **Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers**	x	x
Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck.		
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet und in anderer geeigneter Form darüber hinaus • **verständliche, übersichtliche und vergleichbare Informationen über die Qualität der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen**	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für eine deutliche Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x
Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	x	



Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder das Magazin dauerhaft als Digital- und/oder Printversion abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de

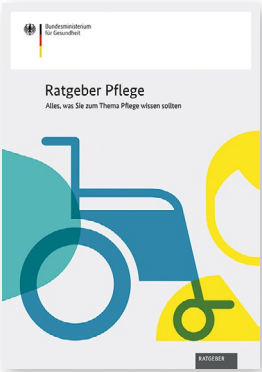
Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen rund um Fragen zur Gesundheit und zum Gesundheitswesen. Sie finden das Angebot unter:
www.gesund.bund.de

Weitere Informationen zum Thema Pflege bietet das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter:
www.bmbfsfj.bund.de
www.wegweiser-demenz.de

Weitere Publikationen

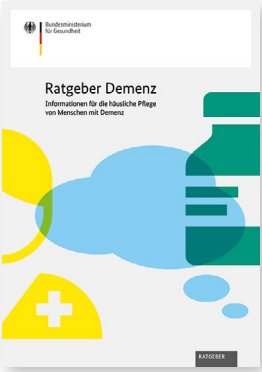
Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail:	publikationen@bundesregierung.de
Telefon:	030 182722721
Fax:	030 18102722721
Postalisch:	Publikationsversand der Bundesregierung Postfach 50 10 54, 18155 Rostock
Website:	www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und anderen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.
Bestellnummer: BMG-P-07055

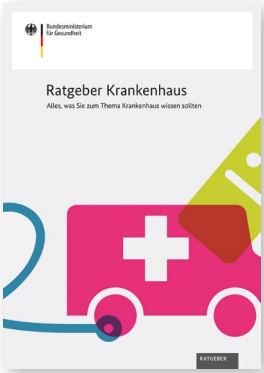


Ratgeber Demenz – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.
Bestellnummer: BMG-P-11021

Ratgeber Krankenversicherung – Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten

Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis hin zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.
Bestellnummer: BMG-G-07031



Ratgeber Krankenhaus – Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.
Bestellnummer: BMG-G-11074

Ratgeber Impfen – Alles, was Sie zum Thema Impfen wissen sollten

Impfungen gegen Infektionskrankheiten sind eine der erfolgreichsten Maßnahmen der Medizin. Diese Broschüre informiert über den Nutzen und die Risiken von Impfungen und soll bei der Impfentscheidung unterstützen.
Bestellnummer: BMG-G-11183

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Mittwoch von 8 bis 16 Uhr, Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter den folgenden Nummern:

Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 3406066-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 3406066-03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Telemark Rostock Kommunikations- und Marketinggesellschaft mbH betrieben wird. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und vom Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorgegebenen Grenzen erhoben, verarbeitet und genutzt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon

Infotelefone des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

BIÖG-Infotelefon zur Suchtvorbeugung[1]
0221 892031

Sucht & Drogen Hotline[2]
01806 313031

BIÖG-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung[3]
0800 8313131

BIÖG-Telefonberatung zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt sowie zum Schutz vor Konversionsbehandlungen[4]
0221 8992876

BIÖG-Infotelefon für Fragen rund um die Organspende[5]
0800 9040400

BIÖG-Telefonberatung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen[6]
0221 892031

BIÖG-Telefonberatung zu Glücksspielsucht[7]
0800 1372700

---

[1] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

[2] Montag bis Sonntag von 8 bis 24 Uhr; kostenpflichtig (0,20 Euro pro Anruf aus dem deutschen Festnetz und aus dem Mobilfunknetz)

[3] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

[4] Montag bis Donnerstag von 12 bis 16 Uhr

[5] Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr

[6] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

[7] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Impressum

Herausgeber
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

bmg.bund
bmg_bund
BMGesundheit
bundesgesundheitsministerium

Stand
Januar 2026, 18. aktualisierte Auflage
Erstauflage: Januar 2015

Druck
Bonifatius GmbH, 33100 Paderborn

Papier
Circle Offset Premium white, Blauer-Engel-zertifiziert,
FSC-zertifiziert

Gestaltung
Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Layout und Satz
Atelier Hauer+Dörfler GmbH, 10117 Berlin

Bildnachweis
Jan Pauls / BMG / S. 4
Nicolas Hansen / shapecharge / Getty Images / S. 62

Den Ratgeber Pflegeleistungen zum Nachschlagen können Sie kostenlos herunterladen oder bestellen:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 182722721
Fax: 030 18102722721
postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 50 10 54, 18155 Rostock
Website: www.publikationen-bundesregierung.de

Bestellnummer: BMG-P-11025

Weitere Publikationen der Bundesregierung zum Herunterladen und zum Bestellen finden Sie ebenfalls unter:
www.publikationen-bundesregierung.de

Magazin „Im Dialog“

Das Magazin „Im Dialog“ bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Lesen Sie das Magazin als barrierefreies PDF auf
www.bundesgesundheitsministerium.de
oder abonnieren Sie die Digital- und/oder Printausgaben kostenlos
via E-Mail: **ImDialog@bmg.bund.de**

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Wir wollen Pflege in Deutschland Schritt für Schritt besser machen. Unsere Strategie und aktuelle Informationen finden Sie hier:

BLAUER ENGEL DAS UMWELTZEICHEN
RG4
www.blauer-engel.de/uz195
Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.