

INFORMATIONSBROSCHÜRE

2026

Alles Wissenswerte
rund um die
Pflegeversicherung



Aktuelle Kursangebote
auf unserer Homepage:
www.henseleit-plus.de

Bildnachweise:

Titelseite: iStock-1076508992

Seite 03+18: iStock-1007247568

Seite 05: Health insurance - concept. arturmarciniecphotos (canva pro-Lizenz)

Seite 07: assessment time, peopleimages von getty images

Seite 08+27: Gold-colored coins near calculator - breakingpic von Pexels (canva-Lizenz)

Seite 08: person holding a stress ball- Photo credit Matthias Zomer (Canva-Lizenz)

Seite 09: patient and caregiver spend time together - Katharzyna Bialasiewicz von
Getty Images pro (canva pro-Lizenz)

Seite 10: nursing care takes care of seniors - Robert Kneschke (canvas pro- Lizenz)

Seite 12: Katharzyna Bialasiewicz von getty images pro

Seite 14: nursing home - byryo getty images (canva pro - Lizenz)

Seite 16: hourglass and calender - Brian AJackson getty images (canva pro -Lizenz)

Seite 18: Automatic wheelchair stair lift, getty images (Canva pro Lizenz)

Seite 23: grandaded, Getty Images (canva pro-Lizenz)

Seite 24: legal advice law concept, von thecorgi (canva pro-Lizenz)

Seite 25: senioren couple Monkey Business Images (canva pro-Lizenz)

Seite 28-31: iStock-851832858

Impressum

Herausgeber: HENSELEIT+ GbR, Nina und Jens Henseleit, Alt-Rudow 24, 12357 Berlin

Ansprechpartner: Nina und Jens Henseleit; Copyright 2019-2026

INFORMATIONSBROSCHÜRE

Sehr geehrte/r Interessent/in!

Sie finden in diesem Heft Informationen, Hinweise, Tipps
und Antragsvorlagen zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Haben Sie weitere Fragen?
Wir beraten Sie gerne!

INHALT

<i>Themen</i>	<i>Seite</i>	<i>Themen</i>	<i>Seite</i>
Wie wird ein Pflegegrad beantragt?	4-7	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	19
Einteilung der Pflegegrade	6	Pflegehilfsmittel	20
Leistungsarten	8	Betreuungs- und Entlastungsleistungen	21
Häusliche Pflege - Sachleistung	8	Betreuungsverfügung	22
Häusliche Pflege - Geld- und Kombinationsleistung	9	Patientenverfügung	23
Teilstationäre Pflege / Tages- und Nachtpflege	10	Gesamtübersicht der Leistungen der Pflegeversicherung	24-25
Stationäre Pflege	11	Gesetzliche Zuzahlungen	26
Gemeinsamer Jahresbetrag	12-16	Auf einen Blick - Ihr Termin	27
Rentenbeiträge für Pflegepersonen	17	Kontakt Daten	28
Beratungseinsatz nach § 37 Abs.3 SGB XI	17		
Pflegekurse für pflegende Angehörige	18		
Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	18		

*Zur Vereinfachung wird manchmal die männliche Schreibweise verwendet,
was keineswegs diskriminierend sein soll, sondern der besseren Lesbarkeit dient!*

EINEN PFLEGEGRAD BEANTRAGEN



Wie wird ein Pflegegrad beantragt?

Liegt bei einer Person eine dauerhafte (mindestens über 6 Monate bestehende) Einschränkung im pflegerischen Bereich vor, z.B. Beeinträchtigung bei der Durchführung der Körperpflege, so kann diese Person bei der zuständigen Pflegekasse einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit stellen. Zu beachten ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung als Zuschuss für pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen erstattet werden und oft nicht die gesamten Kosten einer zufriedenstellenden Pflege absichern! ("Teilkaskoversicherung")

Der Antrag wird bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person gestellt. Die Pflegekasse ist grundsätzlich bei der Krankenkasse angesiedelt. Es reicht aus, den Antrag an die Krankenkasse zu senden und darauf hinzuweisen, dass dieser an die Pflegekasse weitergereicht werden soll. Privatversicherte müssen sich an ihre private Pflegeversicherung wenden.

Der Antrag bei der Pflegekasse kann formlos per Telefon, Mail, Fax oder Brief gestellt werden. Um den genauen Zeitpunkt der Antragstellung nachweisen zu können, empfehlen wir die schriftliche Antragstellung per Mail, Fax oder per Post.

Die pflegebedürftige Person sollte den Antrag selbst stellen. Ist die Person dazu nicht in der Lage, kann auch ein Bevollmächtigter oder Betreuer den Antrag für die pflegebedürftige Person stellen. In diesem Fall empfiehlt es sich, eine Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beizulegen.

Sobald der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, schickt diese ein Formular für die Beantragung des Pflegegrades zu.

EINEN PFLEGEGRAD BEANTRAGEN

Was passiert nach der Antragstellung?

Nachdem die Pflegekasse den Antrag erhalten hat, wird diese den Medizinischen Dienst (MD) oder unabhängige Gutachter beauftragen, ein Gutachten über den Grad der Pflegebedürftigkeit zu erstellen. Die beauftragte Institution wird dann mit der pflegebedürftigen Person und/oder deren Angehörigen einen Termin vereinbaren, bei dem dann ein Gutachten angefertigt wird.

Hinweis: Seit 2024 können Begutachtungen vor Ort oder mittels Videotelefonie, in Ausnahmesituationen auch per Telefon-Interview, erfolgen. Eine Erstbegutachtung muss immer in der Häuslichkeit stattfinden, ebenso eine Begutachtung bei Kindern unter 14 Jahren.



Einteilung der Pflegegrade

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst wird mittels eines Punktesystems die Einteilung der Pflegegrade vorgenommen:

Punkte	0-12,4	12,5 - 26,9	27-47,4	47,5 - 69,9	70 - 89,9	90-100
Pflege-grad	KEIN	1	2	3	4	5
Beschreibung	Kein Pflege-grad	<u>Geringe</u>	<u>Erhebliche</u>	<u>Schwere</u>	<u>Schwerste</u>	<u>Schwerste</u>
Beeinträchtigung der Selbstständigkeit						



Gutachter, die von den Pflegekassen beauftragt werden, erfassen alle wichtigen Punkte der Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher, psychischer und kognitiver Beeinträchtigungen. Der Grad der Selbstständigkeit einer Person ist ausschlaggebend für die Zuweisung eines Pflegegrades.

Die Gutachter erstellen lediglich das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und sprechen eine Empfehlung aus. Das Gutachten wird der Pflegekasse übermittelt, welche dann den Grad der Pflegebedürftigkeit festlegt.

Die Entscheidung über die Höhe des Pflegegrades trifft die Pflegekasse. Nachdem die Pflegekasse dem Antrag stattgegeben oder ihn abgelehnt hat, erhalten die Pflegebedürftigen hierüber einen schriftlichen Bescheid. Haben diese bei der Pflegekasse eine pflegerische Einrichtung angegeben, wird diese ebenfalls schriftlich über das Ergebnis informiert.

Sind Sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden, können sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch einlegen.



Geld, - Sach- und Kombileistung

Sachleistung

Pflegeeinrichtungen können direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Es erfolgt keine Auszahlung an den Pflegebedürftigen.



Geldleistung

Auszahlung des Pflegegeldes auf das Konto der pflegebedürftigen Person oder eines pflegenden Angehörigen. Hiermit können die Pflegebedürftigen ihre Pflege selbständig organisieren.

Kombinationsleistung

Pflegeeinrichtungen können direkt mit der Pflegekasse die Sachleistung abrechnen. Wird der volle Betrag nicht ausgeschöpft, wird der Restanteil prozentual an die Pflegebedürftigen als Pflegegeld ausgezahlt. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf Seite 14 und 15!

Schauen Sie auch gerne auf unserer Homepage vorbei!
www.henseleit-plus.de



Häusliche Pflege - Sachleistung

Pflege durch professionelle Pflegekräfte (Ambulante Pflege)

Sachleistung monatlich	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betrag in €	-	796€	1.497€	1.859€	2.299 €

Pflegesachleistungen können für Hilfen durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden. Die Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden.

LEISTUNGSARTEN UND LEISTUNGSGEHÄLTEN



Häusliche Pflege - Geldleistung

Pflege durch private Pflegepersonen (Angehörige, Freunde etc.)

Geldleistung monatlich	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betrag in €	-	347€	599€	800 €	990€

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit der Pflegesachleistung kombiniert werden (siehe Kombinationsleistung!).



Häusliche Pflege - Kombinationsleistung



Pflege kann durch einen professionellen Pflegedienst und Laien (z.B. Angehörige) zusammen übernommen werden. Hierfür können die Leistungsarten Sachleistung und Geldleistung zur sogenannten Kombinationsleistung miteinander verbunden werden.

Hierbei wird den Pflegebedürftigen ein anteiliges Pflegegeld ausbezahlt und der Pflegedienst kann erbrachte Leistungen über die Sachleistung direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Die Pflegebedürftigen entscheiden, in welchem Umfang Sach- und Geldleistung in Anspruch genommen werden. Zu beachten ist hierbei, dass die „Waagschale zwischen Geld- und Sachleistungsbetrag“ immer 100% ist. Verbrauchen Pflegebedürftige von der Sachleistung 80%, so erhalten sie vom Betrag der Geldleistung noch 20%. Verbrauchen sie vom Sachleistungsbetrag 40%, so erhalten sie von ihrem Geldleistungsbetrag noch 60% ausbezahlt.



Ergänzende teilstationäre Pflege Tages- und Nachtpflege

z.B. „Tagesklinik“

Pflegeaufwendungen einschließlich Beförderungskosten von der Wohnung der Pflegebedürftigen zur Vertragseinrichtung und zurück.

Sachleistung monatlich	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betrag in €	-	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €



Formen der teilstationären Versorgung sind die Tages- und Nachtpflege. Darunter versteht man die stunden- oder tageweise Betreuung der Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung.

Dabei ist die Tagespflege ein Angebot, bei dem pflegebedürftige Menschen tagsüber betreut werden und die Nacht zu Hause verbringen. In Einrichtungen der Nachtpflege wiederum werden Pflegebedürftige die Nacht über betreut (z.B. bei dringend notwendiger Medikamentengabe).

Tages- und Nachtpflege können in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.



Stationäre Pflege z.B. im Pflegeheim

Durch Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die z.B. in einem Pflegeheim leben, unterstützt. Der Betrag gilt nur für die Pflege in stationären Einrichtungen und nicht für die Unterbringungskosten!



Sachleistung	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
monatlich	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

GEMEINSAMER JAHRESBETRAG - BUDGET

Budget

Der "Gemeinsame Jahresbetrag" gilt für alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2-5. Seit dem 01. Juli 2025 setzt er sich aus den Leistungsbeträgen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zusammen



Jahres- budget	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	jährlich
sonstige Personen	nein	3.539 €				
2. Grad Angehörige*	nein	694 €	1.198 €	1.600 €	1.980 €	

*Übernahme der Ersatzpflege durch Verwandte bis zum 2. Grad der Verwandtschaft

Kurzinfo

Seit dem 1. Juli 2025 ist eine besondere Regelung im Rahmen der Pflegeleistungen wirksam: Der gemeinsame Jahresbetrag nach §42a SGB XI für alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5.

Diese Regelung ermöglicht es Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, einen flexiblen Betrag von bis zu 3.539€ pro Kalenderjahr für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen. Ziel ist es, pflegende Angehörige zu entlasten und ihnen mehr Flexibilität bei der Organisation und Nutzung der Pflegeleistungen zu bieten.

Der Betrag muss nicht beantragt werden. Nach erfolgter Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird die Kostenübernahme bei der Pflegekasse zur Abrechnung eingereicht, bzw. die Erstattung beantragt (Verhinderungspflege).



Unterschied Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Der Jahresbetrag setzt sich aus der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zusammen.

Kurzzeitpflege: Kurzzeitpflege kann dann in Anspruch genommen werden, wenn eine vorübergehende stationäre Pflege nötig ist, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, Rehaufenthalt oder in Krisensituationen in denen die Pflege zu Hause nicht sichergestellt ist. Durch die neue Regelung ist es einfacher, diese Leistung flexibel zu nutzen.

Verhinderungspflege: Verhinderungspflege greift dann, wenn die Hauptpflegeperson aus Gründen wie Krankheit, Urlaub oder anderen Verpflichtungen die Pflege vorübergehend nicht leisten kann. Hier kann die Pflege stunden oder tageweise durch andere Angehörige oder professionelle Dienste übernommen werden.

Was bedeutet der gemeinsame Jahresbetrag und wie lange kann er in Anspruch genommen werden?

Seit dem 01.07.2025 können Pflegebedürftige den kombinierten Betrag von 3.539€ nutzen, um je nach Bedarf sowohl Kurzzeitpflege als auch Verhinderungspflege zu finanzieren. Die maximale Dauer pro Kalenderjahr bei tageweiser Inanspruchnahme beträgt 8 Wochen (56 Tage).

NEU ab 01.01.2026: Die Kostenerstattung kann nur für das laufende und das vorherige Jahr beantragt werden. Eine rückwirkende Erstattung, für vorauslagte Kosten vor diesem Zeitraum, ist nicht zulässig.

GEMEINSAMER JAHRESBETRAG VERHINDERUNGSPFLEGE



Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege durch Angehörige bis zum 2. Verwandtschaftsgrad

Bei der Verhinderungspflege durch nahe Angehörige (bis zum 2. Verwandtschaftsgrad) oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, gibt es besondere Regelungen:

- **Nicht erwerbsmäßige Pflege:** Wird die Verhinderungspflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, darf der Erstattungsbetrag den zweimonatigen Pflegegeldbetrag des jeweiligen Pflegegrades nicht überschreiten. Das bedeutet, dass maximal das Doppelte des monatlichen Pflegegeldes anstelle des Gesamtbetrages von 3.539€ zur Verfügung steht:
 - Pflegegrad 1: kein Anspruch
 - Pflegegrad 2: 694€
 - Pflegegrad 3: 1.198€
 - Pflegegrad 4: 1.600€
 - Pflegegrad 5: 1.980€
- **Erwerbsmäßige Pflege:** Sollte die Pflege durch nahe Angehörige bis zum 2. Grad der Verwandtschaft jedoch erwerbsmäßig erfolgen (z. B. wenn die pflegende Person dafür entlohnt wird, weil die Tätigkeit beruflich ausgeübt wird), dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse pro Kalenderjahr bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrags (3.539€) erstattet werden.

Verwandte bis zum zweiten Grad sind: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern und Schwager/Schwägerin.

GEMEINSAMER JAHRESBETRAG VERHINDERUNGSPFLEGE

Zusätzliche Fahrtkosten und Aufwandsentschädigungen durch Angehörige bis zum 2. Verwandtschaftsgrad

Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 auch notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, **über diesen Betrag hinaus übernommen werden**. Dies betrifft insbesondere Kosten, die im direkten Zusammenhang mit der Pflege stehen und die über die regulären Erstattungsbeträge hinausgehen, wie beispielsweise **Fahrten oder Auslagen**, die für die Pflegeperson unvermeidlich sind. Allerdings dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen im Kalenderjahr den **gemeinsamen Jahresbetrag nach §42a nicht überschreiten**. Das bedeutet, dass insgesamt maximal 3.539 Euro pro Kalenderjahr erstattet werden können, unabhängig davon, ob es sich um direkte Pflegekosten oder zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten handelt. Die **Differenzbeträge**, die dabei zusätzlich erstattet werden könnten, belaufen sich auf maximal Jahresbudget 3.539€ Minus 2-Monatsbetrag Pflegegeld.
Beispiel Pflegegrad 2: 694€-3.539€ = bis zu 2.845 Euro

Ersatzpflege durch andere Personen als nahe Angehörige

Wenn die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt wird, die **weder bis zum zweiten Grad mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert sind noch mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben**, können die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflege bis zur vollen Höhe des gemeinsamen Jahresbetrags von 3.539€ erstattet werden. Dies bietet mehr Spielraum für den Einsatz externer Pflegekräfte oder Freunde, die nicht mit der pflegebedürftigen Person verwandt sind.

GEMEINSAMER JAHRESBETRAG VERHINDERUNGSPFLEGE

Stunden - oder tageweise Inanspruchnahme?

Neben der tageweisen (mehr als acht Stunden täglich Abwesenheit der Pflegeperson) Inanspruchnahme kann die Verhinderungspflege auch stundenweise (bis zu acht Stunden täglich Abwesenheit der Pflegeperson) in Anspruch genommen werden.

Die **stundenweise** Inanspruchnahme lohnt sich z.B. wenn die Pflegeperson regelmäßig wöchentlich zu Aktivitäten geht, z.B. Sport oder sich regelmäßig stundenweise eine „Auszeit“ nehmen möchte. Die **tageweise** Inanspruchnahme ist empfehlenswert, wenn die Pflegeperson z.B. in den Urlaub fährt oder erkrankt ist.

Nehmen Sie die Verhinderungspflege mehr als acht Stunden täglich in Anspruch, so wird dies als „tageweise“ gehandelt. In diesem Fall wird das Pflegegeld um 50% für den Zeitraum gekürzt, wobei der erste und letzte Tag der Verhinderungspflege bei der Kürzung nicht mitgerechnet werden.





Rentenbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Die Pflegeperson hat Anspruch auf Zahlungen zu Leistungen der Sozialversicherung (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung), wenn sie...

- nicht mehr als 30 Stunden in der Woche arbeitet,
- eine Person pflegt, die mindestens Pflegegrad 2 hat,
- dies an 10 Stunden in der Woche
- und verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche ausübt.

Trifft dies auf Sie zu, können Sie bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen einen Antrag stellen. Hierfür genügt ein formloser Antrag.

Die Pflegekasse schickt Ihnen dann entsprechende Antragsunterlagen zu.



Beratungseinsatz nach §37 Abs. 3 SGB XI

Der Beratungseinsatz nach §37 Abs. 3 SGB XI soll den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen die Möglichkeit geben, regelmäßig eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Die Einsätze sind für Pflegegeldempfänger verpflichtend, wenn Sie keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen!

Turnus:

Pflegegrad 1: freiwillig einmal je Kalenderhalbjahr

Pflegegrad 2 bis 5: einmal je Kalenderhalbjahr verpflichtend

Pflegegrad 4 bis 5: bis zu 1x im Quartal kostenfrei

Leistung	Leistungsinhalte
Beratung nach §37 Abs.3 SGB XI	<ul style="list-style-type: none">• Beratung von Betroffenen und derer pflegenden Angehörigen• Ist-Analyse der Pflegesituation• Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten für die Pflegesituation



Pflegekurse für pflegende Angehörige

**Speziell für pflegende Angehörige,
Ehrenamtliche und an der Pflege Interessierte!**



**Unsere aktuellen Kursangebote finden Sie
auf unserer Homepage: www.henseleit-plus.de**



Pflegekurse und Häusliche Schulungen unterstützen pflegende Angehörige und Laienpflegepersonen bei ihren besonderen Aufgaben in der Häuslichkeit. In Pflegekursen erfahren Sie unter anderem Nützliches über Pflegehilfsmittel, Mobilisationshilfen, Ernährungsfragen, den Umgang mit Medikamenten, Hilfen zur Alltagsentlastung und zur häuslichen Pflege generell. Die Teilnahme und Inanspruchnahme von häuslichen Schulungen und Gruppenpflegekursen ist für Betroffene, pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und an der Pflege Interessierte kostenfrei!



Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Im Unterschied zur Pflegeberatung nach §37.3 SGB XI (Pflichtberatung für Empfänger von Pflegegeld), ist die Pflegeberatung nach §7a deutlich umfangreicher und als sogenanntes Case-Management gerade am Anfang einer Pflegebedürftigkeit wichtig. Denn wenn plötzlich und unerwartet ein Pflegefall in der Familie eintritt, muss in einem sehr kurzen Zeitraum der Pflegealltag organisiert werden. Hierzu gehören z.B. das Beantragen eines Pflegegrades, Hilfsmittel, Krankengymnastik, Therapien, Tagespflege, Medikamente, Alltagshilfen und Arztbesuche. Nicht selten kommt die Frage hinzu, wie die ganze Situation finanziert werden kann oder soll? Ausgebildete Pflegeberater/innen sind in dieser schwierigen Situation für Sie da und unterstützen Sie so lange, bis die Pflege in der eigenen Häuslichkeit sichergestellt ist.



Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Mit der Verbesserung des Wohnumfeldes sind Umbaumaßnahmen in der häuslichen Umgebung gemeint, die es Pflegebedürftigen ermöglichen, in der häuslichen Umgebung leben zu können. Dieser Zuschuss kann auch beantragt werden, damit eine häusliche Pflege erst wieder möglich wird, in dem z.B. das Bad behindertengerecht umgebaut oder Türen verbreitert werden. Die Wohnumfeldverbesserung wird auf Antrag bei der Pflegekasse gewährt. Es wird immer die beantragte Leistung individuell von der Pflegekasse überprüft und dann durch diese der Antrag positiv oder negativ entschieden!
Zuschuss: Bis zu **4.180€ je Maßnahme**, wobei eine Maßnahme mehrere Vorhaben beinhalten kann, z.B. Badumbau und Entfernung von Türschwellen.





Pflegehilfsmittel

In § 40 Abs. 1 SGB XI ist der Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen geregelt: „Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.“

Bei den Pflegehilfsmitteln unterscheidet die Pflegekasse zwischen „zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“ wie z.B. Einmalhandschuhe oder Inkontinenzvorlagen und technischen Hilfsmitteln, wie z.B. Notrufsystemen oder dem Pflegebett. Die technischen Hilfsmittel können von einem Arzt verordnet werden oder zum Teil von einer Pflegefachkraft im Rahmen des Beratungseinsatzes nach §37 Abs. 3 SGB XI. Pflegebedürftige müssen einen Eigenanteil von 10%, maximal jedoch 25€ zuzahlen. Größere technische Hilfsmittel werden oft leihweise überlassen. Aufwendungen für **„zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ werden bis zu einem Betrag von 42,00 € pro Monat erstattet**. Hierunter fallen z.B. Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Händedesinfektionsmittel etc. Diese zum Verbrauch bestimmten Einmalhilfsmittel werden jeden Monat zur Verfügung gestellt. Das Unternehmen müssen die Pflegebedürftigen selbst beauftragen.

Hilfsmittelarten

- > „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“:
monatlich bis zu 42€ (Selbstbeauftragung)
- > „Technische Pflegehilfsmittel“:
90% der Kosten, maximal 25€ Eigenbeteiligung
(müssen durch einen Arzt verordnet werden)





Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Wofür steht das Geld zur Verfügung?

Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag ist für Aufwendungen bestimmt, die im Zusammenhang mit folgenden Leistungen stehen:

- Angebote der allgemeinen Betreuung und Anleitung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von zugelassenen ambulanten Pflegediensten sowie der Tages- und Nachtpflege
- Anerkannte Betreuungsdienste
- Angebote zur Unterstützung im Alltag

Muss die Leistung beantragt werden?

Nein! Der Betreuungs- und Entlastungsbetrag steht allen Pflegebedürftigen monatlich zur Verfügung und muss nicht beantragt werden.

Wie wird der Betrag erstattet?

Der beste Weg ist die sogenannte Abtretungserklärung, wobei die Pflegebedürftigen die Rechnung per Unterschrift (jeden Monat neu) an die Einrichtung abtreten und diese kann den Betrag dann direkt mit der Pflegekasse abrechnen.

Umwandlung der Sachleistung in Betreuungsleistungen

Bis zu 40% des Sachleistungsbetrages können monatlich für Betreuungsleistungen umgewandelt werden. Hierdurch können Pflegebedürftige mehr Betreuung in Anspruch nehmen und die pflegenden Angehörigen können mehr entlastet werden, z.B. weil diese noch berufstätig sind.

Verfall des Leistungsanspruches

Der Betrag von **131 € steht monatlich zur Verfügung** und wird bei nicht Inanspruchnahme „angespart“. Er verfällt also nicht, sondern sammelt sich über die Dauer der Monate eines Jahres an. Nicht in Anspruch genommene Beträge eines Kalenderjahres verfallen zum Ende eines Halbjahres des nächsten Kalenderjahres.

z.B.: Angesparte Beträge bis 31.12.2024 verfallen am 30.06.2025.

Betreuungsverfügung

Wofür ist diese notwendig?

In einer Betreuungsverfügung wird schriftlich festgelegt, wer als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll, wenn eine solche Maßnahme notwendig wird oder geworden ist, d.h. wer im Fall von Alter oder Krankheit die Geschäfte erledigen soll. Es ist aber auch ebenso möglich, in der Betreuungsverfügung festzulegen, wer keinesfalls als Betreuer in Betracht kommt. So ist sichergestellt, dass als Betreuer/in eine Person des Vertrauens berufen wird. Eine Betreuungsverfügung ist für das Gericht in jedem Fall verbindlich. In einer Betreuungsverfügung sollte genau aufgestellt sein, für welche Aufgaben oder Bereiche der Betreuer verantwortlich sein soll, z.B. Finanzen, Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung usw.. Weitere Informationen erhalten Sie bei der Betreuungsbehörde Ihres Bezirkes!



DEN EIGENEN WILLEN FESTLEGEN

Patientenverfügung

Wie sichere ich mich ab?

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorglich zu Lebzeiten getroffene schriftliche Verfügung, durch die ein einwilligungsfähiger Mensch Vorgaben für konkrete Krankheitssituationen macht, z.B. welche Behandlungen bei einer Erkrankung durchgeführt oder welche auf keinen Fall angewendet werden sollen. Wie die Betreuungsverfügung wird die Patientenverfügung erst wirksam, wenn der Betroffene aufgrund von Ausfallerscheinungen nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

Die Patientenverfügung richtet sich direkt an den Arzt, damit dieser über Wunsch und Wille des Patienten informiert ist und das Selbstbestimmungsrecht bezüglich der medizinischen Behandlung, Behandlungsbegrenzung und Pflege bei schwerster und aussichtsloser Erkrankung (z.B. bei nicht umkehrbarer Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns, einer mit Sicherheit zum Tode führenden Krankheit) beachten kann.



Verfügungen können auch den Angehörigen helfen, schwierige Situationen zu vermeiden, wenn z.B. eine Person nicht mehr in der Lage ist, die eigenen Rechtsgeschäfte fortzuführen oder den eigenen Willen zu äußern.



Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Betreuungsbehörde!

Leistungen der Pflegeversicherung 2026

Paragraf	Leistungsübersicht der Pflegegrade 1 - 5					
	Pflegegrad	1	2	3	4	5
§7a	Pflegeberatung	kostenlos				
§37.3	Pflegeberatung bei häuslicher Pflege	freiwillig 1x/Hj.	kostenlos 1x je Halbjahr Pflicht		kostenlos 1 x je Vj. 1x je Halbjahr Pflicht	
§45	Pflegeberatung & häusliche Schulungen für pflegende Angehörige	kostenlos Gruppenkurse & Häusliche Schulungen				
§37	Pflegegeld (PG)	nein	347 €	599 €	800 €	990 €
§36	Sachleistung (SL)	nein	796€	1.497 €	1.859 €	2.299 €
§38	Kombinationsleistung (PG+SL)	nein	ja			
§43	vollstationäre Pflege	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €
§41	Tages- und Nachtpflege	nein	721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
§45b	Entlastungsbetrag	131 €				
§45a	Umwandlung von 40% der Sachleistung für Betreuungsleistung (§45b)	nein	318,40 €	598,80 €	743,60 €	919,60 €
§42a	Gemeinsamer Jahresbetrag*	nein	3.539 €			
	Angehörige bis zum 2. Grad der Verwandtschaft	nein	694 €	1.198 €	1.600 €	1.980 €

*Der gemeinsame Jahresbetrag setzt sich aus den Leistungsarten "Kurzzeitpflege" und "Verhinderungspflege" zusammen.

Fortsetzung

Paragraf	Leistungsübersicht der Pflegegrade 1 - 5					
	Pflegegrad	1	2	3	4	5
§40	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	42 €				
§40	Pflegehilfsmittel	nach ärztlicher oder pflegefachlicher Verordnung				
§40	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	4.180 € je Maßnahme				
§40	Hausnotruf	mind. 25,50 €				
§40 b	Digitale Pflegeanwendungen	53 €				
§44	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (z.B. Zuschläge zur Rentenversicherung)	nein	Rentenversicherung Unfallversicherung Arbeitslosenversicherung			
§44 a	a) Pflegezeit (kurzfristig) b) Familienpflegezeit	nein	a) 10 Tage / Jahr b) 2 Jahre insgesamt			
§38 a	Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen	224 €				

ZUZAHLUNGEN



Informationen über die gesetzliche Zuzahlung

Krankenkassenleistung	Zuzahlung
Arzneimittel und Verbandmittel	10% des Preises, mind. 5€ höchstens 10€ Ist der Preis weniger als 5€, so muss der volle Preis bezahlt werden.
Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie etc.)	10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung
Hilfsmittel (Rollstühle, Hörgeräte, Wannenlifter, Krankenbett, Antidekubitusmatratze etc.)	10% der Kosten, mind. 5€ höchstens 10€
Krankenhausaufenthalt	10€ pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr
Stationäre Behandlung	10€ pro Tag, wird dem stationären Krankenhausaufenthalt zugerechnet, wenn zwischen beiden Aufenthalten nicht mehr als 14 Tage liegen
Fahrtkosten für Krankentransporte und Verlegungsfahrten ins Krankenhaus (Vorabbeurteilung durch Krankenkasse! Jedoch nicht im Akutfall)	10% der Kosten, mind. 5€ höchstens 10€ pro Fahrt Zuzahlungspflicht auch unter 18 Jahren!
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10€ pro Tag ohne Begrenzung
Fahrten zu ambulanten Behandlungen	10% der Kosten, mind. 5€ höchstens 10€ pro Fahrt Zuzahlungspflicht auch unter 18 Jahren!

Genauere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse!
(Alle Angaben ohne Gewähr! Stand 21.11.2025)



AUF EINEN BLICK!

Pflegegrad

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Kein

PG1

PG2

PG3

PG4

PG5

verpflichtende
Beratungseinsätze:



**1x im
Kalenderhalbjahr**

.....

.....

Ihr nächster Termin: ☐ bereits vereinbart:

☐ noch zu vereinbaren - im Quartal/Jahr: ____/____

Ihr(e) persönlicher
Pflegeberater(in):

.....

Direktwahl:

.....

Termine nach
Vereinbarung



030 / 224 774 27



030 / 221 851 57



kontakt@henseleit-plus.de



www.henseleit-plus.de



Alt-Rudow 24; 12357 Berlin

Bürozeiten

MO 9:00-12:00

DI 9:00-12:00 & 14:00-17:00

MI 9:00-12:00

DO 9:00-12:00 & 14:00-17:00

FR 9:00-12:00

Im Juli & August keine Nachmittagssprechstunde!

Wir beraten Sie gern!

Impressum

Herausgeber: HENSELEIT+ GbR, Nina und Jens Henseleit, Alt-Rudow 24, 12357 Berlin
Ansprechpartner: Nina und Jens Henseleit ©2014 - 2026