

Lernbrief

Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten

4.13 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Bearbeitung: Lars Otten, AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Anja Michelchen, Tel.: 030 34646-2175

Druck und Vertrieb durch

Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



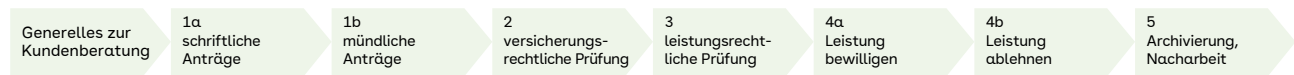
Gliederung

1 Einleitung	4
2 Lernziele	5
3 Privatkunden im Rahmen der Pflegeversicherung beraten	6
4 Grundanspruchsprüfung auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vornehmen	10
4.1 Antragstellung	10
4.2 Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung	10
4.3 Vorversicherungszeit	13
4.4 Prüfung durch den MD/ Feststellungsverfahren	15
4.5 Pflegebedürftigkeit	18
4.6 Pflegegrade	21
4.7 Überleitung von bestehenden Pflegestufen in die Pflegegrade	29
4.8 Leistungsbeginn	30
4.9 Übungen zum Lernabschnitt 4	31
5 Leistungen für Pflegebedürftige	32
5.1 Leistungsgrundsätze	32
5.2 Eingeschränkte Leistungen bei Pflegegrad 1	35
5.3 Grundleistungen bei häuslicher Pflege	35
5.3.1 Pflegesachleistung	36
5.3.2 Pflegegeld	37
5.3.2.1 Kürzung des Pflegegeldes	38
5.3.2.2 Unterbrechung der Pflege	38
5.3.2.3 Inanspruchnahme von Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege	39
5.3.2.4 Pflegegeld bei Tod des Pflegebedürftigen	39
5.3.2.5 Beratungseinsatz	41
5.3.2.6 Nichtinanspruchnahme des Beratungseinsatzes	41
5.3.2.7 Beratungseinsatz im Ausland	42
5.3.3 Kombinationsleistung	42
5.3.4 Teilstationäre Pflege	45
5.3.5 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	47



5.3.6 Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	48
5.4 Ersatzpflege	48
5.4.1 Verhinderungspflege	48
5.4.1.1 Pflege im häuslichen Bereich	50
5.4.1.2 Pflege durch nahe Angehörige	50
5.4.1.3 Pflege durch sonstige Personen	53
5.4.1.4 Außerhäusliche Pflege	53
5.4.2 Kurzzeitpflege	54
5.5 Entlastungsbetrag	59
5.5.1 Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege	59
5.5.2 Leistungen von zugelassenen Pflegediensten	60
5.5.3 Angebote zur Unterstützung im Alltag	60
5.5.4 Leistungsumfang und Zahlung	61
5.5.5 Übertragung nicht in Anspruch genommener Leistungsansprüche	62
5.5.6 Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch)	63
5.6 Pflegehilfsmittel	64
5.7 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds	68
5.8 Leistungen bei vollstationärer Pflege	70
5.8.1 Vollstationäre Pflege in Pflegeheimen	70
5.8.2 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	74
5.9 Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt	75
5.10 Leistungsende	75
5.11 Übungen zum Lernabschnitt 5	76
6 Soziale Sicherung für Pflegepersonen	79
6.1 Beitragszahlung zur Rentenversicherung	79
6.1.1 Versicherungspflicht von Pflegepersonen zur gesetzlichen Rentenversicherung	79
6.1.2 Beiträge für Pflegepersonen zur gesetzlichen Rentenversicherung	80
6.1.3 Meldeverfahren	87
6.2 Unfallversicherungsschutz	88

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



6.3 Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson	88
6.3.1 Versicherungspflicht von Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung	88
6.3.2 Beiträge für Pflegepersonen zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung	88
6.4 Leistungen bei Inanspruchnahme von Familienpflegezeiten	89
6.4.1 Anspruch auf Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	89
6.4.2 Pflegezeit	91
6.4.3 Familienpflegezeit	92
6.4.4 Kündigungsschutz	92
7 Pflegekurse	95
8 Zusammenfassende Selbstkontrolle	102
9 Lösungen zu den Übungen im Text	106
10 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	111



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit auseinander. Die besondere Situation, in der sich Pflegebedürftige und deren Angehörige befinden, sowie der hohe Marktanteil der AOK in diesem Bereich stellen eine zusätzliche Herausforderung an die AOK-Mitarbeitende dar.

Einerseits ist bei der Beratung der Pflegebedürftigen und der Angehörigen zu bedenken, dass die von vielen erwartete Vollversorgung im Bereich der Pflege nie Ziel des Gesetzgebers war, sondern lediglich die Ergänzung und Unterstützung der familiären, nachbarschaftlichen und sonstigen ehrenamtlichen Pflege und Betreuung. Daraus entstehen vielfach falsche Erwartungen. Der Beratungsbedarf wird dadurch zusätzlich erhöht.

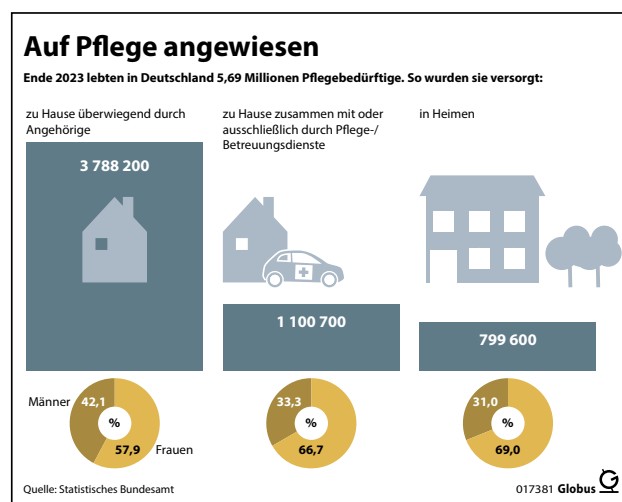
Andererseits hat die AOK mit den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit eindeutige Instrumentarien, um eine spürbare Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen zu erreichen. Vor diesem Hintergrund ist es selbstverständlich, dass die AOK die Pflegeleistungen in ihren Kundenservice integriert und ihre Produkte im Kranken- und Pflegeversicherungsbereich gemeinsam anbietet.

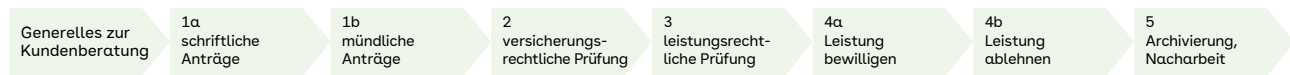
Der Anspruch unserer Kunden „Die AOK ist immer für mich da!“ gilt besonders für den Bereich der Pflegeversicherung. Daher ist der kundenorientierte Service der AOK eine Selbstverständlichkeit, wenn es um die Leistungen der Pflegeversicherung geht. Ebenso selbstverständlich ist es, dass die AOK beide Produktbereiche „aus einer Hand“ – also unter gleichem Namen und Design – anbietet. Mit einer Pflegezusatzversicherung bieten wir unseren Kunden zudem eine ideale Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK über das Produkt.

Die Ortsnähe der AOK mit ihren Kundenberatern, Pflegeberatern und Pflegefachkräften bietet eine optimale Ausgangsposition, um unserem Motto „Wir tun mehr“ gerecht zu werden. Als Mitarbeitende der AOK erhalten Sie die Möglichkeit, durch umfassende und individuelle Beratung und Betreuung den Kundenservice der AOK unseren Versicherten, aber auch Angehörigen von Pflegebedürftigen und anderen Pflegepersonen zu präsentieren, die nicht AOK-versichert sind.

Nutzen Sie diese Möglichkeiten, um deren Meinungsbildung positiv zu beeinflussen und nicht zuletzt auch, um Wahlentscheidungen zugunsten der AOK auszulösen.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten.





2 Lernziele

Der Lernbrief zum Thema „Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten“ soll Sie bei der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die Anträge auf Pflegeleistungen versicherungsrechtlich und leistungsrechtlich zu prüfen und zu bearbeiten
- die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung im Beratungsgespräch umsetzen zu können
- Die Kunden über Leistungen der Pflegeversicherung zu beraten. Dabei sollten Sie
 - die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen kennen und den Kunden unbürokratisch zur Verfügung stellen können und
 - in der Lage sein, bedarfsgerecht zwischen mehreren Alternativen der Versorgung auszuwählen.
- besonderes Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl für die besondere Lebenslage der Kunden aufzubringen
- Beratungstermine zu vereinbaren
- souveränen Umgang/Kontakt mit Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD), Vertragspartnern zu pflegen
- die schriftlichen oder mündlichen Anträge zu bearbeiten

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten.

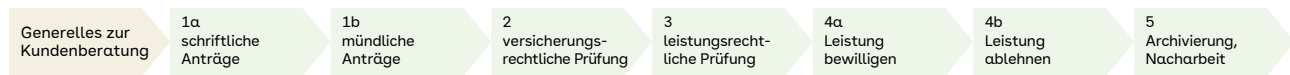
Hinweise

Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI werden im Folgenden „Begutachtungs-Richtlinien“ (BRi) genannt.

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Festlegung der doppel-funktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie zur Bestimmung des Verhältnisses zur Aufteilung der Ausgaben zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden im Folgenden „Richtlinien zur Festlegung der doppel-funktionalen Hilfsmittel“ (Rido-HiMi) genannt.

Der Einfachheit halber unterstellen wir für die Berechnung von Beiträgen einen für alle AOKs gültigen Zusatzbeitrag in Höhe von 2,5 %.

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK und den Daten des aktuellen Jahres aus.



3 Privatkunden im Rahmen der Pflegeversicherung beraten

Außerdem haben wir auch in diesem Lernbrief die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Als Kundenberater/-in bzw. Pflege-sachbearbeiter/-in der AOK sollten Sie

- zielgerichtet und sachbezogen mit den Kunden kommunizieren und sie fachlich richtig beraten können,
- einen Überblick über Leistungen und Produkte sowie das Antragsverfahren im Rahmen der Pflegeversicherung haben,
- Kundenwünsche unter fachlichen Gesichtspunkten steuern können sowie
- Informationsmittel der AOK kennen und gezielt einsetzen können.

Um die Kundenwünsche in der Pflegeversicherung richtig steuern zu können, ist es wichtig zu wissen, welche konkreten Beratungsmöglichkeiten es im Bereich der Pflegeversicherung gibt.

Pflegeversicherung folgt GKV

Weil die versicherungs- und beitragsrechtlichen Grundsätze der Pflegeversicherung denen der Krankenversicherung gleichen, hat der Gesetzgeber die Pflegeversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt.

§ 20, § 48
Abs. 1
SGB XI

Dies bedeutet für die Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Folgendes:

Für alle versicherungs-, beitrags- oder leistungsrechtlichen Fragen ist die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse besteht, bei der die Krankenversicherung durchgeführt wird.

Generelles zur Kundenberatung



Recht auf Pflegeberatung

§ 7 SGB XI

Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu unterrichten und zu informieren.

Hierzu gehört auch die Pflicht der Pflegekassen, die Kunden im Rahmen der Beratung darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters hat. Gleiches gilt für die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung.

Der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger haben mit Einwilligung des Kunden unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen

- über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI

sowie aber die Möglichkeit der Anforderung von Leistungs- und Preisvergleichslisten über Anbieter von Pflegeleistungen.

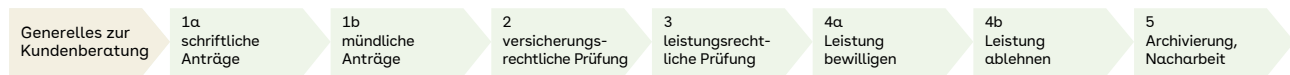
Anspruch auf individuelle Pflegeberatung

Versicherte, die Leistungen nach dem SGB XI in Anspruch nehmen oder die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, haben oft einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf, der im konkreten Einzelfall über bloße Auskünfte oder Beratung hinausgehen kann. Dieser Bedarf soll durch die Bereitstellung eines persönlichen Ansprechpartners aufgefangen werden, der Hilfe und Unterstützung bei Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagement bietet. Als Mitarbeitende der Pflegekassen haben Pflegeberatende die Interessen der Hilfebedürftigen zu berücksichtigen.

Aufgabenschwerpunkt der Pflegeberatung ist die Feststellung der Hilfebedarfe sowie die Zusammenstellung und Sicherung von passgenauen Hilfen im Einzelfall durch direkten Kontakt mit allen Beteiligten vor Ort. Dies wird häufig im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geschehen. Zu Beginn der pflegerischen Versorgung werden in der Regel entscheidende Weichen gestellt und im Rahmen der Bedarfsermittlung die wesentlichen Fragen, unter anderem zur Erforderlichkeit der Aufnahme in ein Pflegeheim oder der Organisation ambulanter Hilfen, geklärt.

Die Pflegeberatenden koordinieren und steuern in Abstimmung mit den übrigen Beteiligten die Gesamtheit der im individuellen Fall erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen. Dies sind einerseits Leistungen auf der Grundlage des SGB XI und andererseits angrenzende Leistungen nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften.

§ 7a Abs. 1 Sätze 1, 3 und 9 und Abs. 2 SGB XI



Als angrenzende Leistungen kommen in erster Linie Leistungen nach dem SGB V, z.B. häusliche Krankenpflege und Physiotherapie sowie Leistungen nach dem SGB XII, in Betracht. Außerdem können Leistungen einbezogen werden, die die Anspruchsberechtigten selbst einkaufen (z.B. Essen auf Rädern).

Zur praktischen Umsetzung der Aufgaben der Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagement ist der Versorgungsplan das operative Instrument. Wesentliche Grundlage ist dabei die Ermittlung des individuellen Unterstützungs- und Pflegebedarfs unter Berücksichtigung des MD-Gutachtens, soweit dieses bereits vorliegt.

Neben der Bedarfsermittlung sind die Pflegeberatenden auch für die Überwachung der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen und ggf. der Anpassung an eine geänderte Bedarfslage zuständig.

Beratungsgutscheine

§ 7b Abs. 1
SGB XI

Im Interesse einer frühzeitig einsetzen der Pflegeberatung hat die Pflegekasse

- unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Pflegeleistungen sowie bei weiteren Leistungsanträgen einen Beratungstermin anzubieten, der grundsätzlich innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist oder
- einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Auf Wunsch des Kunden hat die Beratung in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der er lebt, stattzufinden, und kann auch nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist durchgeführt werden. Hierüber ist der Kunde aufzuklären.

In jedem Fall sind von der Pflegekasse ein Ansprechpartner und dessen Kontaktdaten anzugeben, um dem Antragsteller die Inanspruchnahme einer Beratung zu erleichtern. Dies muss nicht die spätere Beratungsperson sein.

Pflegestützpunkte

Neben der Pflegeberatung durch die Pflegekassen bieten auch wohnortnahe Pflegestützpunkte, die auf Initiative der einzelnen Bundesländer eingerichtet werden, den Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung an. In der Sache reichen die Aufgaben der Pflegestützpunkte über die Aufgaben der Pflegeberatung hinaus. So sollen die Pflegestützpunkte beispielsweise auch zur Steuerung und Weiterentwicklung des Versorgungsangebots im Sinne eines Case-Management tätig werden.

§ 7c Abs. 1
Satz 1 SGB XI



Organisation der Pflegeberatung

Die Pflegekassen sind dafür verantwortlich, dass für die Pflegeberatung ihrer Versicherten in ausreichendem Maße Pflegeberatende zur Verfügung stehen. Der Anspruch auf Pflegeberatung besteht unmittelbar gegenüber der zuständigen Pflegekasse, unabhängig davon, ob wohnortnahe Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI) eingerichtet sind. Vor der erstmaligen Beratung soll die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen einen zuständigen Pflegeberater oder eine sonstige Beratungsstelle benennen.

Je nach Organisation der AOKs erfolgt die Pflegeberatung und Anspruchsprüfung oftmals von verschiedenen Mitarbeitenden.

Der persönliche Kontakt zum Kunden erfolgt gerade in kleineren Geschäftsstellen durch die Kundenberater/-in, die eigentliche Anspruchsprüfung und Leistungsentscheidung dagegen von den Pflegesachbearbeiter/-innen.

Erkundigen Sie sich einmal in Ihrer AOK vor Ort,

- ob es bei Ihnen Pflegestützpunkte gibt oder ob die Einrichtung eines Pflegestützpunkts geplant ist,
- wer der oder die für Ihre AOK vor Ort zuständige Pflegeberatende ist,
- wer in Ihrer AOK über die Leistungen aus der Pflegeversicherung berät und entscheidet und
- ob Beratungsgutscheine für externe Beratungsstellen ausgestellt werden.

Lernbeispiel

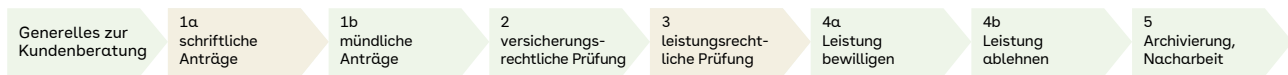
Sie sind Kundenberater/-in der AOK. Bei Ihnen ruft Gerda Müller, die Tochter von Martha Müller, an. Martha Müller ist an Morbus Parkinson erkrankt und zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen. Sie erkundigt sich bei Ihnen nach den Leistungsansprüchen aus der Pflegeversicherung.

Wie kann Martha Müller geholfen werden?

Als Kundenberater/-in der AOK führen Sie mit Gerda Müller ein erstes Beratungsgespräch. Martha Müller benötigt Hilfe in verschiedenen Lebensbereichen, sie hat aber noch keine konkreten Vorstellungen, wie sie die Pflege sicherstellen möchte. Sie bieten Gerda Müller die in Ihrer AOK vor Ort zur Verfügung stehenden Beratungsmöglichkeiten an.

Gerda Müller möchte gerne eine ausführliche Pflegeberatung durch den Pflegeberater der AOK in Anspruch nehmen. Sie vermitteln Ihr einen entsprechenden Beratungstermin.

1b
mündliche
Anträge



4 Grundanspruchsprüfung auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vornehmen

4.1 Antragstellung

1a
schriftliche
Anträge

§ 33 Abs. 1
Satz 1 – 3
SGB XI

Die Leistungsgewährung wird, wie dies auch bei anderen Sozialversicherungsleistungen in aller Regel der Fall ist, davon abhängig gemacht, dass ein Antrag gestellt wird.

Der Antrag ist an keine Form gebunden. Aus Praktikabilitätsgründen wird von den Pflegekassen jedoch ein Antragsvordruck eingesetzt.

Eine ärztliche Bescheinigung ist nicht erforderlich. Antragsberechtigt sind Kunden bzw. Bevollmächtigte, Betreuende oder gesetzliche Vertreter.

Fortsetzung des Lernbeispiels von Seite 9

Sie sind Sachbearbeiter in der Pflegekasse Ihrer AOK.

Am 18. 03. 2025 erhalten Sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung für Martha Müller (vgl. Anlage 1 auf den folgenden Seiten).

Das Zusammentreffen der Leistungsansprüche wird im § 34 SGB XI geregelt. Das dort normierte Ruhen der Leistungen der Pflegeversicherung stellt sicher, dass Pflegebedürftige insgesamt die höchste ihnen zustehende Leistung erhalten. Ist der Leistungsanspruch der Pflegeversicherung höher als die Entschädigungsleistungen anderer Träger, so ist der Differenzbetrag von der AOK zu erbringen.

Vom Ruhen ausgenommen bleiben in solchen Fällen regelmäßig die Leistungsansprüche der Pflegeperson auf die Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 SGB XI und auf Pflegekurse nach § 45 SGB XI (vgl. Punkt 6 und 7 dieses Lernbriefs). Entsprechende Leistungen sind im Entschädigungsrecht nicht vorgesehen, und laut Gesetz ruht der Leistungsanspruch nur, „... soweit Versicherte Entschädigungsleistungen ... erhalten“. Allerdings sieht das Entschädigungsrecht entsprechende Ansprüche nicht vor, sodass der Anspruch für Pflegepersonen erhalten bleibt, auch wenn die Pflegeleistung nicht von der AOK übernommen wird.

4.2 Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 13 Abs. 1
SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gegenüber gesetzlichen Entschädigungsleistungen nachrangig. Gesetzliche Entschädigungsleistungen sind Leistungen

- nach SGB XIV,
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Hauspflege, Anstaltspflege oder Pflegegeld nach § 44 SGB VII) und
- aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge.

Zum Lernbeispiel

Prüfen Sie, welche Ursache für die Hilfebedürftigkeit bei Martha Müller vorliegt und schauen Sie sich hierzu einmal auf der Seite 12 die zweite Seite des Antrags an.

Die Ursache von Martha Müllers Hilfebedarf ist ihren Angaben zufolge krankheitsbedingt. Für die Leistungsgewährung ist also allein die gesetzliche Pflegeversicherung zuständig.

1a
schriftliche
Anträge



Anlage 1/Seite 1

AOK - Die Gesundheitskasse												
<p style="text-align: center;">Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Einstufung in einen höheren Pflegegrad </p>												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">Eingangsstempel</p> <p style="margin: 0; color: green; font-weight: bold;">Posteingang</p> <p style="margin: 0; color: green;">AOK - Die Gesundheitskasse</p> <p style="margin: 0; color: green; font-weight: bold;">18. 03. 2025</p> </div>												
<p>Angaben des/der Pflegebedürftigen</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen: Müller, Martha</td> <td style="width: 20%;">Geburtsdatum: 14.11.1937</td> <td style="width: 30%;">KV-Nummer: M555666777</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Bahnhofstr. 11 65432 Grünstadt</td> <td>Telefon:** 0815/1073</td> </tr> </table>			Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen: Müller, Martha	Geburtsdatum: 14.11.1937	KV-Nummer: M555666777	Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Bahnhofstr. 11 65432 Grünstadt		Telefon:** 0815/1073				
Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen: Müller, Martha	Geburtsdatum: 14.11.1937	KV-Nummer: M555666777										
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Bahnhofstr. 11 65432 Grünstadt		Telefon:** 0815/1073										
<p> <input type="checkbox"/> Ich habe einen Betreuer <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen) <input type="checkbox"/> Ich habe einen Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Ja (bitte Vollmacht beifügen) </p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): _____ Telefon:** _____</p>												
<p>Ich beantrage folgende Leistungen:</p> <p> <input type="checkbox"/> Geldleistung (Pflege durch eine private Pflegeperson) <input type="checkbox"/> Sachleistung (Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst) <input checked="" type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Pflege durch eine private Pflegeperson und einen zugelassenen Pflegedienst) </p> <p style="margin-left: 40px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Der Anteil, der von mir in Anspruch zu nehmenden Pflegesachleistung bzw. Pflegegeld kann nicht im Voraus bestimmt werden. Ich nehme deswegen von einer Festlegung der Anteile Abstand. <u>Sofern der Pflegesachleistungs-Höchstanspruch von mir nicht ausgeschöpft wird, soll anteilig Pflegegeld an mich ausgezahlt werden.</u> <input type="checkbox"/> Es wird ein von vornherein festgelegter Anteil an Pflegesachleistungen und Pflegegeld in Anspruch genommen. </p> <p> <input type="checkbox"/> Tages- / Nachtpflege (Teilstationäre Pflegeeinrichtung neben anderer Pflegeleistung) <input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim (inkl. zusätzlicher Betreuung und Aktivierung) ab: _____ <input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen ab: _____ </p>												
<p>Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Private Pflegeperson</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Müller, Gerda, Bahnhofstr. 13, 65432 Grünstadt</td> <td style="width: 20%;">Geburtsdatum: 10.10.1965</td> <td style="width: 30%;">Telefon:** 0815/ 1075</td> </tr> <tr> <td>Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):</td> <td>Geburtsdatum:</td> <td>Telefon:**</td> </tr> </table> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Sozialstation Grünstadt, Am See 1, 65432 Grünstadt</td> <td style="width: 40%;">Telefon: 0815/1234</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Einrichtung für behinderte Menschen </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):</td> <td style="width: 40%;">Telefon:</td> </tr> </table>			Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Müller, Gerda, Bahnhofstr. 13, 65432 Grünstadt	Geburtsdatum: 10.10.1965	Telefon:** 0815/ 1075	Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:**	Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Sozialstation Grünstadt, Am See 1, 65432 Grünstadt	Telefon: 0815/1234	Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):	Telefon:
Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Müller, Gerda, Bahnhofstr. 13, 65432 Grünstadt	Geburtsdatum: 10.10.1965	Telefon:** 0815/ 1075										
Name, Vorname, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):	Geburtsdatum:	Telefon:**										
Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): Sozialstation Grünstadt, Am See 1, 65432 Grünstadt	Telefon: 0815/1234											
Name, Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort):	Telefon:											

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Anlage 1/Seite 2

Name, Vorname: Müller, Martha		KV-Nr.: M555666777	Seite 2
Das beantragte Pflegegeld soll auf mein/folgendes Konto überwiesen werden:			
Kontoinhaber/in (Name, Vorname): Müller, Martha	Straße, Nr., PLZ, Ort: Bahnhofstr. 11, 65432 Grünstadt		
Kontonummer / IBAN: DE8929102030405	Blz / BIC (Bei Auslandskonto): GEHOAEKSKMZ	Geldinstitut: Sparkasse Grünstadt	
Ursachen der Pflegebedürftigkeit			
Arbeitsunfall/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja		
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	<input type="checkbox"/> Ja		
Sonstiger Unfall (z. B. Autounfall)	<input type="checkbox"/> Ja		
Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler	<input type="checkbox"/> Ja		
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Leistungsträgern	<input type="checkbox"/> Ja *		
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	<input type="checkbox"/> Ja *		
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:			
* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen			
Es besteht ein Anspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften auf Beihilfe / freie Heilfürsorge, da			
- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war.	<input type="checkbox"/> Ja		
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/meines Elternteils erhalte.	<input type="checkbox"/> Ja		
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.	<input type="checkbox"/> Ja		
- ich in einem öffentl. Dienstverhältnis (z. B. als Polizist, Berufssoldat) stehe.	<input type="checkbox"/> Ja		
Name, Anschrift der Beihilfestelle:			
Hausarzt			
Name, Vorname, Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Dr. Schmidt, Hans, Zentrumstr. 5, 65432 Grünstadt			
<p>Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, den mich behandelnden Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, sowie meinen anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) die Berechtigung, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden.</p> <p>Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab, ich kann sie jederzeit widerrufen. <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja</p>			
Datum: 18.03.2025	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in: <div style="text-align: center; font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Martha Müller</div>		
Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.			
** Die Angabe der Telefonnummern ist freiwillig. Sie wird ggf. für Rückfragen der AOK und des MDK benötigt.			



4.3 Vorversicherungszeit

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 33 Abs. 2
Satz 1, 3
SGB XI

Leistungen der Pflegeversicherung erhalten nur Personen, die eine Vorversicherungszeit nachweisen können. Ein Anspruch auf Leistungen besteht, wenn die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert war.

Die Vorversicherungszeit ist in entsprechender Anwendung von § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 191 BGB in Jahre, Monate und Tage umzurechnen. Volle Kalendermonate werden mit 30, Teilmonate mit tatsächlichen Tagen und ein Kalenderjahr mit 365 Tagen berücksichtigt.

Für nach § 25 SGB XI versicherte Kinder, die die Vorversicherungszeit selbst nicht erfüllen können, gilt die Vorversicherungszeit dann als erfüllt, wenn ein Elternteil sie nachweisen kann. Die vorgenannte Regelung betrifft insbesondere Kinder, die von Geburt oder frühem Kindesalter an pflegebedürftig sind.

GR v.
14. 11. 2023
zu
§ 33 SGB XI,
Ziff. 4 Abs. 2

Für die Beurteilung der Vorversicherungszeit sind in jedem Fall Zeiten einer Unterbrechung bis zu einem Monat – in analoger Anwendung des § 19 SGB V – als unschädlich anzusehen. Insoweit gilt auch in der sozialen Pflegeversicherung das im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung praktizierte Recht nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“.

Tritt Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung – z.B. durch die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder wegen des Bezugs einer Leistung nach dem

SGB III – ein, besteht die Möglichkeit, einen bestehenden (privaten) Kranken- und Pflegeversicherungsvertrag zu kündigen. Die bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ununterbrochen in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit wird als Vorversicherungszeit angerechnet.

§ 33 Abs. 3
SGB XI

Nicht angerechnet werden (z.B. vorherige) Versicherungszeiten in der privaten Pflegeversicherung, die nicht bis zum Beginn der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung andauerten.

1. Beispiel

Antragseingang:	03. 07. 2025
Rahmenfrist:	03. 07. 2015 – 02. 07. 2025 = 10 Jahre
Vorversicherungszeit:	01. 01. 2024 – 02. 07. 2025 = 1 Jahr, 6 Monate und 2 Tage
erforderliche Vorversicherungszeit:	2 Jahre
Leistungsanspruch:	nein

2. Beispiel

Antragseingang:	01. 08. 2025
Rahmenfrist:	01. 08. 2015 – 31. 07. 2025 = 10 Jahre
Vorversicherungszeit:	01. 01. 2017 – 31. 08. 2018 = 20 Monate 01. 12. 2024 – 31. 07. 2025 = 8 Monate
insgesamt:	= 28 Monate
erforderliche Vorversicherungszeit:	2 Jahre (24 Monate)
Leistungsanspruch:	ja



3. Beispiel

Anton Anders stellt am 01.10.2025 bei der AOK Gesund einen Antrag auf Pflegeleistungen.

In seinem Antrag gibt er folgende Vorversicherungszeiten an:

- a) PKV 01.01.2017 – 31.12.2017
- b) PKV 01.03.2024 – 31.12.2024
- c) AOK seit 01.01.2025 – bis lfd.

Frage

Hat Anton Anders die nach § 33 Abs. 2 SGB XI erforderlichen Vorversicherungszeiten für den Anspruch auf Pflegeleistungen erfüllt?

Lösung

Antragseingang:	01.10.2025
Rahmenfrist:	01.10.2015 – 30.09.2025 = 10 Jahre
anzurechnende Versicherungszeiten:	01.03.2024 – 31.12.2024 = 10 Monate (b)
	01.01.2025 – 31.08.2025 = 9 Monate (c)
insgesamt:	= 19 Monate

Die Versicherungszeit a) kann nicht berücksichtigt werden, da sie nicht ununterbrochen bis zum Beginn der Versicherungspflicht nach § 20 SGB XI vorgelegen hat.

erforderliche Vorversicherungszeit: 2 Jahre (24 Monate)

Leistungsanspruch: nein

§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB XI
Allerdings hat der Gesetzgeber mit der geforderten Vorversicherungszeit keinen dauerhaften Leistungsauschluss beabsichtigt. Dem Erstantrag kommt materiell-rechtliche Bedeutung zu.

Haben Kunden bei der Antragstellung die geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllt, sollte sie darüber informiert werden, ab welchem Zeitpunkt bei fortlaufender Versicherung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Fortsetzung des 3. Beispiels

Wann hat Anton Anders bei fortlaufender Versicherung die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt?

Lösung

Um die erforderliche Vorversicherungszeit von zwei Jahren zu erfüllen, fehlen Anton Anders noch vier Monate.

fiktiver Antragseingang:	01.03.2026 (Antragseingang + 5 Monate)
Rahmenfrist:	01.03.2016 – 28.02.2026
anzurechnende Versicherungszeiten:	01.03.2024 – 31.12.2024 = 10 Monate
	01.01.2025 – 28.02.2026 = 14 Monate
insgesamt:	= 24 Monate

Die AOK teilt Anton Anders also mit, dass er frühestens ab 01.03.2025 Pflegeleistungen bekommen kann.

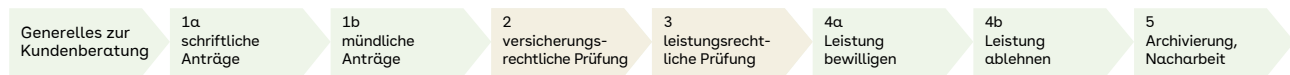
4. Beispiel

Berta Bauer stellt am 01.10.2025 einen Antrag auf Pflegeleistungen. Sie gibt in ihrem Antrag folgende Vorversicherungszeiten an:

- a) DAK 01.10.1998 – 28.02.2017
- b) AOK 01.09.2025 – lfd.

Frage

Hat Berta Bauer die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt?



Lösung

Antragseingang: 01. 10. 2025
 Rahmenfrist: 01. 10. 2015 – 30. 09. 2025
 = 10 Jahre

Anzurechnende
 Versicherungszeiten: 01. 10. 2015 – 28. 02. 2017
 = 17 Monate
 01. 09. 2025 – 30. 09. 2025
 = 1 Monate

insgesamt: = 18 Monate

erforderliche 2 Jahre (24 Monate)
 Vorversicherungszeit:

Leistungsanspruch: nein

Berta Bauer hat am 01. 10. 2025 noch keinen Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen, da sie die erforderliche Vorversicherungszeit von zwei Jahren noch nicht erfüllt hat.

Fortsetzung des 4. Beispiels

Wann hat Berta Bauer bei fortlaufender Versicherung die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt?

Lösung

Um die erforderliche Vorversicherungszeit von zwei Jahren zu erfüllen, fehlen Berta Bauer noch sechs Monate.

Achtung

Bei Fallkonstellationen, in denen angerechnete Vorversicherungszeiten am Beginn der zehnjährigen Rahmenfrist liegen, können bei der Berechnung des möglichen Leistungsbeginns aufgrund der Verschiebung der Rahmenfrist zuvor angerechnete Vorversicherungszeiten wegfallen!

Bei Berta Bauer fällt die Vorversicherungszeit a) im gleichen Umfang weg, wie neue Zeiten durch eine fortlaufende Versicherung hinzukommen können.

Um Leistungen der Pflegeversicherung bekommen zu können, muss Berta Bauer also nicht nur die bei Antragstellung fehlenden sechs Monate warten, sondern zusätzlich die wegfallende Vorversicherungszeit a) ausgleichen.

fiktiver Antragseingang: 01. 10. 2027

anzurechnende Versicherungszeit bei fortlaufender Versicherung: 01. 10. 2025 – 30. 09. 2027
 = 24 Monate

Berta Bauer hat bei fortlaufender Versicherung erstmalig am 01. 10. 2027 die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt.

Sie kann also frühestens ab 01. 10. 2027 Pflegeleistungen bekommen.

Merke

Voraussetzung für die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist die Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei einer gesetzlichen Pflegeversicherung und eine Vorversicherungszeit von zwei Jahren innerhalb einer Rahmenfrist von zehn Jahren vor der Antragstellung.

4.4 Prüfung durch den MD/ Feststellungsverfahren

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit (vgl. Punkt 4.5 dieses Lernbriefs).

Die Pflegekassen beauftragen den MD oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachteten Person, die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der MD oder die von der Pfl-

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 18 Abs. 1
Satz 1 – 3
SGB XI, BRi

§18a Abs. 1
SGB XI



gekassee beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben durch eine Untersuchung der Antragstellenden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Abs. 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

Die Übermittlung eines Auftrags an den MD hat von der Pflegekasse innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Richtlinien (vgl. § 17 SGB XI) geregelt. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegegrade ist von der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MD zu treffen.

In den Begutachtungsrichtlinien (BRi) werden die Begutachungskriterien erläutert. Sie sind für die Pflegekassen und für den MD verbindlich und stellen sicher, dass bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichem Maßstab erfolgt.

Sehen Sie sich die BRi einmal an um festzustellen, wie umfangreich und detailliert u.a. die Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind.

Begutachtungsverfahren

§ 18a Abs. 2 Satz 1 SGB XI

- Der MD hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen

verweigern. Die §§ 65, 66 SGB I bleiben unberührt.

- Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, erfolgt die Begutachtung im stationären Bereich.
- Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich die antragstellende Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

§ 18a Abs. 5 Satz 1, Abs. 6 SGB XI

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 FPfZG vereinbart wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn die antragstellende Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Befindet sich die antragstellende Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person



angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 FPfZG vereinbart, so ist

1. eine Begutachtung der antragstellenden Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und
2. die antragstellende Person vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet.

Bearbeitungsdauer

Der MD führt jährlich ca. 1,6 Mio. Begutachtungen durch.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Damit bundesweit bei allen Antragstellenden gleiche Voraussetzungen für die Planung der notwendigen Pflege vorliegen, wird den Pflegekassen eine Frist vorgegeben, in der die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit in der Regel zu erfolgen hat.

Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen.

In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Abs. 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragstellenden gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Abs. 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zu zahlen.

§ 18a
Abs. 5 und 6
SGB XI

Beispiel

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse am 07. 01. 2026

Fristbeginn am 08. 01. 2026

Fristende am 11. 02. 2026

Bescheiderstellung am 13. 02. 2026

Folge

Die Pflegekasse hätte den Bescheid über den Antrag des Versicherten bis spätestens zum 11. 02. 2026 erteilt haben müssen. Da der Bescheid jedoch am 13. 02. 2026 erteilt wurde, hat die Pflegekasse die Frist von 25 Arbeitstagen überschritten. Da sie die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70 € verpflichtet.



Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragstellende in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Verzögerungsgründe

Liegt ein Verzögerungsgrund vor, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wird der Lauf der Bearbeitungs- bzw. der Begutachtungsfrist gehemmt. Die Fristen laufen in dieser Zeit nicht weiter. Sie werden nach Beendigung der Hemmung fortgesetzt. Ein neuer Fristbeginn nach Beendigung der Verzögerung ist damit nicht verbunden.

GR v.
19. 02. 2026
zu § 18c
SGB XI, Ziff. 3

Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Pflegekasse die fehlende Mitwirkungspflicht des Versicherten nach § 60 SGB I festgestellt hat. Nach § 60 SGB I ist die versicherte Person verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der Pflegekasse der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Des Weiteren können Verzögerungsgründe im Rahmen der Pflegebegutachtung auftreten, die die Pflegekassen nicht zu vertreten haben. Dies können z.B. folgende Verzögerungsgründe sein:

- Der/die Antragstellende befindet sich zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitationseinrichtung.
- Der/die Antragstellende befindet sich von Fristbeginn bis auf unbestimmte Zeit im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabi-

litationseinrichtung. Daher ist eine Vereinbarung eines Begutachtungstermins im häuslichen Bereich nicht möglich.

- Der/die Antragstellende muss den angekündigten bzw. vereinbarten Termin wegen eines wichtigen Behandlungstermins absagen.
- Der angekündigte bzw. vereinbarte Termin wurde vom Antragstellenden aus sonstigen Gründen abgesagt.
- Der/die Antragstellenden ist zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin verzogen.
- Der/die Antragstellenden wurde zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin nicht angetroffen.
- Der Wohnsitz des Antragstellenden ist nicht im Inland.
- Die antragstellende Person ist verstorben

4.5 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die

- gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.
- Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.
- Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen und
- die Beeinträchtigung muss so schwer sein, dass mindestens die Kriterien des Pflegegrades 1 vorliegen (vgl. Punkt 4.6 des Lernbriefs).

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 14 Abs. 1
SGB XI



Gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten

§ 14 SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 14
SGB XI,
Ziff. 3

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen (Modulen) genannten pflegfachlich begründeten Kriterien.

Bei der Ermittlung der Schwere der Beeinträchtigungen werden die Module dabei unterschiedlich gewichtet:

1. Mobilität (Gewichtung = 10 %)

- Maßgeblich ist, ob der/die Antragstellenden in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.
- Der Bereich beinhaltet z.B. folgenden Kriterien:

- Positionswechsel im Bett
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen



2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Gewichtung = 15 %)

- Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob eine zuvor selbstständige erwachsene Person eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat.

- Der Bereich beinhaltet z.B. folgenden Kriterien:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung



3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Gewichtung = 15 %)

- Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit der/die Antragstellenden sein Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender „Selbststeuerung“ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.
- Der Bereich beinhaltet z.B. folgenden Kriterien:

- Nächtliche Unruhe
- Psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage





4. Selbstversorgung (Gewichtung = 40 %)

- In diesem Bereich ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den festgelegten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- Der Bereich beinhaltet z.B. folgende Kriterien:

- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare

- An- und Auskleiden des Oberkörpers

- An- und Auskleiden des Unterkörpers

- Essen

- Trinken

- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen



5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Gewichtung = 20 %)

- In diesem Bereich geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob der/die Antragstellende die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

- Der Bereich beinhaltet z.B. folgenden Kriterien:

- Medikation
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Arztbesuche
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern



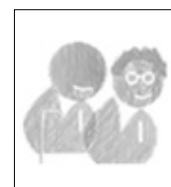
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Gewichtung = 15 %)

- Maßgeblich ist, ob der/die Antragstellenden die Aktivität in den festgelegten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- Der Bereich beinhaltet z.B. folgenden Kriterien:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen

- Ruhen und Schlafen

- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds





Alle gesetzlich festgelegten Kriterien (Einzelpunkte) zu den oben beschriebenen Modulen sind in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI abschließend aufgeführt. Sie sind Bestandteil des pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments mit dessen Hilfe die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestimmt wird (vgl. Punkt 4.6 dieses Lernbriefes). Schauen sie sich dazu auch den Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller auf den Seiten 24 bis 28 an.

Hilfebedarf auf Dauer

GR v.
14. 11. 2023
zu § 14
SGB XI, Ziff. 2

Pflegebedürftigkeit ist dadurch gekennzeichnet, dass Hilfebedarf auf Dauer besteht. Der Gesetzgeber definiert diesen Dauerzustand mit „voraussichtlich für mindestens sechs Monate“.

Die Formulierung verdeutlicht, dass bereits vor Ablauf der sechs Monate eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit zu treffen ist. Bei der vorausschauenden Beurteilung muss vorhersehbar sein, dass die Pflegebedürftigkeit länger als sechs Monate nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit besteht. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist aber auch gegeben, wenn der Hilfebedarf nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die verbleibende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

Mindestbedarf an Pflege

Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Hilfebedarf durch andere müssen so hoch sein, dass zumindest die Voraussetzungen für Pflegegrad 1 erfüllt sind.

Liegt der erforderliche Hilfebedarf nur kurzzeitig oder unterhalb der Schwelle der geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) ist dieser nicht von der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherten zu finanzieren. Für diesen Hilfebedarf kann und soll der Einzelne – entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität solidarischer Hilfen gegenüber der Eigenverantwortung – selbst eintreten.

4.6 Pflegegrade

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad).

Zur Ermittlung des Pflegegrades:

1. Sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Seite 22) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden **gewichteten Punkten** zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist dabei ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.
2. Aus den **gewichteten Punkten aller Module** sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden.
3. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 15 Abs. 1
Satz 2,
Abs. 2, 3, 7
SGB XI

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Pflegegrad	Schwere der Beeinträchtigung	Gesamtpunkte
1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 12,5 bis unter 27
2	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 27 bis unter 47,5
3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 47,5 bis unter 70
4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	ab 70 bis unter 90
5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul							
Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



§ 15 Abs. 6 Satz 1 SGB XI Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

§ 15 Abs. 7 SGB XI Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensmonat werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als Kinder nach dem 18. Lebensmonat und als Erwachsene.

Fortsetzung des Lernbeispiels von Seite 10

(Auf den folgenden Seiten ist der Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller dargestellt.)

Am 02.04.2025 geht das Gutachten des MD für Martha Müller in Ihrer AOK ein.

Prüfen Sie anhand des Auszugs aus dem Pflegegutachten, ob bei Ihrer Kundin Martha Müller die Anspruchsvoraussetzungen für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit erfüllt sind.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller

Anlage 2/Seite 1

4 Module des Begutachtungsinstruments

4.1 Modul 1: Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Kriterien 1.1 bis 1.5 ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1.1	Positionswechsel im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.3	Umsetzen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4.1.6 Besondere Bedarfskonstellation

Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine liegt nicht vor.

Summe der Einzelpunkte	3	Gewichtete Punkte	2,5
------------------------	---	-------------------	-----

4.2 Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Einschätzung bezieht sich bei den Kriterien 2.1 bis 2.8 ausschließlich auf kognitive Funktionen und Aktivitäten.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung.

Bei den Kriterien zur Kommunikation 2.9 bis 2.11 sind auch die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen zu berücksichtigen.

		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
4.2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.11	Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summe der Einzelpunkte	14	Gewichtete Punkte	11,25
------------------------	----	-------------------	-------

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller

Anlage 2/Seite 2

4.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen.

Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen wird die Häufigkeit von Ereignissen nur einmal erfasst, z. B. nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder unter 4.3.2 oder unter 4.3.10.

		nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
4.3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.2	Nächtliche Unruhe	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.4	Beschädigen von Gegenständen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.6	Verbale Aggression	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.9	Wahnvorstellungen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.10	Ängste	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
Summe der Einzelpunkte		0		Gewichtete Punkte	
				0	

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller

Anlage 2/Seite 3

4.4 Modul 4: Selbstversorgung – Angaben zur Versorgung

Blasenkontrolle/Harnkontinenz: überwiegend kontinent (Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfcheninkontinenz)

Darmkontrolle/Stuhlkontinenz: ständig kontinent

Modul 4: Selbstversorgung - Bewertung

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.8	Essen	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4.4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	Entfällt, da (überwiegend) kontinent			
4.4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	Entfällt, da (überwiegend) kontinent			

		Versorgung mit Hilfe			
		Versorgung selbständig	nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	entfällt			

Summe der Einzelpunkte	17	Gewichtete Punkte	20
------------------------	----	-------------------	----

4.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen - Angaben zur Versorgung

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens 6 Monate erforderlich sind.

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller

Anlage 2/Seite 4

4.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen - Bewertung

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:		entfällt	selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
				pro Tag	pro Woche	pro Monat
4.5.1	Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2		
4.5.2	Injektionen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.5	Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.7	körpernahe Hilfsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.9	Versorgung mit Stoma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.13	Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1
4.5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4.5.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften:
0 entfällt/nicht erforderlich

Summe der Einzelpunkte	1	Gewichtete Punkte	5
------------------------	---	-------------------	---

4.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.

	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.2 Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.3 Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Auszug aus dem Pflegegutachten für Martha Müller

Anlage 2/Seite 5

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Summe der Einzelpunkte		12		Gewichtete Punkte	
				15	

5 Ergebnis der Begutachtung (siehe Anlage zur Berechnung)

Modulwertungen	Gewichtete Punkte
1. Mobilität	2,5
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	11,25
3. Verhaltenweisen und psychische Problemlagen	
4. Selbstversorgung	20
5. Bewältigung von und selbständig Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	5
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15
Summe der gewichtete Punkte	53,75

Besondere Bedarfskonstellation 4.1.6: nein

5.1 Pflegegrad

unter 12,5 Pkt.	12,5 – u. 27 Pkt.	27 – u. 47,5 Pkt.	47,5 – u. 70 Pkt.	70 – u. 90 Pkt.	90 – 100 Pkt. oder Vorliegen der besonderen Bedarfskonstellation 4.1.6
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

Pflegegrad 3

Seit 01.02.2025

Wird eine Befristung empfohlen?

Nein

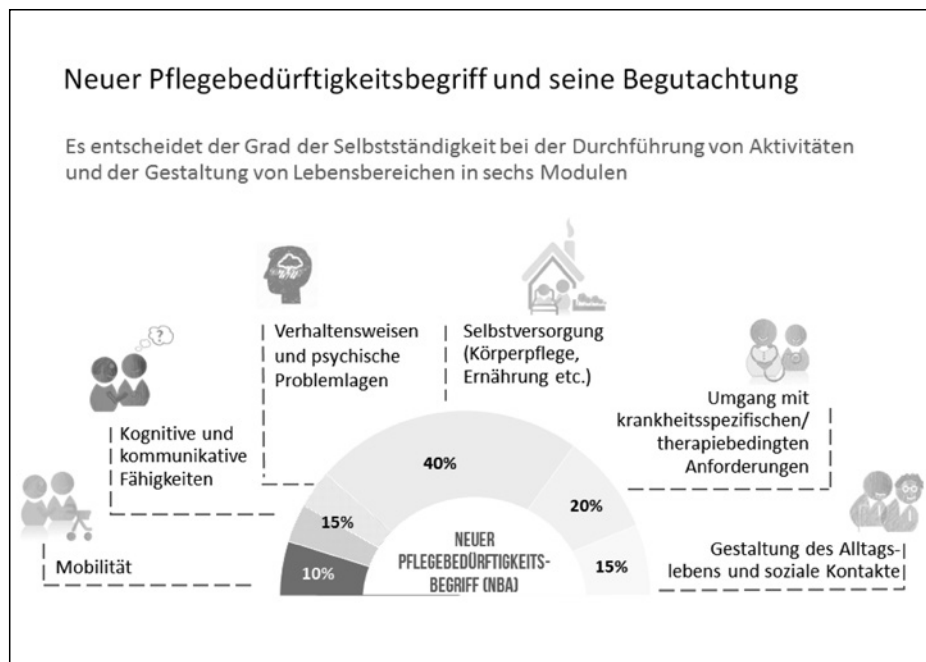
Martha Müller ist aufgrund ihrer Erkrankung auf Dauer schwer beeinträchtigt in ihrer Selbstständigkeit und in ihren Fähigkeiten.

Der MD hat bei Martha Müller insgesamt 53,75 Punkte festgestellt.

Damit erfüllt Martha Müller die Kriterien des Pflegegrads 3.

Martha Müller hat also Anspruch auf Pflegeleistungen.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



4.7 Überleitung von bestehenden Pflegestufen in die Pflegegrade

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Versicherte,

- § 140 SGB XI
- bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe in der bis 31. 12. 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in der bis 31. 12. 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist, und
 - bei denen spätestens am 31. 12. 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

wurden ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung mit Wirkung zum 01. 01. 2017 einem Pflegegrad zugeordnet.

Dabei gelten die folgenden Zuordnungsregelungen:

Pflegestufe ohne eingeschränkter Alltagskompetenz

- a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
- b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
- c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 sowie
- d) von Pflegestufe III, soweit die Voraussetzungen für einen Härtefall vorliegen in den Pflegegrad 5

Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz

- a) ohne gleichzeitige Pflegestufe = Pflegegrad 2,
- b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I = Pflegegrad 3,
- c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II = Pflegegrad 4,



d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III ohne oder mit Härtefall = Pflegegrad 5

4.8 Leistungsbeginn

3
leistungsrechtliche Prüfung

Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

§ 33 Abs. 1
Satz 2, 3
SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden ab dem Tag der Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

Beispiel

Trude Trommel stellt am 28. 04. einen Antrag auf Pflegegeld bei der AOK. Nach einer Untersuchung des MD am 10. 05., wird Trude Trommel das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrad 2 ab 01. 04. bescheinigt.

Frage

Ab wann hat Trude Trommel einen Anspruch auf Pflegegeld?

Lösung

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht ab 28. 04.

Zum Lernbeispiel von Seite 28

Stellen Sie den Leistungsbeginn anhand der Angaben im Antrag und Gutachten fest.

- Antragsdatum: 18. 03. 2025
- Pflegegrad 3 laut Gutachten ab 01. 02. 2025
- Leistungsbeginn = 01. 03. 2025

Antrag auf Höherstufung

Wird aufgrund eines Antrags oder bei einer von Amts wegen veranlassten Nachuntersuchung festgestellt, dass die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vorliegen, erfolgt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an die Höherstufung in den entsprechenden Pflegegrad.

GR v.
19. 12. 2024
zu § 33
SGB XI,
Ziff. 2.2

Fortsetzung des Beispiels

Am 10. 10. stellt Trude Trommel einen Antrag auf Höherstufung.

Der MD stellt in einem Gutachten vom 01. 11. fest, dass Pflegebedürftigkeit des Pflegegrads 3 seit 01. 09. vorliegt.

Frage

Ab wann bekommt Trude Trommel Leistungen des Pflegegrads 3?

Lösung

Trude Trommel bekommt rückwirkend zum 01. 09. Leistungen im Rahmen des Pflegegrads 3. Der Zeitpunkt des Antrags ist bei einer Höherstufung nicht von Bedeutung.



4.9 Übungen zum Lernabschnitt 4

Übung 1

Sachverhalt

Trine Trulleström ist seit 01. 09. 2025 pflegebedürftig (Feststellung durch den MD). Sie stellt am 14. 10. 2025 bei der AOK einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Der AOK-Kundenberater stellt folgende Versicherungszeiten fest:

- 01. 08. 2023 bis 31. 07. 2024 private Pflegeversicherung
- 01. 08. 2024 bis laufend Mitglied bei der AOK

Hinweise

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode. Evtl. erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe 1.1

Hat Trine Trulleström die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erfüllt und ab wann besteht ggf. ein Leistungsanspruch?

Sachverhalt

Abweichend vom Sachverhalt zur Aufgabe 1.1 liegt Pflegebedürftigkeit (Feststellung durch den MD) ab 01. 10. 2025 vor.

Hinweise

Rechtsvorschriften sind nicht zu nennen.

Aufgabe 1.2

Ab wann besteht ein Leistungsanspruch?

Übung 2

Sachverhalt

Paula Hagemann ist langjähriges Mitglied der AOK. Am 22. 04. 2025 geht der Antrag auf Pflegeleistungen bei Ihnen ein. Die von Ihnen veranlassete Begutachtung durch den MD erfolgt am 13. 05. 2025 mit dem Ergebnis, dass Paula Hagemann vom 01. 04. 2025 an pflegebedürftig ist.

Ergänzende Angabe

Gehen Sie davon aus, dass Paula Hagemann die Vorversicherungszeit erfüllt hat.

Hinweise

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der Rechtsvorschriften zusammen. Evtl. erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe

Von welchem Tag an erhält Paula Hagemann Pflegeleistungen?



5 Leistungen für Pflegebedürftige

Übung 3

Sachverhalt

Am 06. 01. 2025 geht der Antrag auf Pflegeleistungen von Reiner Rose bei der AOK-Pflegekasse ein.

Die Begutachtung durch den MD wurde am 14. 02. 2025 durchgeführt und der Leistungsbescheid der Pflegekasse am 21. 02. 2025 erteilt.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe der Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Hat die Pflegekasse den Bescheid über den Pflegeantrag rechtzeitig erteilt und welche Folgen hat ggf. eine Fristüberschreitung?

Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Vollversorgung der Pflegebedürftigen weder angestrebt noch erreicht. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden als Dienst-, Sach- und Geldleistungen sowie in Form der Kostenerstattung, soweit eine solche im SGB XI vorgesehen ist, erbracht.

3
leistungsrechtliche Prüfung

5.1 Leistungsgrundsätze

Selbstbestimmte Lebensführung

Pflegebedürftigkeit bedeutet in der Regel, dass die pflegebedürftige Person Einschränkungen in der freien Gestaltung seines Lebens hinnehmen muss. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen so gestaltet und eingesetzt werden, dass sie dazu beitragen, die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der verbliebenen Leistungsfähigkeit nutzen zu können.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 2 SGB XI

Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung soll es dem Pflegebedürftigen ermöglichen, so lange wie möglich in seiner vertrauten häuslichen Umgebung zu verbleiben, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Deswegen räumt der Gesetzgeber der häuslichen Pflege den Vorrang gegenüber der vollstationären Pflege ein.

§ 3 SGB XI



Die Pflege zu Hause wird oftmals unter großen persönlichen Opfern und Anstrengungen der Pflegepersonen erbracht, sodass häusliche Pflegesituationen von den Beteiligten als physische, psychische und finanzielle Belastung erlebt werden. Mit der Verbesserung der Pflegebedingungen im häuslichen Bereich soll die Bereitschaft der Familien, Angehörige zu Hause zu pflegen, unterstützt und gefördert werden.

Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 4 Abs. 3,
§ 29 SGB XI

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch bei den Leistungen der Pflegeversicherung auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind nicht bewilligungsfähig und dürfen von den Leistungserbringern nicht zulasten der Pflegeversicherung erbracht werden. Entsprechendes gilt nach § 28 Abs. 3 SGB XI für Leistungen, die nicht nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots enthalten die § 70 ff. SGB XI.

Vorrang von Prävention, Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation

§ 5 Abs. 4, 6
und § 31
SGB XI

Die Pflegekassen sind verpflichtet, im konkreten Bedarfsfall bei den zuständigen Leistungsträgern (z.B. Krankenkasse und Rentenversicherungsträger) frühzeitig darauf hinzuwirken, dass die in deren Leistungsrahmen fallenden Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von

Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Die Pflegekassen haben die Versicherten und mit Einwilligung der Versicherten den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Diese Feststellung kann sowohl aufgrund der nach § 18b SGB XI verbindlich zu erstellenden Empfehlung des MD als auch aufgrund anderer der Pflegekasse vorliegender Informationen getroffen werden, wenn Leistungen zur Rehabilitation Erfolg versprechend und zumutbar sind.

Ein Beispiel für erfolgversprechende Rehabilitationsmaßnahmen bei eingetretener Pflegebedürftigkeit sind die konsequenten krankengymnastischen Behandlungen bei Lähmungen (z.B. nach einem Schlaganfall), zur Minderung von Bewegungseinschränkungen oder zur Vorbeugung von Gelenksteifungen.

Damit sichergestellt werden kann, dass erforderliche Rehabilitationsleistungen auch erbracht werden, muss die Krankenkasse der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 € für diejenigen pflegebedürftigen Versicherten zahlen, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Krankenkasse darlegen kann, dass sie die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.

§ 40 Abs. 3
Sätze 16 und
17 SGB V



Aktivierende Pflege

§ 2 Abs. 1
Satz 2 SGB XI

Die von Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen erbrachten Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. Unter aktivierender Pflege ist eine alltägliche Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert. Diese Form der Hilfe zur Selbsthilfe soll Pflegebedürftigen mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen, inwieweit der Alltag von den Betroffenen noch allein oder unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung oder Unterstützung bestritten werden kann. Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen insbesondere dabei unterstützen, trotz seines Hilfebedarfs vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körpernahen Verrichtungen einbeziehen, aber auch die hauswirtschaftliche Versorgung, die Organisation des Tagesablaufs und die Gestaltung der Wohnung oder des Pflegeheims. Die Angehörigen und der Lebenspartner sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen.

Dabei werden „die Leistungen der aktivierenden Pflege“ nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit von den Pflegekassen erbracht. Unter „aktivierenden Maßnahmen“ versteht man die Unterstützung

- bei der Bewegung, z.B. Bewegungstraining, Mobilisation, Lagerung,
- bei der Ausscheidung, z.B. Kontinenztraining, Inkontinenzversorgung,
- bei der Lebensgestaltung, z.B. tagesablaufstrukturierende Maßnahmen,

- beim Essen und Trinken, z.B. Ess-, Kau- und Schlucktraining,
- bei der Kommunikation, z.B. Realitätsorientierungs-, Konzentrations-, Wahrnehmungsförderung.

Auch die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. An-/Auskleiden, Waschen, Kämmen, hauswirtschaftliche Versorgung kann aktivierende Pflege sein.

Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und – soweit möglich – Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden, werden durch finanzielle Anreize gefördert. Pflegeheime, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in einen niedrigeren Pflegegrad einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 2.952 €.

§ 87a Abs. 4
SGB XI

Absenkung der Leistungen auf die Hälfte für Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte

Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte erhalten von ihren Dienstherren keine Zuschüsse zu den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung, sondern die Leistungen der Heilfürsorge und Beihilfe. Damit sie ebenso wie Arbeitnehmende nur zur Hälfte mit Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung belastet werden, sieht § 59 Abs. 4 i.V.m. § 55 Abs. 1 SGB XI die alleinige Beitragspflicht dieses Personenkreises in Höhe des halben Beitragssatzes zur Pflegeversicherung vor.

§ 28 Abs. 2
SGB XI



Dementsprechend erhalten sie die ihnen nach dem SGB XI zustehenden Leistungen nur zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

5.2 Eingeschränkte Leistungen bei Pflegegrad 1

3
leistungsrechtliche Prüfung
§ 28a SGB XI

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sieht das SGB XI, anders als bei den Pflegegraden 2 – 5, einen eingeschränkten Leistungsanspruch vor.

Folgende Leistungen sind bei Pflegegrad 1 vorgesehen:

- Pflegeberatung gemäß der §§ 7a und 7b SGB XI
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 SGB XI
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (bis zu 4.000 €)
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI
- den Entlastungsbetrag gemäß § 45b SGB XI in Höhe von 125 € monatlich. Dieser kann beim Pflegegrad 1 auch für die Sachleistung durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.
- Zuschuss bei vollstationärer Pflege in Höhe von 125 €
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a SGB XI

- die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e SGB XI
- Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a SGB XI
- Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b SGB XI

Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen (vgl. Punkt 6 dieses Lernbriefs) sind beim Pflegegrad 1 nicht vorgesehen.

5.3 Grundleistungen bei häuslicher Pflege

Bei den laufenden Grundleistungen hat der Leistungsbescheid eine Dauerwirkung. Die Leistungen müssen also nicht Monat für Monat neu beantragt werden, sondern der Leistungsanspruch bleibt solange bestehen, bis die versicherte Person einen Änderungsantrag stellt (z.B. Höherstufungsantrag oder Umstellung der Leistungen von Geld- auf Sachleistungen) oder die Pflegekasse einen neuen Leistungsbescheid erstellt (z.B. aufgrund einer Nachbegutachtung durch den MD).

Leistungen bei häuslicher Pflege werden erbracht, wenn die pflegebedürftige Person in einer häuslichen Umgebung (dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in den die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde) gepflegt wird. Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die pflegebedürftige Person in einem Altenwohnheim oder einer

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI GR v. 19. 12. 2024 zu § 36 SGB XI, Ziff. 1



Altenwohnung lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob die pflegebedürftige Person die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht.

Der Anspruch auf häusliche Pflege ist jedoch ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich die pflegebedürftige Person aufhält, um ein zugelassenes Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i.V.m. § 72 SGB XI handelt.

5.3.1 Pflegesachleistung

§ 36 Abs. 1, 2 SGB XI Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen (vgl. Punkt 4.5 des Lernbriefs).

Sachleistung heißt, dass die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf Erbringung einer Dienstleistung unmittelbar gegen die Pflegekasse hat, nicht, dass er lediglich einen Anspruch auf Erstattung von Kosten hat, die ihm durch die Inanspruchnahme von Dienstleistungen Dritter (Pflegedienst) entstehen.

§ 36 Abs. 4 Satz 2, 3 SGB XI Die Pflege darf nur von Pflegediensten erbracht werden, die einen Vertrag (Versorgungsvertrag) mit der Pflegekasse abgeschlossen haben (vgl. §§ 71, 72 SGB XI).

Die Pflegekassen schließen mit den Pflegediensten Vergütungsvereinbarungen entsprechend § 89 SGB XI ab. Aus diesen Vergütungsvereinbarungen ergibt sich dann, welche Entgelte der Pflegedienst für seinen Einsatz verlangen kann. Die Pflegedienste rechnen direkt mit der Pflegekasse ab.

Die Leistungen, die als Sachleistung (Dienstleistung) in Anspruch genommen werden können, dürfen folgende Höchstwerte nicht übersteigen:

§ 36 Abs. 3, SGB XI

Pflegegrad	Leistungen in €
2	796
3	1.497
4	1.859
5	2.299

Selbstverständlich ist, dass die Pflegesachleistung für die Hilfen erbracht wird, die auch bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevant sind. Aber auch für Hilfe bei den für die Pflegebedürftigkeit relevanten Verrichtungen wird die Pflegesachleistung der Pflegekasse oftmals nicht ausreichend sein.

Kann die pflegebedürftige Person die benötigten Pflegeleistungen nicht aus eigenen Mitteln finanzieren, sind die Aufwendungen hierfür vom Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen der Regelungen der Sozialhilfe (SGB XII) ergänzend zu übernehmen. Im persönlichen Beratungsgespräch sollten Sie als AOK-Kundenberater den Pflegebedürftigen auf seinen ggf. bestehenden Leistungsanspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger hinweisen.



GR v.
19. 12. 2024
zu § 36
SGB XI,
Ziff. 5 Abs. 4

Besteht der Anspruch auf die häusliche Pflegehilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, weil sich die pflegebedürftige Person beispielsweise einer stationären Behandlung unterziehen muss, wird die Sachleistung ungekürzt bis zu den jeweiligen Höchstwerten der Pflegegrade übernommen.

Beispiel

Hein Paulsen ist pflegebedürftig (Pflegegrad 3) und erhält im Kalendermonat Sachleistungen bis zur Höhe von 1.497 €.

Aufgrund eines Schlüsselbeinbruchs wird Hein Paulsen vom 20. 03. bis 06. 04. 2025 stationär im Kreis-krankenhaus behandelt.

Folge

Für die Zeit vom 01. bis 20. 03. 2025 sowie vom 06. (Entlassungstag) bis 30. 04. 2025 hat Hein Paulsen Anspruch auf Sachleistungen jeweils in voller Höhe. Der von Herrn Paulsen gewählte Pflegedienst kann also bei entsprechender Leistungserbringung auch für die Teilmonate März und April bis zu 1.497 € mit der Pflegekasse abrechnen.

Merke

Für die professionelle Pflege im Haushalt (Pflegesachleistungen) können je nach Pflegegrad bis zu 2.299 € kalendermonatlich an zugelassene Leistungserbringer (Pflegedienste) gezahlt werden.

5.3.2 Pflegegeld

Pflegegeld wird gezahlt, wenn die pflegebedürftige Person in einer häuslichen Umgebung gepflegt wird. Irrelevant ist, ob die Pflege durch Angehörige, den Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson erbracht wird. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Der MD hat dies im Rahmen der Begutachtung im häuslichen Bereich mit zu prüfen.

Mit dem Pflegegeld soll die pflegebedürftige Person in die Lage versetzt werden, Angehörigen, dem Lebenspartner und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die mit großem Einsatz und Opferbereitschaft im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen.

Das Pflegegeld beträgt:

Pflegegrad	Leistungen in €
2	347
3	599
4	800
5	990

§ 37 Abs. 1
SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 37
SGB XI,
Ziff. 1 Abs. 1



Merke

Pflegegeld wird dann gezahlt, wenn die pflegebedürftige Person seine häusliche Pflege selbst gestaltet. Voraussetzung für diese Art der Pflege ist nur, dass sie hinreichend sichergestellt ist.

5.3.2.1 Kürzung des Pflegegeldes

§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 37 SGB XI, Ziff. 2.2.1 Abs. 1

Besteht der Anspruch auf das Pflegegeld nicht für einen vollen Kalendermonat, weil z.B. die Pflegebedürftigkeit im Laufe des Kalendermonats eingetreten ist, wird das Pflegegeld anteilig gekürzt. Dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Besteht der Anspruch auf Pflegegeld für Teilmonate, sind die tatsächlichen Kalendertage analog der Auszahlung des Krankengeldes zu berechnen. D.h., für den 31. eines Monats ist das Pflegegeld zu zahlen. Der Leistungsbetrag ist somit durch 30 zu dividieren und mit den tatsächlichen restlichen Kalendertagen des betreffenden Monats zu multiplizieren.

Beispiel

Norbert Niemeier ist vom 22. 07. 2025 an pflegebedürftig (Pflegegrad 4).

Er hat Anspruch auf Pflegegeld.

Frage

Wie hoch ist der Anspruch auf Pflegegeld für den Monat Juli 2025?

Lösung

Das Pflegegeld für Juli 2025 beträgt 266,67 € (800 € x 10 : 30)

5.3.2.2 Unterbrechung der Pflege

Wird eine vollstationäre Krankenhausbehandlung, eine häusliche Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V und hauswirtschaftlicher Versorgung oder eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt, erfolgt in den ersten vier Wochen keine Kürzung der Leistung.

§ 34 Abs. 2 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 37 SGB XI, Ziff. 2.2.2

Die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein. Damit soll der bestehenden Pflegebereitschaft der Pflegeperson während dieser Maßnahme Rechnung getragen und die häusliche Pflege unmittelbar nach Beendigung einer vollstationären Krankenhausbehandlung/Leistung zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt werden.

Durch die vollstationäre Krankenhausbehandlung bzw. die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird die Pflegeperson zwar weitestgehend entlastet, aber ihre Hilfestellungen (wie z.B. Waschen der Kleidung, Besuche bei dem Pflegebedürftigen, Vorbereitung des häuslichen Umfelds auf die Rückkehr aus dem Krankenhaus) sind jedoch regelmäßig nicht vollständig entbehrlich.

Für eine Weiterzahlung des Pflegegeldes ist Voraussetzung, dass es zu einem Übergang von der häuslichen Pflege zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt kommt. Allein schon die Formulierung „Weiterzahlung“ macht deutlich, dass vorher eine häusliche Pflege und somit eine Pflegegeldzahlung erforderlich ist.



Entsprechend der Verfahrensweise bei vollstationärer Krankenhausbehandlung/stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht auch bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ein Anspruch auf Pflegegeld für bis zu vier Wochen.

Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich die pflegebedürftige Person wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet.

GR v.
19. 12. 2024
zu § 37
SGB XI,
Ziff. 2.2.2
Abs. 3, 4

Tritt ein Tatbestand (z.B. stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation) zu einem anderen (z.B. vollstationäre Krankenhausbehandlung) hinzu oder schließt er sich an, ist von einem Tatbestand auszugehen. Dies hat zur Folge, dass die Vier-Wochen-Frist nur einmal Anwendung findet.

In Fällen, in denen nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine Anschlussrehabilitation durchgeführt wird und diese sich nicht direkt an die vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließt, ist von zwei Tatbeständen auszugehen.

5.3.2.3 Inanspruchnahme von Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege

§ 37 Abs. 2
Satz 2
SGB XI

Nimmt die pflegebedürftige Person Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege (vgl. Punkte 5.4.1 und 5.4.2 dieses Lernbriefs) in Anspruch, wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das Pflegegeld noch voll gezahlt.

5.3.2.4 Pflegegeld bei Tod des Pflegebedürftigen

Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem die pflegebedürftige Person verstorben ist; somit ist das Pflegegeld für diesen (Teil-)Monat nicht zurückzufordern.

Ist Pflegegeld über den Sterbemonat hinaus gezahlt worden, ist das Pflegegeld zurückzufordern.

Hierbei gilt § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI entsprechend. Danach gelten Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tode des Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut im Inland überwiesen wurden, als unter Vorbehalt erbracht. Die Pflegekasse kann somit gegenüber dem Geldinstitut die Leistung als zu Unrecht erbracht zurückfordern. Soweit über den entsprechenden Betrag schon anderweitig verfügt wurde und die Rücküberweisung nicht aus einem Guthaben erfolgen kann, besteht für das Geldinstitut keine Pflicht zur Rücküberweisung. Lehnt das Geldinstitut mit Hinweis auf diesen Sachverhalt die Rücküberweisung ab, fordert die Pflegekasse das Geldinstitut auf, ihr Name und Anschrift des Empfängers (sofern das Pflegegeld auf ein Konto weitergeleitet wurde) oder Verfügenden (Verfügungsberechtigte, die eine Verfügung über den entsprechenden Betrag vorgenommen oder zugelassen haben) oder eines etwaigen neuen Kontoinhabers zu benennen. Gegenüber diesen Personen ist dann per Verwaltungsakt die Rückforderung geltend zu machen.

§ 37 Abs. 2
Satz 3
SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 37
SGB XI,
Ziff. 2.3 Abs. 2



1. Beispiel

Lieselotte Sauter ist pflegebedürftig (Pflegegrad 4) und wird aufgrund einer akuten Erkrankung stationär vom 21. 04. bis 25. 05. 2025 im Krankenhaus behandelt.

Frage

In welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird das Pflegegeld in den Monaten April und Mai 2025 gezahlt?

Lösung

Das Pflegegeld wird im April 2025 in voller Höhe (800 €) gezahlt, weil in den ersten vier Wochen einer stationären Behandlung (vom 21. 04. bis 18. 05. 2025) keine Kürzung erfolgt.

Das Pflegegeld wird im Mai 2025 für die Zeit vom 01. bis 18. 05. 2025 (18 Tage) und vom 25. (Krankenhausentlassungstag) bis 31. 05. 2025 (7 Tage) gezahlt. Vom 19. bis 24. 05. 2025 ruht der Anspruch auf Pflegegeld.

Das Pflegegeld wird im Mai 2025 also in Höhe von 666,67 € gezahlt (800 € x 25 : 30).

2. Beispiel

Ronny Sommer erhält Pflegegeld im Rahmen des Pflegegrads 2. Direkt im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 15. 04. bis 07. 05. erhält Ronny Sommer eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom 07. bis 28. 05. .

Frage

Für welche Zeit ist Pflegegeld zu zahlen?

Lösung

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist nicht für sich allein, sondern nur im Zusammenhang mit der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu sehen. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt daher ab dem 29. Tag (13. 05.) der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände. Ab 28. 05. – letzter Tag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

3. Beispiel

Leon Winter bezieht Pflegegeld. Vom 17. 10. bis 25. 11. muss Leon Winter vollstationär im Krankenhaus behandelt werden. Eine Anschlussrehabilitation kann erst am 10. 12. beginnen. Sie endet am 04. 01. des Folgejahres.

Frage

Für welche Zeit ist Pflegegeld zu zahlen?

Lösung

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist für sich alleine zu sehen, da die Anschlussrehabilitation sich nicht direkt anschließt. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt ab dem 29. Tag (14. 11.). Ab 25. 11. – letzter Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen. Für die Zeit der Anschlussrehabilitation ist keine Kürzung des Pflegegeldes vorzunehmen.



5.3.2.5 Beratungseinsatz

§ 37 Abs. 3
Satz 1 bis 3
SGB XI

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben je nach Pflegegrad einmal

- halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw.
- vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5)

einen Beratungseinsatz abzurufen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme der Beratungseinsätze ist für diesen Personenkreis nicht verpflichtend. Dies gilt gleichfalls für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen.

§ 37 Abs. 3b
Nr. 1 SGB XI

Mit der Durchführung des Beratungseinsatzes kann die pflegebedürftige Person einen zugelassenen Pflegedienst seiner Wahl, eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder ggf. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft beauftragen.

§ 37 Abs. 3a
SGB XI

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hinzuweisen (vgl. Punkt 3 des Lernbriefs).

Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen zu tragen. Die Höhe der Vergütung vereinbaren die Pflegekassen mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes.

Die vorgeschriebenen Beratungseinsätze können auch von einem Pflegeberater oder einer Pflegeberaterin durchgeführt und bescheinigt werden.

5.3.2.6 Nichtinanspruchnahme des Beratungseinsatzes

Weist die pflegebedürftige Person den Beratungseinsatz nicht nach, ist das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Als angemessen ist eine Kürzung des Pflegegeldes von bis zu 50 % der Leistung anzusehen. Hierbei ist die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen.

§ 37 Abs. 3c
Satz 1 SGB XI

§ 37 Abs. 8
Satz 1 SGB XI

§ 37 Abs. 6
SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 37
SGB XI,
Ziff. 5.4

Beispiel

Willi Langsam wird Pflegegeld (Pflegegrad 3) mit Bescheid vom 16. 03. 2025 bewilligt. Der Halbjahreszeitraum für den Beratungseinsatz läuft vom 01. 07. bis 31. 12. 2025. Eine Nachweisführung über einen Beratungseinsatz erfolgt durch Willi Langsam in diesem Zeitraum nicht.

Folge

Willi Langsam erhält in den ersten Tagen des Monats Februar 2026 ein Erinnerungsschreiben, in dem er aufgefordert wird, den Beratungseinsatz nachzuholen und auf mögliche Leistungskürzungen ab 01. 03. 2026 hingewiesen wird.



Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01. 07. bis 31. 12. 2025 bis zum 28. 02. 2026 erbracht, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes, und die Frist, innerhalb derer erneut ein Beratungseinsatz nachgewiesen werden muss, läuft dann vom 01. 07. bis 31. 12. 2026.

Sofern der Nachweis nicht rechtzeitig der Pflegekasse vorliegt, ist das Pflegegeld angemessen zu kürzen. Hierüber wird Willi Langsam entsprechend informiert.

Kommt es während der veranlassten Pflegegeldkürzung zur Nachweisführung, wird die volle Pflegegeldzahlung ab dem Tag, an dem der Beratungseinsatz durchgeführt wurde, wieder aufgenommen.

Wird der Nachweis trotz erfolgter Pflegegeldkürzung auch im zweiten Drei- bzw. Sechs- Monats-Zeitraum nicht erbracht, handelt es sich um einen „Wiederholungsfall“. Dies hat zur Folge, dass die Pflegegeldzahlung zu beenden ist. Hierüber wird die pflegebedürftige Person unmittelbar nach Ablauf der zweiten Drei- bzw. Sechs- Monats-Frist informiert. Die Pflegegeldeinstellung erfolgt ab dem 1. des auf die Mitteilung der Pflegekasse folgenden Monats.

5.3.2.7 Beratungseinsatz im Ausland

§ 34 Abs. 1a,
§ 37 Abs. 3
SGB XI

Pflegebedürftige, die Pflegegeld im EWR- Ausland erhalten (vgl. Punkt 5.9 des Lernbriefs), müssen ebenfalls Beratungseinsätze in Anspruch nehmen. Hier reicht ein Nachweis von dortigen Ärzten oder Pflegefachkräften bzw. dort zugelassenen Pflegeeinrichtungen aus. Entsprechende Nachweisformulare werden dem Kunden durch die AOK zur Verfügung gestellt.

5.3.3 Kombinationsleistung

Schöpft die pflegebedürftige Person die ihm zustehende Pflegesachleistung in seinem Pflegegrad (Beträge nach § 36 Abs. 3, 4 SGB XI) nicht in vollem Umfang aus, hat er daneben Anspruch auf anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI, sofern er die Pflege darüber hinaus durch selbstbeschaffte Pflegepersonen sicherstellen kann.

38 Satz 1 – 4
SGB XI

Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person – im Verhältnis zum jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung – tatsächlich Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Entgegen dem Wortlaut des § 38 Satz 3 SGB XI, nach dem die pflegebedürftige Person sich mit sechsmonatiger Bindungswirkung festlegen muss, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, kann die Pflegekasse bei pflegebedürftigen, die das Ausmaß der Pflegesachleistung nicht im Voraus bestimmen können, im Nachhinein das anteilige Pflegegeld monatlich ermitteln und zahlen, sofern ein entsprechender Antrag gestellt wurde.

GR v.
19. 12. 2024
zu § 38
SGB XI,
Ziff. 2 Abs. 1

Da der Sachleistungsanteil durch die jeweils unterschiedliche Anzahl von Kalender- bzw. Arbeitstagen in den einzelnen Monaten in aller Regel nicht gleichbleibend sein wird, sollte der Kunde/die Kundin hier durch den AOK-Kundenberatenden entsprechend beraten und ihm/ihr die Möglichkeit der nachträglichen Auszahlung des Pflegegeldes angeboten werden.



Beispiel

Johann Meier ist Pflegebedürftiger (Pflegegrad 4). Er hat bei seiner Pflegekasse die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI beantragt. Johann Meier hat sich nicht auf ein bestimmtes Verhältnis von Geld- und Sachleistung festgelegt, sondern er möchte sein anteiliges Pflegegeld entsprechend den in Anspruch genommenen Sachleistungen ausgezahlt bekommen. Herr Meier nimmt im November 2025 Sachleistungen im Wert von 700 € in Anspruch.

Frage

Wie hoch ist das anteilige Pflegegeld für den Monat November 2025?

Lösung

Sachleistung für den Monat November: 700 €

Sachleistungshöchstanspruch: 1.859 €

Anspruchsausschöpfung:
 $700 \text{ €} \times 100 : 1.859 \text{ €} = 37,65 \%$

(kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma)

Pflegegeldanspruch:
 $100 \% - 37,65 \% = 62,35 \%$
 $800 \text{ €} \times 62,35 \% = 498,80 \text{ €}$

Johann Meier bekommt von der Pflegekasse für den Monat November 2024 ein anteiliges Pflegegeld von 463,82 € ausgezahlt.

Wie auch beim Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI kann bei der Kombinationsleistung der bisher gewährte Anteil der Geldleistung während einer vollstationären Krankenhausbehandlung/ stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation für die Dauer von bis zu vier Wochen weiter beansprucht werden.

Wird die Kombinationsleistung in stets schwankender Höhe erbracht, so ist bei der Ermittlung der anteiligen Geldleistung der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend.

Während einer Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und einer Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (vgl. Punkte 5.4.1 und 5.4.2 dieses Lernbriefs) wird anteiliges Pflegegeld in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.

GR v.
 19. 12. 2024
 zu § 38
 SGB XI, Ziff. 3

§ 38 Satz 4
 SGB XI

1. Beispiel

- Pflegegrad 2
- Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden.
- vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 10. bis 21. 04. 2025
- Die Sozialstation hat für den April 2025 Sachleistungen in Höhe von 500 € abgerechnet.



Frage

In welcher Höhe besteht ein Anspruch auf Pflegegeld?

Lösung

Anteil der Pflegesachleistung
 $500 \text{ €} \times 100 : 796 \text{ €} = 62,81 \%$
 $100 \% - 62,81 \% = 37,19 \%$

Pflegegeld für den Monat April 2025
 $329,05 \text{ €} \times 37,19 \% = 147 \text{ €}$

Da das Pflegegeld für die ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung gezahlt wird, wird das anteilige Pflegegeld voll ausgezahlt.

2. Beispiel

- Pflegegrad 3
- Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden.
- vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 07. 04. bis 13. 05. 2025
- Sachleistung April 2025 = 180 €/ Sachleistung Mai 2025 = 460 €

Frage

In welcher Höhe besteht ein Anspruch auf Pflegegeld?

Lösung

Anteil der Geldleistung für den Monat April 2024

Sachleistungsanteil $180 \text{ €} \times 100 : 1.497 \text{ €} = 12,02 \%$
 Geldleistungsanteil 87,98 %

$599 \text{ €} \times 87,98 \% = 572,00 \text{ €}$

Anteil der Geldleistung für den Monat Mai 2025

Sachleistungsanteil $460 \text{ €} \times 100 : 1.497 \text{ €} = 30,73 \%$
 Geldleistungsanteil = 69,27 %

Da bei vollstationärer Krankenhausbehandlung die anteilige Geldleistung nur für vier Wochen (28 Tage) weiter gewährt werden kann, besteht Anspruch auf Zahlung einer anteiligen Geldleistung vom 01. bis 04. 05. und nach Ablauf der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 13. bis 31. 05. für insgesamt 23 Tage.

$599 \text{ €} \times 69,27 \% = 414,93 \text{ €}$
 $414,93 \text{ €} \times 23 : 30 = 318,11 \text{ €}$

3. Beispiel

- Pflegegrad 4
- Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden.
- vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 31. 10. bis 13. 12. 2025



Frage

In welcher Höhe kann für den Monat November 2025 noch Pflegegeld ausgezahlt werden?

Lösung

Im Monat November 2025 sind keine Pflegesachleistungen erbracht worden, weil der Pflegebedürftige für den ganzen Kalendermonat vollstationär in einem Krankenhaus behandelt wurde.

(vgl. GR v. 19. 12. 2024 zu § 38 SGB XI, Ziff. 3, Bsp. 3)

Anteil der Geldleistung für den Monat November 2025

Anspruch auf Geldleistungen vom 31. 10. bis 27. 11. (28 Tage); Berechnung des Pflegegeldes für November 2025 = 27 Tage

$800 \text{ €} \times 27 : 30 = 720,00 \text{ €}$

Zum Lernbeispiel von Seite 30

Stellen Sie anhand des Antrags und der Gutachtenauszüge fest, welche laufenden Leistungen Sie bewilligen können.

- Martha Müller gibt in ihrem Antrag an, dass sie von der Sozialstation und von ihrer Tochter gepflegt wird.
- Laut Gutachten liegen die Voraussetzungen des Pflegegrads 3 vor.
- Die Pflege ist laut Gutachten sichergestellt.

Sie bewilligen Martha Müller Kombinationsleistungen im Rahmen des Pflegegrads 3.

Schauen Sie sich einmal in Ihrer AOK einen entsprechenden Bewilligungsbescheid an.

4a
Leistung
bewilligen

Merke

Pflegesachleistungen und Pflegegeld können bis zur jeweiligen Höchstgrenze kombiniert in Anspruch genommen werden. Die versicherte Person kann dabei selbst entscheiden, ob sie das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen im Voraus festlegen möchte oder ob das anteilige Pflegegeld im Nachhinein unter Berücksichtigung der tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungen ermittelt werden soll.

5.3.4 Teilstationäre Pflege

Fortsetzung des Lernbeispiels

Nachdem Martha Müller das Bewilligungsschreiben von Ihnen bekommen hat, meldet sich die Tochter Gerda Müller bei Ihnen.

Gerda Müller übt eine Teilzeitbeschäftigung an zwei Tagen in der Woche für jeweils acht Stunden aus.

Sie berichtet, dass sie ihre Mutter in dieser Zeit nicht alleine lassen kann und fragt Sie, ob die AOK die Kosten für eine Tagespflege übernehmen kann.

1b
mündliche
Anträge

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB XI
Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in zugelassenen Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (§ 71 Abs. 2, § 72 SGB XI), wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

§ 41 Abs. 2 Satz 1 SGB XI
Die Tages- und Nachtpflege umfasst die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI
Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des der pflegebedürftigen Person von seiner Wohnung zu Einrichtungen der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Pflegegrad	Leistungen in €
2	721
3	1.357
4	1.685
5	2.085

Die Tages- und Nachtpflege sollen die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Die Leistungen kommen insbesondere für Pflegebedürftige in Betracht, die aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen außerstande sind, während der Abwesenheit ihrer Pflegeperson(en) allein in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden.

Die Tages- oder Nachtpflege ist eine ideale Leistungsergänzung für Pflegepersonen, die auch neben der Pflege eines Pflegebedürftigen eine Erwerbstätigkeit ausüben wollen. Außerdem ist sie auch ein wichtiger Ort der Kommunikation. So bietet sie gerade älteren Pflegebedürftigen die Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, ohne die gewohnte häusliche Umgebung aufgeben zu müssen.

Die Tages- oder Nachtpflege kann aber auch einfach nur zur Entlastung der Pflegeperson genutzt werden.

Neben der Tages- und Nachtpflege kann die pflegebedürftige Person zusätzlich

- die Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI,
- das Pflegegeld nach § 37 SGB XI,
- oder eine Kombination aus Pflegesach- und Pflegegeldleistung nach § 38 SGB XI

§ 41 Abs. 3 SGB XI

in Anspruch nehmen.

Eine gegenseitige Anrechnung der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege auf die für ambulante Pflegeleistungen in den jeweiligen Pflegegrad zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge findet nicht statt.

Beispiel/Lösung

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 hat in 2025 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.497 € monatlich (wenn er nur Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nimmt) und zusätzlich Anspruch auf Tagespflege in Höhe von bis zu 1.357 € monatlich.



Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege entstehen, können auch über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erstattet werden (vgl. Punkt 5.5 dieses Lernbriefs).

Auch Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI im Wege der Kostenersatzung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen.

Merke

Pflegebedürftige haben zeitlich unbegrenzt Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Neben der Tages- und Nachtpflege kann die pflegebedürftige Person zusätzlich

- ein Pflegegeld nach § 37 SGB XI,
- eine Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI,
- eine Kombination aus Pflegesach- und Pflegegeldleistung nach § 38 SGB XI erhalten.

Zum Lernbeispiel von Seite 45

Welches Angebot können Sie Gerda Müller machen?

Sie können Gerda Müller die Kostenübernahme für die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege anbieten.

Es erfolgt keine Anrechnung auf die Sachleistung und das Pflegegeld.

Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung hat Martha Müller selbst zu tragen. Diese können ihr allerdings im Rahmen ihres Anspruchs nach § 45b SGB XI erstattet werden.

Durch die von der AOK bewilligten Leistungen kann die Pflege für Martha Müller sichergestellt werden, und gleichzeitig kann Gerda Müller weiter ihre Beschäftigung ausüben.

5.3.5 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 € monatlich, wenn

§ 38a Abs. 1 SGB XI

- sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI sind,
- sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38 oder 45b SGB XI beziehen,
- eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten und
- keine Versorgungsform vorliegt, die dem Leistungsumfang der vollstationären Pflege (vgl. Punkt 5.8.1 dieses Lernbriefs) weitgehend entsprechen.



Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben den Leistungen der ambulant betreuten Wohngruppen nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des MD nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

5.3.6 Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45e Abs. 1 SGB XI

Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen die Anspruch auf Leistungen nach § 38a SGB XI haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Abs. 4 SGB XI (vgl. Punkt 5.5 dieses Lernbriefs) einmalig ein Betrag von bis zu 2.613 € gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.452 € begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.

5.4 Ersatzpflege

Im Gegensatz zu den laufenden Grundleistungen (vgl. Punkte 5.3.1 bis 5.3.4 dieses Lernbriefs) handelt es sich bei den folgenden Leistungen um einmalige bzw. zeitlich befristete Leistungen. Vor jeder Inanspruchnahme ist grundsätzlich ein neuer Antrag zu stellen.

3 leistungsrechtliche Prüfung

5.4.1 Verhinderungspflege

Ist die Pflegeperson an der Pflege gehindert, z.B. wegen Urlaub, Krankheit oder Arztbesuchen, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf Ersatzpflege, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege die pflegebedürftige Person mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet ist.

§ 39 SGB XI

Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer Ersatzpflege

- für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr
- bis zu einer Höhe von 3.539 € je Kalenderjahr.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



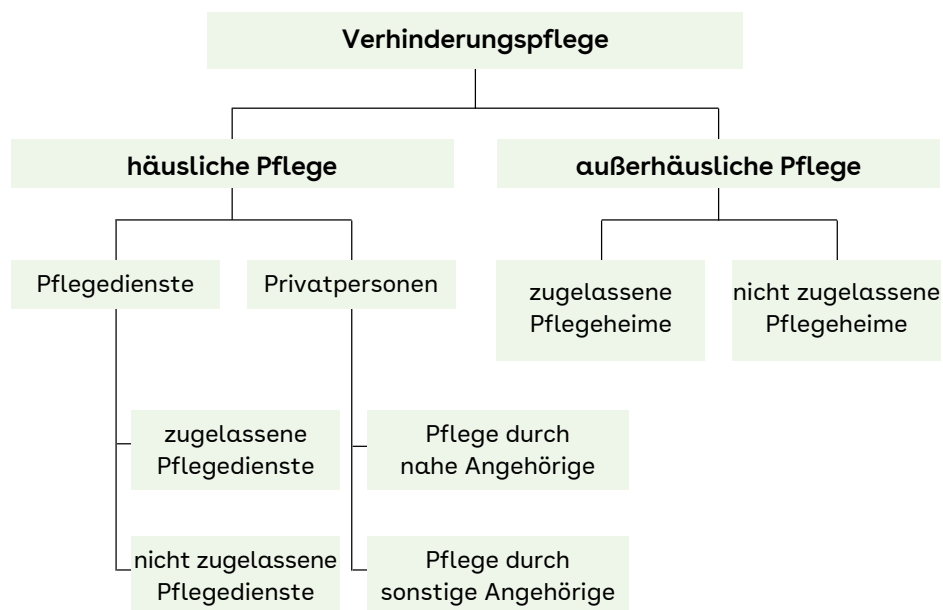
Der Anspruch entsteht in jedem Kalenderjahr neu, sodass eine Verhinderungspflege für die Dauer von maximal 112 Tagen (2 x 56 Tage) möglich ist, wenn die Pflegeperson über den Jahreswechsel abwesend ist.

Wenn der Leistungsrahmen der Ersatzpflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, kann für die weitere Dauer der Ersatzpflege Pflegegeld gezahlt werden, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Gemeinsamer Jahresbeitrag

Seit dem 01.07 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege für alle Pflegebedürftigen zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst. Die Anspruchsberechtigten können den kalenderjährlichen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von 3.539 € nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen.

§ 42a Abs. 1 SGB XI





5.4.1.1 Pflege im häuslichen Bereich

GR v.
19. 12. 2024
zu § 39
SGB XI,
Ziff. 1

Die Ersatzpflege im häuslichen Bereich kann durch Pflegedienste (auch nicht zugelassene) oder Privatpersonen durchgeführt werden.

Die Kosten der Ersatzpflege können bis zum Höchstbetrag ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erstattet werden, wenn sich die Ersatzpflegekraft und der Pflegesachleistungserbringer die Pflege teilen.

Werden die Leistungen der Verhinderungspflege nur stundenweise erbracht, weil die Pflegeperson weniger als acht Stunden am Tag verhindert ist, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 56 Tagen im Kalenderjahr, sondern ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag. Das Pflegegeld wird bei stundenweiser Inanspruchnahme der Ersatzpflege von weniger als acht Stunden täglich nicht gekürzt.

Wird die Ersatzpflege im häuslichen Bereich von Privatpersonen durchgeführt, unterscheidet der Gesetzgeber zwischen Pflege durch nahe Angehörige und Pflege durch sonstige Personen.

5.4.1.2 Pflege durch nahe Angehörige

§ 39 Abs. 3
SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 39,
Ziff. 2.2

Bei nahen Angehörigen des Pflegebedürftigen, also bei Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

- dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse das 1,5-fache des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten,

- können zusätzlich durch die Ersatzpflegeperson nachgewiesene Aufwendungen, wie z.B. Fahrkosten oder Verdienstausschlag, erstattet werden.

Verwandte des Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad (§ 1589 BGB)

Eltern, Kinder (einschließlich für ehelich erklärte und angenommene Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister

Verschwägte des Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad (§ 1590 BGB)

Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwägerin/Schwager

Beispiel

Kurt Junghans bezieht seit zwei Jahren Pflegegeld (Pflegegrad 2) von der AOK und wird seitdem von seiner Frau Gerda Junghans gepflegt. Gerda Junghans möchte im September Urlaub machen. Sie stellt deshalb für die Zeit vom 01. bis 21. 09. 2025 einen Antrag auf Verhinderungspflege bei der AOK. Kurt Junghans hat bisher noch keine Leistungen der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen.

Während dieser Zeit pflegt die Tochter Dagmar Junghans nicht erwerbsmäßig ihren Vater.

Dagmar Junghans ist berufstätig und nimmt für diese Zeit unbezahlten Urlaub.

Sie hat in dieser Zeit einen Netto-Verdienstausschlag in Höhe von 1.000 €.



Zusätzlich beantragt sie für die gesamte Zeit der Pflege eine Erstattung der Aufwendungen in Höhe von 400,00 €.

Frage

Kann die AOK Leistungen der Verhinderungspflege an Dagmar Junghans zahlen und wenn ja, in welcher Höhe?

Lösung

Gerda Junghans pflegt ihren Mann (Pflegegrad 2) und hat bisher noch keine Beträge vom Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI verbraucht. Es besteht also ein grundsätzlicher Anspruch auf Verhinderungspflege.

Dagmar Junghans hat einen Anspruch auf Verhinderungspflege bis zur Höhe des 2-fachen Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrads und zusätzlich auf Erstattung ihres nachgewiesenen Verdienstauffalls.

Pflegegeld

Kostenübernahme für die Ersatzpflege in Höhe des 2-fachen Pflegegeldes des Pflegegrads 2

Pflegegeld

- Pflegegrad 2: 694 (347 € x 2)
- Aufwendungen = 400 €
400 € < 694 €

Verdienstauffall = 1.000,00 €

Insgesamt = 1.400,00 €
(< 3.539,00 €)

Die AOK kann an Dagmar Junghans Leistungen der Verhinderungspflege in Höhe von 1.400 € zahlen.

Eine Beschränkung der Kostenerstattung auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrads erfolgt nicht bei nahen Angehörigen, die die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausüben.

Erwerbsmäßigkeit bei der Pflege durch Familienangehörige (bis zum zweiten Verwandtschafts-/Schwägerschaftsgrad) oder Haushaltsangehörige ist dann anzunehmen, wenn im konkreten Einzelfall dargelegt wird, dass die Durchführung der Ersatzpflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient.

Nach geltendem Recht kann dies insbesondere dann angenommen werden, wenn die Ersatzpflege länger als acht Wochen (56 Kalendertage) dauert. Hierbei reicht es nicht aus, wenn nur durch Kumulation mehrerer Ersatzpflegen im laufenden Jahr (Zeitraum von zwölf Monaten) der Zeitraum von acht Wochen überschritten wird. Allein die Zeitdauer der jeweils separat zu beurteilenden Ersatzpflege ist ausschlaggebend für die individuell infrage kommende Kostenerstattungsregelung.

Erwerbsmäßigkeit kann auch angenommen werden, wenn seitens der Ersatzpflegeperson nachgewiesen wird, dass von ihr im laufenden Jahr (Zeitraum von zwölf Monaten) bereits ein anderer Anspruchsberechtigter über einen Zeitraum von mehr als einer Woche gepflegt wurde. Sollte es sich bei der ersten Ersatzpflege im laufenden Jahr um einen Anspruchsberechtigten handeln, der mit der Pflegeperson bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, erfolgt im Nachhinein keine erneute Beurteilung dieser Ersatzpflege.

§ 39 Abs. 3
SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 39
SGB XI,
Ziff. 2.3
und 2.4



Beispiel

Justus Seidel erhält von der AOK Pflegegeld (Pflegegrad 2).

Die Verhinderungspflege wird von dessen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährtin Fanni Antons vom 01. 10. bis 30. 11. 2025 (61 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat sie von Justus Seidel nachweislich 3.050 € (täglich 50 €) erhalten.

Justus Seidel hat in diesem Jahr noch keine Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen.

Frage

In welcher Höhe kann die AOK die Kosten für die Verhinderungspflege übernehmen? Kann für den Zeitraum der Verhinderungspflege auch Pflegegeld gezahlt werden?

Lösung

- Die Ersatzpflege dauert länger als acht Wochen, sodass Erwerbsmässigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des 2-fachen Pflegegeldes (Pflegegrad 2 = 694 €) nicht in Betracht.
- Die Kosten der Verhinderungspflege können in Höhe von 2.800 € (50 € x 56 Kalendertage) erstattet werden (max. 56 Tage/ < 3.539 €).

- Justus Seidel hat darüber hinaus einen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vom 02. 10. bis 24. 11. 2025. Für den ersten Tag der Ersatzpflege wird volles Pflegegeld gezahlt.
- Mit dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 25. 11. 2025 und der ab diesem Zeitpunkt weiterhin sichergestellten Pflege besteht Anspruch auf volles Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend des festgestellten Pflegegrads. Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr 2025 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes.

Beispiel

Peter Scharf ist pflegebedürftig (Pflegegrad 3). Er nimmt Sachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von seiner Ehefrau gepflegt. Die Verhinderungspflege wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Enkeltochter Lara Scharf in der Zeit vom 01. bis 14. 05. 2025 (14 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr Peter Scharf nachweislich 1.400 € gezahlt.

Gleichzeitig weist Lara Scharf nach, dass sie bereits in der Zeit vom 03. bis 17. 12. 2024 (15 Kalendertage) eine Verhinderungspflege bei einem anderen Pflegebedürftigen durchgeführt hat.



Frage

In welcher Höhe kann die Pflegekasse die Kosten für die Verhinderungspflege übernehmen und wie hoch ist ggf. der Restanspruch für das Kalenderjahr 2025?

Lösung

- Lara Scharf pflegt zwei verschiedene Pflegebedürftige jeweils länger als eine Woche innerhalb eines Zwölf-Monats-Zeitraums, so dass Erwerbsmäßigkeit für die Verhinderungspflege ab 01. 05. 2025 anzunehmen ist.
- Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den 2-fachen Betrag des Pflegegeldes nicht in Betracht.
- Die Kosten von 1.400 € für die durchgeführte Verhinderungspflege können in voller Höhe übernommen werden.
- Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2025 noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 42 Kalendertage bzw. in Höhe von 2.139 € (3.539 € - 1.400 €), wenn keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird.

5.4.1.3 Pflege durch sonstige Personen

§ 39 Abs. 1
Satz 3
SGB XI

Bei allen anderen Personengruppen, z.B. bei Nachbarn, Bekannten oder entfernten Verwandten (ab dem dritten Grad) erfolgt keine Beschränkung der Kostenerstattung auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades.

Beispiel

Johanna Bungen ist pflegebedürftig. Sie wird seit fünf Jahren ununterbrochen von ihrer Tochter Andrea Müller gepflegt. Die AOK zahlt Pflegegeld in Höhe von 800 € (Pflegegrad 4). In der Zeit vom 01. bis 28. 10. 2025 möchte Andrea Müller endlich einmal Urlaub machen. Für diese Zeit wird die pflegebedürftige Johanna Bungen von ihrer Nichte Susanne Alt gepflegt. Für diese Leistung zahlt Johanna Bungen 2.000 € an ihre Nichte.

Frage

Kann die AOK an Susanne Alt Leistungen im Rahmen des § 39 SGB XI zahlen, wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

Lösung

Die Nichte Susanne Alt ist mit Johanna Bungen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert. Die AOK kann an Susanne Alt für die Zeit vom 01. bis 28. 10. 2025 einen Betrag von 2.000 € zahlen (2.000 € < 3.539 €).

5.4.1.4 Außerhäusliche Pflege

Die Verhinderungspflege ist nicht an die Häuslichkeit des Pflegebedürftigen gebunden, da die Ruhensvorschrift nach § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB XI hier ausdrücklich nicht gilt. Es gilt vielmehr ein erweiterter Häuslichkeitsbegriff, d.h. die Ersatzpflege kann z.B. auch in:

- einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI),
- einem Wohnheim für behinderte Menschen

GR v.
19. 12. 2024
zu § 39
SGB XI,
Ziff. 2.1



- oder in Form von Behindertenfreizeiten

erbracht werden. Allerdings übernimmt die Pflegekasse nur die pflegebedingten Aufwendungen.

Falls in diesem Zusammenhang lediglich eine Gesamtsumme oder ein Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – in Rechnung gestellt wird, sollte ein Prozentsatz in Höhe von mindestens 20 % von der Summe des Rechnungsbetrags für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in Abzug gebracht werden.

5.4.2 Kurzzeitpflege

Fortsetzung des Lernbeispiels von Seite 47

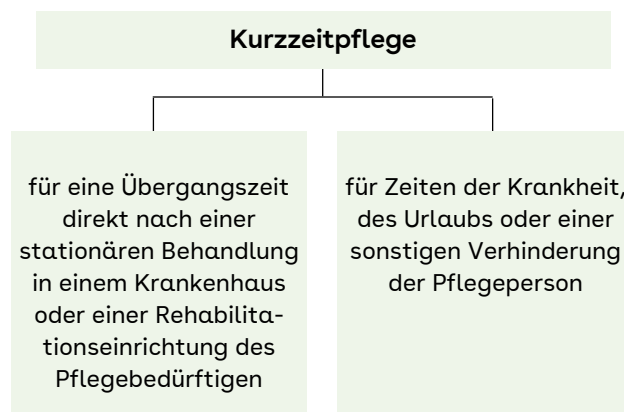
Am 01. 08. 2025 geht ein Antrag auf stationäre Kurzzeitpflege bei Ihnen ein (vgl. Anlage 4 übernächste Seite).

Folgende leistungsrechtlichen Prüfungen müssen Sie vornehmen:

- Ist Martha Müller lfd. bei der AOK pflegeversichert?
- Werden lfd. Pflegeleistungen bezogen bzw. liegt Pflegebedürftigkeit vor?
- Sind im Jahr bereits Leistungen der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen worden?
- Ist die Seniorenwohnanlage als Pflegeeinrichtung zugelassen?
- Stehen entsprechende Leistungsbeträge nach § 45b SGB XI zur Verfügung?

Wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch eine teilstationäre Pflege nicht mehr ausreicht, können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen.

§ 42 Abs. 1 SGB XI



Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist pro Kalenderjahr begrenzt auf

§ 42 Abs. 2 SGB XI

- acht Wochen und
- einen Gesamtbetrag von 3.539 €.

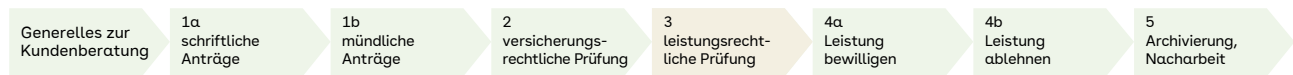
Der Anspruch auf Kurzzeitpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass ein

GR v. 19. 12. 2024 zu § 42 SGB XI, Ziff. 5.1

- am 31. 12. eines Jahres bestehender oder an diesem Tag – wegen Ablaufs der Acht-Wochen-Frist – endender oder
- ein vor dem 31. 12. eines Jahres abgelaufener Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen –

1a schriftliche Anträge

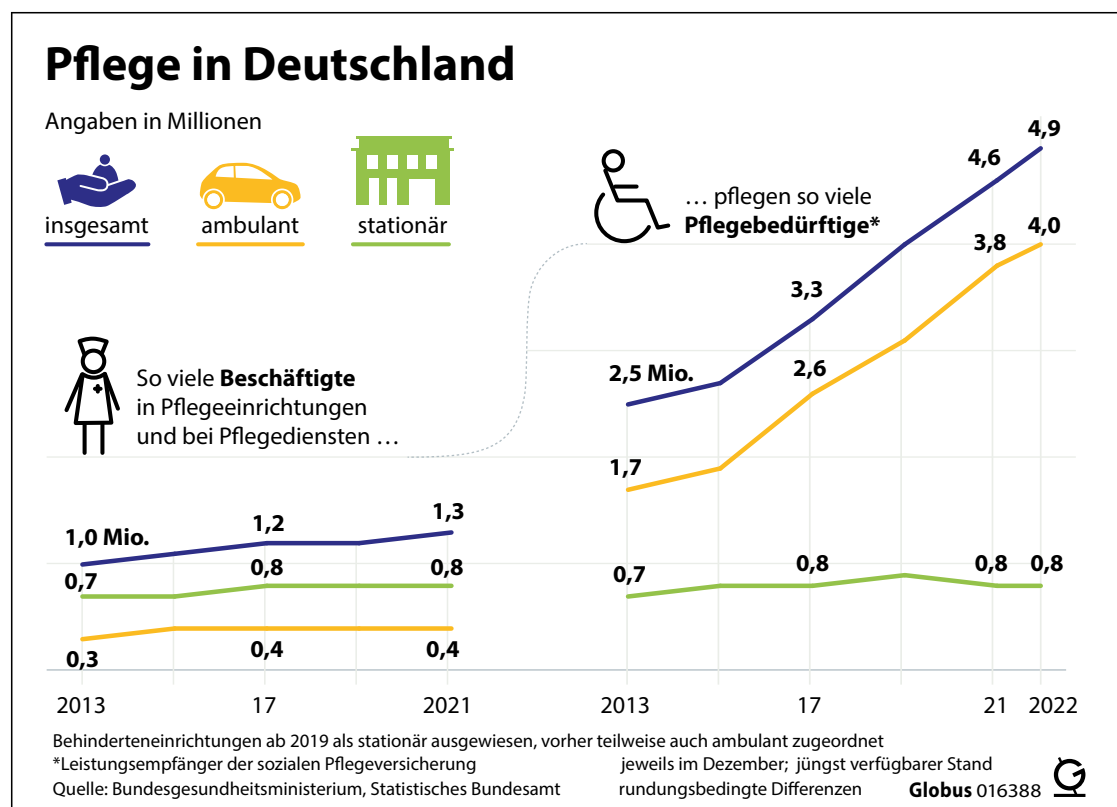
4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



ab 01. 01. des Folgejahres für acht Wochen weiter besteht oder wieder auflebt.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch dann, wenn bereits bei Aufnahme in die Pflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) erfolgen soll.

Die pflegebedürftige Person wird für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne der § 71 Abs. 2, § 72 SGB XI (= zugelassene Pflegeeinrichtung) aufgenommen und dort gepflegt.




4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Anlage 4

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen



Antrag auf stationäre Kurzzeitpflege

Name, Vorname: Müller, Martha

Geburtsdatum: 14/11/1936

Versichertennummer: M555666777

Telefonnummer:

Ich beantrage stationäre Kurzzeitpflege vom 1 0 | 0 8 | 2 0 | 2 4 | bis 2 0 | 0 8 | 2 0 | 2 4 | aus folgendem Grund:

☐ Kurzzeitpflege wegen sonstiger Gründe

☒ Kurzzeitpflege wegen Erholungsurlaub der Pflegeperson:

Müller, Gerda

Name, Vorname der Pflegeperson

Die stationäre Kurzzeitpflege wird durchgeführt von:


Seniorenwohnanlage Sonnenschein, Grünstadt

Name und Anschrift der Kurzzeitpflegeeinrichtung

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der leistungsrechtlichen Prüfung Ihres vorliegenden Antrages auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach § 42 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

06/08/2025

Datum



Unterschrift

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



§ 42 Abs. 3 SGB XI

Sofern für Anspruchsberechtigte keine geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorhanden sind, kann die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden.

Rechtssicherheit hinsichtlich des Anspruchs auf Pflegeleistungen bieten zu können, sieht die Pflegeversicherung die Möglichkeit einer Eilbegutachtung vor (vgl. auch Punkt 4.4 dieses Lernbriefs).

§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für soziale Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind grundsätzlich von Versicherten zu tragen.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK über regionale Vereinbarungen für die Ausgestaltung dieser Eilbegutachtung.

Allerdings können Pflegebedürftige sofern entsprechende Leistungsbeträge zur Verfügung stehen, die Kosten zur Erstattung nach § 45b SGB XI bei der Pflegekasse einreichen (vgl. Punkt 5.5.1 dieses Lernbriefs).

Wird in einem Kalendermonat die Pflegesachleistung von der Kurzzeitpflege unterbrochen, können sowohl im Aufnahme- als auch im Entlassungsmonat die Pflegesachleistungen ungekürzt bis zur jeweiligen Wertgrenze nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen werden.

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Instrument, um den Übergang von einer stationären Akutbehandlung, z.B. nach einem Schlaganfall, in den häuslichen Bereich sicherzustellen, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann.

Bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege wird allerdings nur die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt (vgl. Punkt 5.4.2 dieses Lernbriefs).

In diesen Fällen kommt es oft vor, dass erst durch eine akute Erkrankung Pflegebedürftigkeit eintritt und somit auch noch nicht durch den MD festgestellt werden konnte. Um den betroffenen Personen und Angehörigen

Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird das volle Pflegegeld gezahlt. Dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege in mehreren Teilzeiträumen, da jeweils am ersten und letzten Tag die Voraussetzungen für die Pflegegeldzahlung als erfüllt anzusehen sind.



Beispiel

Fritz Fischer bezieht seit Jahren Pflegegeld (Pflegegrad 4) und wird von seiner Frau Paula Fischer gepflegt. Vom 07. bis 27. 10. 2025 macht Paula Fischer eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme und kann daher ihren Mann in dieser Zeit nicht pflegen. Fritz Fischer wird für diese Zeit das erste Mal in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen. Eine teilstationäre Pflege hätte nicht ausgereicht, da Fritz Fischer ständig auf Hilfe angewiesen ist.

Die Kurzzeitpflegeeinrichtung stellt folgende Rechnung aus:

- pflegebedingte Aufwendungen sowie Aufwendungen der sozialen Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege
2.142 €
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung
550 €
- Investitionskosten der Kurzzeitpflegeeinrichtung
400 €

Frage

In welcher Höhe besteht gegenüber der Pflegekasse im Monat März Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege und darüber hinaus ggf. noch auf Pflegegeld?

Lösung

Kurzzeitpflege

Die Pflegekasse kann die pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in

Höhe von 2.142 € übernehmen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten können von der Pflegekasse erstattet werden, sofern entsprechende Leistungsbeträge nach § 45b SGB XI zur Verfügung stehen.

Pflegegeld

Fritz Fischer hat Anspruch auf das volle Pflegegeld vom 01. bis 07. 10. 2025 und vom 27. bis 31. 10. 2025 für insgesamt zwölf Tage in Höhe von 320,00 € ($800 \text{ €} \times 12 : 30$) sowie auf die Hälfte des Pflegegeldes vom 08. bis 26. 03. in Höhe von 253,33 € ($800 \text{ €} : 2 = 400 \text{ €} / 400 \text{ €} \times 19 : 30 = 253,33 \text{ €}$). Insgesamt wird also für den Monat Oktober 2025 Pflegegeld in Höhe von 573,33 € gezahlt.

Merke

Bei der Kurzzeitpflege wird die pflegebedürftige Person für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen und dort gepflegt.

Die Pflegekasse kann die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist pro Kalenderjahr begrenzt auf acht Wochen und 3.539 € unter Berücksichtigung ggf. bereits in Anspruch genommener Verhinderungspflege.



4a
Leistung
bewilligen

Zum Lernbeispiel von Seite 54

Ihre Prüfung hat ergeben, dass alle Bedingungen erfüllt sind. Sie können also Leistungen der Kurzzeitpflege vom 10. bis 20. 08. 2024 und bis zu einem Betrag von 1.774 € zusagen.

In Ihrem Bewilligungsschreiben weisen Sie Martha Müller auch darauf hin, dass sie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten zur Erstattung bei der AOK einreichen kann.

5.5.1 Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege

Der Entlastungsbetrag kann im Rahmen der Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege wie folgt eingesetzt werden:

- für die Regelleistung der Tages- und Nachtpflege (vgl. Punkt 5.5.1 dieses Lernbriefs) sowie der Kurzzeitpflege (vgl. Punkt 5.4.2 dieses Lernbriefs) – sodass damit diese Leistungen für einen längeren Zeitraum oder in höherer Frequenz beansprucht werden können
- für die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie ggf. für die Investitionskosten
- für Fahr- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen

Gefordert wird nicht, dass die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung bzw. die Kurzzeitpflegeeinrichtung ein spezielles auf den anspruchsberechtigten Personenkreis ausgerichtetes Leistungsangebot bereitstellt.

Maßgeblich für die Leistungsgewährung ist allein die finanzielle Eigenbelastung des Pflegebedürftigen aufgrund der Inanspruchnahme der Tages- oder Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege.

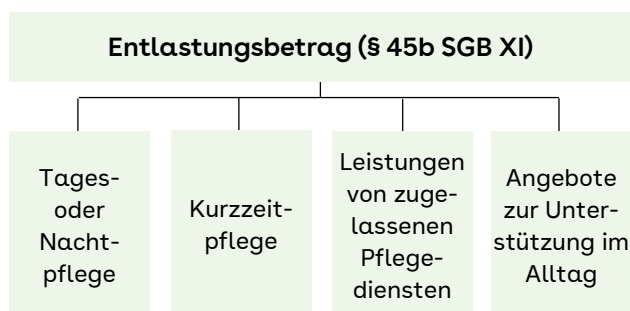
Der Erstattungsleistung steht nicht entgegen, dass Pflegebedürftige bei ausgeschöpften Leistungen der Kurzzeitpflege das Pflegegeld nach § 37 SGB XI aufgrund der selbst sichergestellten Pflege erhalten. Eine Anrechnung des Pflegegeldes auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen ist deshalb ausgeschlossen.

5.5 Entlastungsbetrag

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 45b Abs. 1 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 45b, Ziff. 2

Der Entlastungsbetrag ist Bestandteil der häuslichen Pflege, d.h. er ergänzt die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege in der häuslichen Umgebung. Beim Entlastungsbetrag handelt es sich um einen Zuschuss, der zweckgebunden nur für die gesetzlich normierten Sachleistungsangebote, die nachfolgend genannt werden, in Betracht kommt:





Im Einzelfall kann es sich anbieten, vorrangig den Entlastungsbetrag einzusetzen. Hierauf sollte in der Kundenberatung hingewiesen werden.

5.5.2 Leistungen von zugelassenen Pflegediensten

Der Entlastungsbetrag kann für die Erstattung von Leistungen ambulanter Pflegedienste nach § 36 SGB XI verwendet werden. Die Leistungen können sich dabei

- auf die Inanspruchnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen,
- pflegerischen Betreuungsleistungen und
- Hilfen bei der Haushaltsführung erstrecken.

Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 erfolgt jedoch keine Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung nach § 14 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI entstehen (vgl. Punkt 4.5 dieses Lernbriefs). Um den Bedarf an Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung abzudecken, steht diesem Personenkreis jeweils der Pflegegeschlebstleistungsbetrag nach § 36 SGB XI zur Verfügung.

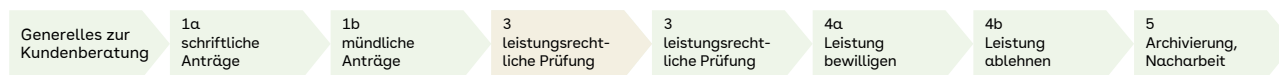
Diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1. Diese können den Entlastungsbetrag hingegen auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung entstehen.

5.5.3 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

§ 45a Abs. 1
SGB XI

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegeschulischer Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).



Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist die Anerkennung solcher Angebote nach dem jeweiligen Landesrecht der Bundesländer.

5.5.4 Leistungsumfang und Zahlung

§ 45b
Abs. 1, 2
Satz 1, 2
SGB XI,
GR v.
19. 12. 2024
zu § 45b,
Ziff. 3

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 € monatlich.

Die Leistungsansprüche sind als monatliche Ansprüche ausgewiesen, um der Zielsetzung einer regelmäßig fortlaufenden Betreuung Ausdruck zu verleihen. Hierbei ist § 41 SGB I maßgeblich, wonach Ansprüche auf Sozialleistungen erst mit ihrem Entstehen fällig werden. Ein Zugriff auf zukünftig entstehende Leistungsansprüche ist deshalb nicht möglich. Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

Die Erstattung erfolgt gegen Nachweis entsprechender Aufwendungen und ergänzt bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 2 bis 5 die ambulanten Leistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung) sowie die teil- bzw. stationären Leistungen (Tages/Nachtpflege, Kurzzeitpflege). Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten und den Entlastungsbetrag während der Betreuung an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten in der Familie in Anspruch nehmen (vgl. Punkt 5.8.2 dieses Lernbriefs). Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ergänzt der Entlastungsbetrag die nach § 28a SGB XI gewährten ambulanten Leistungen.

Einer gesonderten Antragstellung vor der erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags bedarf es nicht. Vielmehr ist ausreichend, wenn der Antrag auf Erstattung der Kosten nachträglich eingereicht wird. Der Anspruch entsteht mit Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen.

Erfüllt die versicherte Person die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Entlastungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat zur Verfügung zu stellen, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird. Der Entlastungsbetrag kann nicht für Leistungen verwendet werden, die vor der Leistungsbewilligung in Anspruch genommen worden sind.



Beispiel

Elisabeth George ist erheblich pflegebedürftig (Pflegegrad 2) und erhält Tagespflege und Pflegegeld.

Sie hat einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 131 €.

Elisabeth George besucht an insgesamt sieben Tagen im Oktober eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet für diesen Zeitraum einen Pflegesatz in Höhe von insgesamt 320 € sowie für die Verpflegung 120 €.

Folge

Die Pflegekasse übernimmt nach

- § 41 SGB XI für die Tagespflege den Pflegesatz in Höhe von 320 €.
- Auf Antrag von Elisabeth George werden die Kosten für die Verpflegung in der Tagespflegeeinrichtung in Höhe von 120 € erstattet (§ 45b SGB XI).

5.5.5 Übertragung nicht in Anspruch genommener Leistungsansprüche

GR v.
19. 12. 2024
zu § 45b
SGB XI,
Ziff. 4

Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Die in einem Kalenderjahr nicht in Anspruch genommenen Leistungen werden auf das nächste Kalenderhalbjahr übertragen. Ein Antrag der versicherten Person ist hierzu nicht erforderlich. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Leistungsbetrag nicht ausgeschöpft, verfällt dieser Anspruch.

Beispiel

Anton Fröhlich ist seit dem 01. 01. 2023 pflegebedürftig und bezieht Pflegegeld (Pflegegrad 3). Entlastungsbeträge sind von ihm bisher noch nicht in Anspruch genommen worden. Vom 20. bis zum 30. 06. 2024 möchte er zur Kurzzeitpflege.

Für den geplanten Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung entstehen Gesamtkosten in Höhe von 1.450 €.

Frage

Welche Beträge stehen ihm zur Finanzierung der Kurzzeitpflege nach § 45b SGB XI zur Verfügung?

Lösung

12 x 125 € aus 2024 (1.500 €) und 6 x 131 € aus 2025 (786 €) = 2.286 €

Da die Restansprüche aus dem Vorjahr entfallen, wenn sie nicht bis zum 30. 06. des laufenden Kalenderjahres in Anspruch genommen werden ist Herrn Fröhlich zu empfehlen, die Kurzzeitpflege komplett über die Entlastungsbeträge nach § 45b SGB XI zu bezahlen.

Noch vorhandene Leistungsansprüche nach § 42 SGB XI können dann noch bis 31. 12. 2025 in Anspruch genommen werden und das Pflegegeld wird während der Kurzzeitpflege nicht gekürzt.

(vgl. GR v. 19. 12. 2024 zu § 45b SGB XI, Ziff. 2 und 3)



5.5.6 Verwendung des Pflege-sachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch)

§ 45a Abs. 4 Sätze 1, 2, 4 – 6 und 8 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 45a SGB XI, Ziff. 2

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können bis zu 40 % des entsprechenden Pflege-sachleistungsbetrags nach § 36 SGB XI (vgl. Punkt 5.3.1 des Lernbriefs) für **anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag** (vgl. Punkt 5.5.3 des Lernbriefs) in Anspruch nehmen, soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge keine ambulanten Pflege-sachleistungen bezogen wurden (Umwandlungsanspruch).

Anspruchsberechtigte sind Versicherte, die

- ausschließlich Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI),
- Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) oder
- ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

beziehen.

Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind.

Die Vergütungen für ambulante Pflege-sachleistungen nach § 36 SGB XI sind vorrangig abzurechnen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5, die Pflegegeld und die Umwandlung in Anspruch nehmen, haben die Pflicht, regelmäßig einen Beratungseinsatz abzurufen (vgl. Punkt 5.3.2.5 dieses Lernbriefs).

Beispiel

Max Mayer erhält ab 30. 08. Pflegeleistungen (Pflegegrad 2) nach dem SGB XI.

Folge

Max Mayer hat für den Teilmonat August bereits den Anspruch auf den vollen monatlichen Erstattungsbetrag von 131,00 €.

Bis Jahresende kann er insgesamt 655,00 € (5 Monate x 131,00 €) für folgende Leistungen einsetzen:

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste (jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung)
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag



5.6 Pflegehilfsmittel

Fortsetzung des Lernbeispiels von Seite 59

In der Kurzzeitpflege hat Martha Müller in einem Pflegebett geschlafen.

Nachdem bereits die Altenpflegerin der Sozialstation ein Pflegebett empfohlen hat, weil dies die Pflege sehr erleichtern würde, entschließt sie sich jetzt dazu, einen Antrag auf ein Pflegebett bei der AOK zu stellen.

Wenige Tage später geht der Antrag von Martha Müller auf ein Pflegebett zusammen mit einem Kostenvoranschlag des Sanitätshauses Reha Fit bei Ihnen ein.

Folgende Anspruchsprüfungen müssen Sie vornehmen:

- Ist Martha Müller versichert/ist sie pflegebedürftig?
- Überprüfung der medizinischen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch Vorlage bei der Pflegefachkraft der AOK (oder beim MD).
- Besteht mit dem Sanitätshaus ein Versorgungsvertrag?
- Abgleich des Kostenvoranschlags mit den vertraglichen Regelungen der AOK und dem Sanitätshaus.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 40 Abs. 1
Satz 1, 2
SGB XI

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, wenn diese

- die Pflege erleichtern oder
- die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder
- dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Ist eine dieser genannten Voraussetzungen erfüllt, ist ein Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gegeben. Der Anspruch wird von der jeweiligen Situation und den individuellen Bedürfnissen des einzelnen pflegebedürftigen Kunden, ohne Berücksichtigung des Pflegegrads, abhängig gemacht. Da § 40 SGB XI gesetzessystematisch den Leistungen bei häuslicher Pflege zugeordnet ist, setzt der Anspruch auf Pflegehilfsmittel die Pflege im häuslichen Bereich voraus.

Eine Verordnung des Pflegehilfsmittels durch einen Arzt ist nicht erforderlich.

Pflegefachkräfte von Pflegediensten können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI (vgl. Punkt 5.3.1 des Lernbriefs) und § 37 Abs. 3 SGB XI (vgl. Punkt 5.3.2.5 des Lernbriefs) oder wenn sie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V tätig sind, Pflegehilfsmittel empfehlen.

Ob und in welcher Weise Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, kann die Pflegekasse der AOK in Zusammenarbeit mit der Pflegefachkraft oder dem MD in geeigneten Fällen überprüfen. Die letzte Entscheidung, welche Artikel als Pflegehilfsmittel übernommen werden, trifft die Pflegekasse der AOK.

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln fällt jedoch nur in die Zuständigkeit der Pflegekasse, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung im Rahmen des § 33 SGB V oder von anderen Leistungsträgern zu erbringen sind.

Die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln durch die AOK als Krankenkasse wird also nicht

GR v.
19. 12. 2024
zu § 40
SGB XI, Ziff. 1

§ 40 Abs. 6
SGB XI

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



durch die Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt, ausgeschlossen. Demnach hat eine pflegebedürftige Person auch weiterhin Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln durch die AOK als Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen des § 33 Abs. 1 SGB V gegeben sind.

GR v.
18. 12. 2007,
Ziff. 2.1, 3.2

Die Leistungspflicht der Krankenkasse im Rahmen des § 33 SGB V besteht immer dann, wenn das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung auszugleichen.

Merke

Pflegebedürftige Kunden haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, wenn das Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der AOK im Rahmen des § 33 SGB V oder von anderen Leistungsträgern zu erbringen ist.

§ 139 SGB V,
§ 78 Abs. 2
SGB XI

Neben dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gibt es als Anlage dazu das Pflegehilfsmittelverzeichnis.

§ 40 Abs. 5
Satz 1 – 3,
SGB XI i.V.m.
RidoHiMi

Zur Vereinfachung der Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei der Gewährung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die sowohl zu Vorsorgezwecken (§ 23 SGB V), der Krankenbehandlung, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Behinderungsausgleich (§ 33 SGB V) als auch der Pflegeerleichterung, der Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen oder der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung

(§ 40 SGB XI) dienen können (sog. doppel funktionale Hilfsmittel), ist das Verhältnis zur Aufteilung der Ausgaben für die doppel funktionalen Hilfsmittel zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung für alle Kassen nach einheitlichen Maßstäben festgelegt worden.

Dadurch entfällt bei den Kranken- und Pflegekassen die bisher erforderliche aufwendige Abgrenzung der Leistungszuständigkeit im Einzelfall. Auf eine genaue Zuordnung zu dem jeweiligen Leistungsträger kommt es dabei nicht mehr an. Für die betroffenen Hilfsmittel erfolgt eine pauschale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Kranken- und Pflegekasse.

Diese pauschale Aufteilung gilt nicht für Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen mit Beihilfeansprüchen (§ 28 Abs. 2 SGB XI).

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (vgl. Pkt. 5.7 dieses Lernbriefes) zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

§ 40 Abs. 7
SGB XI

Die Pflegekassen sind lediglich für die Versorgung der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich zuständig. Pflegehilfsmittel in Pflegeheimen, die der Durchführung der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen, sind vom Pflegeheim vorzuhalten.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Allerdings ist die Leistungspflicht der GKV gemäß § 33 SGB V nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil sich die versicherte Person in einem Pflegeheim befindet und dort stationär gepflegt wird. So fallen individuell angepasste, nur für die einzelne Person bestimmte und verwertbare Hilfsmittel (z.B. Brillen, Hörgeräte, Prothesen) in die Zuständigkeit der GKV.

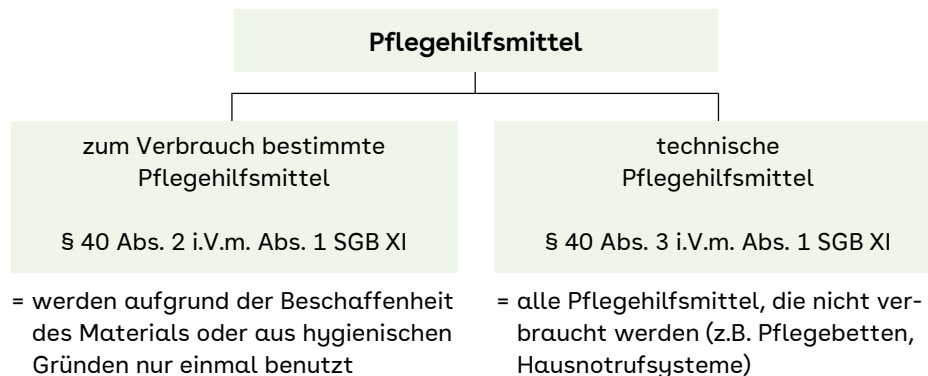
Andererseits umfasst die Leistungspflicht nicht alle Gegenstände, die dem Ausgleich der Behinderung dienen. Besteht der Verwendungszweck ganz überwiegend darin, die Durchführung der Pflege zu ermöglichen, so begründet der damit evtl. auch erreichbare Behindertenausgleich noch nicht die Leistungspflicht der GKV.

Schauen Sie sich hierzu einmal den Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) i. d. F. v. 26. 03. 2007 an.

Die Pflegehilfsmittel sind den Pflegebedürftigen als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Zu den Mehrkosten, die die pflegebedürftige Person selbst tragen muss, gehören z.B. die Kosten für eine Holzverkleidung an einem Pflegebett.

§ 40 Abs. 1 Satz 3, 4 SGB XI



z.B.

- Desinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe
- Bettschutzunterlagen
- Mundschutzartikel (z.B. FFP2-Maske)

Aufwendungen für diese Produkte werden bis zu einer Höhe von 42 € monatlich von der Pflegekasse übernommen.



4a
Leistung
bewilligen

Zum Lernbeispiel von Seite 64

Die Prüfungen haben ergeben, dass Sie die Kosten für das Pflegebett übernehmen können. Sie informieren Martha Müller und beauftragen das Sanitätshaus Reha Fit mit der Versorgung.

Schauen Sie sich in Ihrer AOK vor Ort einmal entsprechende Versorgungsverträge und Bewilligungsschreiben an.

Technische Pflegehilfsmittel sollen dem Pflegebedürftigen vorwiegend leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

§ 40 Abs. 3
Satz 1 – 3
Abs. 7 SGB XI

Der Anspruch des Pflegebedürftigen umfasst nicht nur die Erstausrüstung mit Pflegehilfsmitteln, sondern auch deren Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung und die Ausbildung im Gebrauch.

Die Pflegekasse kann zur Vermeidung von Härten die versicherte Person in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V teilweise von den Zuzahlungen, die für technische Pflegehilfsmittel zu leisten sind, befreien.

Zuzahlung

Es erfolgt eine Zuzahlung des Pflegebedürftigen zu den Kosten in Höhe von 10 %, jedoch höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel, wenn das 18. Lebensjahr bereits vollendet ist.

§ 40 Abs. 3
Satz 4 bis 6
SGB XI

Für die doppelфункционаlen Hilfsmittel richtet sich die Zuzahlung allerdings einheitlich nach dem Krankenversicherungsrecht (§§ 33, 61 und 62 SGB V).

Für Pflegebedürftige, die nach dem SGB V als chronisch Kranke anerkannt sind, beträgt die Belastungsgrenze auch im Recht der Pflegeversicherung 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

GR v.
19. 12. 2024
zu § 40
SGB XI,
Ziff. 1.3

Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Pflegebedürftige beträgt wie in der gesetzlichen Krankenversicherung 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Versicherte, die im Bereich der GKV wegen Erreichung der Belastungsgrenze von weiteren Zuzahlungen befreit sind, sind automatisch auch von Zuzahlungen im Bereich der Pflegekasse befreit.

Eine Zuzahlungspflicht besteht jedoch nicht bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln sowie bei leihweise bzw. im Leasingverfahren überlassenen technischen Pflegehilfsmitteln.



Merke

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, wenn diese

- die Pflege erleichtern oder
- die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder
- dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Pflegehilfsmittel sind zu unterscheiden in

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel und
- technische Pflegehilfsmittel.

Bei einer Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds handelt es sich z.B. um

- die Installation von fest installierten Rampen und Treppenliften,
- Türvergrößerungen oder Abbau von Türschwellen, z.B. auch zum Balkon,
- den Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist.

Einen Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen finden Sie im Gemeinsamen Rundschreiben vom 19. 12. 2024 zu § 40 SGB XI, Ziff. 8.

Im Einzelfall kann auch ein Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (z.B. Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Erdgeschosswohnung) als Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen von der Pflegekasse bezuschusst werden.

Die Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds können nach § 40 Abs. 4 SGB XI subsidiär (nachrangig) geleistet werden. D.h., die Leistungen der Pflegekasse kommen nur dann in Betracht, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig verpflichtet ist.

Die Pflegekasse kann je Maßnahme einen Zuschuss bis zu einem Betrag von 4.180 € gewähren. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten.

§ 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI GR v. 19. 12. 2024 zu § 40 SGB XI, Ziff. 2 – 8

5.7 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 40 Abs. 4 Satz 1, 5 SGB XI

Die Pflegekassen können im Rahmen ihres Ermessens finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen gewähren, wenn dadurch im Einzelfall

- häusliche Pflege erst ermöglicht wird,
- häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft verhindert wird oder
- eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt und damit die Abhängigkeit von der Pflegekraft verringert wird.



Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. So stellt z.B. bei der Befahrbarmachung der Wohnung für den Rollstuhl nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt.

Nur wenn sich die Pflegesituation ändert und dadurch weitere Verbesserungen des Wohnumfelds erforderlich sind, handelt es sich erneut um eine entsprechende Maßnahme, so dass ein weiterer Zuschuss bis zu einem Betrag von 4.180 € gewährt werden kann.

§ 40 Abs. 4 Satz 3, 4 SGB XI

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4.180 € je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist dabei auf 16.720 € begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen.

Die Ortsnähe der AOK mit ihren Pflegefachkräften vor Ort hat hier die Möglichkeit nicht nur als Prüfinstanz aufzutreten, sondern schon bei der Planung einer solchen Maßnahme unseren Kunden im Rahmen eines Hausbesuches beratend zur Seite zu stehen.

Beispiel

Lea Tiedemann ist pflegebedürftig und lebt mit ihrem Mann Theodor zusammen. Lea Tiedemann kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr in ihre Badewanne und hat deshalb einen Zuschuss von der AOK für den Einbau einer Dusche bewilligt bekommen.

- Der Einbau der Dusche kostet 3.500 €.

Frage

Wie hoch ist der Zuschuss der AOK für den Einbau der Dusche?

Lösung

Lea Tiedemann bekommt die eingereichte Rechnung in voller Höhe erstattet.

Beispiel

Herbert Strauss ist pflegebedürftig und lebt mit seiner Frau Veronika zusammen. Herr Strauss ist auf einen Rollstuhl angewiesen und hat deshalb den Zuschuss zum Anbau einer Rampe für einen leichteren Zugang zu seinem Haus von der AOK bewilligt bekommen.

- Der Anbau der Rampe kostet 4.850 €.

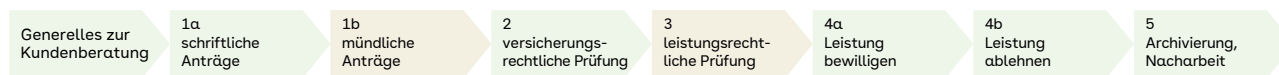
Frage

Wie hoch ist der Zuschuss von der AOK zum Anbau der Rampe?

Lösung

- 4.850 € > 4.180 €

Der Zuschuss zum Anbau der Rampe beträgt 4.180 €.



Merke

Die Pflegekasse kann Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds mit einem Betrag in Höhe von bis zu 4.180 € pro Maßnahmezuschüssen.

5.8 Leistungen bei vollstationärer Pflege

3
leistungsrechtliche Prüfung

Auch bei vollstationärer Pflege von Pflegebedürftigen sieht die Pflegeversicherung Leistungsansprüche vor.

Hierbei wird zwischen Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen und vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen unterschieden.

Im Gegensatz zu vollstationären Pflegeheimen hat bei den vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen die Pflege nur eine untergeordnete Bedeutung.

In diesen Einrichtungen steht die Eingliederung der behinderten Menschen im Vordergrund. Sie verfolgen vorrangig das Ziel, behinderte Menschen in die Gesellschaft zu integrieren.

Fortsetzung des Lernbeispiels von Seite 67

1b
mündliche Anträge

Am 27. 10. 2025 ruft Gerda Müller bei Ihnen an. Der Gesundheitszustand ihrer Mutter Martha Müller verschlechtert sich zusehends. Gerda Müller kann die Pflege im häuslichen Bereich nicht mehr sicherstellen und zieht für ihre Mutter eine vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim in Betracht.

5.8.1 Vollstationäre Pflege in Pflegeheimen

Anspruch auf vollstationäre Pflege haben

§ 43 Abs. 1 SGB XI

- pflegebedürftige Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5
- in einer zugelassenen vollstationären Einrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI),

Der Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht unabhängig davon, ob häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist.

Zum Lernbeispiel

Prüfen Sie die Anspruchsvoraussetzungen auf eine vollstationäre Pflege von Ihrer Kundin Martha Müller.

- Martha Müller ist bei der AOK versichert und pflegebedürftig. Eine Prüfung der Vorversicherungszeiten ist nicht mehr vorzunehmen, da Martha Müller bereits laufend häusliche Pflegeleistungen bekommt.

Martha Müller hat die Anspruchsvoraussetzungen der vollstationären Pflege erfüllt. Sie kann also Pflegeleistungen in einer zugelassenen vollstationären Einrichtung in Anspruch nehmen.

4a
Leistung bewilligen

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung inklusive der Ausbildungsumlage wenn diese für die Pflegeeinrichtung entfällt in pauschalierter Form.

§ 43 Abs. 2 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 43 Ziff. 2 SGB XI

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Es gelten folgende monatliche Pauschbeträge:

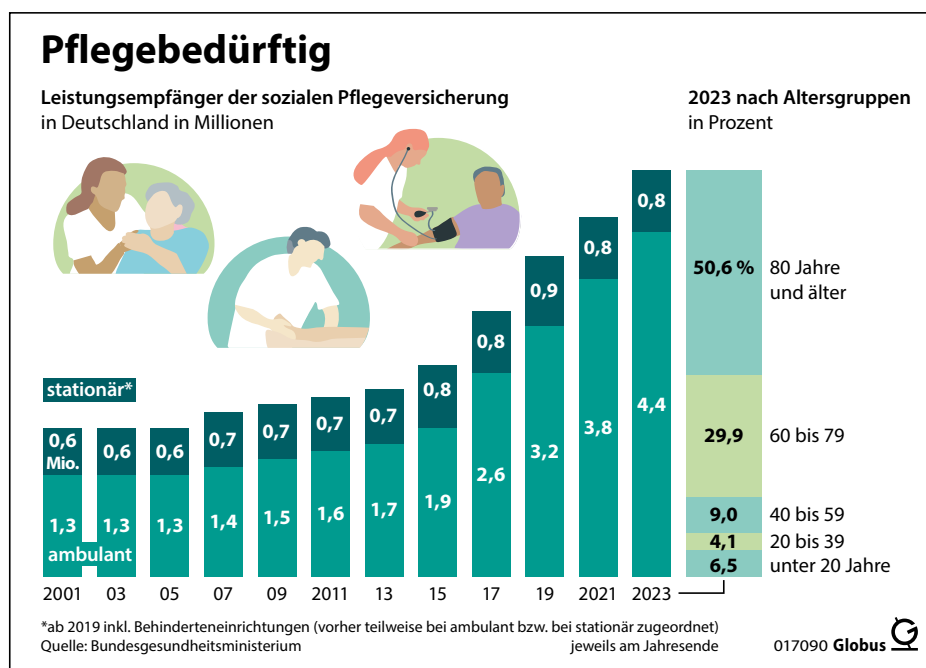
Pflegegrad	Leistungen in €
2	805
3	1.319
4	1.855
5	2.096



Sofern der monatliche Pauschbetrag für die o.g. Aufwendungen noch nicht aufgebraucht ist, übernimmt die Pflegekasse bis zur Höhe des Pauschbetrages auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss von 131 € monatlich auf die in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen.

§ 43 Abs. 3 SGB XI



Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c SGB XI

Um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden, wird der von der pflegebedürftigen Person zu tragende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwänden entsprechend der Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung verringert.

Die Berechnungsmodalitäten gemäß § 43 SGB XI finden auch hier Anwendung.

Der Zuschlag ermittelt sich nach der bisherigen Dauer der vollstationären Pflege.

Pflegebedürftige erhalten einen Leistungszuschlag an den pflegebedingten Eigenanteilen in Höhe von:

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI (vollstationäre Pflege)	Höhe des Leistungszuschlages am Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen seit dem 01.01.2024
bis 12 Monate	15 %
13 Monate – 24 Monate	30 %
24 Monate – 36 Monate	50 %
Mehr als 36 Monate	75 %

Bei der Berechnung des Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen, so dass diese in voller Höhe von der pflegebedürftigen Person zu tragen sind.

Die Pflegekasse zahlt den Leistungsbetrag mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse. Der von der Pflegekasse zu zahlende Leistungsbetrag wird zum 15. des laufenden Monats fällig.

Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen im laufenden Monat

Bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen besteht auch für den Teilmonat ein Anspruch auf den vollen Pauschbetrag. Die Zahlungspflicht der Heimbewohner und der Pflegekasse endet mit dem Tag, an dem die pflegebedürftige Person aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

GR v.
19. 12. 2024
zu § 43
SGB XI,
Ziff. 7

Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraums multipliziert. Liegt die Summe der Aufwendungen unter dem Pauschbetrag des jeweiligen Pflegegrads, ist eine Begrenzung vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist der Pauschbetrag zu zahlen.

Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege

Bei einem Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege im Laufe des Monats besteht für die Zeit der häuslichen Pflege Anspruch auf die volle Sachleistung, d. h. Leistungen der häuslichen Pflege können bis zu den in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen der einzelnen Pflegegrade ausgeschöpft werden. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI. Bei Zahlung von Pflegegeld ist nach § 37 Abs. 2 SGB XI anteiliges Pflegegeld für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu zahlen.

Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig vom Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch soweit dieser im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde.

Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darf nur die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Heimentgelt berechnen.

GR v.
19. 12. 2024
zu § 43
SGB XI,
Ziff. 5



Beispiel

Luise Hartwig ist pflegebedürftig (Pflegegrad 3) und wird im Pflegeheim Sonnenschein seit fünf Jahren gepflegt.

Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 100 € und monatlich 3.042,70 €. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 25 €. Die Investitionskosten betragen täglich 15 €. Im September 2025 war Luise Hartwig durchgehend im Pflegeheim (keine Abwesenheitszeiten).

Frage

Welche Leistungen stehen Luise Hartwig für den Monat September 2025 zu?

Lösung

Pflegebedingte Aufwendungen:
 $100 \text{ €} \times 30,42 \text{ €} = 3.042 \text{ €}$

abzüglich Leistungsbetrag nach
 § 43 SGB XI = 1.319 €

Eigenanteil = 1.723 €

davon 75 % = 1.292,25 €

Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI von 75 % auf den Eigenanteil da Leistungsbezug nach § 43 SGB XI länger als 36 Monate

Frau Luise Hartwig stehen für den Monat September 2025 insgesamt 2.611,25 € (1.319 € + 1.292,25 €) von der Pflegekasse zu.

Die Zahlung wird von der Pflegekasse mit befreiender Wirkung direkt an das Pflegeheim Sonnenschein gezahlt.

Das Pflegeheim Sonnenschein stellt Frau Hartwig 25 % des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen sowie die kompletten

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten in Rechnung.

Fortsetzung des Beispiels

Die Tochter von Luise Hartwig hat, nachdem ihre Kinder ausgezogen sind, Platz und Zeit, ihre Mutter zu pflegen. Luise Hartwig wird am 10. 10. 2025 aus dem Pflegeheim Sonnenschein entlassen und beantragt die Umstellung auf häusliche Pflegeleistungen. Da ihre Tochter die Pflege selbst durchführt, beantragt Luise Hartwig Pflegegeld.

Frage

Welche Leistungen stehen Luise Hartwig für den Monat Oktober 2025 zu?

Lösung

- vom 01. bis 10. 10. 2025 pflegebedingte Aufwendungen (10 Tage x 100 €) = 1.100 €
- Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (10 Tage x 25 €) = 250 €

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen zusammen mit den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.250 € (1.100 € + 250 €) den Pauschbetrag von 1.319,00 € nicht übersteigen, kann der Betrag von 1.250 € zur Auszahlung gelangen. Die Investitionskosten sind von Luise Hartwig an das Pflegeheim zu zahlen.

Leistungen nach § 43c SGB XI sind von der Pflegekasse nicht zu zahlen, da für Luise Hartwig im Abrechnungsmonat Oktober keine Eigenanteile bei den pflegebedingten Aufwendungen anfallen.



- Pflegegeld vom 10.10. - 31.10.2025
 $599 \text{ €} \times 22 : 30 = 439,27 \text{ €}$

Bonuszahlungen an Pflegeheime für eine deutliche Reduzierung des Pflegebedarfs

Pflegeeinrichtungen erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 3.085 €, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI ist. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung allerdings zurückzuzahlen, wenn die pflegebedürftige Person innerhalb von sechs Monaten wieder in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig eingestuft wird.

Merke

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

Dafür stehen je nach Grad der Pflegebedürftigkeit Pauschbeträge von bis zu 2.096 €.

Zusätzlich beteiligt sich die Pflegekasse an den Eigenanteilen für die pflegebedingten Aufwendungen mit bis zu 75 % der anfallenden Kosten.

Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen

Alle Heimbewohner der Pflegegrade 2 bis 5 zahlen einen gleichen Eigenanteil innerhalb eines Pflegeheimes. Hierdurch wird verhindert, dass eine Höherstufung zu höheren Restkosten für die Versicherten in Pflegeheimen führt. Gleichzeitig schafft dies auch Planungssicherheit für die Versicherten.

§ 84 Abs. 2
SGB XI

5.8.2 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Pflegebedürftige behinderte Menschen,

§ 43a
SGB XI

- die Pflegegrad 2 bis 5
- in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben,

erhalten von der Pflegekasse einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 15 % der vereinbarten Vergütung, maximal jedoch 278 €.

Pflegebedürftige behinderte Menschen, die beispielsweise in Internaten leben und am Wochenende oder in Ferienzeiten in den häuslichen Bereich zurückkehren, können Pflegegeld beantragen.

GR v.
19. 12. 2024
zu § 43a
SGB XI,
Ziff. 3.1

Sie haben dann Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

§ 38 Satz 5
SGB XI



Merke

Pflegebedürftige behinderte Menschen „in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen“ erhalten pauschal 15 % des Heimentgelts, max. 278 € monatlich.

Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

§ 34 Abs. 1a SGB XI

5.9 Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI

Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden also grundsätzlich solange gewährt, wie sich die pflegebedürftige Person innerhalb des Hoheitsgebiets der Bundesrepublik Deutschland aufhält.

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sind folgende Leistungen weiterzugewähren:

- Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder
- Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI, wenn die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleitet
- Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI, also das anteilige Pflegegeld und die Pflegesachleistung bei Begleitung durch die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt
- Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

GR v.
13. 02. 2018

Näheres hierzu ist in dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbands und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt zu entnehmen

5.10 Leistungsende

Ist eine pflegebedürftige Person in einen geringeren Pflegegrad einzustufen, weil beispielsweise die Pflegebedürftigkeit durch eine Leistung zur Rehabilitation gemindert werden konnte, sind die Leistungen nach den §§ 36 bis 44 SGB XI für die Zukunft zu vermindern. Fällt die Pflegebedürftigkeit weg, ist die Leistungszusage für die Zukunft aufzuheben.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Besitzstandsschutz

Pflegebedürftige, die zum 01. 01. 2017 in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, verbleiben grundsätzlich in diesem auf Dauer. Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt, ist der höhere Pflegegrad ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren (vgl. Punkt 4.7 des Lernbriefs). Wird ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt, verbleibt die pflegebedürftige Person in dem übergeleiteten Pflegegrad.

§ 140 Abs. 3 SGB XI

Nur, wenn festgestellt wird, dass gar keine Pflegebedürftigkeit (Hilfebedarf = unter Pflegegrad 1) mehr vorliegt, sind die Leistungen der Pflegeversicherung für die Zukunft einzustellen.

Die Regelungen über die Aufhebung von Verwaltungsakten, insbesondere von Leistungsbescheiden, nach den § 48 ff. SGB X sind zu beachten.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



	<p>Die Aufhebung des Verwaltungsaktes nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X setzt eine vorherige Anhörung des Pflegebedürftigen nach § 24 SGB X voraus.</p>	<p>Sind Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund eines Kassenwechsels zu Unrecht erbracht worden, wird – im Hinblick auf den Finanzausgleich nach § 66 SGB XI – zur Minimierung des Verwaltungsaufwands auf die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegen die „neue Pflegekasse“ verzichtet.</p>	<p>GR v. 19. 12. 2024 zu § 35 SGB XI, Ziff. 3</p>
<p>§ 33 Abs. 1 Satz 4 – 8 SGB XI</p>	<p>Die Bewilligung von Pflegeleistungen können auch befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des MD zu erwarten ist.</p> <p>Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und der pflegebedürftigen Person sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad der/die Pflegebedürftige zuzuordnen ist.</p>		
<p>§ 35 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 35 SGB XI, Ziff. 1</p>	<p>Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach den §§ 36 bis 44 und § 45b SGB XI besteht nur für die Dauer der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dennoch gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Vor diesem Hintergrund sind Unterbrechungen der Versicherung von bis zu einem Monat (zwischen zwei Pflichtversicherungen) unschädlich für den Leistungsanspruch. So ist beispielsweise die Unterbrechung der Versicherungspflicht durch eine Beendigung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung am Freitag und Aufnahme einer neuen versicherungspflichtigen Beschäftigung am Montag der folgenden Woche für den Leistungsanspruch unschädlich.</p>		

5.11 Übungen zum Lernabschnitt 5

Übung 4

Sachverhalt

Herbert Beifuß bezieht seit Jahren Pflegegeld von der AOK. Anlässlich des 50. Geburtstags seines Bruders Georg möchte er für vier Wochen in die USA reisen.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Welche Auswirkungen hat die USA-Reise auf die Pflegegeldzahlung?

Übung 5

Sachverhalt

Frieda Blastedt ist pflegebedürftig und erhält Pflegegeld (Pflegegrad 4). Vom 21. 05. bis 25. 06. 2025 muss Frieda Blastedt stationär im Krankenhaus behandelt werden.



Hinweise

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der Rechtsvorschriften zusammen. Evtl. erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe

Wie hoch ist das Pflegegeld in den Monaten Mai und Juni 2025?

Übung 6

Sachverhalt

Karl Schmitz ist pflegebedürftig (Pflegegrad 5). Da Karl Schmitz nicht absehen kann, wie viel Pflegesachleistungen er monatlich in Anspruch nimmt, hat er bei der AOK beantragt, dass ihm das Pflegegeld nach § 37 SGB XI im Nachhinein anteilig ausbezahlt wird. Im September 2025 hat Karl Schmitz Pflegesachleistungen in Höhe von 1.520 € in Anspruch genommen.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Wie hoch ist das Pflegegeld, das Karl Schmitz für den Monat September 2025 anteilig zusteht?

Übung 7

Sachverhalt

Oliver Kant ist pflegebedürftig und erhält Pflegegeld (Pflegegrad 2). In den vergangenen Jahren wurde Oliver Kant von seiner Tochter gepflegt. Die Tochter kann die Pflege in der Zeit vom 01. 07. bis 29. 08. 2025 nicht durchführen, weil ihre beiden Kinder erkrankt sind. Ersatzweise wird die Pflege von Oliver Kants Lebensgefährtin Biggi Rose, mit der er in häuslicher Gemeinschaft lebt, erbracht. Für die geleistete Pflegetätigkeit zahlt Oliver Kant 2.100 € (täglich 35 €) an seine Lebensgefährtin Biggi Rose.

Hinweis zu Aufgaben 7.1 bis 7.3

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe 7.1

Beurteilen Sie, ob und ggf. in welcher Höhe Oliver Kant Anspruch auf Verhinderungspflege hat.

Aufgabe 7.2

Stellen Sie fest, ob für das Kalenderjahr 2025 noch ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht.

Aufgabe 7.3

Besteht für die Monate Juli und August noch ein Anspruch auf Pflegegeld?



Übung 8

Sachverhalt

Herta Bratbecker (geb. 03. 03. 1936) ist pflegebedürftig und wird zu Hause gepflegt. Sie benötigt ein technisches Pflegehilfsmittel im Wert von 350 €. Der MD hat die Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels bestätigt. Die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V wurde noch nicht erreicht.

Es handelt sich hierbei um ein sogenanntes doppelfunktionales Hilfsmittel.

Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe

Hat Herta Bratbecker Anspruch auf Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln und hat sie sich an den Kosten für das Pflegehilfsmittel zu beteiligen, ggf. in welcher Höhe?

Übung 9

Britta Speers erhält seit 01.06. 2025 Pflegegeld (Pflegegrad 4). Der Sachbearbeiter der AOK stellt am 02.11. 2025 fest, dass ein Nachweis über die Durchführung eines Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI für das Kalendervierteljahr von 01. 07. – 30. 09. 2025 nicht erfolgt ist.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Beurteilen Sie, was der AOK-Sachbearbeiter tun wird.

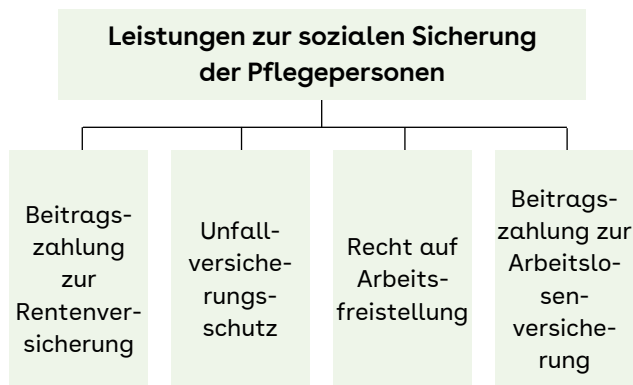


6 Soziale Sicherung für Pflegepersonen

4a
Leistung
bewilligen

Ziel der Pflegeversicherung ist es auch, die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen zu honorieren. Den Pflegepersonen entstehen oft Nachteile, weil sie nicht selten wegen der von ihnen ausgeübten Pflege auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten müssen. Um diese Nachteile zumindest teilweise ausgleichen zu können, wurde die soziale Sicherung der Pflegepersonen ausgebaut.

§ 44 SGB XI Als Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen kommen in Betracht:



6.1 Beitragszahlung zur Rentenversicherung

4a
Leistung
bewilligen

Die Pflegekasse zahlt für Pflegepersonen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei wird die Höhe der Beiträge nach dem pflegerischen Aufwand bestimmt.

§ 19 SGB XI Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig eine (oder mehrere) pflegebedürftige Personen pflegen.

6.1.1 Versicherungspflicht von Pflegepersonen zur gesetzlichen Rentenversicherung

Die Pflgetätigkeit von Pflegepersonen führt beim Vorliegen folgender Voraussetzungen zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung:

- Es erfolgt die Pflege eines oder mehrerer Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI mit mindestens Pflegegrad 2.
- Die Pflegeperson ist nicht erwerbsmäßig tätig.
- Der Umfang der Pflgetätigkeit muss regelmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich betragen, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche.
- Die Pflege muss in häuslicher Umgebung stattfinden.
- Die Pflegeperson ist neben der Pflgetätigkeit regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig.
- Es besteht keine Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 oder Abs. 4 SGB VI.
- Es besteht ein Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung.

§ 3 Satz 1 Nr. 1a, Satz 2, 3 SGB VI
§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XI
GR v. 13. 12. 2016, Ziff. II.1

§ 3 Satz 3 SGB XI

Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen über die Leistungen der Pflegekassen zu unterrichten und zu beraten. Hierzu gehört auch die Unterrichtung und Beratung der Pflegepersonen über die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen.

GR v. 13. 12. 2016, Ziff. I.2

Die Pflegekassen erfüllen diese Verpflichtung unter anderem durch Versendung eines „Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ (vgl. Seiten 84 bis 87).



Die sich aus § 7 Abs. 2 SGB XI ergebende Verpflichtung schließt die Überwachung des Rücklaufs versandter Fragebögen einschließlich eines Erinnerungsschreibens bei fehlender Rückmeldung mit ein.

Das Erinnerungsschreiben soll mit dem Hinweis verbunden werden, dass die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen davon ausgeht, dass die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung nicht erfüllt sind und demzufolge keine Beiträge geleistet werden können, wenn die entsprechenden Angaben nicht gemacht werden. Ohne Mitwirkung der Pflegeperson kann Versicherungspflicht nicht unterstellt werden.

Zum Lernbeispiel von Seite 71

Beim Gutachteneingang prüfen Sie auch, ob Leistungen für die Pflegeperson bewilligt werden können.

- Im Antrag ist Gerda Müller als Pflegeperson angegeben.
- Im Gutachten ist aufgeführt, dass Gerda Müller an zwei Tagen die Woche mehr als zehn Stunden pflegt.

Um die weiteren Anspruchsvoraussetzungen prüfen zu können, verschicken Sie einen „Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ an Gerda Müller.

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht grundsätzlich nur für die Zeit, in der die nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson die pflegebedürftige Person tatsächlich pflegt.

Darüber hinaus bleibt die Versicherungspflicht auch für die Dauer eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen bestehen.

Die Versicherungspflicht besteht auch für bestimmte Zeiten fort, in denen die Pflege aus Gründen, die in der Person des Pflegebedürftigen liegen, nicht oder nur eingeschränkt ausgeübt werden kann.

Danach bleibt die Versicherungspflicht erhalten

- für die Dauer der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr,
- für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

6.1.2 Beiträge für Pflegepersonen zur gesetzlichen Rentenversicherung

Die Beiträge errechnen sich aus den beitragspflichtigen Einnahmen, dem Beitragssatz der Rentenversicherung und der Beitragszeit.

- Beitragspflichtige Einnahmen

§ 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen wird – entsprechend dem pflegerischen Aufwand – in Prozentsätzen der Bezugsgröße bestimmt. Grundlage ist dabei die monatliche Bezugsgröße. Für 2025 ist die monatliche Bezugsgröße auf 3.745 € festgelegt worden. Die beitragspflichtigen Einnahmen bei Pflegepersonen werden entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung aus der sozialen

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



bzw. privaten Pflegeversicherung bestimmt. Dabei ist danach zu differenzieren, ob in einem Kalendermonat ausschließlich Pflegegeld, ausschließlich eine Sachleistung oder im Rahmen einer Kombinationsleistung sowohl Pflegegeld als auch eine Sachleistung bezogen wird. Das Kalendermonatprinzip gilt auch in den Fällen der Additionspflege für die jeweilige Pflegetätigkeit.

- **Beitragszeit/Fälligkeit**
Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Versicherungspflicht zu zahlen und werden – wegen ihrer Fälligkeit – monatlich abgeführt.
- **Beitragstragung/Beitragszahlung**
Die Beiträge werden alleine von den Pflegekassen getragen und von der Pflegekasse direkt an den Rentenversicherungsträger gezahlt.

§ 170 Abs. 1
Nr. 6,
Buchst. a,
§ 173
SGB VI

§ 166 Abs. 2 Satz 2 SGBVI Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), ist die beitragspflichtige Einnahme entsprechend dem Anteil der Pflegetätigkeit je Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand aufzuteilen.



Beitragszahlungen der Pflegekasse an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen 2025				
Pflegegrad des Pflege - bedürftigen	Leistungsart	% der Bezugsgröße	Basisbetrag zur Beitrags – berechnung	Ergibt einen monatlichen Beitrag
5	Pflegegeld	100%	3745,00 €	696,57 €
	Kombi	85%	3183,25 €	592,08 €
	Sachleistungen	70%	2621,50 €	487,60 €
4	Pflegegeld	70%	2621,50 €	487,60 €
	Kombi	59,5%	2228,28 €	414,46 €
	Sachleistungen	49%	1835,05 €	341,32 €
3	Pflegegeld	43%	1610,35 €	299,53 €
	Kombi	36,55%	1368,80 €	254,60 €
	Sachleistungen	30,10%	1127,25 €	209,67 €
2	Pflegegeld	27%	1011,15 €	188,07 €
	Kombi	22,95%	859,48 €	159,86 €
	Sachleistungen	18,9%	707,81 €	131,65 €



Beispiel

Horst Hensel ist pflegebedürftig (Pflegegrad 3) und erhält seit 01.07. 2025 Pflegegeld von der AOK.

Die Pflege wird allein durch seine Tochter Hanna Hensel, geb. 01. 01. 1972, sichergestellt.

Sie ist nicht erwerbstätig und pflegt wöchentlich an sieben Tagen 18 Stunden.

Folge

Durch die Pflege ihres Vaters wird Hanna Hensel versicherungspflichtig in der Rentenversicherung.

Die AOK zahlt für Hanna Hensel Rentenversicherungsbeiträge.

Als beitragspflichtige Einnahmen für die Berechnung der Rentenversicherungsbeiträge wird ein Betrag in Höhe von 1.610,35 € monatlich zugrunde gelegt. Die Pflegekasse entrichtet ab 01. 07. 2025 daher monatlich Beiträge in Höhe von 299,53 € (1.610,35 € x 18,6 %).

Additionspflege

Bei Pflegepersonen, die nur unter Zusammenrechnung einzelner Pflegestunden bei verschiedenen Pflegebedürftigen die wöchentliche Mindeststundenzahl von insgesamt zehn Stunden erreichen, spricht man von Additionspflege.

Beispiel

Silke Schröder pflegt einen Schwerpflegebedürftigen (Pflegegrad 2) für sieben Stunden pro Woche und einen Schwerstpflegebedürftigen (Pflegegrad 3) für neun Stunden pro Woche.

Folge

Die Pflege wird zwar jeweils weniger als 10 Stunden, aber insgesamt 16 Stunden in der Woche erbracht. Die Pflegeperson ist versicherungspflichtig.

Fortsetzung des Lernbeispiels von Seite 81

Der Antrag auf Versicherungspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung von Gerda Müller geht bei Ihnen ein.

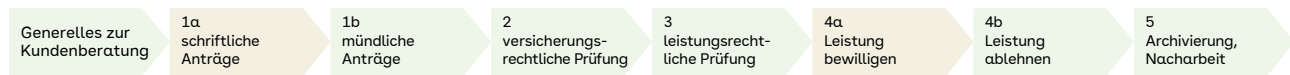
Prüfen Sie die Anspruchsvoraussetzungen.

- Gerda Müller pflegt ihre Mutter regelmäßig an mindestens zwei Tagen die Woche (Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI).
- Sie ist nicht erwerbsmäßig tätig und pflegt wöchentlich an sieben Tagen für 18 Stunden.
- Sie pflegt ihre Mutter in häuslicher Umgebung.
- Gerda Müller ist zwar teilzeitbeschäftigt, allerdings nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich.
- Gerda Müller ist nicht versicherungsfrei, z.B. aufgrund des Bezugs einer Altersrente.

Gerda Müller hat also die Anspruchsvoraussetzungen zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt.

1a
schriftliche
Anträge

4a
Leistung
bewilligen



Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen (Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die beiliegenden Erläuterungen)	
A Angaben zur pflegebedürftigen Person:	
<div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Name, Vorname</div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Krankenversichertennummer/Versicherungsnummer der Krankenversicherung</div> </div>	
B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson):	
1. Angaben zur Person	
<div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50%;"></div> <div style="font-size: small;">Name, Vorname</div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50%;"></div> <div style="font-size: small;">Geburtsdatum</div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Rentenversicherungsnummer¹⁾</div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Telefonnummer (freiwillige Angabe)</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Geburtsname, ggf. frühere Namen</div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Geburtsland und Geburtsort</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> männlich <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/> weiblich </div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="font-size: small;">Staatsangehörigkeit</div> </div> </div>	
2. Angaben zur Pflege	
<p>2.1 Seit wann und in welchem Umfang führen Sie die Pflege durch?</p> <p>seit dem _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Tag/Monat/Jahr</p> <p>in der Woche insgesamt _____ Stunden,</p> <p>verteilt auf folgende Tage:</p> <p> <input type="checkbox"/> Montag, <input type="checkbox"/> Dienstag, <input type="checkbox"/> Mittwoch, <input type="checkbox"/> Donnerstag, <input type="checkbox"/> Freitag, <input type="checkbox"/> Samstag, <input type="checkbox"/> Sonntag </p> <p>in folgendem Rhythmus:</p> <p> <input type="checkbox"/> jede Woche. </p> <p> <input type="checkbox"/> alle _____ <input type="checkbox"/> Wochen / <input type="checkbox"/> Monate. </p> <p> <input type="checkbox"/> _____ </p>	
<p>2.2 Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe / Vertretung ausgeübt? ²⁾</p> <p> <input type="checkbox"/> Nein </p> <p> <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____ (weiter bei Abschnitt C) </p>	

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen für die pflegebedürftige Person tätig? ³⁾

☐ Nein

☐ Ja, _____
 Name, Vorname (Bitte geben Sie weitere Pflegepersonen mit ihrer Anschrift auf einem gesonderten Blatt an.)

 Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

☐ im Haushalt der pflegebedürftigen Person / in meinem Haushalt / im gemeinsamen Haushalt

☐ sonstiger Pflegeort: _____

2.5 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

☐ Familienangehöriger/Verwandter

☐ sonstige Person

2.6 Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten?

☐ Nein

☐ Ja, in Höhe von _____ Euro

2.7 Üben Sie diese Pflege Tätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung) oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig? ⁴⁾

☐ Nein

☐ Ja, Tätigkeit als _____
 Berufsbezeichnung

2.8 Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt? ⁵⁾

☐ Nein

☐ Ja, seit dem _____
 Tag/Monat/Jahr

in der Woche insgesamt _____ Stunden,
 verteilt auf folgende Tage:

☐ Montag, ☐ Dienstag, ☐ Mittwoch, ☐ Donnerstag, ☐ Freitag, ☐ Samstag, ☐ Sonntag

in folgendem Rhythmus:

☐ jede Woche.

☐ alle _____ ☐ Wochen / ☐ Monate.

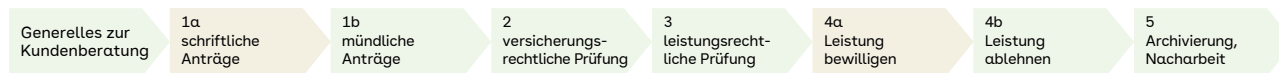
☐ _____

Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person

 Name, Vorname

 Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

 Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer/Anschrift



3. Angaben zur Rentenversicherung
3.1 Üben Sie neben der Pflegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus? ⁶⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ an insgesamt _____ Stunden wöchentlich <input type="checkbox"/> abhängig beschäftigt / <input type="checkbox"/> selbständig tätig Art der beruflichen Tätigkeit: _____
3.2 Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung? ⁷⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Name und Anschrift des Versorgungswerks, Mitgliedsnummer
3.3 Beziehen Sie eine Rente wegen Alters oder eine vergleichbare Versorgung (z. B. eine Pension) nach Erreichen einer Altersgrenze? ⁸⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ aus dem <input type="checkbox"/> Inland / <input type="checkbox"/> Ausland <input type="checkbox"/> eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung als <input type="checkbox"/> Teilrente / <input type="checkbox"/> Vollrente. Bitte fügen Sie den Rentenbescheid bei. <input type="checkbox"/> eine vergleichbare Versorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. eine Pension oder berufsständische Versorgung). Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei. Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente oder eine vergleichbare Versorgung beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zum _____; Bitte senden Sie uns nach der Bewilligung einen entsprechenden Nachweis.
4. Angaben zur Arbeitslosenversicherung
4.1 Waren Sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit arbeitslosenversicherungspflichtig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.) <input type="checkbox"/> arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt. _____ bis zum _____ Arbeitgeber <input type="checkbox"/> anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung. ⁹⁾ _____ ab/seit _____ als <input type="checkbox"/> auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung. _____ bis zum _____ Name der Agentur für Arbeit, Kundennummer
4.2 Hatten Sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III? ¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis zum _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



4.3 Besteht für Sie für die Zeit der Pfl egetätigkeit ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung? ⁹⁾

- ☐ Nein
☐ Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

 Art des Versicherungsverhältnisses

4.4 Erziehen Sie für die Zeit der Pfl egetätigkeit ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), welches das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat?

- ☐ Nein
☐ Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.5 Haben Sie während der Zeit der Pfl egetätigkeit einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III? ¹⁰⁾

- ☐ Nein
☐ Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.6 Wurde für Sie vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt?

- ☐ Nein
☐ Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.7 Wurde Ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt?

- ☐ Nein
☐ Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

C Datenschutzhinweis

Die Daten wurden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der sozialen Absicherung von Pflegepersonen nach § 44 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Bezug einer Rente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

 Unterschrift der Pflegeperson

 Ort, Datum



4a
Leistung
bewilligen

Zum Lernbeispiel von Seite 83

Ermitteln Sie die Höhe des Beitrags, den die Pflegekasse monatlich an die Rentenversicherung zahlt, und ab wann dieser gezahlt wird.

- Martha Müller ist seit 01. 03. 2025 pflegebedürftig und in den Pflegegrad 3 eingestuft.
- Martha Müller bezieht im Rahmen einer Kombinationsleistung sowohl Pflegegeld als auch Sachleistung.
- Gerda Müller pflegt ihre Mutter seit 01. 03. 2025 mehr als zehn Stunden – weitere Pflegepersonen sind nicht vorhanden.

Der monatliche Beitrag beträgt also ab 01. 03. 2025 254,60 € (1.368,80 € x 18,6 %).

Die Pflegekasse trägt die Rentenversicherungsbeiträge allein und zahlt diese direkt an die Rentenversicherung.

Sie erfassen den Vorgang und schicken Gerda Müller einen Feststellungsbescheid zu, in dem Sie auch über die Beitragshöhe informieren.

Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“ kennengelernt.

In den folgenden Fällen hat eine Meldung an den Rentenversicherungsträger zu erfolgen:

- Das Ende der Versicherungspflicht oder eine Unterbrechung der Pflege Tätigkeit für einen Zeitraum von mehr als einem vollen Kalendermonat tritt ein. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn sich die pflegebedürftige Person in stationärer Krankenhausbehandlung oder in einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation befindet (Abmeldung).
- Nach Ablauf des Kalenderjahres, wenn sich die Versicherungspflicht über den 31. 12. des Kalenderjahres hinaus erstreckt (Jahresmeldung) – diese Meldung hat bis 15. 04. des Folgejahres zu erfolgen.
- Änderungen des Namens, der Anschrift oder der Staatsangehörigkeit der Pflegeperson (Änderungsmeldung)
- die Anforderung einer Meldung nach § 194 Abs. 2 SGB VI durch den Rentenversicherungsträger (gesonderte Meldung)

GR v.
13. 12. 2016,
Ziff. IV

Die Meldung an den Rentenversicherungsträger enthält

§ 44 Abs. 3
SGB XI

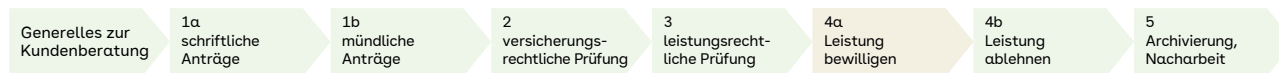
- die Versicherungsnummer, sofern diese bekannt ist,
- den Familien- und Vornamen,
- das Geburtsdatum,
- die Staatsangehörigkeit,
- die Anschrift,
- Beginn und Ende der Pflegetätigkeit,
- die Pflegegrade des Pflegebedürftigen und
- die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflegetätigkeit nach § 166 SGB VI maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

6.1.3 Meldeverfahren

Anders als bei versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmenden, hat für Pflegepersonen nicht ein Arbeitgeber, sondern die Pflegekasse, von der die pflegebedürftige Person Leistungen erhält, Meldungen vorzunehmen.

Die Grundsätze des Meldeverfahrens für Beschäftigte gelten allerdings ebenso für Pflegepersonen.

Diese Grundsätze haben Sie bereits im Lernbrief zum Thema „Meldungen der



Merke

Die Pflegekasse zahlt für Pflegepersonen, die nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI rentenversicherungspflichtig sind, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und erstattet die erforderlichen Meldungen an den zuständigen Rentenversicherungsträger.

6.2 Unfallversicherungsschutz

4a
Leistung
bewilligen

§ 44 Abs. 2a
SGB XI,
§ 2 Abs. 1
Nr. 17
SGB VII

Als weitere soziale Sicherung werden die Pflegepersonen während der pflegerischen Tätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Anspruchsberechtigt sind Pflegepersonen nur bei der Pflege eines Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2, wenn sie

- eine oder mehrere pflegebedürftige Personen
- mit mindestens Pflegegrad 2
- wenigstens zehn Stunden wöchentlich
- verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen.

Weitere Einzelheiten können Sie dem auf den Seiten 94 bis 95 abgedruckten Hinweisen des Unfallversicherungsträgers entnehmen.

6.3 Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson

4a
Leistung
bewilligen

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, werden nach den Vorschriften des SGB III in der Arbeitslosenversicherung versichert.

6.3.1 Versicherungspflicht von Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung

In der Arbeitslosenversicherung tritt Versicherungspflicht nur dann ein, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit, die mindestens zehn Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche ausgeübt wird,

§ 44 Abs. 2b
Satz 1
SGB XI,
§ 26 Abs. 2b
SGB III

- arbeitslosenversicherungspflichtig war oder
- Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte oder
- eine Antragspflichtversicherung nach § 28a SGB III vorlag

„Unmittelbarkeit“ liegt vor, wenn zwischen dem Ende der Vorversicherung bzw. des Anspruchs auf Entgeltersatzleistungen und dem Beginn der Pflegetätigkeit nicht mehr als ein Monat liegt. Darüber hinaus darf keine Arbeitslosenversicherungspflicht nach anderen Vorschriften oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bestehen.

6.3.2 Beiträge für Pflegepersonen zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung

Die Beiträge errechnen sich aus den beitragspflichtigen Einnahmen, dem Beitragssatz der Arbeitslosenversicherung und der Beitragszeit.

• Beitragspflichtige Einnahmen

Ausgangswert für die Berechnung der Beiträge von Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung sind unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung immer 50% der monatlichen Bezugsgröße. Eine Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahme findet im Fall der

§ 345 Nr. 8
SGB III



Mehrfachpflege nicht statt. Der Beitragsberechnung ist vielmehr für jede Pflegeperson die volle beitragspflichtige Einnahme zu Grunde zu legen, sofern die Pflegeperson nicht im Rahmen der Additionspflege arbeitslosenversicherungspflichtig ist. Bei der Additionspflege ist die beitragspflichtige Einnahme bei der Beitragsberechnung für die Pflegeperson anteilig für jede Pflegetätigkeit zu Grunde zu legen.

· Beitragstragung/Beitragszahlung

Die Beiträge werden alleine von der Pflegekasse getragen und von ihr gezahlt. Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde.

§ 349 Abs. 4a,
§ 347 Abs. 10
SGB III

Arbeitslosenversicherungsbeiträge der Pflegekasse für Pflegepersonen 2025				
Pflegegrad des Pflege - bedürftigen	Leistungsart	% der Bezugsgröße	Basisbetrag zur Beitrags- berechnung	Ergibt einen monatlichen Beitrag
2 -5	Pflegegeld Kombi Sachleistungen	Immer 50 %	1872,50 €	48,69 €

6.4 Leistungen bei Inanspruchnahme von Familienpflegezeiten

4a
Leistung
bewilligen

Schwere Krankheiten, die dazu führen, dass ein Familienmitglied zum Pflegefall wird, treffen Angehörige häufig unvorbereitet und erfordern viel Zeit, um sich auf die neue Situation einzustellen und neue Strukturen zu schaffen. Mit dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz sind die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege naher Angehöriger verbessert worden.

Nahe Angehörige im Sinne des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes sind Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Ge-

meinschaft, Geschwister, Schwägerinnen und Schwäger, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

6.4.1 Anspruch auf Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinde- rung

Um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, haben Beschäftigte (z.B. Arbeitnehmer, Auszubildende) das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben.

§§ 2, 7
Abs. 1
PflegeZG



Pflegeunterstützungsgeld

§ 44a Abs. 3
SGB XI

Wenn Beschäftigte für diesen Zeitraum

- keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und
- kein Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes oder
- Verletztengeld nach einem Unfall eines Kindes beanspruchen können,

haben sie Anspruch auf einen Ausgleich für das entgangene Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr.

Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag gewährt. Diesen hat der/die Beschäftigte unverzüglich unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung des behandelnden Arztes bei der Pflegekasse des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu stellen.

§ 45 Abs. 2
Satz 3, 5
i. V. m. § 46
Abs. 1 Satz
6, 7 SGB V

Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach den für die Berechnung des Kinderkrankengeldes geltenden Vorschriften.

Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt

- grundsätzlich 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt der beschäftigten Person,
- bei Bezug von beitragspflichtigen einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung von der Arbeitsleistung vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts,

- maximal allerdings 70 % der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2025 = 128,63 € kalendertäglich).

Wie das Kinderkrankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Pflegeunterstützungsgeld für Kalendertage gezahlt.

Beispiel

Linda Ebert hat sich vom 23. bis 25. 11. 2025 von der Arbeit freistellen lassen, um die Pflege für ihren Vater Lutz Ebert zu organisieren, der nach einem Schlaganfall plötzlich pflegebedürftig wurde. Während der Freistellung hat sie einen Nettoverdienstausschlag von 120 €. Einmalzahlungen werden von ihrem Arbeitgeber nicht gezahlt. Sie beantragt unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit ihres Vaters Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse von Lutz Ebert.

Folge

$120 \text{ €} : 3 \text{ Kalendertage} = 40 \text{ €}$

$40 \text{ €} \times 90 \% = 36 \text{ €} (< 128,63 \text{ €})$

Linda Ebert hat also Anspruch auf ein „Brutto-Pflegeunterstützungsgeld“ von 36 € kalendertäglich. Davon sind jedoch noch Beiträge abzuziehen.

Beitragspflicht bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Regelungen beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld orientieren sich an den Regelungen für das Krankengeld, mit der Besonderheit, dass aus dem Pflegeunterstützungsgeld



im Regelfall Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, nicht jedoch zur Pflegeversicherung, zu entrichten sind. In der Pflegeversicherung ist, in Anlehnung an die Regelung zur Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung für Krankengeld, Beitragsfreiheit bezogen auf das Pflegeunterstützungsgeld vorgesehen.

Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, gelten 80 % des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden, auf die jeweilige Beitragsbemessungsgrenze begrenzten, (Brutto-)Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahme.

Die Beitragstragung bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld ist ebenfalls an die Regelungen zur Tragung der Beiträge bei Bezug von Krankengeld angelehnt. Das heißt, die Beiträge werden, soweit sie auf die Leistung selbst entfallen, vom Leistungsbeziehenden einerseits und der Pflegekasse andererseits jeweils zu Hälfte getragen.

Sind die beitragspflichtigen Einnahmen höher als das „Brutto-Pflegeunterstützungsgeld“ (Regelfall), werden die Beiträge von dem überschreitenden Betrag von der Pflegekasse alleine getragen. Sofern ausnahmsweise das Pflegeunterstützungsgeld höher ist als die beitragspflichtige Einnahme, erfolgt die Beitragstragung vom Leistungsbeziehenden und der Pflegekasse jeweils zur Hälfte.

Der Zusatzbeitrag der gesetzlich Krankenversicherten für die Zeit des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld ist alleine von der Pflegekasse zu tragen.

Fortsetzung des Beispiels

„Brutto-Pflegeunterstützungsgeld“
= 36 € kalendertäglich

Beiträge zur Krankenversicherung:

$$36 \text{ €} \times 7,3 \% (14,6 \% : 2) = 2,63 \text{ €}$$

Beiträge zur Rentenversicherung:

$$36 \text{ €} \times 9,3 \% (18,6 \% : 2) = 3,35 \text{ €}$$

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung:

$$36 \text{ €} \times 1,3 \% (2,6 \% : 2) = 0,47 \text{ €}$$

Berechnung des „Netto-Pflegeunterstützungsgeldes“:

36,00 €

- 2,63 € (KV)

- 3,35 € (RV)

- 0,47 € (AV)

= 29,55 €

Linda Ebert bekommt für die Zeit vom 23. bis 25. 11. 2025 ein Pflegeunterstützungsgeld von 88,65 € (3 x 29,55 €) ausgezahlt.

6.4.2 Pflegezeit

Arbeitnehmende haben gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit,

§§ 3, 4
PflegeZG

- bis zu sechs Monate, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen,
- bis zu sechs Monate, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen,

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



- bis zu drei Monate für die Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase.

Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

§ 44a Abs. 1 SGB XI

Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, wenn im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4 SGB XI) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

6.4.3 Familienpflegezeit

§§ 2, 2a FPfZG

Arbeitnehmende haben gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten für die Dauer von bis zu 24 Monaten bei einer verbleibenden Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden Anspruch auf teilweise Freistellung von der Arbeit,

- wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen oder
- wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen.

Wer Familienpflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor dem gewünschten Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

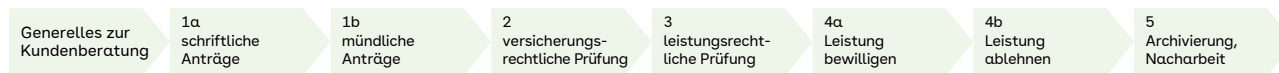
Die Pflegezeit und die Familienpflegezeit können miteinander kombiniert werden, müssen aber unmittelbar aneinander anschließen. Die Gesamtdauer aller Freistellungen darf höchstens 24 Monate betragen.

Ist die oder der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege der oder des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit bzw. die Familienpflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber ist hierüber unverzüglich zu unterrichten. Im Übrigen kann die Pflegezeit bzw. die Familienpflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

6.4.4 Kündigungsschutz

Für Beschäftigte besteht von der Ankündigung - höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn - bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der genannten Freistellungen Kündigungsschutz.

§ 5 PflegeZG, § 2 Abs. 3 FPfZG



Ihr Unfallversicherungsträger informiert:

Unfallversicherungsschutz von häuslichen Pflegepersonen

Wer ist bei uns versichert?

Alle nicht erwerbsmäßig tätigen häuslichen Pflegepersonen (z. B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn) sind bei den Unfallversicherungsträgern im kommunalen Bereich beitragsfrei versichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches XI nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen. Dabei muss die Pflegetätigkeit wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, betragen.

Die Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches XI wird durch die Pflegekassen mit Bescheid festgestellt.

„nicht erwerbsmäßig“

bedeutet, dass die Pflegepersonen für ihre Tätigkeit keine finanzielle Zuwendung erhalten, die das gesetzliche Pflegegeld übersteigt. Bei nahen Familienangehörigen wird im Allgemeinen angenommen, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig ist.

„häusliche Umgebung“

bedeutet, dass die Pflege entweder im Haushalt der pflegebedürftigen Person (auch in einer eigenen Wohnung in einem Seniorenheim), der Pflegeperson oder im Haushalt einer dritten Person geleistet wird.

Versichert sind Pflegetätigkeiten im Bereich der:

Mobilität

z. B. Unterstützung beim ins Bett bringen der pflegebedürftigen Person, beim Laufen oder beim Halten oder Korrigieren einer Sitz- oder Liegeposition innerhalb des Wohnbereichs.

kognitiven und kommunikativen

Fähigkeiten

z. B. Hilfeleistung beim Lesen der Uhrzeit oder des Datums, bei Lernspielen, Puzzles oder Gedächtnisspielen.

Verarbeitung von psychischen Problemlagen

z. B. Schutz der pflegebedürftigen Personen vor selbstschädigendem Verhalten, Beruhigung bei Angstzuständen, Sinnes-täuschungen oder Wahnvorstellungen.

Selbstversorgung

z. B. Unterstützung während des Waschens, Duschens oder Badens der pflegebedürftigen Person, bei der mündge-rechten Zubereitung der Nahrung, beim Essen und Trinken, bei dem An- und Auskleiden der pflegebedürftigen Person, bei der Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls oder bei der Benutzung eines Katheters/Urostoma.

Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie der Förderung des selbstständigen Umgangs damit

z. B. Begleitung auf Hin- und Rückwegen zu Arzt- oder Therapiebesuchen, Hilfen beim Katheterwechsel, der Entleerung des Stoma oder beim Anlegen einer Prothese.

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

z. B. Planung des Tagesablaufs, Hilfe bei der Interaktion mit anderen Personen, Organisation von sozialen Kontakten wie beispielsweise dem Schreiben von Briefen oder E-Mails.

Hilfen bei der Haushaltsführung

z. B. auf den Wegen von und zu Behörden und Banken oder während der Hausarbeiten.

Wir leisten bei:

Arbeitsunfällen

Das sind Unfälle, die mit der Pflegetätigkeit zusammenhängen.

Wegeunfällen

Das sind Unfälle auf dem Weg zum oder vom Ort der Pflegetätigkeit.

Berufskrankheiten

Das sind bestimmte Erkrankungen, die durch gesundheitsschädigende Einwirkungen während der Pflegetätigkeit entstehen und die in der Berufskrankheiten-Liste als Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung aufgeführt sind (z. B. Infektionskrankheiten oder Hauterkrankungen).

Was ist nach einem Unfall zu tun?

Wenn die Pflegeperson nach einem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, sollte sie dem Arzt oder der Ärztin unbedingt sagen, dass sie den Unfall bei der Pflege erlitten hat und die zu pflegende Person als pflegebedürftig anerkannt ist. Außerdem muss der Unfall innerhalb von drei Tagen dem zuständigen Unfallversicherungsträger gemeldet werden. Tödliche Unfälle sind sofort anzuzeigen. Für den Fall, dass es der pflegebedürftigen Person – etwa aus Alters- oder Gesundheitsgründen – nicht möglich ist, den Unfall selbst zu melden, kann dies auch von Familienangehörigen oder von der Pflegeperson übernommen werden.

Was leisten wir?

Pflegepersonen erhalten nach einem Unfall oder bei einer Berufskrankheit die im Gesetz vorgesehenen Leistungen:

umfassende Heilbehandlung

z. B. ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel, Transport- und Fahrtkosten,

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



berufliche und soziale Rehabilitation

z. B. Umschulung, Hilfen im Haushalt,

Geldleistungen

z. B. Verletztengeld, Versichertenrente, Hinterbliebenenrente.

Wer trägt die Kosten?

Weder Pflegepersonen noch Pflegebedürftige zahlen Beiträge. Die Kosten für die Pflege-Unfallversicherung tragen die Gemeinden. Zuständig ist derjenige kommunale Versicherungsträger, in dessen Bereich der Ort der Pflegetätigkeit (Pflegehaushalt) liegt.

Versicherung nach anderen Vorschriften

Unfallversichert sind Pflegepersonen auch, wenn die Pflege

- aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses mit der pflegebedürftigen Person,
- in landwirtschaftlichen Haushaltungen,
- durch Beschäftigte von ambulanten Pflegediensten oder Selbstständige erfolgt.

Von der pflegebedürftigen Person angestellte Pflegepersonen und Haushaltshilfen sind bei den kommunalen Unfallversicherungsträgern gegen Beitrag versichert. Sie müssen dort angemeldet werden. In den anderen Fällen ist die Berufsgenossenschaft zuständig.

Wer ist Ihr Ansprechpartner?

In Baden-Württemberg

Unfallkasse Baden-Württemberg

Hauptsitz Stuttgart:

Postfach 600604, 70306 Stuttgart
Tel.: 0711 9321-0

Sitz Karlsruhe:

Postanschrift: 76128 Karlsruhe
Tel.: 0721 6098-0

In Bayern

Kommunale Unfallversicherung Bayern
Postanschrift: 80791 München
Tel.: 089 360 93-0

In Berlin

Unfallkasse Berlin
Postfach 49 03 66, 12283 Berlin
Tel.: 030 7624-0

In Brandenburg

Unfallkasse Brandenburg
Postfach 11 13, 15201 Frankfurt
Tel.: 0335 5216-0

In Bremen

Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen
Konsul-Smidt-Str. 76 a, 28217 Bremen
Tel.: 0421 35012-0

In Hamburg

Unfallkasse Nord
Standort Hamburg
Spohrstraße 2, 22083 Hamburg
Tel.: 040 27153-0

In Hessen

Unfallkasse Hessen
Postfach 10 10 42, 60010 Frankfurt
Tel.: 069 29972-440

In Mecklenburg-Vorpommern

Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 199, 19053 Schwerin
Tel.: 0385 5181-0

In Niedersachsen

Braunschweigischer
Gemeinde-Unfallversicherungsverband
Postfach 15 42, 38005 Braunschweig
Tel.: 0531 27374-0

Gemeinde-Unfallversicherungsverband

Hannover
Postfach 81 03 61, 30503 Hannover
Tel.: 0511 8707-0

Gemeinde-Unfallversicherungsverband
Oldenburg
Postfach 27 61, 26017 Oldenburg
Tel.: 0441 77909-0

In Nordrhein-Westfalen

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Regionaldirektion Rheinland
Moskauer Straße 18, 40227 Düsseldorf
Tel.: 0211 2808-0

Regionaldirektion Westfalen-Lippe
Salzmannstraße 156, 48159 Münster
Tel.: 0251 2102-0

In Rheinland-Pfalz

Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Postanschrift: 56624 Andernach
Tel.: 02632 960-0

Im Saarland

Unfallkasse Saarland
Postfach 20 02 80, 66043 Saarbrücken
Tel.: 06897 9733-0

In Sachsen

Unfallkasse Sachsen
Postfach 42, 01651 Meißen
Tel.: 03521 724-0

In Sachsen-Anhalt

Unfallkasse Sachsen-Anhalt
Käuperstraße 31, 39261 Zerbst
Tel.: 03923 751-0

In Schleswig-Holstein

Unfallkasse Nord
Standort Kiel
Seekoppelweg 5 a, 24113 Kiel
Tel.: 0431 6407-0

In Thüringen

Unfallkasse Thüringen
Postfach 10 03 02, 99853 Gotha
Tel.: 03621 777-0

Herausgeber

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
Fax: 030 13001-9876
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Stand: Dezember 2022

Weitere Informationen

Weitere Informationen rund um die häusliche Pflege finden Sie im Internet unter:
► www.dguv.de, Webcode: d1754

Sie haben Fragen?

Wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Unfallkasse oder an die Infoline der gesetzlichen Unfallversicherung unter der kostenfreien Telefonnummer:

0800 6050404 (Mo-Fr 8:00 – 18:00 Uhr)

oder schreiben Sie eine E-Mail an
info@dguv.de.



7 Pflegekurse

4a Leistung bewilligen

§ 45 Abs. 1
SGB XI

GR v.
19. 12. 2024
zu § 45
SGB XI

Pflegende Angehörige und sonstige an der ehrenamtlichen Pflege interessierte Personen haben Anspruch auf die kostenlose Teilnahme an Pflegekursen. Die AOK ist verpflichtet, entsprechende Kurse anzubieten.

Für den Anspruch auf die Teilnahme an Pflegekursen ist es nicht erforderlich, dass

- die Anspruchsvoraussetzungen nach § 19 SGB XI (Pflegepersonen) erfüllt werden,
- die zu pflegende Person pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI ist oder
- der/die Teilnehmende in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist.

In den Kursen werden Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt und vertieft, die zur Pflege Tätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Gleichzeitig soll vermieden werden, dass der Pflegende durch die Pflege Tätigkeit (z.B. falsche Hebetechnik) Schaden nimmt.

Nicht nur die Unterstützung bei der Vermeidung körperlicher, sondern auch seelischer Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Pflegehilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und die „Anwerbung“ neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein.

§ 45 Abs. 2
SGB XI

Die Pflegekassen können die Kurse selbst mit eigenem Personal oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen oder mithilfe geeigneter anderer Einrichtungen durchführen lassen.

Die AOK entwickelt, organisiert oder unterstützt die Durchführung von Pflegekursen und kann sich hier oftmals auch neuen Kunden präsentieren.

Der/die AOK-Kundenberater/-in und die Pflegefachkraft der AOK sollten deshalb Kontakt zu ehrenamtlichen Pflegepersonen aufnehmen, um auf die Pflegekurse der AOK hinzuweisen und in Beratungsgesprächen auf die Bedeutung des Angebots aufmerksam zu machen.

Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt.

§ 45 Abs. 1
Satz 3 SGB XI

Merke

Pflegende Angehörige und sonstige an der ehrenamtlichen Pflege interessierte Personen haben Anspruch auf kostenlose Teilnahme an Pflegekursen.

Pflegekurse sollen die Pflegebereitschaft ehrenamtlicher Pflegepersonen fördern und Hilfestellung in physisch und psychisch belastenden Pflegesituationen geben. Die AOK ist verpflichtet, entsprechende Kurse anzubieten.



Stand: 18.12.2024

**Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2025
an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick**

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
		Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich oder Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich Kombinationsleistung	- *	347,00 796,00*	599,00 1.497,00*	800,00 1.859,00*	990,00 2.299,00*
Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden.						
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	224,00	224,00	224,00	224,00	224,00
Entlastungsbetrag	Leistungsbetrag von bis zu € monatlich	131,00	131,00	131,00	131,00	131,00

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

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Verhinderungspflege*** • durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	-	520,50 (1,5-faches von 347,00)	898,50 (1,5-faches von 599,00)	1.200,00 (1,5-faches von 800,00)	1.485,00 (1,5-faches von 990,00)
			1.685,00	1.685,00	1.685,00	1.685,00
			Der Leistungsbetrag von 1.685 Euro kann um bis zu 843 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.528 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.			
Verhinderungspflege bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben*** • durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	-			1.600,00 (2-faches von 800,00)	1.685,00 (2-faches von 990,00, begrenzt auf 1.685,00**)
					1.685,00	1.685,00
			Der Leistungsbetrag von 1.685 Euro kann um bis zu 1.854 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.539 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.			
Kurzzeitpflege***	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	*	1.854,00*	1.854,00*	1.854,00*	1.854,00*
			Der Leistungsbetrag von 1.854 Euro kann um bis zu 1.685 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.539 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.			

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.
 ** Begrenzung auf den regulären Leistungsbetrag, sofern nicht zusätzlich eine Umwidmung von Mitteln der Kurzzeitpflege erfolgt.
 *** Ab dem 1. Juli 2025 können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen in Höhe von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen. Bei der Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder sind die Pflegeaufwendungen grundsätzlich auf den je nach Pflegegrad geltenden Pflegegeldbetrag für bis zu zwei Monate begrenzt.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	*	721,00*	1.357,00*	1.685,00*	2.085,00*
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal € monatlich	131,00	805,00	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.			
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	-	15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung, höchstens 278 € monatlich			
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich		42,00			
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel, zu leisten.			
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		4.180 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.720 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)			
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen von insgesamt bis zu € monatlich		53,00			

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

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich	-	188,07	299,53	487,60	696,57
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	€ monatlich	-	48,69			
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung**** Pflegeversicherung	213,46 44,94				
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr	90 % – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts				

**** Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 2,5 % in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Stand: 18.12.2024

Weitere Leistungen und Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick			Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung		
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen <ul style="list-style-type: none"> • auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mitberücksichtigt (Fallmanagement) • auf Wunsch kann die Pflegeberatung zusätzlich durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erbracht werden • 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 bzw. dem Pflegebedürftigen zu Hause • pflegende Angehörige können mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten • Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann 	x x x x x	x x x 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 den Versicherten und ggf. Personen oder Institutionen seines Vertrauens, die bei der Umsetzung unterstützen können.	x	x		

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Zur Stärkung der Pflege bei		
häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung	
<ul style="list-style-type: none"> Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet <ul style="list-style-type: none"> Leistungs- und Preisvergleichslisten <ul style="list-style-type: none"> – über zugelassene Pflegeeinrichtungen, – über Angebote zur Unterstützung im Alltag Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers. Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck. Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet und in anderer geeigneter Form darüber hinaus <ul style="list-style-type: none"> verständliche, übersichtliche und vergleichbare Informationen über die Qualität der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen. 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x 	<ul style="list-style-type: none"> x 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- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	x	



8 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Aufgabe 1

Nennen Sie vier Leistungsgrundsätze der Pflegeversicherung mit Angabe der rechtlichen Grundlage.

2. Sachverhalt

Herbert Lange, geb. 10. 07. 1939, stellt am 28.10. 2025 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse der AOK. Der MD nimmt am 25.11. 2025 eine Untersuchung vor und erstellt ein Pflegegutachten.

Aus dem Pflegegutachten gehen folgende Informationen hervor:

- Es liegt eine körperliche Behinderung vor.
- Der festgestellte Pflegebedarf liegt auf Dauer vor, es ist mit zunehmendem Hilfebedarf zu rechnen.
- Die Pflege ist sichergestellt.

Herbert Lange ist wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Hilfe anderer angewiesen. Aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen seiner Selbstständigkeit und Fähigkeiten werden im Gutachten folgende Einzelpunkte festgestellt:

Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 2.1

Prüfen Sie, ob Herr Lange pflegebedürftig ist. Welcher Pflegegrad liegt ggf. vor?

Fortsetzung des Sachverhalts

Gehen Sie unabhängig vom Ergebnis zu Aufgabe 2.1 davon aus, dass der MD einen Pflegebedarf im Rahmen des Pflegegrads 2 festgestellt hat. Der MD hat den Beginn der Pflegebedürftigkeit auf den 01. 09. 2025 festgesetzt.

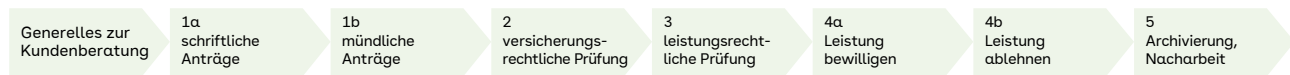
Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 2.2

Stellen Sie fest, ab wann Herbert Lange einen Anspruch auf Pflegeleistungen hat. Gehen Sie davon aus, dass Herr Lange die Vorversicherungszeit erfüllt hat.

Modul	Summe Einzelpunkte	gewichtete Einzelpunkte
1. Mobilität	6	7,50
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	5	7,50
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	4	7,50
4. Selbstversorgung	15	20,00
5. Bewältigung von selbstständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	11	5,00
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	3	3,75



Fortsetzung des Sachverhalts

Herbert Lange hat die Kombinationsleistung beantragt, da er die Pflege zum einen durch seine Frau Christiane sicherstellen kann und zum anderen für das Baden den ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen möchte.

Er hat sich nicht für einen festen Aufteilungssatz zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld entschieden. Die AOK zahlt ihm nach Vorliegen der Rechnung des Pflegedienstes über die Pflegesachleistungen das Pflegegeld im Nachhinein aus.

Vom 07. bis 22.11. 2025 wird Herr Lange vollstationär im Krankenhaus behandelt.

Der ambulante Pflegedienst reicht folgende Rechnungen bei der Pflegekasse ein:

Oktober 2025 = 200 €

November 2025 = 110 €

Aufgabe 2.3

Berechnen Sie das anteilige Pflegegeld für die Monate Oktober und November 2025.

Fortsetzung des Sachverhalts

Herbert Lange wohnt in einer Altbauwohnung. Er beantragt unter Vorlage eines Kostenvoranschlags der Firma Kick in Höhe von 4.300 € einen Zuschuss für bauliche Maßnahmen zum Badezimmerumbau, um einerseits wieder etwas selbstständiger leben zu können und andererseits in Bereichen, wo er auf Hilfe angewiesen ist, die häusliche Pflege, insbesondere für seine Frau Christiane, zu erleichtern.

Die Pflegefachkraft der AOK bestätigt nach einem Hausbesuch die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme.

Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 2.4

In welcher Höhe kann die AOK ggf. einen Zuschuss für den geplanten Badezimmerumbau gewähren?

Aufgabe 2.5

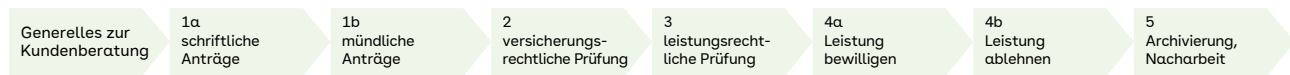
Welche der bisher von Herbert Lange in Anspruch genommenen Leistungen könnte die Pflegekasse übernehmen, wenn eine Einstufung in den Pflegegrad 1 vorliegen würde?

3. Sachverhalt

Romi Ende ist seit 20 Jahren bei der AOK versichert. Vor zwei Jahren stellte der MD bei ihr Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 3) fest. Ihre Tochter Linda Ambach übernahm als Pflegeperson die Pflege in der gemeinsamen Wohnung.

Die Pflegekasse der AOK zahlt seit 01. 07. 2024 Pflegegeld.

Linda Ambach macht vom 06. bis 29. 07. 2025 Urlaub. Während dieser Zeit pflegt ihr Bruder Klaus Ende seine Mutter. Klaus Ende hat für diese Zeit unbezahlten Urlaub genommen, sein Arbeitgeber bescheinigt ihm einen Verdienstausschlag in Höhe von 1.120 €. Fahrkosten entstehen Klaus Ende nicht.



Zusätzlich zum Verdienstausschlag stellt Klaus Ende 500,00 € als Aufwandsentschädigung in Rechnung.

Ergänzende Angaben

Leistungen der Kurzzeitpflege sind in 2025 noch nicht in Anspruch genommen.

Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 3.1

In welcher Höhe kann die Pflegekasse der AOK Leistungen der Verhinderungspflege vom 06. bis 29. 07. 2025 übernehmen?

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz mit Angabe der Rechtsvorschrift.

Aufgabe 3.2

In welcher Höhe würde die Pflegekasse die Leistungen der Verhinderungspflege übernehmen, wenn Linda Ambach einen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften hätte?

4. Sachverhalt

Leo Tauchert ist seit 01. 01. 2025 pflegebedürftig (Pflegegrad 3).

Er wird von seiner Tochter Sandra Tauchert gepflegt und erhält Pflegegeld von der Pflegekasse der AOK.

Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ist bisher von Leo Tauchert noch nicht in Anspruch genommen worden.

Der Rentenversicherungsträger bewilligt Sandra Tauchert vom 10. – 31. 10. 2025 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Für diesen Zeitraum soll Leo Tauchert erstmalig vollstationär im Alten- und Pflegeheim Sonnenschein aufgenommen werden.

Im Alten- und Pflegeheim Sonnenschein entstehen pro Tag folgende Kosten:

Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für soziale Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege: 95,00 €

Kosten für Unterkunft und Verpflegung: 22,00 €

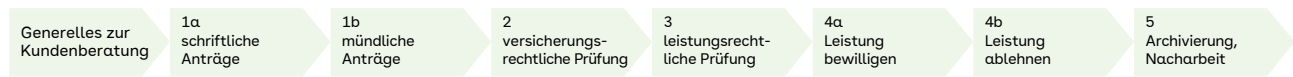
Investitionskosten: 18,00 €

Ergänzende Angaben

Das Alten- und Pflegeheim Sonnenschein ist eine zugelassene Pflegeeinrichtung im Sinne der § 71 Abs. 2, § 72 SGB XI. Gehen Sie davon aus, dass im Fall von Leo Tauchert eine teilstationäre Pflege nicht ausgereicht hätte. Im Antrag auf Kurzzeitpflege gibt Herr Tauchert an, dass auch die Mittel der Verhinderungspflege herangezogen werden können.

Verhinderungspflege wurde in 2025 noch nicht in Anspruch genommen.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten



Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei- Schritt-Methode.

Aufgabe 4.1

Stellen Sie fest, ob und ggf. in welcher Höhe sich die Pflegekasse der AOK an den Kosten der vorübergehenden vollstationären Unterbringung des Leo Tauchert beteiligt. Gehen Sie auch darauf ein, an wen eventuelle Leistungen ausgezahlt werden.

Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 4.2

Hat Leo Tauchert im Oktober 2025 Anspruch auf anteiliges Pflegegeld, ggf. in welcher Höhe?



9 Lösungen zu den Übungen im Text

Lösung zu 1.1

Trine Trulleström hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erfüllt. Ab 01. 10. 2025 besteht ein Anspruch auf Pflegeleistungen.

Begründung

§ 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB XI

[hier:]

Die jeweilige Versicherungszeit muss vor dem Zeitpunkt der Antragstellung zurückgelegt worden sein. Demnach ist eine rückwärtsverlaufende Rahmenfrist zu bilden.

[also:]

Die maßgebende Rahmenfrist verläuft vom 14. 10. 2015 bis 13. 10. 2025.

§ 33 Abs. 3 SGB XI

[hier:]

Die unmittelbar und ununterbrochen vor der laufenden Mitgliedschaft zurückgelegte Versicherungszeit in der privaten Pflegeversicherung ist zu berücksichtigen.

[also:]

Anzurechnende Vorversicherungszeiten innerhalb der maßgebenden Rahmenfrist:

01. 08. 2023 bis
31. 07. 2024 = 12 Monate

01. 08. 2024 bis
13. 10. 2025 = 14 Monate und 13 Tage

insgesamt: = 26 Monate und 13 Tage

Trine Trulleström hat zum Zeitpunkt der Antragstellung die erforderliche Vorversicherungszeit von zwei Jahren (24 Monate) innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung erfüllt und hat daher einen Anspruch auf Pflegeleistungen.

§ 33 Abs. 1 Satz 3 SGB XI

[hier:]

Trine Trulleström beantragt am 14. 10. 2025 Leistungen bei der Pflegekasse. Der MD stellt fest, dass Pflegebedürftigkeit seit 01. 09. 2025 vorliegt. Pflegebedürftigkeit lag schon im Kalendermonat vor Antragstellung vor.

[also:]

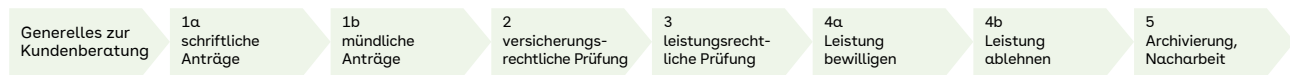
Die Pflegeleistungen werden vom Beginn des Monats der Antragstellung, also ab 01. 10. 2025, erbracht.

Lösung zu 1.2

Die Pflegeleistungen werden ab Antragstellung gewährt, also ab 14. 10. 2025.

Lösung zu 2

Paula Hagemann erhält vom 22. 04. 2025 an Pflegeleistungen. Die Leistungen werden ab dem Tag der Antragstellung gewährt, es sei denn Pflegebedürftigkeit lag auch schon im Monat vor Antragstellung vor. Bei Frau Hagemann wurde der Beginn der Pflegebedürftigkeit mit dem 01. 04. 2025 festgelegt. Der Antrag wurde im gleichen Monat gestellt. Der Leistungsbeginn ist also mit dem 22. 04. 2025 festzulegen.



Lösung zu 3

Es gilt die 25-Arbeitstage-Frist.

Fristbeginn: 07. 01. 2025

Fristende: 10. 02. 2025

Fristbeginn 1. Woche der Fristüberschreitung: 11. 02. 2025

Fristende 1. Woche der Fristüberschreitung: 17. 02. 2025

Fristbeginn 2. Woche der Fristüberschreitung: 18. 02. 2025

Fristende 2. Woche der Fristüberschreitung: 24. 02. 2025

Die Pflegekasse hätte den Bescheid bis spätestens zum 10. 02. 2025 erteilt haben müssen. Da der Bescheid jedoch erst am 21. 02. 2025 erteilt wurde, ist die Pflegekasse zur Zahlung von (70,00 € x 2 =) 140,00 € verpflichtet.

Lösung zu 4

§ 34 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 SGB XI

Das Pflegegeld wird auch während des vierwöchigen Auslandsaufenthalts von Herbert Beifuß weitergewährt.

Lösung zu 5

Frieda Blastedt erhält im Mai 2025 800 € und im Juni 2025 613,33 € Pflegegeld.

Grundsätzlich ruht der Anspruch auf Pflegegeld für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI. Allerdings ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung das Pflegegeld weiter zu zahlen (§ 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein (GR v. 19. 12. 2024 zu § 37 SGB XI, Ziff. 2.2.2 Abs. 1).

Die Vier-Wochen-Frist im Fall von Frieda Blastedt beginnt am 21. 05. und endet am 17. 06. 2025. Somit ist das Pflegegeld für den Monat Mai 2025 ungekürzt in Höhe von 800 € zu zahlen. Da der Anspruch auf Pflegegeld im Monat Juni nicht für einen vollen Kalendermonat besteht, ist das Pflegegeld entsprechend zu kürzen. Dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Demnach ist das Pflegegeld im Juni 2025 für die Zeit vom 01. 06. – 17. 06. 2025 = 17 Tage und vom 25. 06. (Entlassungstag) – 30. 06. 2025 = 6 Tage zu zahlen sodass Frieda Blastedt noch 613,33 € (800 € x 23 Tage : 30 Tage) erhält.



Lösung zu 6

Karl Schmitz hat im September 2025 die ihm zustehende Sachleistung zu 66,12 % ($1.520 \text{ €} \times 100 : 2.200 \text{ €}$) in Anspruch genommen. Somit kann er für September 2025 noch 33,88 % Pflegegeld des Pflegegrads 5 beanspruchen.

Das sind 335,41 € ($990 \text{ €} \times 33,88 \%$).

Lösung zu 7.1

Für Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, gelten die gleichen gesetzlichen Bestimmungen wie für Verwandte und Verschwägernte bis zum zweiten Grad. Wird die Ersatzpflege länger als acht Wochen (56 Kalendertage) erbracht, ist Erwerbsmäßigkeit anzunehmen. Eine Beschränkung auf den Betrag des Pflegegeldes erfolgt nicht.

Die Lebensgefährtin Biggi Rose ist nicht verwandt oder verschwägert mit Oliver Kant. Sie leben jedoch gemeinsam in einem Haushalt.

Oliver Kant zahlt für die Pflege 2.100 € ($35 \text{ €} \times 60 \text{ Tage}$) an seine Lebensgefährtin. Weitere Aufwendungen wie z.B. Verdienstausschlag, Fahrkosten, werden nicht nachgewiesen.

Oliver Kant bekommt im Rahmen der Verhinderungspflege 1.960 € ($35 \text{ €} \times 56 \text{ Tage}$) von der AOK für seine Aufwendungen erstattet.

Lösung zu 7.2

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist in zweifacher Hinsicht – von der Dauer her und auf einen Höchstbetrag – begrenzt.

Es besteht für das Kalenderjahr 2024 kein Anspruch auf Verhinderungspflege mehr, da die Höchstanspruchsdauer von sechs Wochen ausgeschöpft worden ist.

Lösung zu 7.3

Pflegegeld für Juli 2025:

volles Pflegegeld für den 01. 04. 2025

$347 \text{ €} : 30 = 11,57 \text{ €}$

hälftiges Pflegegeld vom 02. bis 30. 04. 2025

$347 : 2 = 173,50 \text{ €}$

$173,50 \text{ €} (173,50 \text{ €} \times 30 \text{ Tage} : 30)$

insgesamt also 185,07 € ($11,57 \text{ €} + 173,50 \text{ €}$)

Pflegegeld für August 2025:

volles Pflegegeld vom 25. bis 31. 08. 2025 = 7 Tage

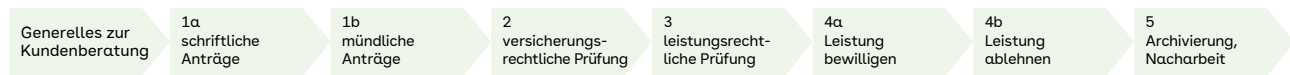
$347 \text{ €} \times 7 \text{ Tage} : 30 = 80,97 \text{ €}$

hälftiges Pflegegeld vom 01. 08. – 24. 08. 2025

$173,50 \text{ €} \times 24 : 30 = 138,80 \text{ €}$

insgesamt also 219,77 € ($80,97 \text{ €} + 138,80 \text{ €}$)

Mit dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 25. 08. 2025 und der ab diesem Zeitpunkt weiterhin sichergestellten Pflege, besteht Anspruch auf volles Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend des festgestellten Pflegegrads.



Lösung zu 8

Herta Bratbecker hat Anspruch auf eine Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln. Sie hat eine Zuzahlung in Höhe von 10 € zu leisten.

Begründung

§ 40 Abs. 1 SGB XI

[hier:]

Herta Bratbecker ist pflegebedürftig und wird zu Hause gepflegt. Der MD hat einer Versorgung Herta Bratbeckers mit einem technischen Pflegehilfsmittel zugestimmt.

[also:]

Herta Bratbecker hat Anspruch auf Versorgung mit einem technischen Pflegehilfsmittel.

§ 40 Abs. 5 Satz 3, 5 SGB XI

[hier:]

Die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V wurde noch nicht erreicht. Die Kosten des Pflegehilfsmittels betragen 350 €. 10 % dieses Betrags sind 35 €.

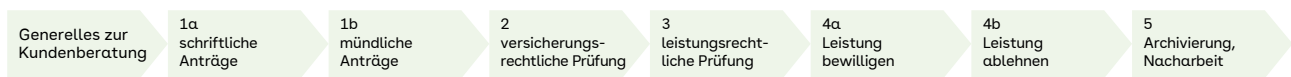
[also:]

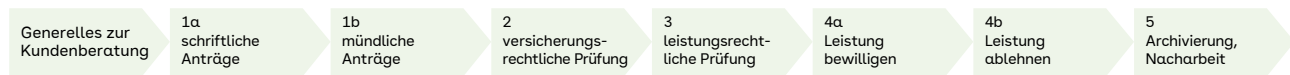
Da bei sog. doppelфункционаlen Hilfsmitteln je Hilfsmittel eine Zuzahlung von höchstens 10 € zu zahlen ist, hat Herta Bratbecker eine Zuzahlung in Höhe von 10 € zu leisten.

Lösung zu 9

Der AOK-Sachberater wird Britta Speers schriftlich an die Durchführung des Beratungsbesuchs erinnern und darauf hinweisen, dass das Pflegegeld vom 01. 12. 2025 an zu kürzen ist, wenn der Nachweis über einen Beratungseinsatz nicht bis 30. 11. 2025 erbracht wird.

4.13 · Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten





10 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

- Hilfe zur selbstbestimmten Lebensführung (§ 2 SGB XI)
- Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI)
- Vorrang von Prävention, Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation (§§ 5, 31 SGB XI)
- Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 4 Abs. 3, § 29 Abs. 1 SGB XI)
- Leistungsanspruch für Beihilfe- und Heilfürsorgeberechtigte (§ 28 Abs. 2 SGB XI)
- aktivierende Pflege (§ 28 Abs. 4 SGB XI)
- Recht auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)

Hinweis

Es waren lediglich vier Grundsätze zu nennen.

Lösung zu 2.1

Herbert Lange ist pflegebedürftig. Bei ihm wird der Pflegegrad 2 festgestellt.

Begründung

§ 14 Abs. 1 Sätze 1 und 2 und Abs. 2 SGB XI

[hier/also:]

Herbert Lange benötigt aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen Hilfe durch andere Personen.

§ 14 Abs. 1 Satz 3 SGB XI

[hier:]

Der festgestellte Pflegebedarf liegt auf Dauer vor.

[also:]

Herbert Lange ist pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, wenn der Hilfebedarf in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere besteht.

§ 15 Abs. 1 und 3 SGB XI

[hier:]

Die Begutachtung hat in den für die Bewertung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten maßgeblichen 6 Modulen bei Herbert Lange einen Gesamtpunktwert von 43,75 ergeben.)

[also:]

Herbert Lange ist pflegebedürftig. Bei ihm liegt der Pflegegrad 2 vor.

Lösung zu 2.2

Herbert Lange hat einen Anspruch auf Pflegeleistungen ab 01. 10. 2025.

Begründung

§ 33 Abs. 1 Satz 1 – 3 SGB XI

[hier:]

Herbert Lange hat am 28. 10. 2025 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. Der Antrag wurde nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, gestellt, sondern später.

[also:]

Herr Lange hat Anspruch auf Pflegeleistungen ab 01. 10. 2024.



Lösung zu 2.3

Das anteilige Pflegegeld beträgt für den Monat Oktober 259,80 € und für den Monat November 299,04 €.

Berechnung für Oktober

Sachleistung für den Monat: 200 €

Sachleistungshöchstanspruch: 796 €

Anspruchsausschöpfung:
 $200 \text{ €} \times 100 : 796 \text{ €} = 25,13 \%$

Pflegegeldanspruch:
 $347 \text{ €} \times 74,87 \% = \underline{259,80 \text{ €}}$

Berechnung für November

Anteil der Pflegesachleistung

$110 \text{ €} \times 100 : 796 \text{ €} = 13,82 \%$

Pflegegeldanspruch

$347 \text{ €} \times 86,18 \% = 299,04 \text{ €}$

(Pflegegeld wird für die ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung weitergezahlt!)

Lösung zu 2.4

Die AOK kann einen Zuschuss für den geplanten Badezimmerumbau in Höhe von 4.180 € gewähren.

Begründung

§ 40 Abs. 4 Satz 1 SGB XI

[hier:]

Herbert Lange beantragt den Zuschuss für eine bauliche Maßnahme mit dem Ziel, wieder ein selbstständigeres Leben führen zu können und

in den Bereichen, wo er auf Hilfe angewiesen ist, die Pflege zu erleichtern. Die Pflegefachkraft bestätigt, dass durch die geplante Umbaumaßnahme diese Ziele erreicht werden können.

[also:]

Die Pflegekasse kann einen Zuschuss für den von Herbert Lange geplanten Badezimmerumbau gewähren.

§ 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI

[hier:]

Es liegt ein Kostenvoranschlag für den Umbau in Höhe von 4.300 € vor.

[also:]

$4.300 \text{ €} > 4.180 \text{ €}$.

Die AOK kann einen Zuschuss für den Badezimmerumbau in Höhe von max. 4.180 € gewähren.

Voraussetzung für die Auszahlung des Zuschusses ist die Vorlage entsprechender Rechnungen.

Lösung zu 2.5

Leistungsart	Anspruch?	Rechtsgrundlage
Pflegegeld	Nein	§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB XI
Sachleistungen	Ja – bis zu 131 € mtl.	§ 28a Abs. 2 i.V.m. 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Ja	§ 28a Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. § 40 Abs. 4 SGB XI



Lösung zu 3.1

Die Pflegekasse kann für die Verhinderungspflege von Romi Ende 1.620,00 € übernehmen.

Begründung

§ 39 Satz 1, 2 SGB XI

[hier:]

Linda Ambach pflegt ihre Mutter Romi Ende in der häuslichen Umgebung.

Sie möchte vom 06. bis 29. 07. 2025 Urlaub machen, das sind insgesamt 24 Tage (< acht Wochen).

[also:]

Die Pflegekasse kann die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege übernehmen.

§ 39 Abs. 3 Satz 2 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 39 SGB XI, Ziff. 2.2

[hier:]

Klaus Ende ist der Sohn von Romi Ende.

[also:]

Da davon auszugehen ist, dass Klaus Ende die Pflege nicht erwerbsmäßig ausübt, sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades beschränkt. Bei einer Inanspruchnahme der Ersatzpflege ist der 2-fache Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades zugrunde zu legen ist.

§ 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 39 SGB XI, Ziff. 2.2

[hier:]

Romi Ende ist in den Pflegegrad 3 eingestuft worden, sie hat für 24 Tage Verhinderungspflege beantragt.

[also:]

$599 \text{ €} \times 2 = 1.198 \text{ €}$

$500,00 \text{ €} < 859,50 \text{ €}$

§ 39 Abs. 3 Satz 3 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 39 SGB XI, Ziff. 2.2

[hier:]

Klaus Ende hat eine Bescheinigung seines Arbeitgebers über einen Verdienstausschlag während seines unbezahlten Urlaubs in Höhe von 1.120 €.

[also:]

Klaus Ende bekommt zusätzlich zum Pflegegeld seinen Verdienstausschlag erstattet.

$1.120 \text{ €} + 500,00 \text{ €} = 1.620,00 \text{ €}$

§ 39 Abs. 3 Satz 4 SGB XI

[hier:]

Kurzzeitpflege ist bisher nicht in Anspruch genommen worden.

[also:]

Die Pflegekasse kann grundsätzlich für die Verhinderungspflege von Romi Ende 1.612,00 € übernehmen, da noch der komplette Gemeinsame Jahresbeitrag nach § 42a SGB XI zur Verfügung steht ($1.612 \text{ €} < 3.539 \text{ €}$).



Lösung zu 3.2

Die Pflegekasse würde 810 € (1.620 € : 2) im Rahmen der Verhinderungspflege übernehmen.

§ 28 Abs. 2 SGB XI

Lösung zu 4.1

Die Pflegekasse der AOK übernimmt die gesamten Kosten für die vollstationäre Unterbringung von Leo Tauchert im Alten- und Pflegeheim Sonnenschein. Dabei werden im Rahmen der Kurzzeitpflege 1.222,10 € direkt an das Alten- und Pflegeheim Sonnenschein gezahlt und im Rahmen der zusätzlichen Betreuungsleistungen 664,40 € gegen Vorlage der Rechnung an Leo Tauchert erstattet.

Kurzzeitpflege:

§ 42 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 2 SGB XI

[hier:]

Der Ausfall von Sandra Tauchert (Pflegeperson) aufgrund ihrer stationären Rehabilitationsmaßnahme führt dazu, dass die häusliche Pflege nicht erbracht werden kann und eine teilstationäre Pflege für Leo Tauchert nicht ausreicht.

[also:]

Leo Tauchert hat Anspruch auf die vollstationäre Pflege im Alten- und Pflegeheim Sonnenschein.

§ 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI

[hier:]

Sandra Tauchert kann aufgrund ihrer stationären Rehabilitation für den Zeitraum vom 10. bis 31. 10. 2024 (22 Tage) die Pflege ihres Vaters erstmalig in diesem Kalenderjahr nicht übernehmen.

[also:]

Leo Tauchert hat für den gesamten Zeitraum vom 10. bis 31. 10. 2025 (22 < 56 Tage) Anspruch auf Kurzzeitpflege.

§ 42 Abs. 2 Satz 2 und 3 i.V.m. § 42a SGB XI

[hier:]

Die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für soziale Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Alten- und Pflegeheim Sonnenschein betragen:

22 Tage x 95,00 € = 2.090 €

Verhinderungspflege ist in diesem Jahr noch nicht in Anspruch genommen worden.

2.090 € < 3.539 €

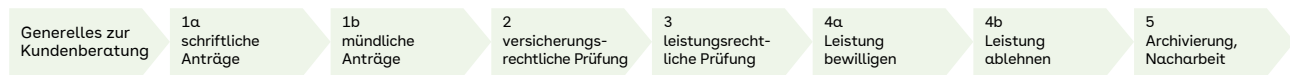
[also:]

Die Pflegekasse der AOK übernimmt im Rahmen der Kurzzeitpflege die gesamten Kosten der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen für soziale Betreuung und der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Leo Tauchert in Höhe von 2.090,00 €.

GR v. 19. 12. 2024 zu § 42 SGB XI, Ziff. 5.1 Abs. 7

[hier/also:]

Die AOK zahlt den Betrag in Höhe von 2.090,00 € unmittelbar an das Alten- und Pflegeheim Sonnenschein.



Entlastungsbetrag

§ 45b Abs. 1 Satz 1 SGB XI

[hier:]

Leo Tauchert ist pflegebedürftig.

[also:]

Leo Tauchert kann den Entlastungsbetrag in Anspruch nehmen.

§ 45b Abs. 1 Satz 2, 3 und Abs. 2 Satz 3 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 45b SGB XI, Ziff. 2, 3

[hier:]

Im Alten- und Pflegeheim Sonnenschein entstehen für Leo Tauchert noch folgende zusätzliche Kosten:

Kosten für Unterkunft und Verpflegung: 22,00 € x 22 Tage = 484,00 €

Investitionskosten:
18,00 € x 22 Tage = 396,00 €

gesamt = 880,00 €

Anspruch auf den Entlastungsbetrag:

Januar bis Oktober 2025 = 10 Monate

10 Monate x 131 € = 1.310 €

880,00 € < 1.310 €

[also:]

Die AOK erstattet Leo Tauchert die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten in Höhe von 880,00 € gegen Vorlage der Rechnung.

Lösung 4.2

Leo Tauchert hat im Oktober 2024 Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 419,30 €.

§ 37 Abs. 2 Satz 1,2 SGB XI, GR v. 19. 12. 2024 zu § 37 SGB XI, Ziff. 2.2.3

[hier:]

Leo Tauchert nimmt vom 10. bis 31. 10. 2025 Kurzzeitpflege in Anspruch.

[also:]

Kürzung des Pflegegeldes vom 11. bis 30. 10. 2025.

Berechnung des Pflegegeldes:

volles Pflegegeld
vom 01. bis 10. 10. 2025 = 10 Tage

Pflegegeld
vom 31. bis 31. 10. 2025 = 1 Tag

gesamt = 11 Tage

599 € x 11 : 30 = 219,63 €

hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege:

599 € : 2 = 299,50 €

299,50 € x 20 : 30 = 199,67 €

219,13 € + 199,67 € = 419,30 €

Für den Monat Oktober 2025 wird ein Pflegegeld in Höhe von 419,30 € gezahlt.