
Dr. Otto N. Bretzinger

Pflegefall

Der praktische Ratgeber zu Ihren Rechten,
Ansprüchen und den Pflegegraden

3. aktualisierte Auflage



Wolters Kluwer

Steuertipps

Dr. Otto N. Bretzinger

Pflegefall

Der praktische Ratgeber zu Ihren Rechten,
Ansprüchen und den Pflegegraden

3. aktualisierte Auflage



Wolters Kluwer

Steuer**tipps**

© 2025 by Wolters Kluwer Steuertipps GmbH

Postfach 10 01 61 · 68001 Mannheim

Telefon 0621/8626262

info@steuertipps.de

www.steuertipps.de

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Angaben wurden nach genauen Recherchen sorgfältig verfasst; eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben ist jedoch ausgeschlossen.

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit verwenden wir allgemein die grammatisch männliche Form. Selbstverständlich meinen wir aber bei Personenbezeichnungen immer alle Menschen unabhängig von ihrer jeweiligen geschlechtlichen Identität.

Alternative Streitbeilegung (Online-Streitbeilegung und Verbraucherschlichtungsstelle)

Die Europäische Kommission hat eine Plattform zur Online-Streitbeilegung eingerichtet, die unter folgendem Link abgerufen werden kann: www.ec.europa.eu/consumers/odr. Wolters Kluwer ist nicht bereit und nicht verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen.

Inhaltsübersicht

1 Vorwort

2 Schritt für Schritt zur guten Pflege

- 2.1 Alles zu seiner Zeit
- 2.2 Rechtzeitig Hilfe einholen
 - 2.2.1 Sozialdienst des Krankenhauses
 - 2.2.2 Übergangspflege der Krankenversicherung
 - 2.2.3 Individuelle Pflegeberatung der Pflegekasse
 - 2.2.4 Rat und Hilfe durch Pflegestützpunkte als Anlaufstellen vor Ort
 - 2.2.5 Weitere Hilfen und Beratungsangebote
- 2.3 Frühzeitig Antrag auf Pflegeleistungen stellen
 - 2.3.1 Vorversicherungszeit des Pflegebedürftigen
 - 2.3.2 Antrag bei der Pflegekasse
 - 2.3.3 Zeitpunkt der Antragstellung
 - 2.3.4 Fristen
- 2.4 Auf Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vorbereiten
 - 2.4.1 Was der Gutachter im Einzelnen prüft und bewertet
 - 2.4.2 Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads
 - 2.4.3 Wie das Begutachtungsverfahren abläuft
 - 2.4.4 Pflegebescheid der Pflegekasse
 - 2.4.5 Wie Sie sich auf das Begutachtungsverfahren vorbereiten sollten
- 2.5 Rechtzeitig rechtlich vorsorgen
 - 2.5.1 Patientenverfügung
 - 2.5.2 Vorsorgevollmacht
 - 2.5.3 Pflegevollmacht

3 Überblick über die Absicherung des Pflegerisikos

- 3.1 Gesetzliche Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung
 - 3.1.1 Vorrang der häuslichen Pflege
 - 3.1.2 Träger der sozialen Pflegeversicherung
 - 3.1.3 Leistungen der Pflegeversicherung
- 3.2 Private Absicherung durch Pflegezusatzversicherung
 - 3.2.1 Pflegetagegeldversicherung
 - 3.2.2 Pflegekostenversicherung
 - 3.2.3 Pflegerentenversicherung

3.3 Hilfe zur Pflege durch Sozialhilfe

4 Welche Leistungen die soziale Pflegeversicherung für den Pflegebedürftigen erbringt

- 4.1 Überblick über die Leistungen
 - 4.1.1 Leistungen bei häuslicher Pflege
 - 4.1.2 Leistungen bei stationärer Pflege
 - 4.1.3 Leistungen an Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1
- 4.2 Leistungen bei häuslicher Pflege
 - 4.2.1 Pflegesachleistung
 - 4.2.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe
 - 4.2.3 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
 - 4.2.4 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
 - 4.2.5 Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
 - 4.2.6 Pflegehilfsmittel
 - 4.2.7 Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds
- 4.3 Leistungen bei Pflege im Heim
 - 4.3.1 Vorrang der häuslichen Pflege
 - 4.3.2 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege und Nachtpflege
 - 4.3.3 Kurzzeitpflege
 - 4.3.4 Vollstationäre Pflege
- 4.4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbeitrags
 - 4.4.1 Art der Angebote
 - 4.4.2 Verwendung des Pflegesachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag
- 4.5 Entlastungsbetrag
 - 4.5.1 Leistungsvoraussetzungen
 - 4.5.2 Höhe des Entlastungsbetrags
 - 4.5.3 Zweckgebundene Verwendung
- 4.6 Leistungen bei Pflegegrad 1
- 4.7 Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson
 - 4.7.1 Voraussetzungen
 - 4.7.2 Umfang des Anspruchs
 - 4.7.3 Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei häuslicher Pflege

4.8 Übersicht über die Pflegeleistungen für Pflegebedürftige

5 Wie das Pflegerisiko durch Leistungen der Sozialhilfe abgesichert ist

- 5.1 Leistungsvoraussetzungen
 - 5.1.1 Pflegebedürftigkeit
 - 5.1.2 Nachrang der Hilfe zur Pflege
 - 5.1.3 Finanzielle Bedürftigkeit
- 5.2 Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegegrade
 - 5.2.1 Pflegegrade
 - 5.2.2 Begutachtungsverfahren
- 5.3 Überblick über die Leistungen der Hilfe zur Pflege
 - 5.3.1 Häusliche Pflege
 - 5.3.2 Teilstationäre Pflege
 - 5.3.3 Kurzzeitpflege
 - 5.3.4 Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2 bis 5
 - 5.3.5 Stationäre Pflege
 - 5.3.6 Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1

6 Einsatz von ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften in Privathaushalten

- 6.1 Einsatzmöglichkeiten ausländischer Haushalts- und Betreuungskräfte
 - 6.1.1 Tätigkeiten der Haushalts- und Betreuungshilfe
 - 6.1.2 Medizinische Behandlungspflege
 - 6.1.3 Beschäftigung einer ausländischen Pflege- und Betreuungskraft: ja oder nein?
- 6.2 Organisation und Kosten der Beschäftigung
 - 6.2.1 Anstellung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft (Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell)
 - 6.2.2 Von ausländischen Arbeitgebern entsandtes Haushalts- und Betreuungspersonal (Entsendemodell)
 - 6.2.3 Selbstständige Haushalts- und Betreuungshilfe
- 6.3 Finanzierung der Kosten
 - 6.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung
 - 6.3.2 Steuervorteile

7 Wie pflegende Angehörige bei der Pflege unterstützt werden

- 7.1 Soziale Absicherung in der Rentenversicherung
 - 7.1.1 Voraussetzungen für die Rentenversicherungspflicht
 - 7.1.2 Pflege durch mehrere Personen
 - 7.1.3 Beginn der Versicherungspflicht
 - 7.1.4 Höhe der Beiträge

- 7.1.5 Ende der Versicherungspflicht
- 7.2 Gesetzliche Unfallversicherung
 - 7.2.1 Versicherte Pflegepersonen
 - 7.2.2 Versicherte Tätigkeiten
 - 7.2.3 Versicherungsfälle
 - 7.2.4 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung
- 7.3 Arbeitslosenversicherung
 - 7.3.1 Voraussetzungen der Versicherungspflicht
 - 7.3.2 Höhe der Beiträge
- 7.4 Kranken- und Pflegeversicherung
- 7.5 Steuererleichterungen für Pflegepersonen bei der Einkommensteuer
 - 7.5.1 Pflege-Pauschbetrag bei der Einkommensteuer
 - 7.5.2 Außergewöhnliche Belastungen als Alternative zum Pflege-Pauschbetrag
 - 7.5.3 Pflegeaufwendungen als haushaltsnahe Dienstleistungen
- 7.6 Berücksichtigung von Pflegeleistungen im Erbrecht und im Erbschaftsteuerrecht
 - 7.6.1 Ausgleichspflicht bei Pflegeleistungen eines Abkömmlings
 - 7.6.2 Steuerfreibetrag bei der Schenkung- und Erbschaftsteuer

8 Vereinbarung von Pflege und Beruf

- 8.1 Überblick über Freistellungsmöglichkeiten
 - 8.1.1 Besondere Freistellungsansprüche
 - 8.1.2 Allgemeiner Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit
- 8.2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
 - 8.2.1 Arbeitsverhinderung bis zu zehn Arbeitstagen pro Kalenderjahr
 - 8.2.2 Pflegeunterstützungsgeld
 - 8.2.3 Soziale Absicherung des Arbeitnehmers
- 8.3 Pflegezeit
 - 8.3.1 Vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu sechs Monaten
 - 8.3.2 Soziale Absicherung des Arbeitnehmers
 - 8.3.3 Förderung durch zinsloses Darlehen
- 8.4 Familienpflegezeit
 - 8.4.1 Teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten
 - 8.4.2 Finanzielle Absicherung der Familienpflegezeit durch zinsloses Darlehen
 - 8.4.3 Finanzielle Absicherung der Familienpflegezeit durch Wertguthaben
 - 8.4.4 Soziale Absicherung des Arbeitnehmers
- 8.5 Freistellung für die Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen

nahen Angehörigen

8.6 Freistellung für die Begleitung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase

8.7 Kombination der Freistellungsansprüche

8.8 Anspruch auf Teilzeitarbeit nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz

8.8.1 Anspruchsberechtigte Personen

8.8.2 Wartezeit

8.8.3 Mindestbeschäftigtenzahl

8.8.4 Antrag des Arbeitnehmers

8.8.5 Verhandlungspflicht des Arbeitgebers

8.8.6 Entscheidung des Arbeitgebers

8.8.7 Änderung der Verteilung der Arbeitszeit durch den Arbeitgeber

8.8.8 Erneute Verringerung der Arbeitszeit

8.9 Abschluss eines Teilzeitarbeitsvertrags

8.9.1 Zustandekommen des Teilzeitarbeitsvertrags

8.9.2 Beteiligung des Betriebsrats

8.9.3 Form des Teilzeitarbeitsvertrags

8.10 Teilzeitmodelle für Pflegepersonen

8.10.1 Teilzeitmodelle

8.10.2 Arbeitsplatzteilung (Jobsharing)

8.10.3 Arbeit auf Abruf

8.10.4 Geringfügige Beschäftigung

Pflegefall: Der praktische Ratgeber zu Ihren Rechten, Ansprüchen und den Pflegegraden

1 Vorwort

Fast fünf Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig. Die meisten von ihnen werden zu Hause durch Angehörige oder einen ambulanten Pflegedienst gepflegt. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird zunehmend größer. Je älter die Bevölkerung, desto höher wird die Zahl von Menschen, die auf Pflege angewiesen sind. Denn ein höheres Lebensalter geht vielfach mit Krankheit und Gebrechlichkeit einher. Aber auch durch einen Unfall oder eine Krankheit kann aus heiterem Himmel die Situation eintreten, dass man auf fremde Hilfe angewiesen ist, weil man den Alltag alleine nicht mehr bewältigen kann.

Durch die gesetzliche Pflegeversicherung wird das allgemeine Lebensrisiko, pflegebedürftig zu werden und die Kosten der erforderlichen Pflege nicht tragen zu können, abgesichert. Die Pflegeversicherung ist allerdings keine Vollversicherung, weil die gedeckelten Leistungen häufig nur einen Teil der Pflegekosten abdecken. Die Differenz zu den Leistungen der Pflegeversicherung muss der Pflegebedürftige aus eigener Tasche bezahlen. Das kann schnell das Einkommen übersteigen und die Ersparnisse aufbrauchen. Für den Pflegenden ist die Pflege eines Menschen nicht nur mit einem hohen persönlichen Einsatz, sondern unter Umständen auch mit finanziellen Einbußen verbunden, die durch die Pflegeversicherung nur bedingt ausgeglichen werden.

Umso wichtiger ist es, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die die finanzielle Situation der Beteiligten verbessern. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang Ansprüche auf Sozialleistungen. Allerdings besteht das Problem, sich im Dickicht der verschiedenen Ansprüche und Hilfearten und in der verwirrenden Zuständigkeit der verschiedenen Behördenapparate und Institutionen zurechtzufinden.

Dieser Ratgeber will allen Beteiligten, dem Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen, bei den täglichen Herausforderungen helfen. Die Darstellung beschränkt sich nicht darauf, die dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und unter Umständen auch der Sozialhilfe aufzuzeigen. Vielmehr will dieses Buch die Beteiligten von dem Zeitpunkt an begleiten, mit dem sich das Problem der notwendigen Pflege stellt. Ein Schwerpunkt der Ausführungen ist deshalb auch die Vorbereitung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes. Ebenso wird auf die Probleme der Pflegepersonen eingegangen, insbesondere auf die Vereinbarung von Pflege und Beruf, die soziale Absicherung der Pflegeperson, steuerliche Vergünstigungen und die Unterstützung bei der Pflege durch ehrenamtliche Helfer. Auch die verschiedenen Möglichkeiten, ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte einzusetzen, wird dargestellt.

Insgesamt will Ihnen dieser Ratgeber in einer schwierigen Lebenssituation helfen und Sie bei der Bewältigung der vielfältigen Probleme durch praktische Ratschläge mit vielen Beispielen unterstützen.

Die 3. Auflage berücksichtigt die ab 2025 geltenden Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige.

Dr. Otto N. Bretzinger

2 Schritt für Schritt zur guten Pflege

Egal, ob es sich bei einer Krankheit über einen längeren Zeitraum ankündigt oder ob man plötzlich damit konfrontiert wird: Ein Familienmitglied braucht nicht nur gelegentliche Hilfe, sondern eine dauerhafte Pflege. Pflegebedürftigkeit kann nach einer schweren Krankheit oder einem Unfall nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eintreten oder weil sich der Gesundheitszustand eines Angehörigen zu Hause allmählich verschlechtert. Plötzlich ist man mit Problemen konfrontiert, auf die man sich nicht oder nur bedingt vorbereiten konnte und die unter Umständen einer schnellen Klärung bedürfen. Und in kurzer Zeit müssen dann trotz emotionaler Belastung viele Entscheidungen getroffen werden, die unter Umständen mit weitreichenden Folgen verbunden sind. Denn plötzlich wird man mit Begriffen wie »Pflegegutachten«, »Pflegegrad« oder »Pflegezeit« konfrontiert, man muss sich neu organisieren, vielleicht Pflege und Beruf unter einen Hut bringen, und man muss sich nicht zuletzt mit finanziellen Fragen befassen, die zwangsläufig im Zusammenhang mit der Pflege eines Menschen auftreten.

2.1 Alles zu seiner Zeit

Trotz aller Fragen und Probleme, mit denen Sie konfrontiert sind: Lassen Sie sich nicht aus der Ruhe bringen. Sie müssen auch nicht alle Entscheidungen auf einmal treffen. Es gibt besonders Wichtiges, Wichtiges und erst mal weniger Wichtiges.

1. Schritt

Schalten Sie den [Sozialdienst](#) ein, wenn der Angehörige im Krankenhaus liegt, und nutzen Sie die Möglichkeit der sogenannten [Übergangspflege](#) der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Schritt

Wenn Sie berufstätig sind: Nutzen Sie die Möglichkeit, sich anfangs für zehn Tage von der Arbeit **freistellen** zu lassen, wenn ein naher Angehöriger akut pflegebedürftig wird. So haben Sie Gelegenheit, die [kurzfristig anstehenden Angelegenheiten](#) zu organisieren.

3. Schritt

Stellen Sie möglichst frühzeitig den **Antrag auf Pflegeleistungen**. Nach der Antragstellung wird die Pflegekasse tätig und veranlasst das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads.

4. Schritt

Nehmen Sie die **Pflegeberatung** der Pflegekasse in Anspruch und nehmen Sie Kontakt mit einem **Pflegestützpunkt** auf.

5. Schritt

Machen Sie sich mit den Grundsätzen des **Begutachtungsverfahrens** des Medizinischen Dienstes (MD) vertraut und bereiten Sie sich auf die Begutachtung vor.

6. Schritt

Besprechen Sie mit dem Pflegebedürftigen dessen Wünsche und Vorstellungen bei der Pflege und erörtern Sie im Familienkreis die organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten.

7. Schritt

Entscheiden Sie sich, ob die pflegebedürftige Person **zu Hause** gepflegt werden oder in einem **Heim** untergebracht werden soll, und treffen Sie die notwendigen Vorbereitungen.

8. Schritt

Solange und soweit die pflegebedürftige Person dazu in der Lage ist, sollten die notwendigen **Vorsorgeverfügungen** verfasst werden. So ist gewährleistet, dass die Wünsche und Vorstellungen bei der Pflege und der medizinischen Behandlung berücksichtigt werden.

2.2 Rechtzeitig Hilfe einholen

Wichtig ist zunächst einmal, dass Ihnen bewusst ist, dass Sie gerade im Bereich der Pflege mit Unterstützung und Hilfen von vielen Seiten rechnen können. Nutzen Sie diese Hilfs- und Beratungsangebote und nehmen Sie rechtzeitig Kontakt zu **Sozialdiensten**, zur **Pflegeberatung** der Pflegekasse oder zum **Pflegestützpunkt** vor Ort auf. Dort wird man Sie schon von Beginn an mit Beratung und konkreten Hilfen begleiten. Darüber hinaus bestehen Beratungsangebote der **Sozialverbände**, der **Verbraucherzentralen**, von **Selbsthilfegruppen** und **Betreuungsvereinen**. Insgesamt betreffen die Beratungs- und Hilfsangebote nicht nur die Formalitäten beim Umgang mit der Pflegekasse und Behörden (z.B. Sozialversicherungsträger, Sozialamt), Beratung und Hilfe können Sie insbesondere auch bei der organisatorischen Bewältigung der anstehenden Pflegeaufgaben erwarten.

2.2.1 Sozialdienst des Krankenhauses

Wenn Patienten im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts erfahren, dass sie sich künftig nicht mehr alleine versorgen können und auf Pflege angewiesen sind, ist der Sozialdienst des Krankenhauses der erste Ansprechpartner. Jedes Krankenhaus hat für die soziale Betreuung und Beratung einen Sozialdienst eingerichtet, der auch den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege sicherstellen soll. Der **Sozialdienst** kann unterschiedliche Bezeichnungen (z.B. Entlassungsmanagement, Überleitungsmanagement, Pflegeüberleitung) und unterschiedliche Schwerpunkte aufgrund der Spezialisierung des Krankenhauses haben.

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes helfen dabei, die Entlassung des Patienten so gut wie möglich vorzubereiten. Im Regelfall wird der Sozialdienst Kontakt mit dem Patienten und den Angehörigen aufnehmen. Andernfalls sollten Sie möglichst frühzeitig die Mitarbeiter des Sozialdienstes ansprechen, spätestens, wenn der Entlassungstermin feststeht.

Der Sozialdienst arbeitet eng und vertrauensvoll mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zusammen. Er hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und ihn sowie gegebenenfalls seine Angehörigen in sozialen Fragen zu beraten. Insbesondere soll ein möglichst nahtloser und reibungsloser Übergang vom stationären Aufenthalt in die Weiterversorgung gewährleistet werden. Zu den Aufgaben des Sozialdienstes gehören insbesondere

- die Planung der weiteren **Versorgung des Patienten** im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt (z.B. Einleitung von notwendigen Anschlussheilbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen),

- die **Beratung** des Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen beim Antrag auf Pflegeleistungen und bei den einzelnen Leistungsarten der Pflegeversicherung,
- die Beratung bei weiteren **finanziellen Fragen** (z.B. Sozialhilfe),
- die Unterstützung bei der Organisation der **häuslichen Pflege** (z.B. durch Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes oder bei der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise eines Pflegebetts oder Gehhilfen),
- Hilfen bei der Organisation der **Pflege in einem Heim** (z.B. Beratung bei der Auswahl eines Pflegeheims bei Kurzzeit- oder Dauerpflege),
- die Beratung zu **ergänzenden Angeboten** (z.B. Vermittlung von Selbsthilfegruppen),
- die Beratung bei **betreuungsrechtlichen Fragen** (z.B. Kontakt zu Beratern für die Errichtung einer Vorsorgevollmacht).

2.2.2 Übergangspflege der Krankenversicherung

Auch die Krankenversicherung kümmert sich unter Umständen um eine Pflege. Das ist insbesondere für Menschen wichtig, bei denen (noch) keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und die deshalb keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Häusliche Krankenpflege

Eine häusliche Krankenpflege wird von der Krankenkasse grundsätzlich für bis zu vier Wochen je Krankheitsfall gezahlt, wenn ein Patient zwar das Krankenhaus verlassen hat, aber noch nicht auskuriert ist und noch Pflege benötigt. Da die Krankenhäuser angehalten sind, die Liegezeiten möglichst kurz zu halten, sind diese

Fälle nicht selten. Durch häusliche Krankenpflege kann dann die erste Versorgung des Patienten weiterhin sichergestellt werden. Anspruch auf **häusliche Krankenpflege** besteht allerdings **nur**, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

! **Tipp:** Die häusliche Krankenpflege umfasst die Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung), die Grundpflege (z.B. Hilfe beim Waschen), die hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen) und die Palliativversorgung (z.B. Schmerzbehandlung).

Haushaltshilfe

In einigen Fällen zahlt die Krankenkasse auch eine **Haushaltshilfe**. Voraussetzung ist, dass sich eine Person wegen einer Krankenhausbehandlung, einer schweren Krankheit oder der akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht um den Haushalt kümmern und keine andere mit ihr zusammenlebende Person diese Aufgaben übernehmen kann. Die Haushaltshilfe wird in der Regel für **maximal vier Wochen** im Jahr bezahlt. Lebt ein Kind im Haushalt, das unter zwölf Jahre alt oder behindert oder auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf **längstens 26 Wochen**.

Kurzzeitpflege

Reicht die häusliche Krankenpflege, also die Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, nicht aus, um den Patienten zu versorgen, zahlt die Krankenkasse auch für eine **Kurzzeitpflege** in einer stationären Einrichtung. Das kommt Menschen zugute, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, auf Hilfe angewiesen sind, aber noch keinen Pflegegrad zugesprochen bekommen haben. Der Anspruch besteht für **maximal acht Wochen**.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten bis zu einem Höchstsatz von 1.774,– € im Jahr.

2.2.3 Individuelle Pflegeberatung der Pflegekasse

Besonders wichtig bei einem Pflegefall ist eine kompetente Beratung. Zu den Leistungen der Pflegekassen gehören deshalb nicht nur reine Sachleistungen oder die Übernahme bestimmter Pflegekosten. Alle Personen, die Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten oder die Leistungen beantragt und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben, haben einen einklagbaren, individuellen **Rechtsanspruch auf umfassende Beratung und Hilfestellung**.

Anspruchsberechtigte Personen

Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung haben alle Personen, die pflegebedürftig sind und ohne Einschränkungen die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erfüllen. Anspruch auf Beratung und Hilfestellung haben darüber hinaus alle Personen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, und bei denen erkennbar ein Hilfs- und Beratungsbedarf besteht.

! **Tipp: Nicht anspruchsberechtigt** sind Angehörige oder die Ehepartner und Lebenspartner des Pflegebedürftigen. Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person erfolgt die Pflegeberatung jedoch auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.

Beratungsangebote

Die **Pflegekasse ist verpflichtet**, den Antragsteller konkret auf das **Beratungsangebot** hinzuweisen. Sie hat dem Antragsteller

unmittelbar nach Eingang des Antrags auf Leistungen sowie weiterer Anträge auf Leistungen entweder einen konkreten Beratungstermin anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen, der bei einer Beratungsstelle eingelöst werden kann.

Will die Pflegekasse das Beratungsangebot selbst umsetzen, hat sie dem Antragsteller die Durchführung der Beratung unter Angabe einer konkreten Kontaktperson **innerhalb** einer Frist von **zwei Wochen** anzubieten. Die Pflegeberatung kann in der Geschäftsstelle der Pflegekasse oder telefonisch erfolgen. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen erfolgt die Pflegeberatung in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Unter der häuslichen Umgebung ist der Ort zu verstehen, an dem der Pflegebedürftige sich in der Regel aufhält und seinen Lebensmittelpunkt hat. Einrichtungen, in denen der Pflegebedürftige lebt, sind in der Regel stationäre Einrichtungen, unabhängig davon, welchem Zweck der stationäre Aufenthalt dient (z.B. stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, der Rehabilitation oder der Eingliederungshilfe).

Die Beratung erfolgt durch speziell geschulte Pflegeberater mit besonderer Fachkenntnis, insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht. Die Pflegeberater sind regelmäßig bei den Pflegekassen beschäftigt.

Die Pflegekasse hat auch die Möglichkeit, einen **Beratungsgutschein** auszustellen, der bei einer Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann. Die Beratungsstellen, die der Antragsteller zulasten der Pflegekasse in Anspruch nehmen kann, sind im Beratungsgutschein zu nennen. Auch bei einer Beratung durch Beratungsstellen auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins ist, wie bei der Beratung durch die Pflegekasse selbst, sicherzustellen, dass die Beratung in der häuslichen

Umgebung des Antragstellers oder in der Einrichtung, in der er lebt, innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang erfolgen kann.

Aufgaben der Pflegeberatung

Der Anspruch auf Pflegeberatung umfasst die individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater bei der **Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen** und sonstigen Hilfsangeboten, die auf Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Zu den Aufgaben des Pflegeberaters gehört es auch, über Leistungen zur Entlastung von Pflegepersonen zu informieren.

Zu den Aufgaben der Pflegeberatung zählen insbesondere

- die Erteilung von Informationen und Auskünften über die verschiedenen **Leistungen der Pflegeversicherung**,
- die Ermittlung des **individuellen Hilfebedarfs** anhand des Ergebnisses des Gutachtens des Medizinischen Dienstes,
- die Erteilung von Informationen zu den Angeboten zur **Unterstützung im Alltag** und zu Entlastungsangeboten zur Unterstützung bei Verhinderung der Pflegeperson,
- die Erstellung eines **individuellen Vorsorgeplans**,
- Auskünfte zu den Möglichkeiten der (vorübergehenden) **Unterbringung** des Pflegebedürftigen **im Heim**.

! **Tipp:** Auf Wunsch hilft der Pflegeberater auch dabei, Anträge bei der Pflegekasse zu stellen. Solche Anträge auf Leistungen können auch gegenüber der Pflegeberatung gestellt werden. Der Pflegeberater muss dann den Antrag unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse übermitteln.

2.2.4 Rat und Hilfe durch Pflegestützpunkte als Anlaufstellen vor Ort

Eine unabhängige Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige für alle Fragen rund um die Pflege sind Pflegestützpunkte, die zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen von den Pflegekassen und Krankenkassen eingerichtet sind.

Aufgaben

Ein **Pflegestützpunkt** erteilt umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote. Sie erhalten Auskunft zu allen Leistungsfragen und erfahren dort insbesondere, welche Kosten die Pflegekasse übernimmt und in welchen Fällen das Sozialamt einspringt. Ebenso informieren die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes über mögliche Zuschüsse, wenn der Pflegebedürftige oder seine Angehörigen eine Wohnung altengerecht umbauen möchte.

Die Fachkräfte der Pflegestützpunkte machen sich ein Bild über den **Hilfe- und Pflegebedarf** sowie über die **Wohnsituation** der pflegebedürftigen Person. Gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen wird nach Lösungen gesucht, wie der Pflegebedürftige möglichst lange zu Hause wohnen bleiben kann, etwa mit der Unterstützung eines Pflegedienstes. Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte kennen die ambulanten Pflegedienste, Betreuungsangebote und ehrenamtlichen Strukturen vor Ort, deren Angebote und Preise. Ist die Pflege zu Hause nicht mehr möglich, unterstützen sie bei der Suche nach weiteren Alternativen.

Bei folgenden Problemen und Fragen sind Pflegestützpunkte eine gute Anlaufstelle:

- Information, Auskunft und Beratung zu **Hilfs- und Unterstützungsangeboten**,
- Unterstützung bei der **Organisation der Pflege**,
- Hilfe bei Formalitäten wie dem **Ausfüllen eines Antrages**,
- Unterstützung bei der Suche nach **externer Hilfe**,
- **Anpassung der Versorgung**, wenn sich der Bedarf des Pflegebedürftigen geändert hat.

! **Tipp:** Wo der nächste Pflegestützpunkt liegt, erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse. Eine Übersicht über Pflegestützpunkte in Deutschland finden Sie auf der Internetseite des Zentrums Qualität in der Pflege (www.zqp.de). In einer Datenbank können Sie über Postleitzahl oder Wohnort einen Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe suchen.

2.2.5 Weitere Hilfen und Beratungsangebote

Die Pflegeberatung der Pflegekasse und der Pflegestützpunkt vor Ort sind zwar bei Themen rund um die Pflege die ersten Anlaufstellen, Hilfen bieten daneben aber auch viele andere Organisationen an.

Sozialamt

Pflegebedürftige Personen können unter Umständen vom **Sozialamt Hilfe zur Pflege** als eine bedarfsorientierte Sozialleistung erhalten, wenn sie den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können. Die soziale Pflegeversicherung deckt in der Regel nur einen Teil der anfallenden Kosten ab. Den Rest müssen die

Betroffenen selbst tragen. Wenn der Pflegebedürftige diesen Eigenanteil nicht selbst tragen kann, übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen das Sozialamt die [anfallenden Pflegekosten](#).

Sozialverbände

Sozialverbände wie beispielsweise der Sozialverband Deutschland (SoVD) und der Sozialverband VdK Deutschland bieten ihren Mitgliedern **Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten** an, unter anderem in Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung. Sie helfen bei Anträgen auf Pflegeleistungen und gegebenenfalls bei einem Widerspruchs- und sozialgerichtlichen Verfahren.

Wohnberatungsstellen

Wohnberatungsstellen helfen bei der Frage, wie die **Wohnung** an das Alter, an eine Behinderung oder eine Pflegesituation angepasst und wie die **Maßnahme finanziert** werden kann. Auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. (www.wohnungsanpassung-bag.de) finden Sie Adressen von Beratungsstellen in Ihrer Nähe.

Hospiz- und Palliativdienste

Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer **palliativen Versorgung**, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. Angeboten werden eine stationäre und eine ambulante Hospizversorgung. Adressen von ambulanten und stationären Hospizdiensten finden Sie auf der Internetseite des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V. (www.dhvp.de).

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen bieten einen Ort für intensive Gespräche oder einen Erfahrungsaustausch an. In vielen Städten bieten Beratungsstellen, Wohlfahrtsverbände oder Pflegedienste Gesprächskreise an, in denen sich pflegende Angehörige austauschen können.

Pflegetelefon

Das Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums bietet unter der Rufnummer 030-20179131 pflegenden Angehörigen **telefonische Beratung** und schnelle Hilfe rund um das Thema Pflege. Die telefonischen Beratungsgespräche sind anonym und vertraulich und bieten Angehörigen konkrete Hilfestellung für ihre individuelle Situation. Außerdem informieren die Fachleute über weitere Beratungs- und Hilfsangebote in der Umgebung des Pflegebedürftigen.

2.3 Frühzeitig Antrag auf Pflegeleistungen stellen

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden **nur auf Antrag** gewährt. Es ist wichtig, den Antrag so früh wie möglich zu stellen. Andernfalls verschenkt man unter Umständen Geld. Sobald der Eindruck entsteht, dass regelmäßige Hilfe im Alltag erforderlich ist, sollte unverzüglich der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden.

2.3.1 Vorversicherungszeit des Pflegebedürftigen

Anspruch auf Leistungen hat nur, wer einige Zeit bereits **Mitglied der gesetzlichen Pflegeversicherung** war. Nur, wer also über einen bestimmten Zeitraum Beiträge in die Pflegeversicherung gezahlt hat, kann später auch Leistungen beziehen. Diese Zeit der Versicherung

vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung wird als Vorversicherungszeit bezeichnet.

Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens **zwei Jahre** als **Mitglied** versichert oder familienversichert war. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

2.3.2 Antrag bei der Pflegekasse

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden **nur auf Antrag** gewährt. Der Antrag auf Pflegeleistungen muss vom Pflegebedürftigen gestellt werden. Pflegenden Angehörigen sind nur dann antragsberechtigt, wenn ihnen der Pflegebedürftige eine [Vollmacht](#) erteilt hat. Im Falle einer rechtlichen Betreuung des Pflegebedürftigen kann der Antrag vom [Betreuer](#) gestellt werden.

Einen wirksamen Antrag können auch nicht voll geschäftsfähige Personen stellen. **Anträge auf Sozialleistungen** können Personen stellen und verfolgen, die das **15. Lebensjahr vollendet** haben. Ab diesem Alter können auch Sozialleistungen entgegengenommen werden.

Der Antrag auf Pflegeleistungen muss bei der **Pflegekasse der pflegebedürftigen Person** gestellt werden. Die Pflegekasse ist grundsätzlich bei der Krankenkasse (z.B. der AOK) angesiedelt, bei der die pflegebedürftige Person krankenversichert ist. Der Antrag auf Pflegeleistungen wird aber auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen. Privatversicherte müssen sich an die private Pflegeversicherung wenden.

Der Antrag bedarf **keiner Form**. Auch die Meldung der Pflegebedürftigkeit durch Dritte (z.B. einen Angehörigen, den behandelnden Arzt, das Krankenhaus, die Reha-Einrichtung) ist als Antrag anzusehen, wenn die Mitteilung mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erfolgt.

! **Tipp:** Stellen Sie zunächst einen formlosen Antrag. Diesen können Sie formlos schriftlich, telefonisch oder persönlich bei Ihrer Pflegekasse einreichen. Anschließend werden Ihnen die nötigen Formulare von der Pflegekasse zugesandt. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen der Formulare benötigen, können Sie sich an eine [Pflegeberatungsstelle](#) oder einen [Pflegestützpunkt](#) wenden.

2.3.3 Zeitpunkt der Antragstellung

Grundsätzlich werden die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung **erst ab Antragstellung**, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an gewährt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. War der Versicherte bereits vor der Antragstellung pflegebedürftig und wird der Antrag erst später als einen Monat nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, so beginnen die Leistungen am Anfang des Antragsmonats. Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn ein höherer Pflegegrad beantragt wird.

» Beispiel

- Pflegegeld wurde am 25. April beantragt. Der Medizinische Dienst hat am 22. Mai festgestellt, dass seit dem 7. April Pflegebedürftigkeit vorliegt. Anspruch auf Pflegegeld besteht ab 25. April.

- Pflegegeld wurde am 5. Juni beantragt. Der Medizinische Dienst hat am 17. Juli festgestellt, dass seit dem 1. Juli Pflegebedürftigkeit vorliegt. Anspruch auf Pflegegeld besteht ab 1. Juli.

2.3.4 Fristen

Mit der Antragstellung beginnen wichtige Fristen zu laufen. So hat die Pflegekasse unmittelbar nach Eingang des Antrags auf Leistungen entweder

- unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten **Beratungstermin** anzubieten, der **spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang** durchzuführen ist, oder
- einen **Beratungsgutschein** auszustellen, in dem [Beratungsstellen](#) benannt sind, bei denen der Gutschein zulasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegekasse muss innerhalb von drei Tagen nach Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung beauftragen.

Innerhalb von 20 Arbeitstagen muss die Pflegekasse einen Termin für eine [Begutachtung](#) ermöglichen.

2.4 Auf Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vorbereiten

Leistungen der Pflegeversicherung gibt es **nur, wenn Pflegebedürftigkeit** besteht. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch der sogenannte Pflegegrad. Sobald der

Pflegekasse der Antrag auf Pflegeleistungen vorliegt, beauftragt diese den Medizinischen Dienst (MD) mit der Begutachtung der zu pflegenden Person. Zentrale Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist die **Prüfung**, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Gutachter hat durch eine Untersuchung der antragstellenden Person die **Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit** oder der Fähigkeiten und die voraussichtliche Dauer der **Pflegebedürftigkeit** zu ermitteln. Grundlagen der Begutachtung sind die »Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit«.

! **Tipp:** Sie sollten sich unbedingt in groben Zügen damit vertraut machen, wann eine **Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung** vorliegt, wie der Pflegegrad ermittelt wird und wie das Begutachtungsverfahren abläuft. Denn einerseits hängen die Leistungen der Pflegeversicherung vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab, andererseits sollten Sie wissen, was Sie im Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes erwartet. Mit der richtigen Vorbereitung auf die Begutachtung können Sie sicherstellen, dass der **Pflegebedarf** vom Gutachter richtig erfasst und die dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson zustehenden gesetzlichen Leistungen tatsächlich bewilligt werden.

2.4.1 Was der Gutachter im Einzelnen prüft und bewertet

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer pflegebedürftig ist. Pflegebedürftig 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**, und mit mindestens der gesetzlich festgelegten Schwere bestehen.

Achtung: Bei der Begutachtung wird nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung berücksichtigt, sondern allein die **Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit** und der Fähigkeiten. Deshalb begründet beispielsweise eine Blindheit oder eine Lähmung der unteren Extremitäten allein noch nicht die Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten sind die in den folgenden Bereichen begründeten Kriterien:

- Modul 1:** Mobilität,
- Modul 2:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Modul 3:** Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Modul 4:** Selbstversorgung,
- Modul 5:** Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die Kriterien, die im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads nach den Begutachtungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbands konkret überprüft werden. Auf dieser Grundlage können Sie als pflegebedürftige Person oder als pflegender Angehöriger selbst eigene Beobachtungen anstellen und sich ein Bild von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten machen.

Mobilität (Modul 1)

Der Gutachter prüft, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen bzw. zu wechseln und sich fortzubewegen. Beurteilt werden Aspekte wie **Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination** usw. Konkret geht es um folgende Kriterien:

- **Im Bett Positionen wechseln:**

Es geht darum, verschiedene Positionen im Bett einzunehmen, sich um die Längsachse zu drehen oder sich aus dem Liegen aufzurichten.

- **Eine stabile Sitzposition halten:**

Gemeint ist die Fähigkeit, sich auf einem Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht zu halten.

- **Umsetzen:**

Geprüft wird, ob der Betroffene in der Lage ist, von einer erhöhten Sitzfläche, Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette usw. aufzustehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder Ähnliches umzusetzen.

- **Innerhalb des Wohnbereichs fortbewegen:**

Konkret geht es darum, sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher zu bewegen.

- **Treppensteigen:**

Gemeint ist die Fähigkeit, Treppen zwischen zwei Etagen in aufrechter Sitzposition zu überwinden. Die Bewertung erfolgt unabhängig von der individuellen Wohnsituation.

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2)

Der Gutachter prüft, wie gut sich der Betroffene in seinem **Alltag orientieren und beteiligen** sowie **Entscheidungen treffen** und steuern kann. Konkret geht es um folgende Kriterien:

- **Personen aus dem näheren Umfeld erkennen:**

Gemeint ist die Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld (z.B. Familienmitglieder, Bekannte, Nachbarn oder Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes) wiederzuerkennen, also Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht.

- **Örtliche Orientierung:**

Sie betrifft die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet.

- **Zeitliche Orientierung:**

Hier geht es um die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Fragen nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

- **An wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen erinnern:**

Gemeint ist die Fähigkeit, sich an kurz und auch länger zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Es geht zum Beispiel darum, dass die Person weiß, was sie zum Frühstück gegessen hat oder mit welchen Tätigkeiten sie den Vormittag verbracht hat.

- **Mehrschrittige Alltagshandlungen steuern:**

In diesem Zusammenhang geht es um die Fähigkeit, zielgerichtete Handlungen des Lebensalltags, die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, zu steuern. Gemeint sind

zielgerichtete Handlungen, die die Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat (z.B. das komplette Ankleiden, Kaffeekochen oder Tischdecken).

- **Entscheidungen im Alltagsleben treffen:**

Hier geht es darum, folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltag zu treffen. Dazu gehört zum Beispiel die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachgehen.

- **Sachverhalte und Informationen verstehen:**

Gemeint ist die Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und Informationen inhaltlich einordnen zu können (z.B. Informationen zum Tagesgeschehen aus den Medien aufzunehmen und inhaltlich zu verstehen).

- **Risiken und Gefahren erkennen:**

Geprüft wird, ob der Betroffene in der Lage ist, Risiken und Gefahren zu erkennen (z.B. Gefahren wie Strom- und Feuerquellen oder Barrieren auf dem Fußboden oder auf Fußwegen).

- **Elementare Bedürfnisse mitteilen:**

Gemeint ist die Fähigkeit, elementare Bedürfnisse (z.B. Hunger, Durst, Schmerzen, Frieren) verbal oder nonverbal (z.B. durch Gestik oder Mimik) mitzuteilen.

- **Aufforderungen verstehen:**

Hierbei geht es um die Fähigkeit, Aufforderungen im Hinblick auf alltägliche Grundbedürfnisse (z.B. Essen, Trinken, sich kleiden) zu verstehen.

- **An einem Gespräch beteiligen:**

Gemeint ist die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3)

Der Gutachter prüft, inwieweit die Person ihr Verhalten **ohne personelle Unterstützung** steuern kann. Konkret geht es um folgende Kriterien:

- **Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:**
Dieses Kriterium fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder der Einrichtung und der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung oder die Einrichtung zu verlassen oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten (z.B. Treppenhaus).
- **Nächtliche Unruhe:**
Gemeint ist das nächtliche Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus im Sinne von aktiv sein in der Nacht und schlafen während des Tages.
- **Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:**
Das Verhalten kann zum Beispiel darin bestehen, sich selbst durch Gegenstände zu verletzen, ungenießbare Substanzen zu essen und zu trinken, sich selbst zu schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen zu verletzen.
- **Beschädigen von Gegenständen:**
Gemeint sind aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen wie Gegenstände wegstoßen oder wegschieben,

gegen Gegenstände schlagen, treten nach Gegenständen.

- **Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:**

Hierzu gehören beispielsweise nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere zu stoßen oder wegzudrängen.

- **Verbale Aggression:**

Sie kann zum Beispiel durch verbale Beschimpfungen oder Bedrohung anderer Personen zum Ausdruck kommen.

- **Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten:**

Andere pflegerelevante vokale (= stimmliche) Auffälligkeiten können lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, Vor-sich-hin-schimpfen, Fluchen, Seltsame-Laute-von-sich-Geben, ständiges Wiederholen von Sätzen und Fragen sein.

- **Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen:**

Gemeint ist die Abwehr von Unterstützung, zum Beispiel bei der Körperpflege, die Verweigerung der Nahrungsaufnahme, der Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen sowie die Manipulation an Vorrichtungen wie zum Beispiel an Kathetern, Infusionen oder Sondenernährung.

- **Wahnvorstellungen:**

Diese beziehen sich beispielsweise auf die Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen in Kontakt zu stehen, oder auf die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden.

- **Ängste:**

In Betracht kommen starke Ängste oder Sorgen, Angstattacken unabhängig von der Ursache. Die Person hat keine Möglichkeit/Strategie zur Bewältigung und Überwindung der Angst.

- **Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage:**

Sie zeigt sich zum Beispiel daran, dass die Person kaum Interesse an der Umgebung hat, kaum Eigeninitiative aufbringt und Motivierung durch andere benötigt, um etwas zu tun, die Person wirkt traurig oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.

- **Sozial inadäquate Verhaltensweisen:**

Gemeint sind zum Beispiel distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich vor anderen in unpassenden Situationen auszukleiden, unangemessenes Greifen nach Personen oder unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.

- **Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen:**

In Betracht kommen unter anderem Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung, planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Urinieren in die Wohnung.

Selbstversorgung (Modul 4)

In diesem Bereich geht es um Themen der **Grundpflege**: Waschen, An- und Auskleiden, Zur-Toilette-Gehen, Essen und Trinken. Daneben geht es um Besonderheiten wie die künstliche Ernährung über eine Sonde oder Infusion und um die Folgen einer Inkontinenz. Konkret geht es um folgende Kriterien:

- **Blasenkontrolle, Harnkontinenz:**

Gemeint ist hier, Harndrang zu verspüren und so rechtzeitig zu äußern, dass die Blasenentleerung geregelt werden kann. Jegliche Art von unwillkürlichem Harnabgang ist zu berücksichtigen, unabhängig von der Ursache.

- **Darmkontrolle, Stuhlkontinenz:**

Gemeint ist, Stuhldrang zu verspüren und so rechtzeitig zu äußern, dass die Darmentleerung geregelt werden kann. Zu bewerten ist hier die Vermeidung unwillkürlicher Stuhlabgänge, gegebenenfalls mit personeller Hilfe.

- **Vorderen Oberkörper waschen:**

Bewertet wird, ob sich die Person die Hände, das Gesicht, den Hals, die Arme, die Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen kann.

- **Körperpflege im Bereich des Kopfes:**

In Betracht kommen Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren.

- **Intimbereich waschen:**

Geprüft wird, ob die Person imstande ist, den Intimbereich zu waschen und abzutrocknen.

- **Duschen und Baden einschließlich Haarewaschen:**

Gemeint ist die Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare.

- **Oberkörper an- und auskleiden:**

Gemeint ist, ob der Betroffene bereitliegende Kleidungsstücke (z.B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd) an- und ausziehen kann.

- **Unterkörper an- und auskleiden:**

Bewertet wird die Fähigkeit, bereitliegende Kleidungsstücke (z.B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe und Schuhe) an- und auszuziehen.

- **Nahrung mundgerecht zubereiten und Getränke eingießen:**

Hier geht es um das Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken. Dazu gehört das Zerteilen von belegten Brotscheiben, Obst oder anderen Speisen in mundgerechte Stücke, zum Beispiel das Kleinschneiden von Fleisch, das Zerdrücken von Kartoffeln, Pürieren der Nahrung, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen, gegebenenfalls unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Antirutschbrett oder sonstigen Gegenständen wie Spezialbesteck.

- **Essen:**

Bewertet wird, ob die Person imstande ist, bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen zu essen. Dies beinhaltet das Aufnehmen, Zum-Mund-Führen, gegebenenfalls Abbeißen, Kauen und Schlucken von mundgerecht zubereiteten Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden (z.B. Brot, Kekse, Obst), oder das Essen mit Gabel oder Löffel. Zu berücksichtigen ist auch die Fähigkeit der Person, Nahrung zu sich zu nehmen.

- **Trinken:**

Gemeint ist die Fähigkeit, bereitstehende Getränke aufzunehmen, gegebenenfalls mit Gegenständen wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl)

erkannt und die empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird.

- **Toilette oder Toilettenstuhl benutzen:**

Geprüft wird die Fähigkeit, zur Toilette zu gehen, sich hinzusetzen und aufzustehen, Sitzen während der Blasen- oder Darmentleerung, Intimhygiene und Richten der Kleidung.

- **Folgen einer Harninkontinenz bewältigen und mit Dauerkatheter und Urostoma umgehen:**

Es geht darum, Material und Hilfsmittel (z.B. Windeln, Pants) bei einer Urininkontinenz oder einem künstlichen Blasenausgang sachgerecht zu verwenden und nach Bedarf zu wechseln und zu entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter, Urostoma (künstlicher Blasenausgang) oder die Anwendung eines Urinalkondoms.

- **Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen und mit Stoma umgehen:**

Es geht darum, Material und Hilfsmittel bei einer Stuhlinkontinenz oder einem künstlichen Darmausgang sachgerecht zu verwenden und nach Bedarf zu wechseln und zu entsorgen. Dazu gehört auch die Anwendung eines Analtampons oder bei Enterostoma (künstlicher Darmausgang) das Entleeren oder Wechseln eines Stomabeutels.

- **Künstliche Ernährung über eine Sonde oder Infusion:**

In Betracht kommt die parenterale Ernährung, durch die alle notwendigen Nährstoffe über eine Infusion direkt in die Blutbahn oder über Sonden, die in den Magen gelegt werden, zugeführt werden. Maßgebend für die Bewertung ist die

Häufigkeit der künstlichen Ernährung, wenn die pflegebedürftige Person dabei Hilfe benötigt.

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Modul 5)

In diesem Bereich geht es um die **Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen**, die gezielt auf eine bestehende Krankheit ausgerichtet und **mindestens sechs Monate erforderlich** sind.

Maßgebend ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Konkret geht es um folgende Kriterien:

- **Medikation:**

Hier geht es um orale Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster.

- **Injektionen:**

Hier geht es um die Verabreichung von Spritzen (z.B. Insulin-Injektionen) oder auch die Versorgung mit Medikamentenpumpen und Infusionen zur Flüssigkeitsversorgung.

- **Versorgung intravenöser Zugänge:**

Hierunter fällt hauptsächlich die Port-Versorgung. Sie ist oft fachpflegerisch erforderlich. Der Portkatheter ist dauerhafter Zugang zum Blutkreislauf. Es wird eine dünne Nadel in eine Vene gelegt, die dort längere Zeit verbleibt und über die regelmäßig Medikamente verabreicht werden.

- **Absaugen und Sauerstoffgabe:**

Hier geht es um das regelmäßige Absaugen von Atemsekret, das zum Beispiel bei beatmeten Patienten in sehr unterschiedlicher und wechselnder Häufigkeit notwendig sein kann. Zu erfassen ist auch das An- und Ablegen von

Sauerstoffbrillen oder von Atemmasken zur nächtlichen Druckbeatmung sowie das Bereitstellen eines Inhalationsgerätes.

- **Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen:**

Hier sind alle externen Anwendungen mit ärztlich angeordneten Salben, Cremes, Emulsionen usw. abzubilden, außerdem Kälte- und Wärmeanwendungen, die zum Beispiel bei rheumatischen Erkrankungen angeordnet werden.

- **Messung und Deutung von Körperzuständen:**

Hier geht es um durchzuführende Messungen (z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt), soweit diese auf ärztliche Anordnung erfolgen. Es geht allerdings nicht nur darum, die Messung durchzuführen, sondern auch notwendige Schlüsse zu ziehen.

- **Körpernahe Hilfsmittel:**

Hierunter wird zum Beispiel das An- und Ablegen von Prothesen, kieferorthopädischen Apparaturen; Orthesen, Brille, Hörgerät oder Kompressionsstrümpfen verstanden.

- **Verbandswechsel und Wundversorgung:**

Hier geht es im Wesentlichen um die Versorgung von chronischen, also lang andauernden und schlecht heilenden Wunden.

- **Versorgung mit Stoma:**

Gemeint ist hier die Pflege künstlicher Körperöffnungen (z.B. Darm-, Blasenausgängen oder eine durch die Bauchdecke gelegte Magensonde). Betrachtet wird die spezielle Pflege (z.B. Verbandswechsel, Desinfektion). Der einfache Wechsel oder das Entleeren von Urinbeuteln oder das Anhängen von Sondennahrung ist im Modul 4 berücksichtigt.

- **Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden:**

Regelmäßige Einmalkatheterisierungen kommen insbesondere bei Blasenentleerungsstörungen vor. Hier kann es notwendig sein, dass die Blase regelmäßig über einen Katheter, der über die Harnröhre eingeführt und danach wieder herausgezogen wird, entleert wird. Mit Abführmethoden sind Anwendungen von Klistier, Einlauf, digitale Ausräumung (Stuhlentleerung mittels Finger) gemeint.

- **Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung:**

In Betracht kommen zum Beispiel krankengymnastische Übungen, Atemübungen oder logopädische Übungen.

- **Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung:**

Hier geht es um spezielle Therapiemaßnahmen wie Dialyse/Blutwäsche oder Beatmung, die im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können, wenn ständige Überwachung während der Maßnahme durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet wird.

- **Arztbesuche:**

Hierunter fallen regelmäßige Besuche beim niedergelassenen Hausarzt bzw. Facharzt zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken.

- **Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen:**

Hier geht es um das Aufsuchen anderer Therapeuten (z.B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten), von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung oder Diagnostik oder anderer Einrichtungen des Gesundheitswesens.

- **Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen:**

Bei manchen Erkrankungen kann es notwendig sein, spezialisierte Einrichtungen aufzusuchen, wodurch erhebliche Fahrtzeiten anfallen können. Auch kann es erforderlich sein, sich zeitaufwendiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu unterziehen (z.B. onkologische Behandlung oder Dialyse). Der dafür erforderliche Zeitaufwand für die Pflegeperson muss pro Termin mehr als drei Stunden betragen.

- **Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften:**

Hier geht es um ganz konkrete, von Ärzten angeordnete Verhaltensvorschriften hinsichtlich einer Krankheit. Bei manchen Erkrankungen werden bestimmte Diäten oder Essvorschriften oder andere Verhaltensvorschriften vom Arzt angeordnet.

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Modul 6)

In diesem Zusammenhang wird festgestellt, ob die Person individuell und bewusst ihren **Tagesablauf gestalten** kann und ob sie in der Lage ist, mit Menschen in ihrem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen. Konkret geht es um folgende Kriterien:

- **Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen:**

Hier geht es darum, den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einzuteilen und bewusst zu gestalten und gegebenenfalls an äußere Veränderungen anzupassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten

sie im Laufe des Tages durchführen möchte, zum Beispiel wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte.

- **Ruhen und Schlafen:**

Hier geht es darum, nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen zu sorgen. Dazu gehören die Fähigkeiten, die Notwendigkeit von Ruhephasen zu erkennen, sich auszuruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umzugehen, aber auch somatische Funktionen, um ins Bett zu kommen und die Ruhephasen insbesondere nachts einhalten zu können.

- **Sichbeschäftigen:**

Hier geht es darum, die verfügbare Zeit zu nutzen, um Aktivitäten durchzuführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und auch praktisch durchzuführen, zum Beispiel Handarbeiten, basteln, Bücher oder Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer nutzen.

- **In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen:**

Hier ist zu bewerten, ob und inwieweit der Betroffene in der Lage ist, längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus zu planen. Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, zum Beispiel vorgegebene Strukturen wie regelmäßige

Termine nachvollzogen werden können, oder ob die körperlichen Fähigkeiten vorhanden sind, um eigene Zukunftsplanungen mit anderen Menschen kommunizieren zu können.

- **Interaktion mit Personen im direkten Kontakt:**

Gemeint ist die Fähigkeit, im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umzugehen, Kontakt aufzunehmen, Personen anzusprechen, auf Ansprache zu reagieren.

- **Kontakte zu Personen außerhalb des direkten Umfelds pflegen:**

Hier wird die Fähigkeit beurteilt, bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechtzuerhalten, zu beenden oder zeitweise abzulehnen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können, zum Beispiel Besuche verabreden oder Telefon- oder Brief- oder E-Mail-Kontakte.

2.4.2 Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads

Ob ein Anspruch auf **Leistungen der sozialen Pflegeversicherung** besteht, bestimmt sich danach, ob und gegebenenfalls in welchen Pflegegrad der Pflegebedürftige eingestuft ist. Die Einstufung in einen Pflegegrad ist abhängig von der **Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit** oder der Fähigkeiten. In diesem Zusammenhang wird gemessen, was der Pflegebedürftige noch kann. Entscheidend für die Einstufung in einen Pflegegrad ist der gesamtheitliche Eindruck des Pflegebedürftigen. Erfasst wird der Grad der Selbstständigkeit einer Person bei Aktivitäten in den dargestellten sechs pflegerelevanten Bereichen ([Modulen](#)). Es werden nach **Schwere der Beeinträchtigung Punkte** vergeben. Anhand einer Skala von 0 bis 100 wird dann der Pflegegrad ermittelt. Auf der Grundlage dieser

Punkte erfolgt die Einteilung des Pflegebedürftigen in einen der fünf Pflegegrade.

Innerhalb eines Moduls werden die einzelnen Kriterien **mit Einzelpunkten bewertet**. Danach werden die Gesamtpunkte jedes Moduls ermittelt und die jeweiligen Gesamtpunkte innerhalb aller Module gewichtet. Auf der Grundlage der danach ermittelten **Gesamtpunktzahl** erfolgt dann die Einstufung in den jeweiligen **Pflegegrad**.

! **Tipp:** Das Begutachtungsinstrument ist zwar recht kompliziert, es lässt sich jedoch auch für den Laien erkennen, welche Kriterien für die Bestimmung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten von Bedeutung sind und wie diese innerhalb des Systems gewichtet werden.

Im Grundsatz gilt folgende Bewertungssystematik:

1. Schritt In jedem Modul werden für die jeweiligen Kriterien Einzelpunkte vergeben.
2. Schritt Die Einzelpunkte werden für jedes Modul zusammengezählt.
3. Schritt Die Summe der Einzelpunkte wird für jedes Modul nach einer festgelegten Berechnungsregel in sogenannte gewichtete Einzelpunkte umgerechnet.
4. Schritt Die gewichteten Punktwerte werden zusammengezählt und ein Gesamtpunktwert ermittelt.
5. Schritt Auf der Grundlage des Gesamtpunktwerts erfolgt die Einordnung in einen Pflegegrad .

Ermittlung der Einzelpunkte nach Modulen

Zunächst bewertet der Gutachter, was die pflegebedürftige Person noch kann. Jedes **Modul** enthält für die Beurteilung bestimmte Kategorien, in denen die verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zum Ausdruck kommen. Den jeweiligen Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet.

Module 1, 4 und 6

In den [Modulen 1, 4 und 6](#) wird der **Grad der Selbstständigkeit** des Antragstellers anhand einer vierstufigen Skala von selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig bis unselbstständig zugeordnet.

- **Selbstständig:**

Die Person kann die Handlung bzw. Aktivität in der Regel selbstständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen werden nicht berücksichtigt.

- **Überwiegend selbstständig:**

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur ein geringer, mäßiger Aufwand für die Pflegeperson. Überwiegend selbstständig ist eine Person also dann, wenn lediglich bestimmte Hilfestellungen erforderlich sind (z.B. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen).

- **Überwiegend unselbstständig:**

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, sodass sie sich beteiligen kann. Dies setzt gegebenenfalls ständige Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus oder Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

- **Unselbstständig:**

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Ständige Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Modul 2

Im [Modul 2](#) bezieht sich die **Beurteilung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten** darauf, ob die jeweilige Fähigkeit hierfür vorhanden, größtenteils vorhanden, in geringem Maße vorhanden oder nicht vorhanden ist. Beurteilt wird etwa, ob der Pflegebedürftige Personen aus seinem näheren Umfeld erkennen kann. Bewertet wird nach dem Schema »vorhanden« bzw. »unbeeinträchtigt«, »größtenteils vorhanden«, »in geringem Maße vorhanden« und »nicht vorhanden«.

- **Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt:**

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

- **Fähigkeit größtenteils vorhanden:**

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die

Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

- **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:**

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

- **Fähigkeit nicht vorhanden:**

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Modul 3

Im [Modul 3](#) bezieht sich die **Beurteilung im Bereich Verhaltensweisen** und psychische Problemlagen darauf, wie häufig Ereignisse vorkommen, die personelle Unterstützung erfordern. Es werden folgende Häufigkeiten erfasst:

0: nie oder sehr selten

1: selten, das heißt ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen

3: häufig, das heißt zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich

5: täglich

Modul 5

Im [Modul 5](#) wird auf die **Häufigkeit des personellen Unterstützungsbedarfs** abgestellt. Bewertet wird, ob der Betroffene die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Der Gutachter muss einschätzen, ob der Pflegebedürftige bei den einzelnen Kriterien Hilfe

benötigt und gegebenenfalls wie häufig diese Hilfen pro Tag, pro Monat oder pro Woche anfallen.

Punktvergabe

Je nach Grad der Selbstständigkeit werden **vom Gutachter Punkte** vergeben. Dabei gilt: Je höher der Grad der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten, desto niedriger ist die Punktvergabe.

Beispiel 1: Treppensteigen (Modul 1)

Vom Gutachter wird geprüft, ob die Person Treppen zwischen zwei Etagen überwinden kann.

Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Treppensteigen	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte

- **Selbstständig:**
Die Person kann ohne Hilfe durch andere Personen in aufrechter Position eine Treppe steigen.
- **Überwiegend selbstständig:**
Die Person kann eine Treppe alleine steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.
- **Überwiegend unselbstständig:**
Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.
- **Unselbstständig:**
Person muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, keine Eigenbeteiligung.

Beispiel 2: Zeitliche Orientierung (Modul 2)

Es geht um die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend usw.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
Treppensteigen	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte

- **Fähigkeit vorhanden:**

Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.

- **Fähigkeit größtenteils vorhanden:**

Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat zum Beispiel Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit usw.) den Tagesabschnitt zu bestimmen.

- **Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:**

Die zeitliche Orientierung ist die meiste Zeit nur in Ansätzen vorhanden. Die Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zumeist nicht in der Lage, Tageszeiten zu erkennen, zu denen regelmäßig bestimmte Ereignisse stattfinden (z.B. Mittagessen).

- **Fähigkeit nicht vorhanden:**

Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder nicht vorhanden.

Gewichtung der Module

Die auf der Grundlage der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden für jedes Modul zusammengezählt. Die **Gesamtpunktzahl** und damit der **Grad der Pflegebedürftigkeit** (Pflegegrad) ergibt sich allerdings nicht einfach durch die Summierung aller Gesamtpunktzahlen in den Modulen. Vielmehr erhält jedes Modul eine **Gewichtung**. Hintergrund ist, dass sich Einschränkungen in manchen Bereichen mehr auf die Pflegebedürftigkeit auswirken als andere. Deshalb erhalten diese Bereiche im Gesamtergebnis mehr Gewicht.

Modul 1	Mobilität	10 %
Modul 2 Modul 3	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %
Modul 4	Selbstversorgung	40 %
Modul 5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

Achtung: Eine Besonderheit besteht bei den Modulen 2 und 3. Wie sich aus der Tabelle ergibt, gehen beide Bereiche zusammen mit 15 % in die Gesamtbewertung ein. Allerdings wird entweder das Modul 2 oder das Modul 3 in die Bewertung einbezogen. Maßgebend ist das Modul, das den **höchsten Punktwert** hat.

Festlegung des Pflegegrads

Aus den **gewichteten Punkten** aller Module wird durch Addition ein **Gesamtpunktwert** gebildet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und auf dessen Grundlage sich der Pflegegrad ableitet.

Auf der Basis des erreichten Gesamtpunktwerts wird der Pflegebedürftige in einen der Pflegegrade eingeordnet. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Bis 12,5 Punkte wird **kein Pflegegrad** vergeben.

--	--	--

Pflegegrad	Einschätzung	Gewichtete Punkte
Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte
Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	Ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte
Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	Ab 90 bis 100 Gesamtpunkte

! **Tipp:** Bei einigen Pflegebedürftigen kann es möglich sein, dass der Pflegegrad 5 nicht automatisch erreicht wird, obwohl er nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten angemessen wäre. Diese **besonderen Bedarfskonstellationen** betreffen Pflegebedürftige mit **schwersten Beeinträchtigungen** und einem ungewöhnlich hohen bzw. intensiven Hilfebedarf, der besondere Aufwendungen an die pflegerische Versorgung aufweist. Diese pflegebedürftigen Personen können unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten in den Pflegegrad eingestuft werden.

Fallbeispiel

Das nachfolgende Fallbeispiel ist der Broschüre »Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit«, herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, S. 18 f., entnommen.

A ist verwitwet. Sie lebt seit zwei Jahren alleine in ihrer Wohnung. Im Haus wohnen seit einigen Jahren ihre beiden Kinder, zu denen sie einen guten Kontakt pflegt. Der Allgemein- und Kräftezustand

von A ist altersentsprechend gut. Sie ist freundlich und zugewandt. Allmählich macht sich eine beginnende Demenz bemerkbar. Sie versteht jedoch einfache Aussagen und Fragen. Sie leidet zudem unter zunehmender Harninkontinenz und benötigt Windeln. Darüber hinaus leidet sie unter chronischer Venenschwäche und benötigt drei Mal täglich Medikamente.

Da A Hilfe beim Waschen und Anziehen benötigt – vor allem das Anziehen der Kompressionsstrümpfe fällt ihr sehr schwer –, kommt morgens und abends der Pflegedienst. Weitere Unterstützung erhält A von ihrer Tochter: Sie versorgt sie mit den Mahlzeiten, hilft ihr im Haushalt und achtet darauf, dass sie mittags ihre Medikamente nimmt. Zwei Mal im Monat begleitet sie ihre Mutter zum Arzt.

Nachdem die Tochter Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt hat, kommt ein Gutachter des Medizinischen Dienstes zur Begutachtung von A. Die Tochter nimmt an der Begutachtung teil und schildert, bei welchen Dingen des Alltags ihre Mutter Hilfe benötigt und welche sie noch selbst erledigen kann.

A ist nicht in ihrer Motorik eingeschränkt. Sie kann gehen und Treppen steigen. Dabei hält sie sich am Geländer selbstständig fest. Ihre Feinmotorik ist intakt. Im Modul Mobilität stellt der Gutachter daher keine Einschränkung fest.

Im Gespräch erfährt der Gutachter, dass A sehr vergesslich ist. Die Tochter schildert, dass ihre Mutter etwa zwei Mal in der Woche nachts unruhig ist und den Tag-Nacht-Rhythmus durcheinanderbringt. A geht dann in der Wohnung umher und sucht ihren verstorbenen Mann. Ihre Tochter muss sie dann beruhigen.

Im Anschluss bewertet der Gutachter, wie selbstständig A in der Selbstversorgung, also zum Beispiel beim Waschen und beim Toilettengang, ist. Zudem wird festgestellt, wie selbstständig A beim

Essen und Trinken ist. A kann die Körperpflege zwar überwiegend selbstständig ausführen, aber sie muss dazu aufgefordert werden. Ab und zu muss die Tochter auch mithelfen. Probleme bereitet auch die Harninkontinenz.

A benötigt zudem Unterstützung bei der Gabe von Medikamenten und bei Arztbesuchen. A kann sich in der eigenen Wohnung gut orientieren, außerhalb fällt ihr dies jedoch schwer. In neuen Situationen findet sie sich nicht zurecht. Vertraute Personen erkennt sie jedoch.

Gesamtbewertung

*A hat keine Beeinträchtigungen in der Mobilität und erhält deshalb in **Modul 1** keine Punkte.*

*In **Modul 2**, in dem es um die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten geht, erhält sie 11 Einzelpunkte; dies entspricht einem gewichteten Punktwert von 11,25 Punkten.*

***Modul 3** »Verhaltensweisen und psychische Problemlagen« ergibt wegen der nächtlichen Unruhe 3 Einzelpunkte; dies entspricht einem gewichteten Punktwert von 7,5. Damit fließt **Modul 2** mit dem höchsten gewichteten Punktwert in die Bewertung ein.*

*In **Modul 4** »Selbstversorgung« erhält A in der Summe 15 Einzelpunkte; das entspricht einem gewichteten Punktwert von 20 Punkten.*

*In **Modul 5** besteht bei A Hilfebedarf bei der Medikamentengabe, dem An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und den Arztbesuchen. Daraus ergeben sich gewichtet 10 Punkte.*

***Modul 6** »Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte« ergibt bei den Kriterien überwiegend selbstständig. Daraus entstehen 7 Einzelpunkte (gewichtet 7,5 Punkte).*

Ergebnis der Begutachtung (Gewichtete Punkte)

Modul 1	<i>Mobilität</i>	<i>0 Punkte</i>
Modul 2	<i>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</i>	<i>11,25 Punkte</i>
Modul 4	<i>Selbstversorgung</i>	<i>20 Punkte</i>
Modul 5	<i>Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen</i>	<i>10 Punkte</i>
Modul 6	<i>Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</i>	<i>7,5 Punkte</i>
Summe der gewichteten Punkte		48,75 Punkte

A erhält den Pflegegrad 3.

2.4.3 Wie das Begutachtungsverfahren abläuft

Die **Begutachtung** hat grundlegende Bedeutung für den Pflegegrad und damit für die Leistungen der Pflegeversicherung. Deshalb ist es wichtig, dass sich der Pflegebedürftige und dessen Angehörige mit den Grundzügen des Verfahrens vertraut machen.

Wer die Begutachtung durchführt

Auf die Auswahl des Gutachters haben der Pflegebedürftige und seine Angehörigen im Allgemeinen keinen Einfluss. Die Pflegekasse entscheidet darüber, welcher **Gutachter** (Pflegefachkraft oder Arzt, spezielles Fachgebiet, speziell geschulter Gutachter) den Hausbesuch durchführt. Unter Umständen kann zur umfassenden Beurteilung der Pflegesituation, insbesondere auch bei der Beurteilung von behinderten oder psychisch kranken Menschen und deren Hilfebedarf, die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein (z.B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen oder der Psychiatrie). Die **Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern** wird in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation in

der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder als Kinderarzt vorgenommen.

In der Regel wird der Besuch von einem Gutachter durchgeführt. Ein gemeinsamer Besuch von Pflegefachkraft und Arzt kann dann in Betracht kommen, wenn mit einer besonders schwierigen Begutachtungssituation zu rechnen ist.

Wann die Begutachtung stattfindet

Das Gesetz regelt die maximal zulässigen Wartezeiten für die Begutachtung der pflegebedürftigen Person.

Innerhalb von 20 Arbeitstagen nach der Antragstellung muss die Pflegekasse einen Termin zur Begutachtung ermöglichen. Ist es nicht möglich, innerhalb dieser Frist einen Gutachter zu schicken, muss die Pflegekasse drei unabhängige Gutachter zur Auswahl stellen. Der Betroffene kann dann einen davon auswählen.

Eine unverzügliche Begutachtung, **spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrages** bei der zuständigen Pflegekasse, ist erforderlich, wenn sich die antragstellende Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

- Hinweise vorliegen, dass zur **Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung** und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
- die Inanspruchnahme von **Pflegezeit** gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine **Familienpflegezeit** vereinbart wurde.

Die Wochenfrist gilt auch, wenn sich die pflegebedürftige Person in einem **Hospiz** befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse ist erforderlich, wenn

- sich der Pflegebedürftige in häuslicher **Umgebung** befindet, ohne palliativ versorgt zu werden, und
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine **Familienpflegezeit** vereinbart wurde.

Wo die Begutachtung stattfindet

Im Regelfall findet die **Begutachtung im Wohnbereich** der pflegebedürftigen Person statt; das gilt für Anträge auf häusliche und vollstationäre Pflege gleichermaßen. Mit Einverständnis des Pflegebedürftigen können auch Pflegepersonen, Lebenspartner oder andere Personen oder Dienste, die an der Pflege des Pflegebedürftigen beteiligt sind, befragt werden.

! **Tipp:** Bei der Begutachtung des Medizinischen Dienstes hat der Pflegebedürftige das Recht, dass eine Person seines Vertrauens anwesend ist. Sinnvoll ist es, die Person hinzuzuziehen, die mit der Pflegesituation vertraut ist und die dem Gutachter Informationen zum konkreten Hilfebedarf geben kann.

Befindet sich die pflegebedürftige Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, wird die Begutachtung in der Einrichtung durchgeführt, wenn Hinweise vorliegen, dass dies zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und

Betreuung (z.B. Kurzzeitpflege, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit vereinbart wurde. Das gilt auch für pflegebedürftige Personen, die sich in einem Hospiz befinden.

Ankündigung des Besuchs

Der Besuch des Gutachters muss **rechtzeitig angekündigt** oder vereinbart werden. Es müssen das vorgesehene Datum der Begutachtung mit einem Zeitfenster von maximal zwei Stunden, die voraussichtliche Dauer der Begutachtung, der Name und die berufliche **Qualifikation des Gutachters** sowie Grund und Art der Begutachtung mitgeteilt werden. Falls der Pflegekasse eine bevollmächtigte Person oder ein Betreuer bekannt ist, muss auch diese Person benachrichtigt werden.

Ablauf der Begutachtung

Regelmäßig beginnt die Begutachtung mit einem eingehenden Gespräch. Es werden **Fragen zum** Befinden und zum **Gesundheitszustand** gestellt. Dabei prüft der Gutachter die Pflegebedürftigkeit anhand eines standardisierten Fragebogens. So bekommt der Gutachter wichtige Informationen, um den **Grad der Selbstständigkeit**, Einschränkungen und Besonderheiten festzustellen.

Es folgt eine körperliche Untersuchung, bei der unter Umständen ein Entkleiden bis auf die Unterwäsche notwendig ist. Je nach Fragestellung wird auch eine psychologische Untersuchung durchgeführt.

Der Gutachter wertet die bei seinem Besuch erhobenen Befunde und die sonstigen Informationen aus und teilt der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung durch Übersendung des Gutachtens mit. Könnten Hilfsmittel, rehabilitative oder präventive Maßnahmen die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person stärken, wird diese Information mit Einverständnis des Pflegebedürftigen ebenfalls an die Pflegekasse gegeben. Im Einzelnen enthält das Gutachten

- **Beurteilungen der Pflegebedürftigkeit** und des Bedarfs an allgemeiner Betreuung,
- Empfehlungen über die **Art der Pflege**,
- Hinweise zu benötigten **Heil- und Hilfsmitteln** sowie technischen Hilfen,
- Vorschläge zur Rehabilitation und zur **Gesundheitsförderung**,
- unter Umständen Empfehlungen zu **präventiven Maßnahmen**,
- Vorschläge zur **Verbesserung des Wohnumfeldes**,
- Prognosen über die weitere **Entwicklung** der Pflegebedürftigkeit,
- Aussagen über eine eventuelle **Wiederholung** der Begutachtung und
- (bei Pflege zu Hause) Aussagen über die **Pflegesituation**.

2.4.4 Pflegebescheid der Pflegekasse

Auf der Grundlage des Gutachtens entscheidet die Pflegekasse über den Antrag auf Pflegeleistungen. Im Regelfall wird die Pflegekasse in ihrem Bescheid den Empfehlungen des Gutachters folgen. Ob und in

welcher Höhe ein **Pflegegrad** zuerkannt wird, muss die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen schriftlich mitteilen.

! **Tipp:** Zwischen der Antragstellung und der Entscheidung der Pflegekasse dürfen **höchstens 25 Arbeitstage** liegen. Maßgebend ist das Datum, an dem der [formlose Antrag](#) des Pflegebedürftigen bei der Krankenkasse eingegangen ist. Wenn die Pflegekasse nicht innerhalb der Frist entscheidet, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Zahlung einer Pauschale von 70,– € für jede weitere Woche, die verstreicht.

Die Pflegekasse muss dem Pflegebedürftigen das Gutachten zur Verfügung stellen, sofern dieser der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens muss transparent dargestellt und dem Pflegebedürftigen verständlich erläutert werden. Kriterien für eine transparente und verständliche Darstellung des Gutachtens für den Pflegebedürftigen sind insbesondere

- die Verwendung allgemein verständlicher Begriffe und die **Erläuterung von Fachbegriffen**,
- die Verwendung einer **einfachen Sprache** mit kurzen Sätzen,
- eine übersichtliche Strukturierung der **Informationen**,
- die **barrierefreie Gestaltung** (z.B. Schriftgröße, Layout) und
- der Hinweis auf **Ansprechpartner** für weiter gehende Fragen.

[Widerspruch gegen den Pflegebescheid](#)

Gegen den Bescheid der Pflegekasse kann **Widerspruch** eingelegt werden. Sollte also beispielsweise die Zuordnung zu einem Pflegegrad abgelehnt oder der Pflegegrad zu niedrig festgelegt werden, ist zunächst der Widerspruch das richtige Rechtsmittel.

Achtung: Der Widerspruch muss **gegen den Bescheid** der Pflegekasse erhoben werden. Nicht zulässig ist es, das Gutachten des Medizinischen Dienstes mit dem Widerspruch anzufechten.

Der Widerspruch muss **innerhalb eines Monats** bei der Pflegekasse eingelegt werden. Die Monatsfrist beginnt mit dem Tag, an dem die Entscheidung dem Pflegebedürftigen bekannt gegeben wird. Sie läuft an dem Tag des Folgemonats ab, der dem Tag der Bekanntgabe entspricht. Endet die Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, so verlängert sie sich bis zum Ende des nächsten Werktags.

» **Beispiel:** Ist der Bescheid der Pflegekasse am 25. Juli beim Antragsteller eingegangen, muss der Widerspruch, wenn die Frist von einem Monat gewahrt sein soll, spätestens am 25. August, um 24:00 Uhr bei der Behörde eingehen.

Es genügt nicht, wenn das Widerspruchsschreiben erst am letzten Tag der Monatsfrist der Pflegekasse zugesendet wird. Innerhalb der Monatsfrist muss der Widerspruch vielmehr bei der Pflegekasse eingegangen sein.

Damit der Widerspruch wirksam ist, muss er in der **gesetzlich vorgeschriebenen Form** erhoben werden, das heißt entweder schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle, die den Bescheid erlassen hat. Niederschrift bedeutet, dass die Pflegekasse ein Protokoll des mündlich eingelegten Widerspruchs aufnimmt.

Für das Widerspruchsverfahren dürfen die Pflegekassen **keine Gebühren und Auslagen** erheben. Soweit der Widerspruch erfolgreich ist, hat der Widerspruchsführer Anspruch auf Erstattung der ihm entstandenen Aufwendungen.

! **Tipp:** Zunächst kann – insbesondere zur Wahrung der Frist – der Widerspruch ohne Begründung eingelegt werden. Danach sollte der Widerspruch allerdings begründet und konkrete Argumente angeführt werden, warum das Gutachten nicht der tatsächlichen Pflegesituation entspricht. Weil gegebenenfalls vom Widerspruchsführer nachgewiesen werden muss, dass fristgemäß Widerspruch eingelegt wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch per Einschreiben mit Rückschein zuzustellen.

Im Falle eines Widerspruchs wird der Erstgutachter von der Pflegekasse beauftragt, erneut ein Gutachten zu erstellen. Dieser prüft dann, ob er aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommt. Revidiert der Erstgutachter seine Entscheidung nicht, ist das **Widerspruchsgutachten** von einem bei der Vorbegutachtung nicht beteiligten Gutachter zu erstellen. Die Widerspruchsbegutachtung hat grundsätzlich ebenfalls in der häuslichen Umgebung bzw. in der Pflegeeinrichtung stattzufinden. Bei der Widerspruchsbegutachtung müssen die zwischenzeitliche Entwicklung gewürdigt, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten benannt und auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs eingegangen werden.

! **Tipp:** Es wird empfohlen, vor der Einlegung des Widerspruchs fachkundigen Rat einzuholen. Sinnvoll ist es, das Gutachten auch mit einem Arzt oder einer Pflegefachkraft zu erörtern. Helfen können im Widerspruchsverfahren auch die [Sozialverbände](#) .

[Klage gegen Ablehnung des Widerspruchs](#)

Hat der Widerspruch Erfolg, stellt die Pflegekasse die Pflegebedürftigkeit fest bzw. gewährt einen höheren Pflegegrad. Andernfalls lehnt sie den Widerspruch ab und erteilt einen Widerspruchsbescheid. Gegen den Widerspruchsbescheid kann Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden.

Die Klage muss **innerhalb eines Monats** nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheids erhoben werden. Innerhalb dieser Frist muss die Klage beim zuständigen Sozialgericht eingehen.

Die **Klage** muss wie der Widerspruch **schriftlich** oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten in der Rechtsantragsstelle erhoben werden. Die mündliche Klageerhebung ist nicht zulässig. Die Klage kann vom Betroffenen selbst erhoben werden, selbstverständlich kann dieser sich aber auch von einem Anwalt oder einem Bevollmächtigten vertreten lassen.

! **Tipp:** Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist in **allen Instanzen kostenfrei**. Dem Versicherten in der Pflegeversicherung entstehen also weder für die Tätigkeit des Gerichts selbst noch durch Zeugen und Sachverständigengebühren Kosten. Auch die Aufwendungen der Pflegekasse sind nicht erstattungsfähig. Diese muss also ihre Kosten unabhängig vom Ausgang des Rechtsstreits selbst tragen. Dem Kläger verbleiben somit nur seine eigenen Aufwendungen für einen Rechtsanwalt oder einen anderen Bevollmächtigten.

2.4.5 Wie Sie sich auf das Begutachtungsverfahren vorbereiten sollten

Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sollte im Interesse der pflegebedürftigen Person und der pflegenden Angehörigen gut

vorbereitet sein. Vor allem ist es wichtig, den Pflegebedürftigen auf den Termin vorzubereiten. Er muss am Besuchstag einen authentischen Eindruck des Pflegealltags vermitteln. Wichtig ist, dass alle für die Begutachtung relevanten Unterlagen beim Termin zur Verfügung stehen und alle Beteiligten mit dem vertraut sind, was auf sie zukommt.

! **Tipp:** Vereinbaren Sie erst dann den Termin zur Begutachtung, wenn Sie sich ausreichend vorbereitet haben. Lassen Sie sich nicht zu einem unpassenden Besuchstermin drängen. Haben Sie den Eindruck, dass der Termin zu kurzfristig angesetzt ist und Sie nicht genügend Zeit haben, sich umfassend vorzubereiten und alle notwendigen Unterlagen zu beschaffen, sollten Sie den Termin absagen und mit dem Medizinischen Dienst einen neuen Begutachtungstermin vereinbaren.

Pflegetagebuch

Gleich zu Beginn der Begutachtung sollten Sie dem Gutachter eine Kopie Ihrer schriftlichen Aufzeichnung der pflegerischen Tätigkeiten aushändigen. Ein solches **Pflegetagebuch** ist ein wichtiges Dokument einer konkreten Pflegesituation. Es hilft Ihnen, sich auf die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst vorzubereiten und das Begutachtungsverfahren besser zu verstehen. Mit einem Pflegetagebuch kann der Nachweis über den Pflegeaufwand geführt werden, der bei der Versorgung und Betreuung einer pflegebedürftigen Person entsteht. Es werden der Inhalt und die Dauer der Hilfeleistungen minutengenau dokumentiert. Insgesamt hilft das Pflegetagebuch dabei, den objektiven Pflegebedarf konkret festzustellen.

! **Tipp:** Ein Pflegetagebuch sollte geführt werden, wenn **Pflegebedürftigkeit** besteht, noch kein Pflegegrad beantragt wurde und Leistungen der Pflegekasse beantragt werden sollen. Es sollte aber auch dann geführt werden, wenn der Pflegebedürftige bereits einen Pflegegrad hat und eine höhere Einstufung beantragt werden soll oder weitere Leistungen der Pflegekasse beantragt werden sollen.

Sinnvoll ist es, das Pflegetagebuch über einige Zeit zu führen (mindestens über zwei Wochen), denn kein Tag ist wie der andere. Wichtig ist, dass alle Verrichtungen und **unterstützenden Tätigkeiten** erfasst werden und der jeweilige **Zeitaufwand** möglichst minutengenau erfasst wird. Im Einzelnen sollte aus dem Pflegetagebuch hervorgehen,

- wer pflegt,
- was genau gemacht wird,
- wie häufig geholfen wird,
- welche Schwierigkeiten bei der Pflege vorhanden sind,
- welche Aufgaben jemand noch nicht selbstständig bzw. nur mit Hilfe erledigen kann.

! **Tipp:** Auch Umstände, die die Pflege erschweren (z.B. mehr als 50 kg Körpergewicht des Pflegebedürftigen, Abwehrverhalten, eingeschränkte Beweglichkeit), sollten genau beschrieben werden. Falls bestimmte Verrichtungen nur mithilfe von zwei Personen möglich sind, sollte das ebenfalls dokumentiert werden, weil damit ein doppelter Zeitaufwand verbunden ist.

Pflegedokumentation

Wenn Sie bereits einen ambulanten Pflegedienst haben oder der Pflegebedürftige sich bereits in einem Heim aufhält: Halten Sie deren **Pflegedokumentation** bereit. Sie ist ein wichtiges Arbeitsmittel der Pflege. Wichtige Informationen, die eine pflegebedürftige Person betreffen, werden an einer Stelle aktuell zusammengeführt und die einzelnen Arbeitsschritte der Pflege festgelegt. Dazu gehören die Pflegemaßnahmen, die Gabe von Medikamenten, aber auch die Notizen zum Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen.

Pflegegradrechner

Der Pflegegrad wird zwar von der Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes festgelegt, unabhängig davon können Sie aber auch selbst zu Ihrer Orientierung den Pflegegrad ermitteln. Dafür steht Ihnen im Internet unter www.pflegezuhaus.info/ratgeber/pflegegradrechner/ ein **kostenloser Pflegegradrechner** zur Verfügung.

Dokumente

Beschaffen Sie alle wichtigen **medizinischen Dokumente** zur Erkrankung und zu Vorerkrankungen (z.B. Arztberichte, Bescheinigungen, Liste der erhaltenen Therapien, Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung, Röntgenbilder, MRT, Allergiepass, Diabetikerausweis, Vertrag mit Pflegedienst, Schwerbehindertenausweis) und fertigen Sie Kopien an, die dem Gutachter zur Verfügung gestellt werden können.

Medikamentenplan

Fertigen Sie eine **Liste aller Medikamente** an, die aktuell von der pflegebedürftigen Person eingenommen werden (auch über

diejenigen, die nicht vom Arzt verordnet wurden).

Pflegehilfsmittel

Halten Sie alle **Hilfsmittel** bereit (z.B. Brille, Hörgerät, Gehstock, Rollstuhl, Rollator, Elektromobil), die zurzeit von der pflegebedürftigen Person benutzt werden.

Weitere wichtige Unterlagen

Stellen Sie in einer **Liste alle Personen mit Anschriften** zusammen, die an der Pflege beteiligt sind, und händigen Sie diese dem Gutachter aus. Fertigen Sie eine Liste der behandelnden Ärzte und Therapeuten (mit Anschriften) an und vermerken Sie auf der Liste, wie häufig diese aufgesucht werden müssen und wie viel Zeit dafür benötigt wird. Listen Sie alle Erkrankungen auf, auch solche, wegen denen kein Pflegegrad beantragt wurde. Auch Vorerkrankungen sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

! **Tipp:** Notieren Sie unbedingt alle Fragen, die Sie dem Gutachter stellen wollen, und notieren Sie alles, was Sie dem Gutachter unbedingt mitteilen wollen (z.B. besondere Schwierigkeiten bei der Pflege).

2.5 Rechtzeitig rechtlich vorsorgen

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer schweren Krankheit oder fortschreitenden Alters kann dazu führen, dass der Betroffene seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Häufig werden bei einem solchen Fürsorgefall dem Hilfebedürftigen der Ehegatte oder Lebenspartner, die Kinder, andere nahe Verwandte oder Freunde beiseitestehen und helfen. Es ist allerdings ein weitverbreiteter Irrtum,

dass automatisch der Ehepartner oder die Kinder anstelle der hilfebedürftigen Person entscheiden dürfen, wenn diese ihre Angelegenheiten nicht mehr regeln kann.

Wer im Rahmen seines persönlichen Selbstbestimmungsrechts für den Fall, dass er selbst nicht mehr handlungsfähig ist, festlegen will, wer für ihn handeln und seine Interessen wahrnehmen soll und in welchem Sinne Entscheidungen getroffen werden sollen, sollte unbedingt eine **private rechtliche Vorsorge** treffen. Diese hat stets Vorrang vor der staatlichen Rechtsfürsorge. So ist eine gesetzliche Betreuung unter der Aufsicht des Betreuungsgerichts nicht erforderlich, wenn die Angelegenheiten des Betroffenen durch einen **Bevollmächtigten** ebenso gut besorgt werden können. Und die private Vorsorge geht auch einer mutmaßlichen Einwilligung in medizinische und pflegerische Maßnahmen vor.

Als Vorsorgeverfügungen kommen insbesondere die **Patientenverfügung** und die **Vorsorgevollmacht** in Betracht. Eine Vollmacht kann sich allerdings auch darauf beschränken, die pflegebedürftige Person nur in Pflegeangelegenheiten zu vertreten.

2.5.1 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche **Verfügung für die medizinische Versorgung** eines Patienten. Im Rahmen des Rechts auf Selbstbestimmung bei medizinischer Behandlung können Vorgaben über Art und Umfang diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen für den Fall festgelegt werden, dass sich der Patient in einer konkreten Behandlungssituation nicht mehr persönlich äußern kann. Es wird also verbindlich festgelegt, was Ärzte, Pflegepersonal, Bevollmächtigte und Betreuungsgerichte zu tun und zu lassen haben, wenn der Patient schwer erkrankt ist oder er einen Unfall hatte und sich nicht mehr äußern kann.

Gründe für die Errichtung einer Patientenverfügung

Im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts entscheidet allein der Patient nach vorheriger ärztlicher Beratung und Aufklärung, ob er in eine vom Arzt vorgeschlagene **Behandlung einwilligt oder nicht**. Wenn er allerdings in einem konkreten Fall nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern und Entscheidungen zu treffen (z.B. wegen Bewusstlosigkeit oder weil er im Koma liegt), bleibt dem Arzt lediglich übrig, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Der Arzt muss dann herausfinden, wie der Patient entscheiden würde, wenn er noch entscheidungsfähig wäre. Und genau in diesem Zusammenhang gewinnt eine Patientenverfügung ihre Bedeutung. In ihr kann verbindlich festgelegt werden, welche Behandlungen in welchen Situationen in Zukunft gewollt sind und welche nicht. Auch für den Fall, dass der Betroffene nicht mehr imstande ist, selbst über vom Arzt vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden, kann er in seiner Patientenverfügung festlegen, welche medizinischen Maßnahmen und Behandlungen für ihn ergriffen werden und welche unterbleiben sollen.

Voraussetzungen für eine wirksame Patientenverfügung

Für die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein. Diese betreffen persönliche Anforderungen an den Verfasser und formale Anforderungen an die Verfügung.

Einwilligungsfähigkeit des Verfassers

Einer medizinischen Maßnahme kann nur wirksam zustimmen, wer einwilligungsfähig ist. Die Einwilligungsfähigkeit ist deshalb auch Voraussetzung dafür, dass eine Patientenverfügung verbindlich ist. Wer also eine solche Verfügung wirksam verfassen will, muss in der Lage sein, **Art, Bedeutung, Tragweite und die Risiken einer**

ärztlichen Maßnahme zu erfassen und danach seine Entscheidungen zu treffen. Das ist der Fall, wenn der Betroffene

- fähig ist, einen bestimmten Sachverhalt zu **verstehen**,
- in der Lage ist, bestimmte Informationen auch hinsichtlich der Folgen und Risiken in angemessener Weise zu **verarbeiten**,
- die Fähigkeit besitzt, die Informationen auch im Hinblick auf Behandlungsalternativen angemessen zu **bewerten**, und
- imstande ist, seinen eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation zu **bestimmen**.

Achtung: Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass jede volljährige Person die **Einwilligungsfähigkeit** besitzt. Einwilligungsunfähigkeit kann (muss aber nicht) bei einer psychischen Krankheit oder bei **Demenz** vorliegen. Bei diesem Personenkreis oder bei in sonstiger Weise in ihrer Willensbildung beeinträchtigten Personen ist im Einzelfall zu prüfen, ob Einwilligungsfähigkeit gegeben ist. Sinnvoll ist es, in diesen Fällen bei der Errichtung der Verfügung einen Arzt hinzuzuziehen, der gegebenenfalls die Einwilligungsfähigkeit am Ende der Verfügung ausdrücklich bestätigt.

Schriftform

Die Patientenverfügung **muss schriftlich** errichtet werden. Diesem Erfordernis wird entsprochen, wenn die Verfügung handschriftlich unterzeichnet ist und eindeutig einer bestimmten Person zugeordnet werden kann. Andernfalls ist die Patientenverfügung unwirksam. Nicht erforderlich ist eine eigenhändig geschriebene Erklärung, wie sie beispielsweise beim Testament verlangt wird. Die Patientenverfügung

kann also auch mit der Schreibmaschine oder dem PC verfasst werden. Es können auch Textbausteine eines Formulars verwendet werden.

! **Tipp:** Obwohl für die Errichtung der Patientenverfügung Schriftform vorgeschrieben ist, sind **mündliche Äußerungen** deshalb aber **nicht wirkungslos**. Schließlich müssen die mündlichen Äußerungen bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens vom Betreuer oder Bevollmächtigten berücksichtigt werden.

Festlegungen in der Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist nur verbindlich, wenn sich aus ihr sowohl die **konkrete Behandlungssituation** (z.B. »Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit«) als auch die auf diese Situation bezogenen **Behandlungswünsche** (z.B. »Durchführung oder Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen«) ergeben.

Die Patientenverfügung muss **situationsbezogen** sein und so konkret wie möglich die individuellen Wertvorstellungen des Verfassers abbilden. Sie ist für Ärzte maßgebend, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation bezieht und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Stets muss sorgfältig geprüft werden, ob eine Patientenverfügung beim vorliegenden Krankheitsbild auch für die **aktuelle Situation** gelten soll. Bei diesem Vorsorgedokument geht es ausschließlich um gesundheitliche Angelegenheiten und medizinisch-ethische Beratung.

Als Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll, kommen insbesondere in Betracht:

- die **Sterbephase**,

- das **Endstadium** einer unheilbaren Krankheit,
- eine **Gehirnschädigung**,
- der Gehirnabbau (z.B. **Demenz**).

Für diese Situationen können dann **Anordnungen** über die Einleitung, den Umfang und die Beendigung **ärztlicher Maßnahmen** getroffen werden, insbesondere über

- lebenserhaltende Maßnahmen,
- Wiederbelebung,
- künstliche Ernährung,
- Flüssigkeitszufuhr,
- künstliche Beatmung,
- Schmerz- und Symptombehandlung,
- Organersatz,
- Verabreichung von Medikamenten,
- Gestaltung des Sterbeprozesses.

Es können alle wünschenswert erscheinenden **Behandlungsmethoden** angegeben und andere Therapien ausgeschlossen werden. So können beispielsweise **konkrete Behandlungswünsche** im Hinblick auf Bluttransfusionen, Organtransplantationen, Verwendung noch nicht erprobter Medikamente oder noch nicht zugelassene Behandlungsmethoden geregelt werden. Der Wunsch des Verfassers kann dabei auf Fortführung einer medizinischen Behandlung und eine Maximalbetreuung ausgerichtet werden, es kann aber auch der Wunsch auf Behandlungsabbruch festgelegt werden.

Änderung und Widerruf

Die Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen, geändert, ergänzt oder vollständig durch eine andere Verfügung ersetzt werden. Die Verfügung gilt also so lange, bis die Erklärung geändert oder vollständig widerrufen wird.

Der **Widerruf** der Patientenverfügung ist **formlos** möglich. Er kann schriftlich, mündlich oder auch durch schlüssiges Verhalten (z.B. Kopfschütteln oder -nicken) jederzeit, und zwar auch in einer akuten Behandlungssituation, erklärt werden. Erforderlich ist allerdings, dass die Änderung des Willens des Betroffenen deutlich zum Ausdruck kommt. Keine Bedeutung haben die Gründe für die Änderung oder den Widerruf der Patientenverfügung. Voraussetzung für den Widerruf oder die Änderung der Verfügung ist allerdings, dass der Betroffene einwilligungsfähig ist.

Nicht zulässig ist der Widerruf einer Patientenverfügung **durch** den **Betreuer** oder **Bevollmächtigten**. Diese müssen bei Zweifeln an der Wirksamkeit der Verfügung den mutmaßlichen Willen des Betroffenen ermitteln und auf dieser Grundlage eine Entscheidung treffen, die auch im Widerspruch zur Patientenverfügung stehen kann.

2.5.2 Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht kann im Voraus ein **Vertreter bevollmächtigt** werden, die Angelegenheiten des Vollmachtgebers zu erledigen, wenn dieser dies wegen einer Krankheit, eines Unfalls oder (altersbedingtem) Nachlassen der geistigen Kräfte selbst nicht mehr oder nur noch teilweise kann. Eine solche Vollmacht zur Vorsorge ermöglicht dem Betroffenen ein hohes Maß an Selbstbestimmung für den Fall, dass er selbst nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten wahrzunehmen. Der Betroffene benennt eine oder mehrere Personen seines Vertrauens, die bereit sind, für ihn

im Bedarfsfall rechtlich zu handeln. In der Vollmacht kann im Einzelnen geregelt werden, für welche **Aufgabenbereiche** sie gelten und welche **Befugnisse** der Bevollmächtigte haben soll. Liegt eine wirksame und ausreichende Vollmacht vor, so darf in ihrem Regelungsbereich vom Betreuungsgericht keine rechtliche Betreuung für den Betroffenen angeordnet werden.

! **Tipp:** Seit 2023 können sich Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitssorge kraft Gesetzes gegenseitig vertreten. Das Vertretungsrecht greift, wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitssorge nicht mehr besorgen kann. Es bezieht sich insbesondere auf die Einwilligung in ärztliche Eingriffe und den Abschluss von Behandlungsverträgen. Das Notvertretungsrecht der Ehegatten untereinander ist zeitlich begrenzt auf maximal sechs Monate. Es ist nachrangig zu einer bestehenden Betreuung oder Vorsorgevollmacht.

Gründe für die Errichtung einer Vorsorgevollmacht

Wenn eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen kann, so bestellt das **Betreuungsgericht** einen **Betreuer**. Dies erfolgt auf Antrag des Betroffenen oder von Amts wegen durch das Betreuungsgericht. Ein Betreuer darf nur für Aufgaben bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist.

Der Betreuer vertritt den Betreuten im Rahmen seines Aufgabenbereichs gerichtlich und außergerichtlich. Er hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Dazu gehört insbesondere auch, dass der Betreute im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen

Wünschen und Vorstellungen gestalten kann, soweit sie seinem Wohl nicht zuwiderlaufen.

Ein Betreuer im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens wird aber nur bestellt, wenn dies notwendig ist, weil eine Person ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann. Die **Bestellung eines Betreuers** kann allerdings dann vermieden werden, wenn bereits eine andere Person bevollmächtigt wurde oder noch bevollmächtigt werden kann. Dies gilt nicht nur für Vermögensangelegenheiten, sondern für alle anderen Bereiche, zum Beispiel Gesundheits- oder Wohnangelegenheiten.

! **Tipp:** Wer eine Vorsorgevollmacht erteilt, kann die im Fürsorgefall notwendige gerichtliche Bestellung eines Betreuers vermeiden. Damit hat der Betroffene Gelegenheit, eine im Betreuungsfall für ihn handelnde Person seines Vertrauens zu bestimmen, die bei Entscheidungen viel eher seine individuellen Wünsche und Vorstellungen kennt und berücksichtigen wird.

Voraussetzungen für eine wirksame Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn verschiedene Voraussetzungen erfüllt sind. Zunächst muss der Vollmachtgeber bestimmte **persönliche Voraussetzungen** erfüllen. Das gilt auch für die bevollmächtigte Person. Und weil der Bevollmächtigte für die wirksame Vertretung eine Vollmachtsurkunde vorlegen muss, sollte die Vollmacht unbedingt schriftlich errichtet werden. Und für die Wahrnehmung bestimmter Angelegenheiten ist **zwingend Schriftform**, unter Umständen sogar **notarielle Beurkundung** der Vollmacht vorgeschrieben.

Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers

Der Vollmachtgeber muss zum Zeitpunkt der Erteilung der Vorsorgevollmacht unbeschränkt geschäftsfähig sein. Das heißt, er muss das **15. Lebensjahr vollendet** haben. Ferner darf kein die freie Willensbildung ausschließender Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit vorliegen. Diese Feststellung der **Geschäftsunfähigkeit** kann im Streitfall nur durch einen Richter getroffen werden.

! **Tipp:** Im Normalfall ist bei einer **volljährigen Person** von bestehender Geschäftsfähigkeit auszugehen. Wird der Vollmachtgeber zu einem späteren Zeitpunkt geschäftsunfähig, bleibt die Vollmacht wirksam bestehen.

Anforderungen an den Bevollmächtigten

Der Bevollmächtigte muss **geschäftsfähig** sein, allerdings reicht die beschränkte Geschäftsfähigkeit aus. Er kann also auch unter 15 Jahre alt sein. Besser ist jedoch die **volle Geschäftsfähigkeit**. In diesem Fall ist gewährleistet, dass die betreffende Person alle übertragenen Aufgaben wirksam erfüllen kann.

Formale Anforderungen

Eine bestimmte Form ist bei der Erteilung einer Vorsorgevollmacht grundsätzlich nicht vorgeschrieben. Allerdings ist aus **Beweisgründen** dringend anzuraten, die Vorsorgevollmacht **schriftlich zu errichten**, weil sich bei mündlich erteilten Vollmachten stets das Problem stellt, wie der Bevollmächtigte beweisen soll, dass er tatsächlich bevollmächtigt ist.

Ausdrücklich Schriftform ist für die Erteilung der Vorsorgevollmacht gesetzlich vorgeschrieben, wenn der Bevollmächtigte in eine Untersuchung des Gesundheitszustands des Vollmachtgebers, in eine

Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen darf, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Auch in eine Unterbringung mit Freiheitsentzug und über Freiheitsbeschränkungen wie Bettgitter, Fixierungen und Ruhigstellung mit Medikamenten darf der Bevollmächtigte nur mit einer ausdrücklichen schriftlichen Vollmacht einwilligen, ebenso in die Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme.

Die schriftliche Vorsorgevollmacht kann auch mit PC geschrieben werden. Der Vollmachtgeber kann die Vollmacht auch von einer anderen Person schreiben lassen oder sich eines geeigneten Vordrucks bedienen. Aus der Vollmacht müssen aber der Vollmachtgeber und der Bevollmächtigte (möglichst jeweils mit Vornamen und Familiennamen, Geburtsdatum und aktueller Adresse) hervorgehen. Der Vollmachtgeber muss die Vorsorgevollmacht **eigenhändig unterschreiben**. Ferner sollte der Ort und das Datum ihrer Errichtung angegeben werden.

Unter Umständen kann eine **notarielle Beurkundung** der Vorsorgevollmacht notwendig sein. Beurkundungen werden vor allem durch Notare vorgenommen. Der Notar prüft die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers, berät diesen und sorgt für rechtssichere Formulierungen. So können inhaltlich fehlerhafte oder zu unbestimmte Formulierungen vermieden werden. Der notariellen Beurkundung bedarf die Vollmacht, wenn der Bevollmächtigte berechtigt sein soll, Verbraucherkreditverträge abzuschließen. Sinnvoll ist die notarielle Beurkundung einer unwiderruflichen Vorsorgevollmacht, die den Bevollmächtigten ermächtigt, Immobiliengeschäfte abzuschließen.

[Festlegungen in der Vorsorgevollmacht](#)

Mit der Vorsorgevollmacht kann ein Bevollmächtigter für fast alle Lebensbereiche bestellt werden. In Betracht kommen unter anderem die Vertretung in finanziellen und persönlichen Angelegenheiten, gegenüber Banken und Sparkassen, Versicherungen, Behörden und Gerichten. Wie weitreichend die Vollmacht ist, liegt im Ermessen des Vollmachtgebers. Es steht also in seinem Belieben, den Inhalt und Umfang der Vollmacht zu bestimmen.

Die meisten Vollmachten beziehen sich auf die Vertretung in **Vermögensangelegenheiten**. In diesem Zusammenhang kann der Bevollmächtigte ermächtigt werden, das bewegliche und unbewegliche Vermögen des Vollmachtgebers zu verwalten und über das Vermögen zu verfügen. Vollmacht kann auch für die Eingehung von Verbindlichkeiten erteilt werden.

Die Vollmacht in **persönlichen Angelegenheiten** kann sich auf die Vertretung bei medizinischen Behandlungen, pflegerischen Maßnahmen, freiheitsentziehenden und beschränkenden Maßnahmen und Kommunikationsangelegenheiten erstrecken. Der Bevollmächtigte kann auch das Recht erhalten, über den Aufenthaltsort des Vollmachtgebers zu bestimmen oder seine Wohnung zu kündigen und aufzulösen.

Achtung: Besonders schwerwiegende Entscheidungen muss der Bevollmächtigte teilweise durch das **Betreuungsgericht** bestätigen lassen. So bedarf beispielsweise die Einwilligung des Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (genehmigungspflichtig sind z.B. operative Eingriffe am Herz, Amputationen, Transplantationen von fremden

Organen). Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

Änderung und Widerruf

Die Vorsorgevollmacht kann vom Vollmachtgeber **jederzeit widerrufen, geändert, ergänzt** oder vollständig durch eine andere Vollmacht ersetzt werden, vorausgesetzt, er ist geschäftsfähig. Die Vollmacht gilt also so lange, bis sie geändert oder vollständig widerrufen wird.

Kleinere Änderungen können einfach im Original der Vollmacht vorgenommen oder unter den ursprünglichen Text angefügt werden. Wichtig ist, dass dabei ein Zusammenhang mit dem alten Original erkennbar ist. Bei größeren Änderungen ist es sinnvoll, die alte Vollmacht zu widerrufen und eine neue Vollmacht zu verfassen.

Wer seine alte Vorsorgevollmacht widerrufen will, sollte zunächst das **Original der Vollmachtsurkunde vernichten**. Denn die Vollmacht ist nur als Original gültig. Vom Bevollmächtigten sollte unbedingt die Herausgabe der alten Vollmacht verlangt werden, wenn diese an den Bevollmächtigten bereits ausgehändigt wurde. Dann kann der Bevollmächtigte nicht mehr im Namen des Vollmachtgebers tätig werden. Sicherheitshalber sollte die **alte Vollmacht auch formell widerrufen** werden. Der Widerruf und gegebenenfalls die neue Vollmacht sollten mit dem Datum versehen werden, sodass eindeutig ersichtlich ist, dass sie nach der alten Vollmacht aufgesetzt wurde und diese ersetzt.

2.5.3 Pflegevollmacht

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt. Der Antrag auf Pflegeleistungen muss vom

Pflegebedürftigen gestellt werden. Pflegende Angehörige sind nur dann antragsberechtigt, wenn ihnen der Pflegebedürftige eine Vollmacht erteilt hat. Im Falle einer rechtlichen Betreuung des Pflegebedürftigen kann der **Antrag vom Betreuer gestellt** werden.

Kann oder will sich der Pflegebedürftige nicht selbst um seine Anliegen kümmern, kann er – wenn er nicht bereits eine umfassende Vorsorgevollmacht erteilt hat – eine **Vollmacht für den Pflegefall** erteilen. Damit kann der Pflegebedürftige seine Angehörigen bevollmächtigen, für ihn wichtige Entscheidungen zu treffen und ihn insbesondere gegenüber der Pflegekasse zu vertreten. Den Umfang der Vollmacht kann der Vollmachtgeber grundsätzlich frei bestimmen.

Voraussetzungen für eine wirksame Vollmacht

Der Vollmachtgeber muss **unbeschränkt geschäftsfähig** sein. Das heißt, er muss das 15. Lebensjahr vollendet haben. Ferner darf **keine krankhafte Störung der Geistestätigkeit** vorliegen. Der Bevollmächtigte muss geschäftsfähig sein, allerdings reicht die beschränkte Geschäftsfähigkeit aus. Er kann also auch unter 15 Jahre alt sein. Sinnvoll ist es allerdings, einen voll geschäftsfähigen Bevollmächtigten zu bestellen, weil in diesem Fall gewährleistet ist, dass die betreffende Person alle übertragenen Aufgaben wirksam erfüllen kann.

Grundsätzlich bedarf die Vollmacht **keiner besonderen Form**. Die Vollmacht sollte aber gleichwohl **schriftlich abgefasst** werden, da nur eine schriftliche Vollmacht aussage- und **beweiskräftig** ist. Wenn der Bevollmächtigte berechtigt sein soll, in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einzuwilligen, bedarf dies in jedem Fall der Schriftform.

Festlegungen in der Vollmacht

Den Umfang der Vollmacht kann der Vollmachtgeber grundsätzlich frei bestimmen. Die Vollmacht kann sich auf die Vertretung gegenüber der Kranken- und Pflegeversicherung beschränken, sie kann sich darüber hinaus auch auf allgemeine gesundheitliche und medizinische Angelegenheiten erstrecken.

- Kraft Gesetzes kann sich jeder Beteiligte **gegenüber der Kranken- und Pflegekasse** durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen. Die Vollmacht ermächtigt zu allen das Verwaltungsverfahren betreffenden Verfahrenshandlungen (z.B. Anträge auf behördliche Leistungen stellen, Widerspruch gegen behördliche Entscheidungen einlegen).
- Sinnvoll ist es, die Vollmacht auch **gegenüber anderen Behörden und Ämtern** zu erteilen, weil im Zusammenhang mit der Pflege unter Umständen auch mit anderen Behörden Kontakt aufgenommen werden muss. In diesem Fall erstreckt sich die Vollmacht etwa auch auf die Vertretung gegenüber dem Rentenversicherungsträger und dem Sozialamt.
- Bei einem Pflegefall ist es wichtig, dass sich die Vertretungsbefugnis auf alle **Maßnahmen der Pflege** erstreckt. In diesem Zusammenhang kann dann der Bevollmächtigte beispielsweise auch einen ambulanten Pflegedienst engagieren oder einen Heimvertrag abschließen.
- Der Bevollmächtigte kann auch ermächtigt werden, den **Aufenthalt des Pflegebedürftigen** zu bestimmen und diesen zu ändern. So ist gewährleistet, dass der Bevollmächtigte für eine situationsgerechte Unterbringung, auch in einem Heim, sorgen kann.
- Wenn der Bevollmächtigte in allgemeinen **gesundheitlichen Fragen** für den Pflegebedürftigen entscheiden soll, müssen ihm entsprechende Vertretungsbefugnisse eingeräumt

werden. Wichtig ist, dass der Bevollmächtigte die Behandlungswünsche der pflegebedürftigen Person kennt und danach handelt. Deshalb ist es sinnvoll, diese in einer [Patientenverfügung](#) niederzulegen, an die sich der Arzt zu halten hat und die der Bevollmächtigte gegenüber dem Arzt durchsetzen muss.

- Sinnvoll ist es, den Arzt von seiner **Schweigepflicht** zu entbinden. Damit kann sichergestellt werden, dass der Bevollmächtigte zuverlässige Auskünfte über den medizinischen Zustand des Patienten und die ärztliche Behandlung erhält.

3 Überblick über die Absicherung des Pflegerisikos

Das Risiko, im Alter ein Pflegefall zu werden, wird massiv unterschätzt. Nicht zuletzt sind mit dem Pflegefall auch finanzielle Einschnitte verbunden, und zwar nicht nur für den Pflegebedürftigen, sondern auch für dessen Angehörigen. Denn Pflege ist teuer. Und im Ernstfall kann ein Pflegefall ein Vermögen kosten.

Finanzielle Hilfe leistet beim Eintritt des Pflegefalls in erster Linie die gesetzliche Pflegeversicherung. Ambulant zu Hause, aber auch im Pflegeheim übernehmen die gesetzlichen Pflegekassen allerdings regelmäßig nur einen Teil der Kosten. Gut also, wenn der Pflegebedürftige rechtzeitig privat vorgesorgt hat, und ihm Leistungen einer Pflegezusatzversicherung zur Verfügung stehen. Und wenn alle Stricke reißen, hilft unter Umständen (ergänzend) das Sozialamt.

3.1 Gesetzliche Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung. Mit ihr wird das allgemeine **Lebensrisiko abgesichert**, pflegebedürftig zu werden und die Kosten der erforderlichen Pflege nicht tragen zu können. Sie ist allerdings keine Vollversicherung, weil die gedeckelten Beträge häufig nur einen Teil der Pflegekosten abdecken. Den Rest muss der Pflegebedürftige selbst oder seine Familie tragen.

3.1.1 Vorrang der häuslichen Pflege

Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Dabei genießt die häusliche Pflege Vorrang. Erklärtes Ziel der sozialen Pflegeversicherung ist es, mit ihren Leistungen vorrangig die **häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft** der Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn zu **unterstützen**, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

3.1.2 Träger der sozialen Pflegeversicherung

In den Schutz der Versicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit in der privaten Krankenversicherung versichert ist, ist verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen wahrgenommen.

3.1.3 Leistungen der Pflegeversicherung

Wann und welche Leistungen ein Pflegebedürftiger aus der Pflegeversicherung bekommt, hängt vom **Grad** und von der **Dauer der Hilfebedürftigkeit** ab. Je nach Umfang der **Beeinträchtigung**

der Selbstständigkeit und anderer Fähigkeiten wie beispielsweise der Mobilität und der Selbstversorgung gibt es verschiedene Pflegegrade. Der Pflegebedürftige kann selbst entscheiden, wie und von wem er gepflegt werden will. Er kann wählen, ob er **professionelle Hilfe** in Anspruch nehmen oder **Geldleistungen** beziehen will, um so seine Pflege selbst zu organisieren. In jedem Fall soll gewährleistet werden, dass pflegebedürftige Menschen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können.

Neben dem Pflegebedürftigen werden durch die Pflegeversicherung auch **pflegende Angehörige** unterstützt.

3.2 Private Absicherung durch Pflegezusatzversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist nur eine Art Teilkaskoversicherung. Das Risiko Pflegefall wird mit ihr nur zum Teil abgedeckt. Die **Versorgungslücke**, also die Differenz der mit dem Pflegefall tatsächlich verbundenen Kosten zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, muss der Pflegebedürftige aus eigener Tasche bezahlen. Gut, wenn in diesem Fall auf Leistungen einer privaten Pflegezusatzversicherung zurückgegriffen werden kann, die rechtzeitig abgeschlossen wurde.

Welche Leistungen dem Pflegebedürftigen aus der Pflegezusatzversicherung zustehen, hängt davon ab, für welches Versicherungsmodell er sich beim Vertragsabschluss entschieden hat. In Betracht kommen die **Pflegetagegeldversicherung**, die **Pflegekostenversicherung** und die **Pflegerentenversicherung**.

3.2.1 Pflegetagegeldversicherung

Die **Pflegetagegeldversicherung** ist die am häufigsten gewählte Art der Pflegezusatzversicherung. Der Versicherte erhält neben den

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ein vorher vertraglich festgelegtes **Pflegetagegeld** (z.B. 100,– €). Das **Tagegeld** wird bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit **unabhängig** von den tatsächlichen Kosten gezahlt. Dem Versicherten steht das Geld zur **freien Verfügung**, gleich ob er im Heim oder zu Hause von einem professionellen Pflegedienst oder von Angehörigen gepflegt wird. Wofür er das Geld verwendet, entscheidet er selbst. Es ist auch möglich, mit dem **Pflegetagegeld** Hilfeleistungen zu bezahlen, die nicht zur Pflege gehören (z.B. Begleitung bei Spaziergängen). **Kostennachweise** gegenüber der Versicherung sind **nicht erforderlich**.

Die **Höhe des Pflegetagegelds** richtet sich in der Regel nach dem von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgelegten Pflegegrad und dem gewählten Tarif. Es können starre oder flexible Tarife gewählt werden. Bei einem starren Tarif kann der Versicherte die gewünschte Absicherung nur für den Pflegegrad 5 festlegen, die restlichen Pflegegrade werden je nach Versicherungsgesellschaft und Tarif automatisch prozentual festgelegt. Bei einem flexiblen Tarif kann der Versicherte die gewünschte Absicherung für jeden einzelnen Pflegegrad individuell festlegen. Zusätzlich besteht bei einzelnen Versicherungsunternehmen sogar die Möglichkeit, die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden bei ambulanter und stationärer Pflege unterschiedlich zu gestalten.

3.2.2 Pflegekostenversicherung

Bei der Pflegekostenversicherung sind die **tatsächlichen Pflegekosten** versichert. Entweder werden die gesetzlichen Pflegeleistungen um einen bestimmten Prozentsatz aufgestockt oder die anfallenden Restkosten werden ganz oder zum Teil von der Versicherung abgedeckt.

Die Pflegekostenversicherung unterscheidet sich von der Pfl egetagegeldversicherung dadurch, dass die Versicherung in diesem Fall **nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung** die verbleibenden Pflegekosten übernimmt, während der Versicherte bei der Pfl egetagegeldversicherung einen festen Betrag pro Tag erhält. Bei der Pflegekostenversicherung muss der Versicherte der Versicherung **Kostennachweise** vorlegen, während es bei der Pfl egetagegeldversicherung gleichgültig ist, wie hoch die tatsächlichen Kosten sind und welchen Anteil die gesetzliche Pflegeversicherung trägt.

Bei der Pflegekostenversicherung gibt es zwei Tarife. Entweder

- wird ein vertraglich **festgelegter Prozentsatz** der Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung oder
- es werden die Restkosten bis zu einer **festgelegten Höchstgrenze** von der Versicherung übernommen.

Für die Erstattung der Pflegekosten müssen alle Leistungen in Form einer **Rechnung der Versicherung vorgelegt** werden. Wie umfassend der Versicherungsschutz ist, hängt vom Tarif ab. Sowohl der Umfang als auch die Leistungen, die im Pflegefall erbracht werden, variieren von Versicherung zu Versicherung stark.

In der Regel werden von der Versicherung die durch den Eintritt des Pflegefalls verursachten **Sachkosten übernommen**. Auch bei häuslicher Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch ehrenamtliche Betreuer greift die Versicherung; bei der ehrenamtlichen Pflege (z.B. durch Angehörige) fallen die Geldbeträge häufig erheblich geringer aus. Von der Versicherung bezahlt werden auch Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (z.B. ein Rollator). Auch eine **teilstationäre Pflege** (Tages- oder Nachtpflege) kann über die Versicherung abgerechnet werden, ebenso Kosten der Kurzzeit- und

Verhinderungspflege. Schließlich übernimmt die Versicherung Kosten bei **vollstationärer Pflege**.

3.2.3 Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung zahlt dem Versicherten gegen eine **monatliche Prämie** oder eine **Einmalzahlung** bei Eintritt des Pflegefalls eine lebenslange Pflegerente.

Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, richtet sich bei vielen Versicherungen nach dem **Gutachten des Medizinischen Dienstes**. Es besteht für die Versicherten aber auch die Möglichkeit, sich nach den »Aktivitäten des täglichen Lebens« einstufen zu lassen. Zu diesen Aktivitäten zählen An- und Auskleiden, Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken, Waschen, Fortbewegen im Zimmer, Aufstehen und Zubettgehen und Verrichten der Notdurft. Können mindestens drei dieser Tätigkeiten nicht mehr ohne Hilfe durchgeführt werden, gilt der Versicherte als pflegebedürftig.

Die Pflegerentenversicherung ist eine Form der **Lebensversicherung** bzw. eine **Kombination aus Sparvertrag und Pflegerisikoabsicherung**. Wird die versicherte Person pflegebedürftig, zahlt die Versicherung eine monatliche lebenslange Rente. Bei der Pflegegeldpolice kann über das im Pflegefall ausgezahlte Geld frei verfügt werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Pflegeleistung im Heim oder zu Hause erbracht wird.

Die Leistungen werden entweder als lebenslange monatliche Pflegerente oder als Einmalzahlung ausbezahlt. Die Höhe der Rente richtet sich nach dem Pflegegrad.

3.3 Hilfe zur Pflege durch Sozialhilfe

Jeder Mensch kann in eine Situation geraten, in der er staatlicher Hilfe bedarf: durch einen Unfall, eine Krankheit, eine Behinderung oder durch Arbeitslosigkeit. In den meisten dieser Fälle sind wir gegen die Folgen versichert, zum Beispiel durch die Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder die Pflegeversicherung. Und wenn niemand mehr hilft, dann gibt es immer noch die **Sozialhilfe** als eine staatliche Leistung, die jedem hilft, wenn von keinem anderen mehr Hilfe zu erwarten ist. Diese Form der **Existenzsicherung ist gesetzlich garantiert**. Anspruch auf Sozialhilfe hat jeder Mensch, der sich nicht selbst helfen kann und von keinem anderen Hilfe erhält. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob der Hilfebedürftige seine Notlage selbst verschuldet hat oder nicht.

Achtung: Leistungen der Sozialhilfe sind immer **nachrangig**. Deshalb erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.

Die Hilfe zur Pflege ist eine Leistung der Sozialhilfe, durch die pflegebedürftige Personen unterstützt werden, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können. Sie soll den nicht durch die gesetzliche Pflegeversicherung gedeckten Bedarf an Pflegehilfe auffangen und übernehmen. In Betracht kommen insbesondere Pflegebedürftige, die **finanziell bedürftig** sind und **nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert** sind. Darüber hinaus kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege in den Fällen in Betracht, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich **nicht für mindestens sechs Monate** besteht und aus diesem Grund Leistungen der Pflegeversicherung nicht gewährt werden. Schließlich kann eine Leistungsberechtigung der Sozialhilfe in den Fällen

gegeben sein, in denen der **pflegerische Bedarf** durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht sichergestellt ist.

4 Welche Leistungen die soziale Pflegeversicherung für den Pflegebedürftigen erbringt

Im Mittelpunkt der gesetzlichen Regelungen über die soziale Pflegeversicherung stehen deren Leistungen, wenn der Versicherte pflegebedürftig ist. Grundsätzlich werden die **Leistungen für die Pflegegrade 2 bis 5** gewährt. Dagegen stehen Pflegebedürftigen des **Pflegegrads 1 nicht alle Leistungen** der Pflegeversicherung zur Verfügung.

! **Tipp:** Als Pflegebedürftiger haben Sie ab dem 1.1.2024 mehr Möglichkeiten, Auskünfte über verbrauchte Leistungen und abgerechnete Kosten zu erhalten. Die Pflegekasse muss Ihnen auf eine entsprechende Anforderung eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch muss Ihnen eine Übersicht über die von Ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt werden. Sie können auch darüber Auskunft verlangen, welche Leistungsbestandteile Leistungserbringer (z.B. ambulante Pflegedienste) zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht haben und eine Durchschrift der eingereichten Abrechnungsunterlagen verlangen.

4.1 Überblick über die Leistungen

Die gesetzliche Pflegeversicherung erbringt Leistungen als **Geld- oder Sachleistungen**, mit denen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung finanziert werden. Sie will mit ihren Leistungen vorrangig die **häusliche Pflege** und die Pflegebereitschaft der Angehörigen **unterstützen**, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Grundsätzlich kann bei den Leistungen unterschieden werden zwischen den Leistungen bei **häuslicher Pflege** und den Leistungen bei **stationärer Pflege**.

4.1.1 Leistungen bei häuslicher Pflege

Bei **häuslicher Pflege** kann der Pflegebedürftige alternativ Pflegesachleistung oder Pflegegeld für eine selbst beschaffte Pflegehilfe in Anspruch nehmen.

- Von Pflegesachleistung spricht man, wenn der Pflegebedürftige zu Hause durch einen **ambulanten Pflegedienst** gepflegt wird.
- Pflegegeld wird gezahlt, wenn **ehrenamtliche Pflegepersonen** (insbesondere Familienangehörige) die Pflege übernehmen.
- Auch eine **Kombination beider Leistungsarten** ist möglich.

Bei Verhinderung der selbst beschafften Pflegeperson kann der Pflegebedürftige die Kosten einer notwendigen **Verhinderungspflege** beanspruchen. Bei Bedarf hat er Anspruch auf Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln**, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Schließlich können die Pflegekassen

finanzielle Zuschüsse für eine pflegegerechte Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen gewähren.

4.1.2 Leistungen bei stationärer Pflege

Als Formen stationärer Pflege kommen **Tages- oder Nachtpflege**, die **Kurzzeitpflege** und die **vollstationäre Pflege** in Betracht. Die Tages- oder Nachtpflege wird ein- bis mehrmals pro Woche in einer Pflegeeinrichtung durch professionelles Personal angeboten. Wenn der Pflegebedürftige nur für eine kurze Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen ist, gibt es die Möglichkeit der Kurzzeitpflege. Anspruch auf vollstationäre Pflege haben Pflegebedürftige, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falls nicht in Betracht kommt.

4.1.3 Leistungen an Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Dagegen stehen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung.

4.2 Leistungen bei häuslicher Pflege

Die Pflegeversicherung will mit ihren Leistungen vorrangig die **häusliche Pflege** und die Pflegebereitschaft der Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Damit dürfte im Regelfall den Bedürfnissen und Wünschen des Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden. Die weit überwiegende Zahl pflegebedürftiger Menschen dürfte den Wunsch haben, Pflege und Betreuung so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu erhalten.

Im Mittelpunkt des Leistungsprogramms bei häuslicher Pflege steht das Wahlrecht des Pflegebedürftigen zwischen der **häuslichen Pflegehilfe als Sachleistung** und **Pflegegeld** bei Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung durch Pflegepersonen, insbesondere durch Familienangehörige. Sach- und Geldleistung können aber auch miteinander kombiniert werden.

4.2.1 Pflegesachleistung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben einen **Rechtsanspruch** auf häusliche Pflegehilfe als Sachleistung. Damit wird das gesetzgeberische Ziel verwirklicht, dass Pflegebedürftige im Haushalt gepflegt werden sollen und so möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Von Pflegesachleistung spricht man, wenn der Pflegebedürftige durch einen **ambulanten Pflegedienst** gepflegt wird. In diesem Fall kümmern sich professionelle Pflegekräfte um die Pflege und die Betreuung des Pflegebedürftigen. Ein eigener Haushalt des Pflegebedürftigen ist nicht Voraussetzung des Anspruchs. Kein Anspruch besteht allerdings, wenn der Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird.

Hilfe durch professionelle Pflegekräfte

Mit der Pflegesachleistung hat der Pflegebedürftige gegen die Pflegekasse unmittelbar einen Anspruch auf Erbringung der Dienstleistung. Er hat also keinen Anspruch auf Erstattung von Kosten, die ihm durch die Inanspruchnahme von Diensten Dritter entstehen. Der ambulante Pflegedienst unterstützt den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien **Unterstützung und Hilfe im Alltag**, damit pflegende Angehörige Beruf, Pflege und Betreuung besser organisieren können.

Mitarbeiter des Pflegedienstes kommen zu den Pflegebedürftigen nach Hause und helfen fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung.

In ambulanten Pflegediensten arbeiten ausgebildete **Pflegefachkräfte**. Für deren Anerkennung ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Ambulante Pflegeeinrichtungen werden unter anderem von den Trägern der freien Wohlfahrtspflege betrieben. Sie werden zum Beispiel von kirchlichen Einrichtungen (z.B. Caritas, Diakonisches Werk) und Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt oder des Roten Kreuzes angeboten.

Achtung: Die Pflegesachleistung kann nur durch solche ambulante Pflegedienste erbracht werden, die mit den Pflegekassen einen **Versorgungsvertrag** abgeschlossen haben. Den Wünschen des Pflegebedürftigen muss die Pflegekasse nachkommen, wenn die Pflegekraft diesen Voraussetzungen entspricht. Auch eine Einzelperson kann der Pflegebedürftige als Pflegekraft auswählen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Pflegekasse mit dieser Person einen Vertrag abgeschlossen hat.

Inhalt der Leistungen

Gegenstand der häuslichen Pflege sind **körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung**.

Diese Maßnahmen beziehen sich auf die für die **Feststellung der Pflegebedürftigkeit** genannten Bereiche Mobilität, kognitive und

kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen

Körperbezogene Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf **Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit** oder der Fähigkeiten in den Bereichen Mobilität und Selbstversorgung.

- Der Bereich **Mobilität** betrifft unter anderem Hilfen beim Stehen, Gehen und Treppensteigen, beim selbstständigen Aufstehen und Zubettgehen, bei der Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
- Zur **Selbstversorgung** gehören unter anderem Waschen, Duschen und Baden, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen **Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld** des Pflegebedürftigen oder seiner Familie. Diese umfassen unter anderem persönliche Hilfeleistungen beispielsweise durch Unterstützung im Haushalt des Pflegebedürftigen bzw. seiner Familie sowie im häuslichen Umfeld, zur Orientierung und Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen. Zur Gestaltung des Alltags gehören beispielsweise die Entwicklung und

Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, die Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen, die Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus sowie die Unterstützung bei Hobby und Spiel.

Spaziergänge in der näheren Umgebung können ebenso zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen, wie die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten oder die Begleitung zum Friedhof. Darüber hinaus kommen Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten in Betracht.

Hilfen bei der Haushaltsführung

Neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Begleitmaßnahmen umfasst die häusliche Pflegehilfe **Hilfen bei der Haushaltsführung**. Dabei handelt es sich einerseits um typische Hausarbeiten, daneben wird auch die Unterstützung bei den für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belangen erfasst. Dabei muss es sich um Aktivitäten handeln, die aus pflegfachlicher Sicht besonders wichtig sind, um im eigenen Haushalt verbleiben zu können.

Die Hilfe bei der Haushaltsführung umfasst unter anderem Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs, Kochen, Reinigen und Aufräumen der Wohnung, Spülen, Waschen und Wechseln der Wäsche und Kleidung, Beheizen, Unterstützung bei der Regelung von persönlichen Angelegenheiten (z.B. finanzielle Angelegenheiten).

Ort der Pflege

Maßgebend ist nicht der **Aufenthaltort des Pflegebedürftigen**, sondern die Art und Weise, wie die Pflege durchgeführt wird. Der Anspruch auf Pflegesachleistung besteht also dann, wenn die Pflege von einem zugelassenen ambulanten Pflegedienst oder einer einzelnen Pflegekraft durchgeführt wird. Häusliche Pflegehilfe ist

demnach auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. Auch die Unterbringung des Pflegebedürftigen in einer Altenwohnung oder in einem Altenwohnheim steht dem Anspruch nicht entgegen. Keine Bedeutung hat dabei, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht.

Ausgeschlossen ist die häusliche Pflege, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer stationären Einrichtung gepflegt werden, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen. Dazu gehören insbesondere Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kindergärten, Schulen, Internate und Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen.

Umfang der Leistungen

Die Kosten für einen ambulanten Pflegedienst werden von der **Pflegeversicherung** übernommen. Dabei gelten allerdings Höchstwerte. Dieser Gesamtwert der von der Pflegekasse im Monat maximal zu erbringenden Sachleistung richtet sich nach dem Pflegegrad. Er beträgt aktuell (2025) monatlich

- bis zu 796,– € in Pflegegrad 2,
- bis zu 1.497,– € in Pflegegrad 3,
- bis zu 1.859,– € in Pflegegrad 4 und
- bis zu 2.299,– € in Pflegegrad 5.

Pflegeleistungen, die über den jeweiligen Höchstwert hinausgehen, muss der Pflegebedürftige entweder selbst zahlen oder beantragen,

dass diese vom örtlichen Sozialhilfeträger übernommen werden.

! **Tipp:** Werden die nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen festgelegten Höchstgrenzen für die häusliche Pflege nicht ausgeschöpft, so besteht daneben Anspruch auf **anteiliges Pflegegeld**, wenn der Pflegebedürftige neben der Pflegesachleistung noch Hilfeleistungen durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen (z.B. Angehörige) in Anspruch nimmt.

Angebote des Pflegedienstes frei wählbar

Der Pflegebedürftige kann den ihm zustehenden **Gesamtwert** nach seinem Belieben **ausschöpfen**. Er kann im festgelegten finanziellen Rahmen aus den Angeboten zugelassener Pflegedienste nach seinen Wünschen und Bedürfnissen frei wählen, unabhängig davon, ob diese Angebote körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung betreffen.

Pflegevertrag mit Pflegedienst

Der Pflegebedürftige und der ambulante Pflegedienst müssen miteinander einen **Pflegevertrag** abschließen. Erst dann kann der Pflegedienst mit der Pflegekasse abrechnen. In dieser Vereinbarung werden unter anderem Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Vergütungsabrechnung und die Vergütungsmodalitäten geregelt. Dem Pflegedienst werden die Pflegeleistungen dann nach Rechnungsstellung unmittelbar von der Pflegekasse vergütet.

Achten Sie beim Abschluss des Pflegevertrags mit dem ambulanten Pflegedienst insbesondere auf folgende Regelungen:

Vertragspartner

Vertragspartner des Pflegedienstes sollte die **pflegebedürftige Person** sein. Wird (neben dem Pflegebedürftigen) auch eine andere Person als Vertragspartner genannt (z.B. ein Angehöriger), kann der Pflegedienst unter Umständen auch gegen diese Person finanzielle Ansprüche geltend machen, wenn Leistungen nicht durch die Pflegekasse übernommen werden. Der Vertrag kann in Vertretung auch von einem **Bevollmächtigten** oder einem **Betreuer** unterzeichnet werden.

Pflegeleistungen

Im Pflegevertrag sollten die vom Pflegedienst geschuldeten Leistungen so **detailliert** wie möglich **aufgelistet** werden. Auch wenn Pflegeaufgaben in sogenannten Leistungskomplexen zusammengefasst werden, sollte darauf geachtet werden, dass die Leistungen so genau wie möglich beschrieben werden. Werden Aufgaben in Leistungskomplexen zusammengefasst, sollten in einer Anlage zum Pflegevertrag die Einzelleistungen aufgeführt werden (z.B. Mundpflege, Duschen). Geregelt werden sollte auch der Umfang der Leistungen, also an welchen Wochentagen und zu welcher ungefähren Uhrzeit die Leistungen erbracht werden müssen.

Absage von Pflegeterminen, Ruhen des Vertrags

Im Pflegevertrag sollte konkret festgelegt werden, bis zum welchem **Zeitpunkt** der **Einsatz des Pflegedienstes** kostenfrei abgesagt werden kann. Ferner sollte vereinbart werden, dass der Vertrag ruht, wenn ein Krankenhausaufenthalt, der Aufenthalt in einer Reha-Klinik oder in Kurzzeitpflege notwendig wird.

Kosten

Im Pflegevertrag müssen alle für die Pflegeleistungen fälligen **Kosten aufgelistet** werden. Dabei muss auch deutlich hervorgehen, welche Kosten vom Pflegebedürftigen getragen werden müssen, welche also der Pflegedienst nicht mit der Pflegekasse abrechnen kann. Es sollte auch darauf geachtet werden, ob Zusatzkosten entstehen, wenn Pflegeleistungen an Sonn- und Feiertagen erbracht werden.

Rechnung

Pflegeleistungen dürfen vom Pflegedienst erst abgerechnet werden, wenn sie erbracht wurden. **Vorauszahlungen** sind also **nicht zulässig**. Kosten, die mit der **Pflegekasse abzurechnen** sind, sollten vom Pflegedienst dort auch direkt in Rechnung gestellt werden. Für den vom Pflegebedürftigen zu tragenden Kostenanteil sollte eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen vereinbart werden, sodass genügend Zeit besteht, die Abrechnung zu überprüfen.

Haftung

Im Pflegevertrag muss sichergestellt sein, dass der Pflegedienst für **Personen- und Sachschäden unbeschränkt** für Fehler seines Personals haftet.

Leistungsnachweise

In den Leistungsnachweisen muss der Pflegedienst seine erbrachten Leistungen eintragen. Die Nachweise müssen vom Pflegebedürftigen bzw. seinem Bevollmächtigten unterzeichnet werden, bevor sie der **Pflegekasse zur Abrechnung** vorgelegt werden. Im Pflegevertrag sollte festgelegt werden, dass der Pflegebedürftige bzw. sein Bevollmächtigter Kopien der Leistungsnachweise erhält.

Pflegedokumentation

Im Pflegevertrag muss der Pflegedienst verpflichtet werden, täglich zu dokumentieren, welche Aufgaben beim Pflegebedürftigen erledigt wurden. So sind die **aktuelle Pflegesituation** und mögliche Veränderungen jederzeit nachprüfbar. Der Pflegebedürftige ist berechtigt, Einsicht in die Pflegedokumentation mit den Aufzeichnungen über seine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten zu nehmen. Wollen Angehörige Einsicht nehmen, bedürfen Sie einer Vollmacht des Pflegebedürftigen.

Kündigung

Achten Sie im Pflegevertrag auf die Kündigungsmöglichkeiten und -fristen sowohl für den Pflegedienst als auch für den Pflegebedürftigen. Die Kündigungsfrist für den Pflegedienst sollte **mehrere Wochen** (z.B. sechs Wochen zum Quartalsende) betragen, damit genügend Zeit besteht, einen neuen Pflegedienst zu suchen. Nur in Ausnahmefällen, wenn eine weitere Pflege unzumutbar ist, kann ein Pflegedienst unter Beachtung der Fürsorgepflicht fristlos kündigen. Der Pflegebedürftige ist kraft Gesetzes jederzeit berechtigt, den Pflegevertrag ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Mit dem Tod des Pflegebedürftigen endet der Vertrag mit dem Pflegedienst.

4.2.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe

Der Pflegebedürftige kann selbst darüber entscheiden, wie und von wem er gepflegt werden möchte. Er kann wählen, ob er **ambulante Pflegeleistungen**, also Hilfe von Pflegediensten, **oder Pflegegeld** in Anspruch nehmen will.

Anstelle der häuslichen Pflegehilfe wird für die Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld gewährt, wenn der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung oder im Haushalt einer Pflegeperson gepflegt wird. Allerdings muss der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen

Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom **Grad der Pflegebedürftigkeit**. Das Pflegegeld soll kein Entgelt für die von der Pflegeperson oder den Pflegepersonen erbrachten Pflegeleistungen darstellen. Es setzt vielmehr den Pflegebedürftigen in die Situation, Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen. Das Pflegegeld ist kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen, sondern ist eine Art Anerkennung für die innerfamiliäre oder nachbarschaftliche Unterstützungs- und Hilfeleistung.

Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für den **Anspruch auf Pflegegeld** ist, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen **Pflegemaßnahmen** und pflegerischen **Betreuungsmaßnahmen** sowie **Hilfen bei der Haushaltsführung** in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die entsprechenden Maßnahmen müssen also nach Art und Umfang **tatsächlich erbracht** werden. Hierfür kann er auf ehrenamtliche Pflegekräfte wie Familienangehörige, Bekannte oder Nachbarn zurückgreifen oder erwerbsmäßige Pflegekräfte heranziehen. Der Pflegebedürftige kann auch eine Pflegekraft anstellen und die fällige Vergütung mit dem Pflegegeld finanzieren.

Die Sicherstellung der erforderlichen Pflege ist vom **Medizinischen Dienst** oder einem anderen von der Pflegekasse beauftragten **Gutachter** zu ermitteln. Stellt der Medizinische Dienst bzw. der sonst beauftragte Gutachter fest, dass die erforderliche Pflege durch das Pflegegeld nicht sichergestellt wird, kann das Pflegegeld durch die Pflegekasse nicht ausgezahlt werden. Die Pflegekasse hat in diesem

Fall über eine wirksame, dem Hilfebedarf des Pflegebedürftigen entsprechende Versorgung zu beraten.

! **Tipp:** Häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim, Altenheim, einem **Wohnheim** für Behinderte oder einer vergleichbaren Behinderteneinrichtung wohnt. Benötigt der Pflegebedürftige in einer solchen Einrichtung Pflegeleistungen, kann er mithilfe des Pflegegeldes die Pflege selbst durch ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch Heranziehung professioneller Hilfe sicherstellen. Der Anspruch auf häusliche Pflege ist jedoch ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um eine zugelassene Pflegeeinrichtung handelt, also einer Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. In diesem Fall kommt nur ein Anspruch auf stationäre Pflege in Betracht.

Höhe des Pflegegelds

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem **Grad der Pflegebedürftigkeit** gestaffelt. Es beträgt aktuell (2025) monatlich

- 347,– € in Pflegegrad 2,
- 599,– € in Pflegegrad 3,
- 800,– € in Pflegegrad 4 und
- 990,– € in Pflegegrad 5.

Bei den genannten Beträgen handelt es sich nicht (wie bei der Pflegesachleistung) um Höchst-, sondern um Festbeträge, die allein von der **Zuordnung eines Pflegegrads** und nicht vom konkreten

Bedarf bestimmt werden. Das Pflegegeld wird monatlich im Voraus gezahlt. Es wird bis zum Ende des Monats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.

Achtung: Das **Pflegegeld** wird dem Pflegebedürftigen **von der Pflegekasse** überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegelds frei verfügen. Allerdings muss der Pflegebedürftige mit diesem Geld die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Haushaltsführung sicherstellen. Ein ambulanter Pflegedienst oder eine teil- oder vollstationäre Pflege darf nicht erforderlich sein. Deshalb wird der Pflegebedürftige im Regelfall das Geld als Aufwandsentschädigung an die versorgenden und betreuenden ehrenamtlichen Personen als Anerkennung weitergeben. Liegt eine Unterversorgung des Pflegebedürftigen vor, darf die Pflegekasse kein Pflegegeld auszahlen, sondern muss auf eine Umstellung der Pflege auf einen ambulanten Pflegedienst oder eine teil- oder vollstationäre Pflege hinweisen.

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nicht für den vollen Kalendermonat (z.B. wenn die Pflegebedürftigkeit im Laufe des Monats eingetreten ist), wird das Pflegegeld anteilig nach Tagen gekürzt; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

» **Beispiel:** Die Pflegebedürftigkeit ist bei einem Pflegegeldbezieher des Pflegegrads 3 am 21. Juli eingetreten. Für Juli ist ein Pflegegeld von 219,63 € zu zahlen ($599,- \text{ €} \times 11 : 30$).

Fortzahlung des hälftigen Pflegegelds bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege

Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds wird während einer **Kurzzeitpflege** und während einer **Verhinderungspflege** jeweils bis zu **acht Wochen je Kalenderjahr** weitergezahlt. Damit wird der Grundsatz »ambulant vor stationär« gestärkt. Schließlich bestehen auch in den Zeiten, in denen Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege abgerufen werden, weiterhin finanzielle Verpflichtungen in der Pflegesituation (insbesondere Lohnausfall).

Für die **Höhe des Pflegegelds** ist der **Pflegegrad** im Zeitpunkt des **Beginns** der Inanspruchnahme der Leistungen der **Kurzzeit- oder Verhinderungspflege** maßgebend. Eine Kürzung des Pflegegelds erfolgt nicht für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege. An diesen Tagen bleibt dem Pflegebedürftigen das Pflegegeld in voller Höhe erhalten.

» **Beispiel:** Die Pflegeperson erkrankt an zehn Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld für Pflegegrad 4 in Höhe von 800,– € monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld bezahlt (2/30 von 800,– €). An den übrigen acht Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 106,66 € gezahlt (50 % von 800,– € = 400,– €, davon 8/30). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

Abruf professioneller Beratung

Während des Bezugs von Pflegegeld sind Pflegebedürftige verpflichtet, in regelmäßigen Abständen professionelle **Beratung** abzurufen. Diese regelmäßige Einschaltung professioneller Pflegekräfte dient der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen und sichert die Qualität der häuslichen Pflege. Defizite können so rechtzeitig entdeckt und ihnen entgegengewirkt werden.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, eine **Beratung in der eigenen Häuslichkeit** abzurufen, und zwar bei Pflegegrad 2 und 3 mindestens einmal halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 mindestens einmal vierteljährlich. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Beratung muss in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. In Betracht kommen der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde.

Achtung: Kommt der Pflegebedürftige der Verpflichtung zum Abruf und **Nachweis der Beratung** nicht nach, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu **kürzen** und im Wiederholungsfall zu **entziehen**. In der Praxis wird das Pflegegeld nach Ablauf des ersten Zeitraums ohne Nachweis für den nachfolgenden Zeitraum um maximal 50 % gekürzt, es sei denn, der Nachweis wird in dieser Zeit vorgelegt. Wird der Nachweis auch im zweiten nacheinander folgenden Zeitraum nicht erbracht, wird die Gewährung des Pflegegelds im Regelfall beendet.

4.2.3 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Bei häuslicher Pflege können **Pflegesachleistung und Pflegegeld** miteinander **kombiniert** werden. Somit kann der Pflegebedürftige einen Teil der häuslichen Pflege einem ambulanten Pflegedienst überlassen (z.B. die Körperpflege) und den verbleibenden Teil selbst sicherstellen. In diesen Fällen kann neben dem Sachleistungsanspruch ein anteiliges Pflegegeld gezahlt werden.

! **Tipp:** Die **Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld** kommt insbesondere dann in Betracht, wenn der pflegende Angehörige oder andere ehrenamtlich Pflegende bestimmte Verrichtungen nicht bzw. nicht allein durchführen können, und das **Ausmaß der Pflegesachleistung** im Voraus bestimmt werden kann. Darüber hinaus kann eine Kombination zur Entlastung der ehrenamtlich pflegenden Person beitragen. So kann es beispielsweise sinnvoll sein, für einzelne Verrichtungen (z.B. für das Baden des Pflegebedürftigen) die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen, während die übrige Hilfe von den Angehörigen geleistet wird. Die Aufteilung kann auch zeitlich erfolgen; so können zum Beispiel die morgendlichen Pflegeleistungen von montags bis freitags durch einen Pflegedienst erbracht werden.

Aufteilung und Höhe

Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend **vermindertes Pflegegeld beansprucht** werden. Für die Höhe des anteiligen Pflegegelds ist das Verhältnis zwischen dem vom Pflegebedürftigen beanspruchten Umfang der Pflegesachleistung und dem für den Pflegegrad maßgebenden Höchstbetrag maßgebend. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen.

» Beispiel: Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrads 3 hat Anspruch auf Pflegesachleistung bis zu einem Gesamtwert in Höhe von monatlich 1.497,– €. Davon hat der Pflegebedürftige 70 % in Anspruch genommen (= 1.047,90 €).

Es besteht daher noch Anspruch auf 30 % des Pflegegeldes in Pflegegrad 3 ($599,- \text{ €} \times 30 \% = 179,70 \text{ €}$). Der Pflegebedürftige erhält somit 179,70 € Pflegegeld.

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 hat im März Sachleistungen in Höhe von 740,- € in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.859,- €. Er hat somit 39,80 % der Sachleistung in Anspruch genommen, sodass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 800,- € noch 60,20 %, also 481,60 € zustehen.

! **Tipp:** Die Kombination kann grundsätzlich zu jedem **beliebigen Prozentsatz** vorgenommen werden. Das Gesetz schreibt nicht vor, wie viele Pflegesachleistungen vom Pflegebedürftigen mindestens abgerufen werden müssen.

Festlegung und Änderung der Aufteilung

An die einmal gewählte **prozentuale Aufteilung** von Sachleistung und Pflegegeld ist der Pflegebedürftige sechs Monate lang gebunden, um einen nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand bei der Pflegekasse zu vermeiden. Ausnahmsweise kann der Pflegebedürftige aber seine Entscheidung vorzeitig ändern, wenn sich der tatsächliche Bedarf des Pflegebedürftigen oder die Verfügbarkeit der Pflegeperson ändert und diese Veränderung nicht absehbar war. Das ist beispielsweise der Fall, wenn nicht absehbar war, dass die häusliche Pflege nur durch eine höhere Anzahl von Pflegeeinsätzen des ambulanten Pflegedienstes sichergestellt werden kann.

! **Tipp:** Bei Pflegebedürftigen, die das Ausmaß der Pflegesachleistung nicht im Voraus bestimmen können, kann **auf Antrag** im Nachhinein das Pflegegeld monatlich ermittelt

und gezahlt werden.

Weiterzahlung des Pflegegelds

In einem bestimmten Rahmen ist auch die **Kombination von Pflegegeld und einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege** zulässig. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege und während einer Verhinderungspflege jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege oder der Verhinderungspflege ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist der Pflegegrad im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege maßgeblich. Für die Berechnung wird der Monat zugrunde gelegt, in dem die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.

4.2.4 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Die Pflegeversicherung trägt dem Umstand Rechnung, dass den Pflegepersonen bei der Pflege ein erhebliches Ausmaß an psychischen und physischen Anstrengungen abverlangt wird und viele Pflegepersonen oft selbst schon im fortgeschrittenen Alter und nicht mehr gesund sind. Erkrankt die Pflegeperson oder fährt sie in Erholungsurlaub, gerade auch um neue Kräfte für die Fortsetzung der Pflege Tätigkeit zu sammeln, soll dies nicht dazu führen, dass der Pflegebedürftige in stationäre Pflege überwechseln muss. In diesem Fall hat der Pflegebedürftige Anspruch auf eine Pflegevertretung.

Begrenzt ist der Anspruch auf **Verhinderungspflege zeitlich und auf einen Höchstbetrag**. Für die Leistungsgewährung hat der

Pflegebedürftige die entstandenen Kosten durch Quittungen, Belege oder Kontoauszüge nachzuweisen.

! **Tipp:** Zum 1.7.2025 wird das Entlastungsbudget für alle Menschen mit Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 eingeführt. In der häuslichen Pflege können dann Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege im Gesamtumfang von 3.539,– € flexibel kombiniert werden. Für Eltern pflegebedürftiger Kinder mit Pflegegrad 4 oder 5 steht das Entlastungsbudget schon ab dem 1.1.2024 in Höhe von 3.386,– € zur Verfügung und steigt ab Juli 2025 auf ebenfalls 3.539,– € an. Die bisherige Regelung, dass nur ein Teil der Kurzzeitpflegeleistungen in Verhinderungspflegeleistungen umgewandelt werden kann, entfällt künftig. Es bleibt allerdings dabei, dass der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege geringer ausfällt, wenn die [Verhinderungspflege](#) durch Personen erbracht wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben.

Leistungsvoraussetzungen

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer **notwendigen**

Verhinderungspflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr.

Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich.

Keine erwerbsmäßige Pflege

Bei der verhinderten Pflegeperson muss es sich um eine Person handeln, die den Pflegebedürftigen **nicht erwerbsmäßig** in seiner häuslichen Umgebung pflegt. Fällt dagegen eine professionelle Pflegekraft aus, muss die Pflegekasse eine andere Pflegeeinrichtung oder eine andere erwerbsmäßige Ersatzkraft stellen.

Verhinderung der Pflegeperson

Die Pflegeperson muss wegen einer Krankheit, Erholungsurlaubs oder eines vergleichbar wichtigen Grundes (z.B. Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung) an der **ehrenamtlichen Pflege verhindert** sein. Diesen Grund muss der Pflegebedürftige gegenüber der Pflegekasse nachweisen. Liegt kein sachlicher Grund vor, Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen, bzw. kann der Pflegebedürftige den sachlichen Grund nicht nachweisen, wird die Pflegekasse die Leistung ablehnen.

Verhinderungspflege für höchstens acht Wochen

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist für die Dauer **von acht Wochen** je Kalenderjahr begrenzt. Dieser Zeitraum kann auch beliebig aufgeteilt werden. Der Höchstbetrag, der für Verhinderungspflege zur Verfügung steht, steht nicht mit der zeitlichen Höchstdauer der Leistung in Zusammenhang. Der Pflegebedürftige kann den Höchstbetrag also auch dann ausschöpfen, wenn er in einem kürzeren Zeitraum als acht Wochen notwendige Pflegeleistungen in Anspruch nimmt (tage- oder stundenweise Inanspruchnahme von Verhinderungspflege).

Höhe der Leistungen

Für die Höhe der Leistungen der Verhinderungspflege ist von Bedeutung, ob eine professionelle Pflege erfolgt oder ob nahe Familienangehörige die Pflege übernehmen.

Verhinderungspflege durch professionelle Pflege

Für professionelle Pflege zu Hause oder in einer stationären Einrichtung übernimmt die Pflegekasse für Verhinderungspflege je Kalenderjahr Ersatzpflegekosten in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags von aktuell (2025) von 3.539,– €.

Verhinderungspflege durch Familienangehörige

Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags von aktuell (2025) 3.539,– € belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Verwandte des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade sind Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägte des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes für bis zu zwei Monate (also den Betrag des zweifachen Pflegegelds) nicht überschreiten. Zusätzlich sind Erstattungen für notwendige Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten oder Verdienstausschlag) möglich. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr aber nicht den Gemeinsamen Jahresbetrag übersteigen.

Weiterzahlung des Pflegegelds während der Verhinderungspflege

Während der Verhinderungspflege besteht bei Empfängern von Pflegegeld neben dem **Anspruch auf Verhinderungspflege** zusätzlich ein **Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes** in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für **längstens acht Wochen**. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt. Voraussetzung für die Weiterzahlung des Pflegegelds ist allerdings, dass vor Beginn der Verhinderungspflege bereits ein Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat.

» **Beispiel:** Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld für Pflegegrad 3 in Höhe von 599,- € monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld gezahlt (2/30 von 599,- €). An den übrigen 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 129,78 € gezahlt (50 % von 599,- € = 299,50 € × 13/30 = 129,78 €). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.

Stundenweise Verhinderungspflege

Manchmal muss die Pfl egetätigkeit nur für wenige Stunden unterbrochen werden, etwa für einen Arztbesuch. Auch dann übernimmt die Pflegekasse die Kosten der Verhinderungspflege bis zur **gesetzlich festgelegten Höhe**. Tage, an denen die Verhinderungspflege **weniger als acht Stunden** dauert, werden übrigens **nicht auf den Gesamtanspruch** von acht Wochen **angerechnet**. Maßgeblich hierbei ist, wie lange die Pflegeperson verhindert ist, nicht wie lange eine Ersatzpflegekraft einspringt.

Ort und Durchführung der Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege ist **nicht auf den Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt**. Sie kann beispielsweise auch in einer Vorsorge- oder **Rehabilitationseinrichtung**, einem Kindergarten, einer Schule oder einem Wohnheim für behinderte Menschen durchgeführt werden. Wenn allerdings ein Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen allein der vollstationären Krankenhausbehandlung dient, besteht für diesen Zeitraum kein Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege.

In welcher Form die Verhinderungspflege erbracht wird, kann der Pflegebedürftige grundsätzlich frei auswählen. Verhinderungspflege kann durch die Beauftragung eines Pflegedienstes, einer einzelnen Pflegefachkraft, durch Kurzzeitpflege oder Tagespflege erfolgen. In jedem Fall jedoch muss die **Pflege des Pflegebedürftigen sichergestellt** sein. Andernfalls kann die Pflegekasse die Leistung verweigern.

4.2.5 Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Wohngruppen tragen dem Wunsch nach privater und häuslicher Pflege und Betreuung Rechnung. Vor allem ermöglichen sie es Menschen, die ihren Lebensalltag nicht mehr allein bewältigen können oder möchten, eine gemeinschaftliche Pflege in der Nähe ihres angestammten Wohnumfeldes zu erhalten.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in **ambulant betreuten Wohngruppen** erhalten neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistung oder neben dem Anspruch auf Pflegegeld (oder neben dem Anspruch auf die Kombinationsleistung) zusätzlich einen Wohngruppenzuschlag. Ziel dieses Zuschlags ist es, gemeinschaftliche Pflegewohnformen innerhalb der stationären

Pflegeeinrichtungen und außerhalb des klassischen Wohnens leistungrechtlich besonders zu unterstützen.

Leistungsvoraussetzungen

Folgende Anspruchsvoraussetzungen müssen erfüllt werden, damit ein Wohngruppenzuschlag geleistet werden kann:

Wohngruppe in gemeinsamer Wohnung

Voraussetzung für den **Wohngruppenzuschlag** ist, dass der Pflegebedürftige mit **mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen** in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung lebt und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind.

Es muss eine **abgeschlossene Wohneinheit** vorliegen. Davon kann ausgegangen werden, wenn der Sanitärbereich, die Küche und, wenn vorhanden, der Aufenthaltsraum von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden kann. Die Wohnung muss von einem eigenen, abschließbaren Zugang vom Freien, von einem Treppenhaus oder von einem Vorraum zugänglich sein.

Achtung: Wenn die Pflegebedürftigen jeweils eine komplett ausgestattete Wohnung in einer Wohnanlage bewohnen, besteht **keine gemeinsame Wohnung**. Auch wenn Privaträume der Bewohner über voll ausgestattete Sanitärbereiche verfügen, kann das ein Indiz gegen eine gemeinsame Wohnung sein. Auch das Zusammenleben innerhalb eines Familienverbunds (z.B. Eltern mit Kindern) verfolgt nicht den Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung.

Bezug bestimmter Leistungsarten

Mindestens drei Bewohner der Wohngruppe müssen entweder eine oder mehrere der folgenden Leistungsarten beziehen bzw. in Anspruch nehmen:

- [Pflegesachleistung](#),
- [Pflegegeld](#),
- [Kombinationsleistungen](#),
- Angebote zur [Unterstützung im Alltag](#),
- [Entlastungsbetrag](#).

Vorhandensein einer gemeinschaftlich beauftragten Person

Eine Person in der Wohngruppe muss durch die Mitglieder gemeinschaftlich beauftragt sein, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten. Zwar wird die beauftragte Person in der Regel eine Vielfalt an **Aufgaben in der Wohngruppe** übernehmen, ausreichend ist es jedoch, dass ihr eine der alternativ genannten Aufgaben übertragen wird.

! **Tipp:** Bei der beauftragten Person muss es sich nicht um eine **ausgebildete Pflegefachkraft** (z.B. Kranken- oder Altenpfleger) handeln. Es ist auch nicht erforderlich, dass die beauftragte Person rund um die Uhr anwesend ist. Nicht ausreichend ist allerdings eine bloße Rufbereitschaft.

Bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wird im Gesetz ausdrücklich auf die Leistung **»hauswirtschaftlicher Unterstützung«** hingewiesen. Eine Reinigungskraft oder eine Kraft, die nur hauswirtschaftliche Tätigkeiten selbst erbringt, ohne die Bewohner in die Tätigkeiten

einzu beziehen, erfüllt nicht die Voraussetzung der »hauswirtschaftlichen Unterstützung«. Eine Unterstützung in diesem Sinne ist keine vollständige Übernahme von Tätigkeiten, sondern setzt eine Einbeziehung des Pflegebedürftigen voraus. Eine solche Unterstützung liegt zum Beispiel beim gemeinschaftlichen Kochen vor. Unterstützung ist die teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder die Anleitung zu deren Selbstvornahme.

Keine stationäre Versorgung

Bei der Wohngruppe darf es sich **nicht** um eine Versorgungsform handeln, die einer **stationären Einrichtung** (Pflegeheim) entspricht. Eine solche Vollversorgung liegt vor, wenn zum Beispiel im Mietvertrag bzw. Pflegevertrag die vollständige Übernahme sämtlicher körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung vereinbart und darüber hinaus keine Einbringung des Bewohners in den Alltag möglich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Vollversorgung angeboten, aber von den Bewohnern nur teilweise in Anspruch genommen wird. Der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

Höhe des Zuschlags

Der Zuschlag beträgt 224,– € monatlich. Die Leistung wird **pauschal** zur eigenverantwortlichen Verwendung für die **Organisation** sowie **Sicherstellung der Pflege** in der Wohngemeinschaft gewährt. Der

Zuschlag wird nur zweckgebunden gewährt. Er kann beispielsweise auch dafür genutzt werden, eine von den Pflegekassen anerkannte Einzelpflegekraft dafür zu entlohnen, dass sie – neben der über die Sachleistung bereits finanzierte Pflege- und Betreuungstätigkeit – verwaltende Tätigkeiten in der Wohngruppe übernimmt.

Der Anspruch auf den **Wohngruppenzuschlag** besteht ab dem **Monat der Antragstellung** für jeden Teilmonat ungekürzt. Die Auszahlung erfolgt monatlich im Voraus an den Pflegebedürftigen.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben dem Zuschlag

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben dem Wohngruppenzuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine **Prüfung des Medizinischen Dienstes** nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Der Medizinische Dienst muss also im Einzelfall prüfen, ob die Inanspruchnahme von **Tages- und Nachtpflege** erforderlich ist, damit der betreffende Pflegebedürftige alle von ihm individuell benötigten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält.

4.2.6 Pflegehilfsmittel

Für die Versorgung des Pflegebedürftigen mit Pflegehilfsmitteln sind die Pflegekassen nur dann zuständig, wenn diese Leistungen nicht bereits als Leistungen bei Krankheit oder Behinderung von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu gewähren sind. Ob die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln notwendig ist, überprüft die Pflegekasse in Zusammenarbeit mit einer Pflegefachkraft oder dem Medizinischen Dienst.

Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur **Linderung der Beschwerden** des Pflegebedürftigen beitragen oder ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Pflegehilfsmittel

Unter Pflegehilfsmitteln versteht man **Geräte und Sachmittel**, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, diese erleichtern und dazu beitragen, dem pflegebedürftigen Menschen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen technischen Pflegehilfsmitteln (z.B. Pflegebett, Lagerungshilfen) und Verbrauchsprodukten (z.B. Einmalhandschuhe, Bettunterlagen).

Pflegehilfsmittelverzeichnis

Kosten für ein Pflegehilfsmittel werden von der Pflege grundsätzlich nur übernommen, wenn dieses im **Pflegehilfsmittelverzeichnis** registriert ist. Das Verzeichnis enthält Produkte, die nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung dazu geeignet sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Zwar ist der Katalog nicht abschließend, es kann also auch ein Zuschuss für Hilfsmittel gewährt werden, die dort nicht aufgeführt sind, allerdings muss dann begründet werden, warum der Pflegebedürftige dieses spezielle Hilfsmittel benötigt und warum kein im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Hilfsmittel geeignet ist.

Folgende Pflegehilfsmittel sind im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet:

- **Hilfsmittel, die die Pflege erleichtern:** zum Beispiel Pflegebetten, Pflegebettenverlängerungen, Seitengitter, Bettgalgen, Fixierbandagen, Rückenstützen, Pflegebettische, Pflegeliegestühle, Bettnachtschränke.
- **Hilfsmittel, die für die Körperpflege/Hygiene benötigt werden:** zum Beispiel Bade- und Toilettenhilfen, Produkte zur Hygiene im Bett, Sicherheitsgriffe, Toilettenrollstühle, Urinflaschen, Bettpfannen.
- **Hilfsmittel, die eine selbstständige Lebensführung/Mobilität unterstützen oder gewährleisten:** zum Beispiel mobile Rampe, Hebebühne, Hausnotrufsysteme.
- **Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden:** zum Beispiel Lagerungsrollen.
- **Hilfsmittel zum Verbrauch:** zum Beispiel Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen.

Achtung: Mittel, die zum **täglichen Lebensbedarf** gehören (z.B. Reinigungsgeräte, Decken, Dosenöffner, Schuhanzieher, Wärmflaschen), werden **nicht als Pflegehilfsmittel** anerkannt.

Überprüfung durch Pflegekasse

Die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln wird von der Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des **Medizinischen Dienstes** überprüft. Im Regelfall ist es deshalb ausreichend, wenn der Pflegebedürftige seinem Antrag eine Erklärung seiner Pflegefachkraft beifügt, aus der sich der Bedarf ergibt. Eine **ärztliche Verordnung** des Pflegehilfsmittels ist **gesetzlich nicht vorgesehen**.

! **Tipp:** Vor Beschaffung eines Pflegehilfsmittels sollte immer erst mit der Pflegekasse die **Kostenübernahme** abgeklärt werden. Andernfalls kann es sein, dass der Pflegebedürftige auf den Kosten sitzen bleibt bzw. eine Kostenerstattung erst nach langwierigen Auseinandersetzungen mit der Pflegekasse erfolgt.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, hat er die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Achtung: Grundsätzlich dürfen Pflegebedürftige Pflegehilfsmittel nur von einem Leistungserbringer beziehen, der **Vertragspartner ihrer Pflegekasse** ist. Nur ausnahmsweise kann ein anderer Leistungserbringer gewählt werden, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Das ist dann der Fall, wenn das vom Pflegebedürftigen gewünschte Pflegehilfsmittel für die Zwecke geeigneter ist, als das vom Vertragslieferanten der Pflegekasse angebotene. Dadurch entstehende Mehrkosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Vorrang der Leistungspflicht anderer Leistungsträger

Der Anspruch auf **Versorgung mit Hilfsmitteln** aus der sozialen Pflegeversicherung ist **ausgeschlossen**, wenn das benötigte Hilfsmittel wegen Krankheit oder Behinderung von der **gesetzlichen Krankenversicherung** oder anderen zuständigen Leistungsträgern (z.B. der gesetzlichen Unfallversicherung) zu leisten ist.

Insbesondere Leistungspflichten der gesetzlichen Krankenversicherung sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

Zuständig ist die gesetzliche Krankenversicherung, wenn **Hilfsmittel im Einzelfall** erforderlich sind,

- um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer **drohenden Behinderung** vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen;
- im Rahmen der **medizinischen Vorsorgeleistungen** eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden sowie
- im Rahmen der **medizinischen Rehabilitation** einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen.

Allerdings darf es sich dabei nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handeln, selbst wenn sie die Pflege erleichtern und einer selbstständigeren Lebensführung dienen würden.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Die Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42,– € nicht übersteigen. Bis zum Höchstbetrag von 42,– € monatlich braucht der Pflegebedürftige keine Zuzahlungen zu leisten, darüber hinausgehende Kosten muss er jedoch voll übernehmen.

Zum **Verbrauch** bestimmte **Pflegehilfsmittel** sind Produkte, die wegen ihrer Beschaffenheit oder aus hygienischen Gründen nur

einmal benutzt werden können bzw. sollen. Dazu gehören unter anderem Einmalhandschuhe, Mundschutz, Desinfektionsmittel und saugende Bettschutzeinlagen. Die Hilfsmittel werden grundsätzlich als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Die Leistung kann aber auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

Technische Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel, die **nicht zum Verbrauch** bestimmt sind, sind in der Regel **technische Hilfsmittel**. Sie sollen gewährleisten, dass sich der Pflegebedürftige im jeweiligen Umfeld bewegen, zurechtfinden und die elementaren Grundbedürfnisse des täglichen Lebens befriedigen kann. Technische Pflegehilfsmittel sind beispielsweise Krankenbetten, Rollstühle, Gehwagen oder Hebevorrichtungen zum Ein- und Aussteigen in eine Badewanne.

Technische Hilfsmittel soll die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen in allen geeigneten Fällen vorrangig **leihweise** überlassen. Lehnt der Pflegebedürftige die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, muss er die gesamten Kosten des Hilfsmittels selbst tragen.

Die Pflegekasse kann die Bewilligung des Pflegehilfsmittels davon abhängig machen, dass der Pflegebedürftige sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem **Gebrauch ausbilden** lässt. Lehnt der Pflegebedürftige dies ab, ist die Pflegekasse berechtigt, die Leistung zu verweigern.

Der Pflegekasse obliegt die notwendige **Instandsetzung** und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln. Unter Instandsetzung ist in erster Linie eine Reparatur zu verstehen. Zur Ersatzbeschaffung ist die Pflegekasse verpflichtet, wenn das Pflegehilfsmittel unbrauchbar geworden ist oder den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Pflege nicht mehr entspricht.

Zuzahlung als Eigenbeteiligung

Mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel muss der Pflegebedürftige, wenn er das 15. Lebensjahr vollendet hat, eine **Zuzahlung** in Höhe von 10 % der Kosten, höchstens jedoch 25,– € je Pflegehilfsmittel leisten, wenn das Hilfsmittel in sein Eigentum übergeht. Bei **leihweiser Überlassung** des Hilfsmittels **entfällt die Zuzahlung**. Die Zuzahlung ist auch für eine Ersatzbeschaffung zu leisten, nicht jedoch bei einer Wartung oder Instandsetzung. Sie erfolgt direkt an die Stelle, die dem Pflegebedürftigen das Hilfsmittel überlässt (z.B. das Sanitärhaus).

! **Tipp:** Zur **Vermeidung von Härten** kann die Pflegekasse den Pflegebedürftigen ganz oder teilweise von der Zuzahlungspflicht befreien. Maßgebend sind die **Belastungsgrenzen** der gesetzlichen Krankenversicherung, bis zu denen Zuzahlungen während jedes Kalenderjahrs zu leisten sind. Danach ist die Zuzahlung auf die individuelle Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Für chronisch Kranke gilt eine Belastungsgrenze von 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

4.2.7 Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es hilfreich sein, die Wohnung an die besonderen Belange des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen anzupassen. Hierzu leistet die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse.

Leistungsvoraussetzungen

Pflegebedürftige haben unabhängig vom Pflegegrad **Anspruch auf einen finanziellen Zuschuss** für Maßnahmen zur **Verbesserung des individuellen Wohnumfelds**. Voraussetzung dafür ist, dass dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege

- ermöglicht (**ohne Durchführung** der Maßnahme also der Pflegebedürftige **stationär** gepflegt werden müsste) oder erheblich erleichtert wird (also ohne die Maßnahme mit einer Überforderung des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson zu rechnen ist) oder
- eine möglichst **selbstständige Lebensführung** des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (der Pflegebedürftige also unabhängiger von der Pflegeperson wird).

Als bezuschussungsfähige Maßnahmen kommen sowohl solche in vorhandenem Wohnraum als auch im Zusammenhang mit der **Herstellung neuen Wohnraums** in Betracht. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Bewohners ausgerichtet sind. Die Maßnahmen können in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, durchgeführt werden. Maßgebend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. **Nicht zuschussfähig** sind **Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen** sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden (z.B. betreutes Wohnen).

Achtung: Der Anspruch gegenüber der Pflegekasse ist gegenüber Leistungsansprüchen nachrangig, die der Pflegebedürftige gegenüber anderen Leistungsträgern geltend machen kann. Als vorrangige Hilfen kommen unter anderem Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung wegen eines Arbeitsunfalls und Leistungen der Integrationsämter für erwerbstätige

Schwerbehinderte zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung in Betracht.

Ob die Pflegekasse eine Leistung zur Verbesserung des Wohnumfelds bewilligt, liegt in ihrem Ermessen. In diesem Zusammenhang wird sie vorab einen **Gutachter** beauftragen, um die **Notwendigkeit der Maßnahme** zu überprüfen.

Zuschussfähige Maßnahmen

Gegenstand der Maßnahmen können insbesondere sein:

- Maßnahmen, die mit wesentlichen **Eingriffen in die Bausubstanz** verbunden sind (z.B. Verbreiterung von Türen),
- Maßnahmen, die eine **Anpassung der konkreten Wohnumgebung** an die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z.B. Treppenlift, Aufzüge),
- **Ein- oder Umbau von Mobiliar** entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation (z.B. Haltegriffe, mit dem Rollstuhl unterfahrbare Einrichtungsgegenstände, Absenkung von Küchenhängeschränken).

Grundsätzlich kommen folgende Maßnahmen in Betracht, deren Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschusses im Einzelfall zu prüfen sind:

- **Außerhalb der Wohnung:** zum Beispiel Einbau eines Personenaufzuges in einem eigenen Haus, Anpassung des Aufzuges an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers (ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Schalterleiste

in Greifhöhe, Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen), Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte (z.B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage), Treppenumbauten, Rampen und Treppenlifte, Türvergrößerung, Abbau von Türschwellen, Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb, Einbau einer Gegensprechanlage.

- **Innerhalb der Wohnung:** zum Beispiel Änderung des Bodenbelags um Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren zu beseitigen, Veränderung der Heizung, Änderung der Lichtschalter und Steckdosen, Heizungsventile in Greifhöhe, Reorganisation der Wohnung (Stockwerktausch), Treppenlifte, Sitzlifte, Türvergrößerung, Abbau von Türschwellen, Türanschläge, Fenstergriffe auf Greifhöhe.
- **Schlafzimmer:** zum Beispiel Bettzugang, rutschhemmender Bodenbelag, Lichtschalter und Steckdosen vom Bett aus zu erreichen.
- **Küche:** zum Beispiel Armaturen, rutschhemmender Bodenbelag, mit Rollstuhl unterfahrbare Kücheneinrichtung, motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken.
- **Bad:** zum Beispiel Einbau eines nicht vorhandenen Bades und WC, rutschhemmender Bodenbeläge insbesondere in der Dusche, Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen, höhenverstellbarer Waschtisch, höhenverstellbareres WC.

Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen **Umzug** in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (z.B. Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung) Rechnung getragen werden

kann. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen. Sofern noch Anpassungen in der neuen Wohnung erforderlich sind, können neben den Umzugskosten weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bezuschusst werden.

Zu berücksichtigende Aufwendungen

Bei der Gewährung des Zuschusses durch die Pflegekasse sind als Kosten der Maßnahme folgende Aufwendungen zu berücksichtigen:

- Materialkosten,
- Arbeitslöhne,
- Gebühren (z.B. für Genehmigungen),
- Aufwendungen für sogenannte Vorbereitungs- und Durchführungshandlungen (z.B. Planungs- und Überwachungskosten externer Unternehmen).

Die tatsächlichen Aufwendungen wie beispielsweise Fahrtkosten und Verdienstausschlag sind zugrunde zu legen, wenn die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt wurde.

Anspruch auf Zustimmung des Vermieters bei baulichen Veränderungen

Der Mieter kann vom Vermieter die **Zustimmung zu baulichen Veränderungen** oder sonstigen Einrichtungen verlangen, die für eine behindertengerechte Nutzung der Mietsache oder den Zugang zu ihr erforderlich sind, wenn er ein berechtigtes Interesse daran hat. Der Vermieter kann seine Zustimmung nur verweigern, wenn sein Interesse an der unveränderten Erhaltung der Mietsache oder des Gebäudes das Interesse des Mieters an einer behindertengerechten Nutzung der Mietsache überwiegt. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die Umbaumaßnahme eine erhebliche unumkehrbare Veränderung

der Bausubstanz zur Folge hätte, die wiederum zu einem hohen Wertverlust führen würde.

Seine Zustimmung kann der Vermieter von der Leistung einer angemessenen zusätzlichen Sicherheit für die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes abhängig machen. Nach dem Auszug muss der Mieter die Wohnung gegebenenfalls in den ursprünglichen Zustand zurückversetzen.

Von der Bezuschussung ausgenommene Maßnahmen

Maßnahmen, die eine standardmäßige Ausstattung der Wohnung des Pflegebedürftigen erreichen und Modernisierungsmaßnahmen sind grundsätzlich von der Möglichkeit einer Zuschussgewährung durch die Pflegekasse ausgeschlossen. Insbesondere fallen folgende

Maßnahmen nicht unter eine bezuschussungsfähige Wohnumfeldverbesserung:

- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen,
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- Brandschutzmaßnahmen,
- Rollstuhlgarage,
- Ausstattung der Wohnung mit einer Waschmaschine, einem Kühlschrank oder mit einem Telefon,
- Schönheitsreparaturen,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Verbesserung des Schallschutzes und Wärmedämmung,
- Austausch der Warmwasseraufbereitung und der Heizungsanlage,

- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich und im Treppenhaus.

Achtung: Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, deren Einbau bzw. Umbau bereits von der Pflegekasse bezuschusst worden sind und die repariert oder gewartet werden müssen, werden nicht noch einmal als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst.

Höhe des Zuschusses

Die Pflegekasse zahlt – unabhängig vom Pflegegrad und von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Pflegebedürftigen – **auf Antrag bis zu 4.180,– €** als Zuschuss für **wohnowertverbessernde Maßnahmen**. Einen Eigenanteil muss der Pflegebedürftige nicht leisten. Überschreiten die Kosten der Maßnahme 4.180,– €, ist der über dem Zuschuss liegende Betrag vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Zu beachten ist, dass alle Maßnahmen zusammen zum Zeitpunkt, zu dem der Zuschuss gewährt wird, als *eine* Maßnahme gelten. Die behindertengerechte Umgestaltung der Wohnung ist also insgesamt als Verbesserungsmaßnahme zu werten und nicht in Einzelschritte aufzuteilen. So stellt nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine wohnowertverbessernde Maßnahme dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt, die notwendig sind, um die Wohnung beispielsweise mit dem Rollstuhl befahrbar zu machen.

! **Tipp:** Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfelds, sodass ein **weiterer Zuschuss** bis zu einem Betrag von 4.180,– € gewährt werden kann.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes **4.180,– € je Pflegebedürftigen** nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.720,– € begrenzt. Bei mehr als vier Pflegebedürftigen werden die 16.720,– € anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

4.3 Leistungen bei Pflege im Heim

Pflege im Heim kann in verschiedenen Formen erfolgen:

- **Teilstationäre Pflege** kombiniert die häusliche und stationäre Pflege. Der Pflegebedürftige wird in einer Pflegeeinrichtung tagsüber oder nachts betreut. Damit haben die Angehörigen die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen zu versorgen, ohne den eigenen Alltag aufgeben zu müssen.
- **Kurzzeitpflege** ist eine vollstationäre Pflege von kurzer Dauer. Sie soll kurze Zeiträume überbrücken, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich ist.
- **Vollstationäre Pflege** ist die Pflege in einem Pflegeheim. Sie wird dann erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist.

4.3.1 Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung will mit ihren Leistungen vorrangig die **häusliche Pflege** und die Pflegebereitschaft der Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn **unterstützen**, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

Die Bevorzugung der häuslichen Pflege ist ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung. Die häusliche Pflege hat Vorrang vor allen anderen Pflegearten, also sowohl vor der vollstationären als auch vor der teilstationären Pflege sowie vor der Kurzzeitpflege. Unter der häuslichen Pflege ist die Pflege im eigenen Haushalt des Pflegebedürftigen sowie in einem Haushalt zu verstehen, in den er aufgenommen ist.

Mit dem Vorrang der häuslichen Pflege dürfte im Regelfall den Bedürfnissen und Wünschen des Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden. Die weit überwiegende Zahl pflegebedürftiger Menschen dürfte den Wunsch haben, Pflege und Betreuung so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu erhalten.

Konkret ergeben sich aus dem gesetzlich verankerten Programmsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege insbesondere folgende Konsequenzen:

- Solange **häusliche Pflege** notwendig und hinreichend ist, **schließt** sie eine ergänzende **teilstationäre Pflege** und eine **Kurzzeitpflege aus**, erst recht die **vollstationäre Pflege**. Nach Möglichkeit soll eine vollstationäre Versorgung vermieden werden. Nach diesem Grundsatz gilt, dass häusliche Pflege Vorrang vor teilstationären Leistungen hat, eine teilstationäre Versorgung Vorrang vor der Kurzzeitpflege als einer besonderen, zeitlich begrenzten Form der vollstationären Pflege und häusliche, teilstationäre und Kurzzeitpflege Vorrang vor der dauerhaften vollstationären Versorgung im Pflegeheim hat.
- Die Pflegekasse hat die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, indem Leistungen dafür

eingesetzt werden, dass der Pflegebedürftige **möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung** verbleiben kann.

- Der Vorrang der häuslichen Pflege findet dort seine Grenzen, wo eine angemessene Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen nicht sichergestellt ist. Wenn also beispielsweise eine angemessene häusliche Betreuung und Versorgung durch Angehörige und Nachbarn (z.B. wegen fehlender Fertigkeiten) nicht sichergestellt ist, ist die Pflegekasse verpflichtet, auf die **Einbeziehung einer häuslichen Pflegehilfe** hinzuwirken.

4.3.2 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege und Nachtpflege

Kann die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden (z.B. weil die Pflegeperson berufstätig ist) oder ist eine Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich, kann der Pflegebedürftige **teilstationär** in Einrichtungen der **Tages- oder Nachtpflege** betreut werden. Damit sollen die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich erhalten und gefördert werden.

Leistungsvoraussetzungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf **teilstationäre Pflege** in Einrichtungen der **Tages- oder Nachtpflege**, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 können den ihnen zustehenden [Entlastungsbetrag](#) im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige

Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Folgende Gründe können für eine **Tages- oder Nachtpflege** als teilstationäre Versorgung in Pflegeeinrichtungen in Betracht kommen:

- Entlastung des Pflegepersonals im Laufe des Tages bzw. in der Nacht,
- Entlastung der Pflegepersonen in Krisenzeiten,
- Entlastung der Angehörigen, damit sie einer Berufstätigkeit nachgehen können,
- Förderung und Erhaltung der sozialen Kommunikation des Pflegebedürftigen,
- Realisierung einer aktivierenden Pflege und medizinischen Rehabilitation zur Minderung der Pflegebedürftigkeit,
- bessere Ausnutzung rehabilitativer Möglichkeiten in Einrichtungen der Tagespflege,
- Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

! **Tipp:** Tages- oder Nachtpflege kommt insbesondere für Pflegebedürftige in Betracht, die aufgrund körperlich oder seelischer Beeinträchtigungen außerstande sind, während der **Abwesenheit der Pflegeperson** allein in ihrer Häuslichkeit zu bleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden.

Teilstationäre Pflege liegt vor, wenn sich der Pflegebedürftige nur einen Teil des Tages in einer Pflegeeinrichtung aufhält, während er den anderen Teil des Tages im eigenen Haushalt oder im Haushalt einer Pflegeperson verbringt, in den er aufgenommen worden ist. In Einrichtungen der **Tagespflege** werden Pflegebedürftige tagsüber

untergebracht und versorgt, während er die Nacht zu Hause verbringt. Bei der **Nachtpflege** ist es umgekehrt. Hier wird der Pflegebedürftige über Nacht in einer Pflegeeinrichtung untergebracht und versorgt, während er tagsüber häuslich gepflegt wird.

Achtung: Tages- oder Nachtpflege kann **nur in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung** erfolgen, also einer Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Höhe der Leistungen

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der **medizinischen Behandlungspflege**. Die Kosten werden bis zu einem bestimmten Höchstsatz übernommen. Dieser beträgt monatlich

- bis zu 721,– € in Pflegegrad 2,
- bis zu 1.357,– € in Pflegegrad 3,
- bis zu 1.685,– € in Pflegegrad 4 und
- bis zu 2.085,– € in Pflegegrad 5.

! **Tipp:** Für Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Tages- oder Nachtpflege entstehen, kann auch der [Entlastungsbetrag](#) eingesetzt werden.

Kombination mehrerer Leistungen

Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege kann von Pflegebedürftigen

der Pflegegrade 2 bis 5 **zusätzlich zur ambulanten Pflegesachleistung**, zum **Pflegegeld** oder in der **Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld** in Anspruch genommen werden. Eine gegenseitige Anrechnung mit den Leistungen der Tages- oder Nachtpflege erfolgt nicht.

4.3.3 Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine **begrenzte Zeit** auf vollstationäre Pflege angewiesen, beispielsweise zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder wenn sich die Notwendigkeit einer dauerhaften Pflege erst im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts ergibt und die anschließende häusliche Pflege noch organisiert oder das Wohnumfeld angepasst werden muss. Durch die sogenannte **Kurzzeitpflege** sollen Pflegepersonen, die die häusliche Pflege sicherstellen, entlastet und verhindert werden, dass der Pflegebedürftige bei Ausfall der Pflegeperson auf Dauer in vollstationäre Pflege überwechseln muss. Dies trägt dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege Rechnung.

! **Tipp:** Zum 1.7.2025 wird das Entlastungsbudget für alle Menschen mit Pflegebedürftigkeit eingeführt. In der häuslichen Pflege können dann [Leistungen der Verhinderungspflege](#) und Kurzzeitpflege im Gesamtumfang von 3.539,– € flexibel kombiniert werden.

Leistungsvoraussetzungen

Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt

- für eine **Übergangszeit** im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- in sonstigen **Krisensituationen** oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Voraussetzung für den Anspruch auf Kurzzeitpflege ist, dass **weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich** ist. Die häusliche Pflege scheitert, wenn körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung nicht in ausreichendem Umfang möglich sind. Hinzu kommen muss, dass anstelle oder in Ergänzung der häuslichen Pflege auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Das dürfte in der Regel der Fall sein, weil teilstationäre Pflege kurzfristig eintretende oder vorübergehende Notlagen im häuslichen Bereich nicht auszugleichen vermag.

Kurzzeitpflege wird nur in einer **vollstationären Einrichtung** gewährt. Es muss sich um eine zugelassene Pflegeeinrichtung handeln, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

» **Beispiel:** Kurzzeitpflege kommt für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung in Betracht, etwa wenn für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann. Sie ist ebenfalls möglich für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen der Verhinderungspflege überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, zum Beispiel bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Begrenzte Dauer und begrenzter Anspruch

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf **acht Wochen pro Kalenderjahr** beschränkt.

Die Pflegekasse übernimmt die **pflegebedingten Aufwendungen** einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Mit Einführung des Entlastungsbudgets stehen ab 1.7.2025 für [Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege](#) 3.359,- € zur Verfügung, die flexibel kombiniert werden können.

Die Pflegekasse zahlt den dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsbetrag unmittelbar an die zugelassene Pflegeeinrichtung. Wird die Kurzzeitpflege in anderen geeigneten Einrichtungen (z.B. Behinderteneinrichtungen) oder in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation (vgl. dazu unten) erbracht, erfolgt eine Erstattung an den Pflegebedürftigen.

! **Tipp:** Während der Kurzzeitpflege besteht bei Empfängern von Pflegegeld neben dem **Anspruch auf Kurzzeitpflege** zusätzlich ein **Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes** in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für längstens acht Wochen. Voraussetzung ist allerdings, dass vor Beginn der Verhinderungspflege bereits ein Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat. Für Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege entstehen, kann auch der [Entlastungsbetrag](#) eingesetzt werden.

Kurzzeitpflege in Behinderteneinrichtungen und anderen geeigneten Einrichtungen

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Dieser erweiterte Leistungsanspruch soll dem Pflegebedürftigen, der zu Hause versorgt wird, und seiner Familie die Möglichkeit geben, den Anspruch auf Kurzzeitpflege gegebenenfalls auch in nicht zugelassenen, aber dennoch geeigneten Einrichtungen, beispielsweise in **Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**, realisieren zu können.

Geeignet für die Kurzzeitpflege sind Einrichtungen, die mit einem **Sozialleistungsträger** eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben und in der Lage sind, die Pflege für die Dauer der Kurzzeitpflege gegebenenfalls auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, sicherzustellen.

Sofern die Kurzzeitpflege für Anspruchsberechtigte nicht in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sondern in anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt wird (vgl. dazu oben) und in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen sind, sind grundsätzlich **70 % des Entgelts zuschussfähig**. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.

Achtung: Trotz der Unterbringung in einer nicht zugelassenen Einrichtung entfällt der Anspruch auf häusliche Pflege nicht. Die Leistungen der Kurzzeitpflege umfassen auch diese Leistungen mit.

[Aufenthalt in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen](#)

Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder **Rehabilitationsreinrichtungen** in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung als Pflegeeinrichtung haben. Voraussetzung ist, dass während der Vorsorge- oder Reha-Maßnahme der Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung erforderlich und durchführbar ist. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen.

4.3.4 Vollstationäre Pflege

In der sozialen Pflegeversicherung gilt der [Vorrang häuslicher und teilstationärer Pflege](#) vor vollstationärer Pflege. Deshalb besteht ein Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen erst, wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen Besonderheiten des einzelnen Falls nicht in Betracht kommt. Und der Anspruch besteht nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Einen Zuschuss erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrads 1, die vollstationäre Pflege wählen.

Nachrang der stationären Pflege

Vollstationäre Pflege wird dann erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. In Betracht kommen insbesondere folgende Fälle:

- Eine **Pflegeperson fehlt** bzw. mögliche Pflegepersonen sind nicht bereit, den Pflegebedürftigen zu pflegen: In diesem Zusammenhang wird auch geprüft, ob die Pflege und Betreuung zunächst nicht durch teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege sichergestellt werden kann.
- **Drohende oder bereits eingetretene Überforderung von Pflegepersonen:** Die Überforderung der Pflegeperson kann

zum Beispiel deshalb bestehen, weil sie selbst betagt oder gesundheitlich beeinträchtigt ist oder ihr die psychische Belastung nicht zugemutet werden kann. Eine absehbar zeitlich befristete Überforderungssituation kann unter Umständen durch Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege des Pflegebedürftigen behoben werden.

- **Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen:** In Betracht kommen unter anderem die Vernachlässigung der Körperpflege, unregelmäßige oder nicht ausreichende Einnahme von Mahlzeiten oder die Vernachlässigung des Haushalts.
- **Selbst- oder Fremdgefährdungstendenzen** des Pflegebedürftigen: Selbstgefährdung kann vorliegen, wenn der Pflegebedürftige hochgradig verwirrt ist oder wenn er im Falle eines akut eintretenden Hilfebedarfs nicht oder nicht rechtzeitig Hilfe herbeirufen kann. Fremdgefährdung kommt in Betracht, wenn der Betroffene nicht mit Gas, Strom oder Wasser umgehen kann.
- **Räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich** ermöglichen keine häusliche Pflege und können durch Maßnahmen zur [Verbesserung des individuellen Wohnumfelds](#) nicht verbessert werden: Ein wesentliches Hindernis für die häusliche Pflege kann zum Beispiel darstellen, dass die Toilette und das Bad außerhalb der Wohnung liegen oder die Wohnung wegen zu schmaler Türen mithilfe eines Rollstuhls nicht zugänglich ist.

Inhalt der Leistung

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Zu den **pflegebedingten Aufwendungen** gehören zunächst die allgemeinen Pflegeleistungen, das heißt die für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen. Neben diesen allgemeinen Pflegeleistungen gehören auch die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege zu den Leistungen der Einrichtung, die die Pflegekassen vergüten. Zur Behandlungspflege gehören alle Maßnahmen der Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die von **Pflegefachkräften** erbracht werden. Darunter fallen Tätigkeiten wie die Wundversorgung, der Verbandswechsel, die Medikamentengabe, die Dekubitusbehandlung oder die Blutdruck- und Blutzuckermessung.

Achtung: Nicht zu den pflegebedingten Aufwendungen gehören die **Unterkunft und Verpflegung** sowie die **Zusatzleistungen**. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Soweit er dazu nicht in der Lage ist, kann er unter Umständen Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Zu den nicht von der Pflegekasse zu übernehmenden Leistungen gehören auch Zusatzleistungen wie zum Beispiel Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung (z.B. Wunschverpflegung und -getränke). Solche Zusatzleistungen stehen aber nur Pflegebedürftigen zur Verfügung, die die Zuschläge aus eigenem Einkommen oder Vermögen finanzieren können, oder wenn die Angehörigen die entsprechenden Kosten übernehmen. Vom Sozialamt werden diese Kosten nicht übernommen.

Pauschale Leistungsbeträge

Die Pflegekasse übernimmt bei vollstationärer Versorgung für **pflegebedingte Aufwendungen** einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschale Beträge, die sich nach Pflegegraden richten. Diese betragen monatlich

- bis zu 805,– € in Pflegegrad 2,
- bis zu 1.319,– € in Pflegegrad 3,
- bis zu 1.855,– € in Pflegegrad 4 und
- bis zu 2.096,– € in Pflegegrad 5.

Die pauschalen Leistungsbeträge werden in der Form gewährt, dass die Pflegekasse gegenüber dem aufnahmebereiten Pflegeheim, mit dem sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, eine Erklärung über die Übernahme der anteiligen Finanzierung abgibt. Die Pflegekasse zahlt den dem pflegebedürftigen Heimbewohner zustehenden Leistungsbetrag unmittelbar an das Pflegeheim.

Pflegeeinrichtungen, die zwar zugelassen sind, mit denen jedoch keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung mit der Pflegekasse besteht, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. In diesem Fall erhält der Pflegebedürftige anstelle der Sachleistung Kostenerstattung, allerdings nur in Höhe von 50 % des Betrags, den die Pflegekasse für [Pflegesachleistungen](#) aufzubringen hätte. Eine weiter gehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

! **Tipp:** Unter Umständen sind Leistungen bei **stationärer Pflege** auch dann zu **gewähren**, wenn der Pflegebedürftige sich vorübergehend nicht im Pflegeheim aufhält. Abzustellen ist in diesem Zusammenhang auf den Zeitraum, in dem das

Pflegeheim den Pflegeplatz freihalten muss. Der Pflegeplatz muss im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freigehalten werden. Dieser Zeitraum wird bei Aufenthalten in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte verlängert. Während der ersten drei Abwesenheitstage hat das Pflegeheim Anspruch auf die volle Pflegevergütung, danach müssen Abschläge vorgenommen werden.

Leistungszuschlag

Pflegebedürftige Menschen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, erhalten seit 1.1.2022 einen Leistungszuschlag auf die Kosten. Je länger Pflegebedürftige in Pflegeheimen leben, desto höher ist der Zuschuss.

Der Zuschuss wird nur bei Vorliegen der **Pflegegrade 2 bis 5** gewährt. Heimbewohner mit Pflegegrad 1 können den Zuschuss **nicht** in Anspruch nehmen. Der Zuschuss wird nur Bewohnern in **vollstationären Pflegeeinrichtungen** gewährt.

Für die Höhe des Zuschusses ist maßgebend, wie lange vom Pflegebedürftigen bisher Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch genommen wurden. Der Zuschuss steigt mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts. Je länger der Bewohner in Einrichtungen der vollstationären Pflege lebt, desto geringer wird sein Eigenanteil.

Aktuell (2025) beträgt der Zuschuss für Heimbewohner

- 15 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie bis zu zwölf Monate,

- 30 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als zwölf Monate,
- 50 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 24 Monate und
- 70 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 36 Monate in einem Pflegeheim leben.

! **Tipp:** Die Zahlung des Leistungszuschlags erfolgt nicht an den Heimbewohner selbst, sondern an das Pflegeheim. Dadurch verringert sich der Eigenanteil der Heimbewohnenden. Ein Antrag des Heimbewohners ist nicht erforderlich.

Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Einrichtungen

Begeben sich Pflegebedürftige in **nicht zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen**, werden **keine Leistungen** der vollstationären Pflege erbracht. Wird allerdings die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst erbracht, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf die Pflegesachleistung, und zwar auch dann, wenn die stationäre Einrichtung selbst einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst betreibt, der die Leistungen erbringt. Dem Pflegebedürftigen muss jedoch die Möglichkeit gegeben werden, von seinem Wahlrecht Gebrauch machen zu können.

Zuschuss für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1

Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege einen **Zuschuss aktuell (2025) von 131,– €**

monatlich, dies jedoch nicht als Sachleistung, sondern in Form der Kostenerstattung.

4.4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbeitrags

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.

4.4.1 Art der Angebote

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

- **Betreuungsangebote:**

Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen.

- **Angebote zur Entlastung von Pflegenden:**

Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen.

- **Angebote zur Entlastung im Alltag:**

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.

In Betracht kommen als Angebote zur **Unterstützung im Alltag** insbesondere

- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen,
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen,
- familienentlastende Dienste,
- Alltagsbegleiter und
- Pflegebegleiter.

Voraussetzung für den Anspruch ist, dass es sich um nach Landesrecht anerkannte Angebote handelt.

4.4.2 Verwendung des Pflegesachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können bis zu **40 % des Pflegesachleistungsbetrages** für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen, soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden (Umwandlungsanspruch). Anspruchsberechtigte sind Versicherte, die ausschließlich Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder ausschließlich

Pflegegeld beziehen. Die Verwendung von bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag muss bei der Pflegekasse beantragt werden.

» **Beispiel:** Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 nimmt im Januar Pflegesachleistungen in Höhe von 1.047,90 € in Anspruch. Das sind 70 % des für ambulante Sachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags von 1.497,– €. Der nicht für ambulante Pflegesachleistungen verwendete Betrag in Höhe von 449,10 € (1.497,– € ./. 1.047,90 €) kann für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

4.5 Entlastungsbetrag

Der Entlastungsbetrag soll Menschen, die als Pflegepersonen Verantwortung übernehmen und im Pflegealltag oftmals großen Belastungen ausgesetzt sind, Möglichkeiten zur Entlastung eröffnen. Außerdem sollen die Leistungen, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, darauf ausgerichtet sein, den Pflegebedürftigen Hilfestellungen zu geben, die ihre Fähigkeit zur selbstständigen und selbstbestimmten Gestaltung des Alltags fördern. Auf diese Zielsetzungen soll bei der Leistungserbringung besonderer Wert gelegt werden.

4.5.1 Leistungsvoraussetzungen

Der Entlastungsbetrag ist Bestandteil der häuslichen Pflege, das heißt, er ergänzt die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege in der häuslichen Umgebung. Die Leistung wird **auf Antrag** gewährt.

Häusliche Pflege

Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben alle Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1 bis 5, wenn die Pflege ambulant, also im häuslichen Bereich erfolgt. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 können den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Bereich der Selbstversorgung entstehen.

Mit dem Entlastungsbetrag werden die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen im häuslichen Bereich ergänzt. Ausgeschlossen ist der Anspruch bei stationärer Pflege. Leistungen der häuslichen Pflege kommen auch in Betracht, wenn der Pflegebedürftige nicht in seinem eigenen Haushalt gepflegt wird. Auch der Haushalt der Pflegeperson oder die Unterbringung des Pflegebedürftigen in einem Altenwohnheim, einem Altenheim, einer Einrichtung des betreuten Wohnens oder einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen gilt als Versorgung im häuslichen Bereich.

Antrag

Der Pflegebedürftige erhält die **Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags** auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der oben genannten Leistungen. Der Antrag auf Kostenerstattung muss bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen nicht bereits vor Beginn des Bezugs von Leistungen gestellt werden. Ausreichend ist vielmehr eine Antragstellung zusammen mit der Einreichung der Belege zu den entstandenen Aufwendungen, auch wenn der Anfall der Kosten, deren Erstattung beantragt wird, in der Vergangenheit liegt und vor der

(erstmaligen) Beantragung zunächst einige Belege gesammelt worden sind. Die Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen vor dem grundsätzlichen Bestehen einer Anspruchsberechtigung auf den Entlastungsbetrag entstanden sind, ist allerdings ausgeschlossen.

4.5.2 Höhe des Entlastungsbetrags

Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag beträgt – unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen – **aktuell (2025) bis zu 131,– € monatlich**. Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, er wird mit den anderen Leistungsansprüchen also nicht verrechnet.

Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate bzw. am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ein Antrag auf Übertragung eines nicht beanspruchten Leistungsbetrags auf das folgende Kalenderjahr muss nicht gestellt werden. Wird der auf das folgende Kalenderjahr übertragene Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, verfällt dieser Anspruch mit dem 30. Juni.

! **Tipp:** Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören nicht nur die Entgelte für Betreuungsleistungen, sondern auch Fahrt- und Transportkosten sowie Investitionskosten.

Erfüllt der Versicherte 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.

» **Beispiel:** Ein Versicherter erfüllt ab 13. Mai die Anspruchsvoraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2. Ab Mai kann der Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag monatlich in Höhe von bis zu 131,– € in Anspruch nehmen.

Achtung: Die Leistungen müssen vom Pflegebedürftigen zunächst selbst bezahlt werden. Die Kosten werden dann von der Pflegekasse gegen Vorlage entsprechender Rechnungen oder Belege erstattet. Aus der Rechnung muss auch ersichtlich sein, ob und in welchem Umfang im Rahmen der Leistungserbringung Leistungen im Bereich der Selbstversorgung erbracht und abgerechnet werden.

4.5.3 Zweckgebundene Verwendung

Der Entlastungsbetrag ist **zweckgebunden** einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur **Entlastung pflegender Angehöriger** und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Der Versicherte ist also nicht frei in der Verwendung. Die Leistung dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der **Tages- oder Nachtpflege**,
- Leistungen der **Kurzzeitpflege**,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der **Selbstversorgung**,

- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur **Unterstützung im Alltag**.

Der Pflegebedürftige kann die [Leistungen der Tages- oder Nachtpflege](#) mit dem Entlastungsbetrag ergänzen und so diese Leistungen beispielsweise über einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen und die in diesem Zusammenhang bestehenden Leistungsgrenzen überschreiten.

» **Beispiel:** Der Pflegebedürftige ist dem Pflegegrad 2 zugeordnet. Im Februar wird er für insgesamt zwölf Tage in teilstationärer Pflege einer Tagespflegeeinrichtung versorgt. Der tägliche Pflegesatz beträgt 72,50 €. Für die Inanspruchnahme der Tagespflege entstehen also Kosten in Höhe von 870,- € (12 Tage × 72,50 €). In der Tagespflege steht dem Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 ein monatlicher Leistungsbetrag von 721,- € zur Verfügung. Der Differenzbetrag von 149,- € kann mit dem Entlastungsbetrag – sofern dieser nicht bereits anderweitig verwendet wurde – erstattet werden.

Auch für die **Finanzierung der Kurzzeitpflege** kann der Entlastungsbetrag herangezogen werden. In diesem Fall erfolgt keine Anrechnung auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe der Kurzzeitpflege. Das Pflegegeld wird dann in voller Höhe weitergewährt.

Der Entlastungsbetrag kann auch für **Leistungen der ambulanten Pflegedienste** herangezogen werden. Damit können Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung finanziert werden.

Achtung: Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 können mit dem Entlastungsbetrag **keine Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung** (z.B. Körperpflege, Nahrungszubereitung, An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers) finanzieren. Damit dieser Bedarf abgedeckt ist, steht dem Pflegebedürftigen der [Pflegesachleistungsbetrag](#) zur Verfügung. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag hingegen für die Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung heranziehen, weil im [Pflegegrad 1](#) kein Anspruch auf Pflegesachleistung besteht.

Auch Angebote zur [Unterstützung im Alltag](#) können mit dem Entlastungsbetrag finanziert werden, wenn die Angebote nach Landesrecht anerkannt sind

4.6 Leistungen bei Pflegegrad 1

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Abweichend von den üblichen Leistungen werden Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) besonders behandelt, um ihre Selbstständigkeit zu erhalten und wiederherzustellen und eine schwere Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 sind gering und liegen vorrangig im körperlichen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende und bildungsbezogene Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist. Dies gilt

insbesondere für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die alleine leben, aber auch für diejenigen, deren soziales Umfeld die erforderlichen Unterstützungsleistungen nicht erbringen kann oder will.

Aufgrund der vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen, die in Pflegegrad 1 vorliegen, gibt es für diesen Personenkreis noch **keine ambulanten Sachleistungen** durch Pflegedienste oder Pflegegeld, wie sie für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gewährt werden. Die Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 konzentrieren sich vielmehr darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 haben insbesondere **Anspruch** auf folgende Leistungen:

- Pflegeberatung,
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen,
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
- Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen,
- einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege,
- Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson,

- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,
- den Entlastungsbetrag,
- die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

4.7 Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Pflegepersonen verzichten häufig auf Leistungen zur stationären Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation, da es einen hohen Aufwand erfordert, die Pflege der pflegebedürftigen Person für die Dauer der Maßnahme zu organisieren. Darüber hinaus wird der Erfolg von Maßnahmen beeinträchtigt, wenn der Kontakt zum Pflegebedürftigen aufgrund der Entfernung nicht hergestellt werden kann oder dessen Pflege aus der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme heraus koordiniert werden muss.

Ab dem 1.7.2024 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Leistungen werden allerdings nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen im Rahmen der Krankenversicherung besteht.

4.7.1 Voraussetzungen

Eine Mitaufnahme in die zugelassene Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson ist nur möglich, wenn die Pflege des Pflegebedürftigen von der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sichergestellt werden kann. Die Pflege kann auch sichergestellt werden, indem die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen erbringen lässt.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass die pflegebedürftige Person in einer nahegelegenen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wird, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Versorgung nicht (auch nicht unter Einbindung von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen) durchführen kann oder will.

4.7.2 Umfang des Anspruchs

Der Leistungsanspruch besteht gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung durchführt, und umfasst neben dem Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung auch den Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und die betriebsnotwendigen Investitionen.

Erforderliche Fahrt- und Gepäcktransportkosten werden übernommen, sofern diese im Zusammenhang mit der Versorgung stehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

Fahrtkosten werden in Höhe des Betrags zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach dem Bundesreisekostengesetz.

4.7.3 Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei häuslicher Pflege

Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes ruht, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige versorgt wird. Schließlich werden im Gegensatz zur Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege im Rahmen der Unterbringung des Pflegebedürftigen in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer zugelassenen Pflegeeinrichtung die vollen Kosten übernommen.

4.8 Übersicht über die Pflegeleistungen für Pflegebedürftige

Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Häusliche Pflege Pflegesachleistung	Anspruch nur über Pflegeentlastungsbetrag von bis zu 131,- € mtl.	bis zu mtl. 796,- €	bis zu mtl. 1.497,- €	bis zu mtl. 1.859,- €	bis zu mtl. 2.299,- €
Häusliche Pflege Pflegegeld	–	347,- €	599,- €	800,- €	990,- €
Verhinderungspflege durch nahe Angehörige Aufwendungen bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr	–	bis zu jährl. 694,- €	bis zu jährl. 1.198,- €	bis zu jährl. 1.600,- €	bis zu jährl. 1.980,- €
Gemeinsamer Jahresbetrag für (professionelle) Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege Aufwendungen für jeweils 8 Wochen im Kalenderjahr	–	bis zu jährl. 3.539,- €	bis zu jährl. 3.539,- €	bis zu jährl. 3.539,- €	bis zu jährl. 3.539,- €

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Anspruch nur über Pflegeentlastungsbetrag von bis zu 131,- € mtl.	bis zu mtl. 721,- €	bis zu mtl. 1.357,- €	bis zu mtl. 1.685,- €	bis zu mtl. 2.285,- €
Entlastungsbetrag	bis zu mtl. 131,- €	bis zu mtl. 131,- €	bis zu mtl. 131,- €	bis zu mtl. 131,- €	bis zu mtl. 131,- €
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	224,- € mtl.	224,- € mtl.	224,- € mtl.	224,- € mtl.	224,- € mtl.
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	Höchstbetrag 2.613,- €	Höchstbetrag 2.613,- €	Höchstbetrag 2.613,- €	Höchstbetrag 2.613,- €	Höchstbetrag 2.613,- €
Vollstationäre Pflege	Zuschuss von bis zu 131,- € mtl.	805,- € mtl.	1.319,- € mtl.	1.855,- € mtl.	2.096,- € mtl.
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	–	bis zu mtl. 278,- €	bis zu mtl. 278,- €	bis zu mtl. 278,- €	bis zu mtl. 278,- €
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	bis zu mtl. 42,- €	bis zu mtl. 42,- €	bis zu mtl. 42,- €	bis zu mtl. 42,- €	bis zu mtl. 42,- €
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds Aufwendungen in Höhe bis zu	max. Zuschuss 4.180,- €	max. Zuschuss 4.180,- €	max. Zuschuss 4.180,- €	max. Zuschuss 4.180,- €	max. Zuschuss 4.180,- €

5 Wie das Pflegerisiko durch Leistungen der Sozialhilfe abgesichert ist

Wenn kein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung besteht bzw. wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, um die Kosten für Pflege zu bezahlen, erhält der Pflegebedürftige unter Umständen **»Hilfe zur Pflege«** als ergänzende Leistung des Sozialamts. Voraussetzung ist allerdings, dass das Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen und seiner Unterhaltspflichtigen nicht ausreichen, die Pflegekosten abzudecken. In der Praxis hat die ergänzende Hilfe zur Pflege des

Sozialamts wegen der begrenzten Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung mittlerweile große Bedeutung.

5.1 Leistungsvoraussetzungen

Personen, die pflegebedürftig sind, haben **Anspruch auf Hilfe zur Pflege**, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus Einkommen und Vermögen aufbringen.

Hilfe zur Pflege erhält nur, wer pflegebedürftig ist. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII ist weitgehend, aber nicht vollständig identisch mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff der sozialen Pflegeversicherung. Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflege besteht als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die soziale Pflegeversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe vor. Hilfe zur Pflege ist also gegenüber den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nachrangig. Nur wer keine oder keine ausreichenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhält, kann Hilfe zur Pflege verlangen. Schließlich setzen die Leistungen der Hilfe zur Pflege neben einer Pflegebedürftigkeit aufgrund des allgemeinen Nachranggrundsatzes für Leistungen der Sozialhilfe auch bei Pflegebedürftigen eine finanzielle Bedürftigkeit voraus.

5.1.1 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die **gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit** oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Pflegebedürftige Personen in diesem Sinne können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig

kompensieren oder bewältigen. Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff der Sozialhilfe ist inhaltsgleich mit dem entsprechenden Begriff für die gesetzliche Pflegeversicherung. Das gilt auch für die [sechs Bereiche](#), deren Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeitsstörungen für die Prüfung einer Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind..

! **Tipp:** Der Pflegebedürftigkeitsbegriff der Sozialhilfe setzt nicht wie der der Pflegeversicherung voraus, dass die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen muss. Im Rahmen der Hilfe zur Pflege können somit auch Leistungen in den Fällen erbracht werden, in denen voraussichtlich für weniger als sechs Monate die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit vorliegen.

Personen, die im [Begutachtungsverfahren](#) weniger als 12,5 Gesamtpunkte und daher keinen Pflegegrad erhalten, erhalten keine Leistungen der Hilfe zur Pflege. Andere Leistungen der Sozialhilfe, wie etwa die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, sind aber möglich.

5.1.2 Nachrang der Hilfe zur Pflege

Leistungen der Sozialhilfe sind gegenüber den Leistungen anderer Sozialleistungsträger nachrangig. So gehen Fürsorgeleistungen der gesetzlichen (sozialen und privaten) Pflegeversicherung oder Pflegeleistungen zum Beispiel nach dem Bundesversorgungsgesetz oder aus der gesetzlichen Unfallversicherung den Leistungen der Sozialhilfe vor. Die Pflegeleistungen dieser Sozialleistungsträger müssen also erst ausgeschöpft werden, bevor Sozialhilfeleistungen in Anspruch genommen werden.

Bei den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege handelt es sich grundsätzlich um gleichartige Leistungen, sodass die Leistungen der Sozialhilfe nachrangig sind. Deshalb ist Hilfe zur Pflege nur zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder weiter gehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorgesehen sind.

Hilfe zur Pflege können demnach Pflegebedürftige erhalten, die **keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung** haben, weil sie nicht versicherungspflichtig sind. Das gilt auch für Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung, die die Vorversicherungszeit noch nicht erfüllt haben. Danach besteht Anspruch auf Pflegeleistungen nur, wenn der Versicherte in den **letzten zehn Jahren** vor der Antragstellung **mindestens zwei Jahre** als Mitglied versichert oder familienversichert war. Darüber hinaus kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege in den Fällen in Betracht, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht und aus diesem Grund keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gewährt werden. Und weil die Versicherungsleistungen der sozialen Pflegeversicherung auf gesetzlich festgelegte Höchstbeträge begrenzt ist (Teilleistungssystem), kann ein darüber hinaus bestehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss.

5.1.3 Finanzielle Bedürftigkeit

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. Insbesondere muss das eingesetzte Einkommen und Vermögen eingesetzt werden, bevor Sozialhilfe gewährt werden kann. Diese

sogenannte Bedürftigkeit ist auch Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe zur Pflege.

Anrechnung des Einkommens

Hilfe zur Pflege wird nur gewährt, wenn dem Pflegebedürftigen die Aufbringung der finanziellen Mittel aus eigenem Einkommen nicht zuzumuten ist. Ob der Einsatz des Einkommens zuzumuten ist, wird mittels einer Einkommensgrenze bestimmt.

Einkommen

Als Einkommen sind alle **Einkünfte in Geld oder Geldeswert** anzusehen. Zum Einkommen gehören unter anderem

- Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit, auch aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job),
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb und aus selbstständiger Tätigkeit,
- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
- Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinserträge),
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- Renten,
- Kindergeld,
- Unterhalt,
- Arbeitslosengeld,
- Bürgergeld,
- Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz.

Zu berücksichtigen ist nicht nur das Einkommen des Pflegebedürftigen, sondern auch das des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners und, wenn der Hilfebedürftige minderjährig und unverheiratet ist, auch das Einkommen der Eltern oder eines Elternteils.

! **Tipp:** Nicht beim Einkommen **berücksichtigt** werden unter anderem **Leistungen der Sozialhilfe** (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt), Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Renten und Beihilfen nach dem Bundesentschädigungsgesetz, Leistungen, die aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften zu einem ausdrücklich genannten Zweck erbracht werden, der nicht bereits von der Sozialhilfe erfüllt wird, Schmerzensgeld nach bürgerlich-rechtlichen Vorschriften und Zuwendungen der freien Wohlfahrtspflege (z.B. der Krebshilfe), es sei denn, dass die Zuwendung die Lage des Leistungsberechtigten so günstig beeinflusst, dass daneben Sozialhilfe ungerechtfertigt wäre.

Bestimmte Aufwendungen können **vom** berücksichtigungsfähigen **Einkommen abgesetzt** werden. Dazu gehören unter anderem

- auf das Einkommen entrichtete Steuern (Lohn- und Einkommensteuer),
- Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung),
- Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind,
- die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben (z.B. Arbeitsmittel, Fahrtkosten,

Beiträge zu Berufsverbänden).

Einkommensgrenze

Bei der Hilfe zur Pflege ist dem Pflegebedürftigen und seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten, wenn während der Dauer des Bedarfs sein monatliches Einkommen zusammen eine Einkommensgrenze nicht übersteigt. Die **Einkommensgrenze** setzt sich aus drei Beträgen zusammen:

- dem Grundbetrag,
- den Kosten der Unterkunft und
- gegebenenfalls den Familienzuschlägen.

Die Einkommensgrenze berechnet sich zunächst nach einem **Grundbetrag** in Höhe des zweifachen der Regelbedarfsstufe 1. Im Jahr 2025 sind das 1.126,– € ($2 \times$ Regelbedarf für Alleinstehende in Höhe von 563,– €). Hinzu kommen die **Kosten der Unterkunft**, soweit die Aufwendungen hierfür den der Besonderheit des Einzelfalls angemessenen Umfang nicht übersteigen, ferner ein **Familienzuschlag** in Höhe von 70 % des Grundbetrags der Regelbedarfsstufe 1 für jeden unterhaltsbedürftigen Familienangehörigen, also rund 394,– € im Jahr 2024. Die Summe dieser Positionen ergibt die Einkommensgrenze. Für minderjährige und unverheiratete Personen gelten Besonderheiten.

! **Tipp:** Beim Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 einen geringeren Einkommenseinsatz zu leisten. Ihnen ist ein Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze in Höhe von mindestens 60 % nicht zuzumuten.

Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze

Übersteigt das zu berücksichtigende Einkommen die Einkommensgrenze, ist die Aufbringung der für die Pflege erforderlichen finanziellen Mittel in angemessenem Umfang zuzumuten. Bei der Prüfung, welcher Umfang anmassen ist, sind insbesondere die Art des **Bedarfs**, die Art oder **Schwere der Pflegebedürftigkeit**, die **Dauer** und **Höhe** der erforderlichen Aufwendungen sowie besondere **Belastungen** der nachfragenden Person und ihrer unterhaltsverpflichteten Angehörigen zu berücksichtigen. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 ist ein Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze in Höhe von mindestens 60 % nicht zuzumuten. Auch wer über Einkommen verfügt, das über der Einkommensgrenze liegt, kann unter Umständen Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen. In welchem Umfang in diesem Fall eine eigene Beteiligung des Pflegebedürftigen angemessen ist, hat das Sozialamt immer im Einzelfall zu prüfen.

Einsatz des Einkommens unter der Einkommensgrenze

Das unterhalb der Einkommensgrenze liegende Einkommen des Hilfesuchenden bleibt grundsätzlich unberücksichtigt, es sei denn, dass dem Hilfesuchenden die Aufbringung der finanziellen Mittel in Ausnahmefällen zumutbar ist. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn eine Person für voraussichtlich längere Zeit in einer **stationären Einrichtung** untergebracht ist; schließlich werden in diesem Zusammenhang Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt erspart. Auch wenn andere Stellen oder Personen für denselben Zweck, für den sonst Sozialhilfe zu zahlen wäre, Leistungen erbringen, kann die Aufbringung der Mittel auch aus dem Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze verlangt werden (z.B. Unterhaltsbeiträge, die wegen der besonderen Situation der

leistungsberechtigten Person gezahlt werden). Und auch wenn zur Deckung des Bedarfs nur geringfügige Mittel erforderlich sind, kann der Einsatz des Einkommens unter der Einkommensgrenze verlangt werden.

Einsatz des Vermögens

Zum Vermögen zählt das gesamte verwertbare Vermögen. Dazu gehören unter anderem Barvermögen, Spar- und Bausparverträge, Immobilien, Grundstücke, Wertpapiere, Schmuck, Kunstwerke, Kraftfahrzeuge und der Hausrat.

Rechtlich verwertbar sind beispielsweise der Rückkaufswert einer Lebensversicherung und Guthaben aufgrund von vermögenswirksamen Leistungen oder bei einem noch nicht zuteilungsreifen Bausparvertrag. Unverwertbar sind Gegenstände, die nur unter erheblichen Verlusten veräußert werden können (z.B. Wertpapiere) oder deren Verwertung aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist (z.B. überschuldetes Grundstück, für das bei einer Zwangsversteigerung kein Gebot abgegeben wurde).

! **Tipp:** Der Hilfesuchende ist nicht verpflichtet, zur vorübergehenden Behebung einer Notlage sein Vermögen in unwirtschaftlicher Weise sofort zu verschleudern.

Achtung: Zu berücksichtigen ist nicht nur das **Vermögen des Pflegebedürftigen**, sondern auch das des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder **Lebenspartners** und, wenn der Hilfebedürftige minderjährig und unverheiratet ist, auch das Vermögen der Eltern oder eines Elternteils. Bei einer minderjährigen unverheirateten Leistungsberechtigten, die schwanger ist oder ihr leibliches Kind bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres betreut, ist das Vermögen der mit

ihr zusammenlebenden Eltern bzw. des zusammenlebenden Elternteils nicht zu berücksichtigen.

Schonvermögen

Bestimmte Vermögenswerte gehören zum sogenannten Schonvermögen. Von dessen Einsatz oder Verwertung darf das Sozialamt die Leistungen zur Hilfe zur Pflege nicht abhängig machen. Zum Schonvermögen gehören:

- **öffentliche Existenzfördermittel:**

Gemeint ist das Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstands gewährt wird (z.B. Aufbaudarlehen nach dem Lastenausgleichsgesetz, Teilhabeleistungen am Arbeitsleben nach dem SGB III).

- **staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen:**

Dazu gehört das Kapital einschließlich seiner Erträge, das der zusätzlichen Altersvorsorge dient und dessen Ansammlung staatlich gefördert wurde (z.B. Produkte der betrieblichen oder privaten Altersvorsorge).

- **Hausbeschaffungs- und Hauserhaltungsmittel:**

Einbezogen ist jedes Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks bestimmt ist, soweit dieses Wohnzwecken behinderter oder pflegebedürftiger Menschen dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde (z.B. Bauspar- und Sparvermögen einschließlich angesammelter Zinsen).

- **Hausrat:**

Geschützt ist angemessener Hausrat (z.B. Möbel, Haushaltsgegenstände, Fernseher), wobei die bisherigen Lebensverhältnisse des Hilfesuchenden zu berücksichtigen sind.

- **Gegenstände zur Erwerbstätigkeit:**

Dazu gehören die Gegenstände, die zur Aufnahme oder zur Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind (z.B. Werkzeuge, Rechner, Kfz).

- **Familien- und Erbstücke:**

Geschützt sind Familien- und Erbgrundstücke (z.B. Schmuckstücke, Kunstgegenstände), deren Verwertung für den Hilfebedürftigen oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde.

- **Gegenstände zur Bildung:**

In Betracht kommen Gegenstände, die zur Befriedigung geistiger, insbesondere wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen (z.B. literarischer, technischer oder allgemeinbildender Art) und deren Besitz nicht Luxus ist (z.B. Bücher, Briefmarkensammlung).

- **Hausgrundstück:**

Geschützt ist ein selbst genutztes Hausgrundstück von angemessener Größe oder eine entsprechende Eigentumswohnung; die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf (z.B. pflegebedürftiger Menschen), der Grundstücksgröße, dem Zuschnitt und der Ausstattung des Wohngebäudes sowie dem Wert des Grundstücks einschließlich des Wohngebäudes.

! **Tipp:** Hilfe zur Pflege darf ferner nicht vom Einsatz eines Vermögens abhängig gemacht werden, soweit dies für den,

der das Vermögen einzusetzen hat, und für seine unterhaltsberechtigten Angehörigen eine Härte bedeuten würde. Gemeint sind ungewöhnliche Fälle, bei denen aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalls (z.B. Art, Schwere und Dauer der Hilfe, Alter, Familienstand) die Situation des Hilfebedürftigen nachhaltig beeinträchtigt würde. Bei Pflegebedürftigkeit des Hilfesuchenden liegt eine besondere Härte insbesondere dann vor, wenn eine angemessene Lebensführung oder die Aufrechterhaltung einer angemessenen Alterssicherung wesentlich erschwert würde.

Vermögensgrenzen

Kleineres Schonvermögen ist unabhängig von seiner Herkunft geschützt. Dazu gehören kleinere Barbeträge und sonstige Geldwerte von maximal 10.000,– € für jeden erwachsenen Sozialhilfeberechtigten und jeweils höchstens 500,– € für jede vom Hilfesuchenden unterhaltene Person, insbesondere für Kinder.

5.2 Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegegrade

Die Einteilung der Pflegegrade in der Hilfe zur Pflege entspricht der in der sozialen Pflegeversicherung.

5.2.1 Pflegegrade

Für die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege sind pflegebedürftige Personen entsprechend den im Begutachtungsverfahren ermittelten **Gesamtpunkten** in einen der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten entsprechenden Pflegegrad einzuordnen. Die

[Pflegegrade](#) bei der Hilfe zur Pflege entsprechen denen in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Entscheidung der Pflegekasse über das **Ausmaß der Pflegebedürftigkeit** und den Pflegegrad ist für das Sozialamt bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts durch die Pflegekasse und das Sozialamt ist damit ausgeschlossen. Liegt keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vor, hat das Sozialamt in eigener Verantwortung den Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechend dem vorgegebenen Begutachtungsverfahren zu ermitteln. Als Sachverständiger kommt insbesondere der Medizinische Dienst in Betracht, der vom Sozialamt mit der Prüfung beauftragt werden kann, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt.

5.2.2 Begutachtungsverfahren

Das Verfahren, nach welchem im Rahmen der Hilfe zur Pflege die [Pflegebedürftigkeit](#) zu beurteilen ist, richtet sich nach dem [Begutachtungsverfahren](#) in der sozialen Pflegeversicherung.

5.3 Überblick über die Leistungen der Hilfe zur Pflege

Die **Leistungen der Sozialhilfe** entsprechen weitgehend den Leistungsarten der Pflegeversicherung. Für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt die Hilfe zur Pflege folgende Leistungen:

- häusliche Pflege in Form von Pflegegeld, häuslicher Pflegehilfe, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds und andere Leistungen,

- teilstationäre Pflege,
- Kurzzeitpflege,
- vollstationäre Pflege und
- einen Entlastungsbetrag.

Aufgrund der nur geringen Ausprägung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten umfasst die Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige des **Pflegegrads 1** nur folgende Leistungen:

- Pflegehilfsmittel,
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds und
- einen Entlastungsbetrag.

5.3.1 Häusliche Pflege

Wie bei der sozialen Pflegeversicherung gilt auch bei der Hilfe zur Pflege der allgemeine Grundsatz, wonach ambulante Leistungen Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen und teilstationäre Leistungen Vorrang vor stationären Leistungen haben. Soweit häusliche Pflege ausreicht, ist die Pflege vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen. Deshalb sollen die Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.

Als häusliche Pflege werden im Rahmen der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 das Pflegegeld, die häusliche Pflegehilfe, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds und andere Leistungen erbracht.

Pflegegeld

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei finanzieller Bedürftigkeit entsprechend ihrem Pflegegrad einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegelds der gesetzlichen Pflegeversicherung. Voraussetzung für den Pflegegeldanspruch ist, dass der Pflegebedürftige seine erforderliche Pflege mithilfe des Pflegegelds selbst sicherstellt. In den Fällen pflegebedürftiger Kinder ist die erforderliche Pflege bei Zahlung des Pflegegelds durch die Sorgeberechtigten sicherzustellen.

Der Anspruch auf Pflegegeld entspricht seinem Inhalt nach dem [Anspruch auf Pflegegeld](#) nach den Vorschriften der sozialen Pflegeversicherung.

Pflegebedürftige haben während ihres Aufenthalts in einer **teilstationären oder vollstationären Einrichtung** dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege. Während einer teilstationären Betreuung des Pflegebedürftigen (z.B. in einer Werkstatt für Behinderte oder in einer Sonderschule) kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden. Damit werden Doppelleistungen vermieden. Schließlich wird die Pflegeperson für die Dauer der teilstationären Betreuung von ihrer pflegerischen Tätigkeit entlastet. Die Kürzung des Pflegegelds steht im pflichtgemäßen Ermessen des Sozialamts. Häufig erfolgt eine pauschale Kürzung zwischen 20 % und 30 %.

Während in der sozialen Pflegeversicherung vom Pflegebedürftigen jeweils nur entweder Pflegesachleistung oder Pflegegeld in Anspruch genommen werden kann, werden bei der Hilfe zur Pflege das Pflegegeld und die angemessenen Kosten einer besonderen Pflegekraft nebeneinander erbracht. Dem Pflegebedürftigen steht also neben der **Erstattung der vollen Kosten** für Pflegekräfte das **Pflegegeld nach dem jeweiligen Pflegegrad** zu. In diesem Fall stellt der Gesetzgeber die Kürzung des Pflegegelds in das pflichtgemäße Ermessen des Sozialamts. Das Pflegegeld kann um bis zu zwei Drittel

gekürzt werden. Das gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige Verhinderungspflege oder weitere gleichwertige Leistungen (z.B. Leistungen der Krankenkassen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege) erhält.

Häusliche Pflegehilfe

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf häusliche Pflegehilfe, soweit die häusliche Pflege nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann. Der Inhalt der Leistungen entspricht insoweit der [häuslichen Pflegehilfe](#) in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Verhinderungspflege

Sind dem Pflegebedürftigen des Pflegegrads 2 bis 5 nahestehende Pflegepersonen aus einem wichtigen Grund (z.B. wegen Erholungsurlaubs oder Krankheit) an der häuslichen Pflege verhindert, übernimmt die Sozialhilfe die **Kosten einer notwendigen Ersatzpflege**. Damit soll ein Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindert werden.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege setzt nicht voraus, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen eine bestimmte Mindestzeit vor dem Eintritt der [Verhinderungspflege](#) gepflegt hat. Auch in Fällen, in denen eine Pflegeperson bereits kurze Zeit nach Beginn der Pflege zum Beispiel wegen Krankheit an der Pflege verhindert ist, übernimmt die Sozialhilfe die Kosten für eine Pflegevertretung.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf Verhinderungspflege in der sozialen Pflegeversicherung.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Voraussetzung ist, dass mit ihrer Hilfe entweder die Pflege erleichtert werden kann, die Beschwerden des Pflegebedürftigen gelindert werden können oder der pflegebedürftigen Person eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht werden kann.

Achtung: Das Sozialamt ist für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nur in den Fällen zuständig, in denen die Leistung nicht bereits von den Krankenkassen (als Leistung bei Krankheit) oder anderen Leistungsträgern zu gewähren ist.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf [Pflegehilfsmittel](#) in der sozialen Pflegeversicherung.

[Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds](#)

Im Rahmen der Hilfe zur Pflege kann das Sozialamt ganz oder teilweise Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der pflegebedürftigen Person finanzieren. Voraussetzung ist, dass die Maßnahme angemessen ist und durch die Maßnahme die häusliche Pflege überhaupt ermöglicht oder zumindest erleichtert wird oder eine **möglichst selbstständige Lebensführung** des Pflegebedürftigen **wiederhergestellt** werden kann.

Der Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf Maßnahmen zur [Verbesserung des Wohnumfelds](#) in der sozialen Pflegeversicherung.

5.3.2 Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in **Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege**, soweit die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang

sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf [teilstationäre Pflege](#) in der sozialen Pflegeversicherung.

5.3.3 Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer **stationären Pflegeeinrichtung**, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und die teilstationäre Pflege nicht ausreicht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf [Kurzzeitpflege](#) in der sozialen Pflegeversicherung.

5.3.4 Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2 bis 5

Durch den sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich bis zu 125,– € wird Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 eine über den notwendigen pflegerischen Bedarf hinausgehende **zusätzliche Leistung** gewährt. Eine Entlastung der Pflegepersonen erfolgt bereits durch die Leistungen der Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und teilstationären Pflege.

Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden. Er darf nur eingesetzt werden

- zur Entlastung **pflegender Angehöriger** oder nahestehender Pflegepersonen,
- zur **Förderung der Selbstständigkeit** und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung seines Alltags oder
- zur Inanspruchnahme von Angeboten zur [Unterstützung im Alltag](#).

Achtung: Anders als bei [Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1](#) darf der Entlastungsbetrag nicht für die häusliche Pflegehilfe, für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, andere Leistungen und die teilstationäre Pflege in Anspruch genommen werden, weil für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 bereits ohnehin ein Anspruch auf diese Leistungen besteht.

5.3.5 Stationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in **stationären Einrichtungen**, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch umfasst auch Betreuungsmaßnahmen.

Der Anspruch auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf [stationäre Pflege](#) in der sozialen Pflegeversicherung.

5.3.6 Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1

Grundsätzlich werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben allerdings Anspruch auf

- [Pflegehilfsmittel](#) und [wohnumfeldverbessernde Maßnahmen](#) sowie

- einen **Entlastungsbetrag**.

Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,– € monatlich. Der Entlastungsbetrag soll den Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 in die Lage versetzen, möglichst lange in der häuslichen Umgebung verbleiben zu können. Der [Entlastungsbetrag](#) ist zweckgebunden. Seine Einsatzmöglichkeiten gehen bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 allerdings weiter als bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5.

Der Entlastungsbetrag darf eingesetzt werden zur

- Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,
- Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,
- Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, zur Verbesserung des Wohnumfeldes und von Leistungen zur teilstationären Pflege und
- zur Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

6 Einsatz von ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften in Privathaushalten

Viele pflegebedürftige Menschen wünschen sich, von vertrauten Angehörigen in den eigenen vier Wänden gepflegt zu werden. Mitunter sind jedoch für pflegende Angehörige die Belastungen der Pflege und Betreuung so groß, dass die damit verbundenen Aufgaben mit anderen familiären Verpflichtungen und etwaigen beruflichen

Anforderungen kaum noch vereinbar sind. Deshalb wird nach praktischen Lösungen gesucht, wie die notwendige Unterstützung und Betreuung organisiert werden kann.

Eine Möglichkeit, den **Pflege- und Betreuungsbedarf** zu decken, ist eine 24-Stunden-Versorgung durch einen deutschen **Pflegedienst**. Diese beschäftigen ausgebildetes und angelerntes Personal. Die Pflegedienste sind regelmäßig von den Pflegekassen zugelassen und unterliegen entsprechenden Qualitätsanforderungen und Qualitätsprüfungen. Angeboten werden körperbezogene **Pflegemaßnahmen**, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Und falls notwendig werden auch ärztlich verordnete Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege übernommen. Das alles hat allerdings seinen Preis.

Eine Alternative, den **Betreuungsbedarf** zu decken, besteht darin, **ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte**, vornehmlich aus Osteuropa, einzusetzen. Vor allem, wenn in erster Linie sichergestellt werden soll, dass Hilfestellung bei der Grundpflege erfolgt und zusätzlich hauswirtschaftliche Tätigkeiten erledigt werden, kann der Einsatz ausländischer Hilfskräfte sinnvoll sein. Aber auch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte kosten Geld. Und egal, für welches Beschäftigungsmodell man sich letztlich entscheidet: Nicht jede Werbung hält, was sie verspricht. Zwar klingt eine »24-Stunden-Betreuung« oder eine »Rund-um-die-Uhr-Betreuung« vielversprechend, dem stehen allerdings allein schon arbeitsrechtliche Vorschriften entgegen.

6.1 Einsatzmöglichkeiten ausländischer Haushalts- und Betreuungskräfte

Wer sich mit der Frage beschäftigt, eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft einzusetzen, sollte zunächst den im konkreten Fall

notwendigen **Unterstützungs- und Hilfebedarf ermitteln**. In Betracht kommen insbesondere körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und die medizinische Behandlungspflege. Aus dem Pflege- und Betreuungsbedarf und den Tätigkeitsfeldern, mit denen die Pflege- und Haushaltshilfe betraut werden soll, ergeben sich letztlich auch die entstehenden und zu finanzierenden Pflege- und Betreuungskosten.

Achtung: Ausländische Pflege- und Haushaltshilfen dürfen **nicht alle Tätigkeiten** erledigen, die im Rahmen der Pflege eines pflegebedürftigen Menschen konkret wahrgenommen werden müssen. Insbesondere eine medizinische Behandlungspflege ist dem ambulanten Pflegedienst mit Krankenkassenzulassung vorbehalten.

6.1.1 Tätigkeiten der Haushalts- und Betreuungshilfe

Ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften können insbesondere **körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung** übertragen werden.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen

Einer ausländischen Haushalts- und Betreuungshilfe können sogenannte körperbezogene Pflegemaßnahmen übertragen werden. Diese beziehen sich insbesondere auf Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, der Mobilität und der Selbstversorgung der pflegebedürftigen Person.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen sind unter anderem Hilfen

- beim Waschen, Duschen und Baden,

- bei der Mund- und Zahnpflege,
- beim Kämmen,
- beim Rasieren,
- bei der Darm- oder Blasenentleerung,
- beim mundgerechten Zubereiten oder der Aufnahme der Nahrung,
- beim Aufstehen und Zubettgehen,
- beim An- und Auskleiden,
- beim Gehen, Stehen, Treppensteigen,
- beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Auch Aufgaben im Zusammenhang mit pflegerischen Betreuungsmaßnahmen können von ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften übernommen werden. Dazu gehören Hilfen bei **Aktivitäten im häuslichen Umfeld**, die dem Zweck der Kommunikation oder der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, sowie die Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags.

In Betracht kommen unter anderem

- die **Begleitung** des Pflegebedürftigen **im Alltag** (Spaziergänge, Begleitung zum Friedhof oder kulturellen, religiösen und Sportveranstaltungen, Behördengänge, Besuch von Freunden und Verwandten),
- die **Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Person** (z.B. zur Verhinderung bzw. Reduzierung von Gefährdungen),
- **Hilfen bei** der Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigung wie Hobbys und Spiele (z.B. beim Musikhören,

Zeitungslesen, Betrachten von Fotoalben, Gesellschaftsspiele spielen),

- Hilfen bei der Aufrechterhaltung **sozialer Kontakte**,
- Hilfen bei der Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus,
- **Unterstützung bei emotionalen Problemlagen.**

Hilfen bei der Haushaltsführung

Neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Begleitmaßnahmen sind Hilfen bei der Haushaltsführung ein wichtiges Betätigungsfeld für Haushalts- und Betreuungskräfte. Dabei handelt es sich einerseits um typische Hausarbeiten, daneben wird auch die Unterstützung bei den für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belangen erfasst.

Die **Hilfe bei der Haushaltsführung** umfasst

- Einkaufen,
- Kochen,
- Reinigen der Wohnung,
- Spülen,
- Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung,
- Beheizen der Wohnung,
- Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen und
- Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten.

6.1.2 Medizinische Behandlungspflege

Aufgaben der Behandlungspflege gehören **nicht zum Tätigkeitsbereich** der Haushalts- und Betreuungshilfe. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, die auf ärztliche Verordnung hin von Pflegekräften aus der Gesundheits- und Altenpflege durchgeführt werden. Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege werden von ausgebildeten Pflegekräften eines ambulanten Pflegedienstes durchgeführt. Bei **fehlender Qualifikation** drohen bei diesen Leistungen erhebliche **Gesundheitsgefahren**.

Zu den Leistungen der **medizinischen Behandlungspflege** gehören

- Wundversorgung,
- Verbandswechsel,
- Medikamentengabe,
- Blutdruck- und Blutzuckermessung,
- Infusionen,
- Blasenspülung,
- Inhalation,
- Stomabehandlung,
- PEG-Sondenversorgung,
- spezielle Krankenbeobachtung.

! **Tipp:** Aufgaben der medizinischen Behandlungspflege sollten nicht ausländischen Betreuungskräften übertragen werden. Bei fehlender Qualifikation drohen hier erhebliche Gesundheitsrisiken. Diese Aufgaben sollten von **ausgebildeten Pflegefachkräften** eines ambulanten Pflegedienstes durchgeführt werden. Das gilt vor allem auch bei Menschen mit einer ausgeprägten Demenzerkrankung. Hier muss unbedingt ausgebildetes Fachpersonal in die

Versorgung einbezogen werden.

6.1.3 Beschäftigung einer ausländischen Pflege- und Betreuungskraft: ja oder nein?

Wer sich mit dem Gedanken beschäftigt, eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft zu engagieren, sollte sich zunächst mit den nachfolgend aufgeführten Fragen beschäftigen. Erst danach muss gegebenenfalls geklärt werden, in welcher **Form die Beschäftigung** erfolgen soll.

- Wird von den Familienmitgliedern **akzeptiert**, dass eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft im Haushalt lebt?
- Stehen geeignete **Räumlichkeiten** zur Verfügung, um die Betreuungskraft überhaupt im Haushalt unterzubringen?
- Wie wichtig sind deutsche **Sprachkenntnisse** bei der Beschäftigung?
- In welchem Umfang besteht **Hilfebedarf**?
- Welche **Aufgaben** sollen der Haushalts- und Betreuungskraft übertragen werden?
- Welche Anforderungen werden an die Haushaltskraft gestellt (z.B. Kochkenntnisse, Pflegeerfahrung, Führerschein)?
- Welcher **Zeitaufwand** ist für diese Aufgaben täglich bzw. wöchentlich erforderlich?
- Wie sieht ein **Wochenplan** aus, der den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht wird?
- Wie wird die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person abgesichert, wenn die Betreuungskraft frei hat?

- Wer übernimmt die **organisatorischen Angelegenheiten** im Zusammenhang mit der Beschäftigung der ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft (z.B. Abschluss des Arbeitsvertrags, steuerliche Abwicklung)?
- Mit welchen **finanziellen Belastungen** ist bei der Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft zu rechnen?
- Wie soll die ausländische Haushalts- und Betreuungskraft finanziert werden?

Vor- und Nachteile ausländischer Haushalts- und Betreuungskräfte

Bei der Entscheidung, eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft zu beschäftigen, stehen häufig **finanzielle Gesichtspunkte** im Vordergrund: In dem Umstand, dass die Leistungen einer ausländischen Hilfskraft günstiger sind als die einer deutschen Fachkraft, werden nur Vorteile gesehen. Selbstverständlich spielen die Kosten, die mit der Betreuung des pflegebedürftigen Menschen zusammenhängen, eine wichtige Rolle. Von wesentlicher Bedeutung ist aber vor allem auch, welche Hilfen und welche Unterstützung die ausländische Pflege- und Betreuungskraft tatsächlich leisten kann. Und in diesem Zusammenhang muss vom pflegenden Angehörigen bzw. vom Pflegebedürftigen insbesondere der konkret notwendige **Hilfe- und Unterstützungsbedarf** ermittelt werden.

Achtung: Die beruflichen Qualifikationen ausländischer Betreuungskräfte sind sehr unterschiedlich. Nicht selten haben sie **keine Ausbildung** oder Qualifikation mit pflegerischem Hintergrund. Häufig sind sie Quereinsteiger. Hinzu kommen oftmals **mangelnde Deutschkenntnisse**. Das kann sich bei der Betreuung und Pflege einer Person als großes Problem herausstellen. Im

Regelfall wohnt die ausländische Betreuungskraft im Haushalt der pflegebedürftigen Person. Für den Pflegebedürftigen und gegebenenfalls mit im Haushalt lebenden Angehörigen bedeutet es unter Umständen eine große Umstellung, mit der ausländischen Betreuungskraft unter einem Dach zu wohnen.

Die Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft hat Vor- und Nachteile. Und diese gilt es, insgesamt sorgfältig abzuwägen.

Vorteile

Folgende Gründe sprechen für eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft:

- Durch die Beschäftigung der Hilfskraft kann sichergestellt werden, dass der Pflegebedürftige zu Hause in seiner gewohnten Umgebung betreut werden kann.
- Die Betreuung ist zusammen mit der ergänzenden Hilfe von Familienangehörigen rund um die Uhr möglich, auch nachts.
- Wenn eine medizinische Behandlungspflege nicht notwendig ist bzw. diese anderweitig gewährleistet ist, kann die Hilfe einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft die pflegenden Angehörigen körperlich und psychisch wesentlich entlasten.
- Die Beschäftigung einer ausländischen Pflege- und Betreuungskraft ist günstiger als die Unterstützung einer deutschen Arbeitskraft oder die Unterbringung des Pflegebedürftigen in einem Heim.
- Gute Agenturen vermitteln geeignete ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte.

Nachteile

Den Vorteilen bei der Beschäftigung einer ausländischen Betreuungskraft stehen folgende Nachteile gegenüber:

- Bei der Betreuung können kulturelle Unterschiede hinderlich sein.
- Sprachbarrieren können bei der Betreuung zu Missverständnissen führen.
- Ausländische Hilfekräfte dürfen nur für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und bei der Unterstützung im Haushalt eingesetzt werden. Pflegende Angehörige werden also nur in diesen Bereichen tatsächlich entlastet. Daneben können weitere Hilfen durch einen ambulanten Pflegedienst erforderlich sein.
- Ausländische Pflegekräfte werden regelmäßig im Haushalt des Pflegebedürftigen untergebracht; Kost und Logis werden von den pflegenden Angehörigen bzw. dem Pflegebedürftigen übernommen. Damit verbunden sind neben der fälligen Vergütung weitere Kosten.
- Vor allem bei der [Beschäftigung der ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft](#) im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses müssen arbeitsrechtliche, sozialversicherungsrechtliche und steuerliche Regelungen beachtet werden.

6.2 Organisation und Kosten der Beschäftigung

Die Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft kann im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses, eines Dienstleistungsverhältnisses mit einem Dienstleistungsunternehmen oder als selbstständige Tätigkeit der Haushalts- und Betreuungskraft

erfolgen. Entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsmodell entstehen unterschiedliche Kosten.

- **Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell:**

Die Beschäftigung der ausländischen Hilfskraft erfolgt auf der Grundlage eines Arbeitsvertrags. Die Hilfskraft ist Arbeitnehmer, der Pflegebedürftige oder der pflegebedürftige Angehörige ist Arbeitgeber. Für das Rechtsverhältnis gelten die arbeitsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen.

- **Entsendemodell:**

Alternativ zur selbst angestellten Haushalts- und Betreuungskraft kann ein ausländisches Dienstleistungsunternehmen beauftragt werden, einen Mitarbeiter nach Deutschland zu entsenden. In diesem Fall besteht das Arbeitsverhältnis zwischen dem Unternehmen und dem Arbeitnehmer fort. Das bedeutet beispielsweise, dass die ausländische Haushalts- und Betreuungskraft ihr Gehalt vom Arbeitgeber im Heimatland erhält und grundsätzlich dessen Weisungen unterliegt.

- **Selbstständige Haushalts- und Betreuungskräfte:**

Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte können auch als Selbstständige arbeiten. In diesem Fall schließt der Pflegebedürftige bzw. der Angehörige einen Dienstleistungsvertrag mit der ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft ab. Arbeitsrecht findet in diesem Fall keine Anwendung. Die selbstständige Haushalts- und Betreuungskraft muss in ihren Heimatstaat alle notwendigen Steuern und Sozialabgaben abführen.

Pflege ist teuer. Pflegeheime ebenfalls. Was liegt da also näher als eine günstige ausländische Haushalts- und Betreuungskraft

einzustellen und diese »schwarz« zu beschäftigen. Unternehmer, die ihre Mitarbeiter nicht anmelden und damit keine Sozialabgaben, also keine Beiträge für die Renten- und Krankenversicherung abführen, begehen allerdings Schwarzarbeit. Wer **Schwarzarbeit** in Anspruch nimmt, geht ein hohes Risiko ein. Er muss damit rechnen, dass er Steuern und Sozialabgaben nachzahlen muss. Außerdem können **Bußgelder** verhängt werden. Aber auch dem »Schwarzarbeiter« drohen unangenehme Folgen. Wenn keine Kranken- und Unfallversicherung vorliegt, können bei Arbeitsunfällen oder Schäden, die durch die Betreuungskraft verursacht werden, kaum kalkulierbare Kosten entstehen.

Achtung: Unabhängig davon, für welches Modell man sich entscheidet, gilt: Die **Kosten** für eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft werden **nicht von der Pflegekasse** übernommen – wie es etwa beim ambulanten Dienst wäre, der die Pflegesachleistungen direkt mit der Pflegekasse abrechnet. Allerdings erhalten Pflegebedürftige bzw. Angehörige je nach Pflegegrad Zuschüsse im Rahmen der häuslichen Pflege. Je nach Situation werden Pflegegeld oder die [Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege](#) gewährt.

6.2.1 Anstellung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft (Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell)

Zwischen dem Pflegebedürftigen bzw. einem Angehörigen und der ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft kann durch Abschluss eines Arbeitsvertrags unmittelbar ein Arbeitsverhältnis begründet werden. In diesem Fall übernimmt der Pflegebedürftige bzw. ein Familienmitglied die Rolle eines Arbeitgebers.

Auf das Rechtsverhältnis findet **deutsches Arbeitsrecht** Anwendung. Der Arbeitgeber ist dafür verantwortlich, dass die gesetzlichen

Vorschriften des Arbeitsrechts eingehalten werden. Einerseits bedeutet das, dass im Rahmen des geltenden Rechts die Möglichkeit besteht, den Inhalt der Arbeitsbedingungen (z.B. die Vergütung) flexibel auszuhandeln und dem Arbeitgeber unmittelbare Weisungsbefugnisse gegenüber dem Arbeitnehmer zustehen, andererseits gelten für das Arbeitsverhältnis die gesetzlichen Regelungen des **Arbeitsschutzes** (z.B. hinsichtlich der Höchstarbeitszeit und des Mindesturlaubs). Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die **Lohnsteuer** und die **Sozialversicherungsabgaben** inklusive Arbeitgeberanteil abzuführen und die Haushaltshilfe bei der **gesetzlichen Unfallversicherung** anzumelden.

Ausländische Haushalts- und Betreuungskraft finden

Eine passende ausländische Betreuungskraft kann über **Zeitungsinserate**, übers **Internet** oder **Mund-zu-Mund-Propaganda** gefunden werden. Bei der Suche und Auswahl ist – wenn die Haushalts- und Betreuungskraft in einem Haushalt mit Pflegebedürftigen angestellt werden soll – die **Agentur für Arbeit** behilflich, die dafür mit den europäischen Arbeitsvermittlungen zusammenarbeitet. Der **Internationale Personalservice der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung** vermittelt Haushaltshilfen aus dem europäischen Ausland gebührenfrei in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei Privathaushalten mit betreuungsbedürftigen Personen. Teilweise vermitteln auch **Caritas** und **Diakonie** ausländische Betreuungskräfte. **FairCare** bietet im Verbund der Diakonie osteuropäische Betreuungskräfte und unterhält Beratungsstellen, bei denen die betroffenen Frauen Hilfe bekommen.

Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen

Grundlage für die Rechtsbeziehungen zwischen dem Pflegebedürftigen oder dem Angehörigen als Arbeitgeber und der

ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft ist der **Arbeitsvertrag**. Ergänzend finden die gesetzlichen Regelungen des Arbeitsrechts Anwendung.

Arbeitserlaubnis

Grundsätzlich bedürfen ausländische Jobinteressenten einer **Arbeitserlaubnis**, um in Deutschland einer Beschäftigung nachgehen zu dürfen. Das gilt zumindest für alle Personen, die **nicht aus der Europäischen Union** stammen (sog. Drittstaaten). In der Regel ist eine Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit erforderlich.

! **Tipp: EU-Bürger** haben im Rahmen der Freizügigkeit **uneingeschränkten** Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Sie können ohne weitere Voraussetzungen eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen.

Arbeitsvertrag

Der Arbeitsvertrag sollte in **deutscher Sprache** und in der **Sprache des Herkunftslandes** der Haushalts- und Betreuungshilfe abgeschlossen werden. Geregelt werden sollten insbesondere

- der **Inhalt** der Tätigkeit als Haushalts- und Betreuungshilfe,
- die Dauer der **Beschäftigung** (unbefristet oder befristet),
- die Dauer der **Probezeit**,
- die **wöchentliche Arbeitszeit** und deren Lage,
- die Höhe der **Vergütung**,
- der **Ort** und die kostenlose oder kostenpflichtige Bereitstellung einer **Unterkunft**,

- die kostenlose oder kostenpflichtige **Verpflegung**,
- die **Kündigungsfristen** bei unbefristetem Arbeitsverhältnis,
- die etwaige Übernahme von **An- und Rückreisekosten** der Haushalts- und Betreuungshilfe,
- etwaige **Besuchsregelungen** von Verwandten des Arbeitnehmers.

Inhalt der Tätigkeit

Dem Arbeitgeber steht gegenüber dem Arbeitnehmer ein einseitiges **Weisungsrecht** zu. Dieses erstreckt sich unter anderem auch auf die Art der vom Arbeitnehmer zu leistenden Arbeit. Grundsätzlich ist der Arbeitgeber auch berechtigt, den Arbeitnehmer mit anderen Arbeiten zu betrauen.

Der **Umfang** des gesetzlichen Weisungsrechts des Arbeitgebers wird begrenzt durch die Festlegungen im Arbeitsvertrag. Der Arbeitnehmer muss nur die im Arbeitsvertrag festgelegte Arbeitsleistung erbringen. Verlangt der Arbeitgeber eine vertraglich nicht geschuldete Tätigkeit, darf der Arbeitnehmer die Leistung verweigern. Je enger und je spezifischer die **Tätigkeitsbeschreibung** erfolgt, umso eingeschränkter ist das Weisungsrecht des Arbeitgebers. Je allgemeiner die vom Arbeitnehmer zu leistenden Dienste festgelegt sind, desto weiter geht die Befugnis des Arbeitgebers, dem Arbeitnehmer unterschiedliche Aufgaben im Rahmen seines Weisungsrechts zuzuweisen.

Dauer der Beschäftigung

Die Anstellung der ausländischen Haushalts- und Betreuungshilfe kann **unbefristet oder befristet** erfolgen.

Im Falle der unbefristeten Beschäftigung wird das Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Es kann durch Kündigung durch den Arbeitgeber oder den Arbeitnehmer oder einvernehmlich durch einen **Aufhebungsvertrag** beendet werden.

Ohne sachlichen Grund kann das Arbeitsverhältnis befristet werden, wenn die Befristung eine **Gesamtdauer von maximal zwei Jahren** hat. Innerhalb dieser Maximaldauer darf der Arbeitsvertrag bis zu **dreimal verlängert** werden. Die jeweilige Verlängerung muss allerdings unmittelbar an das vorhergehende Arbeitsverhältnis anschließen. Und das ist nur der Fall, wenn die Verlängerung an dem Tag beginnt, der auf den letzten Tag des vorangegangenen Arbeitsverhältnisses folgt. Nicht zulässig ist die Befristung ohne sachlichen Grund, wenn zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer bereits zuvor ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis bestanden hat, es sei denn, dass diese **Vorbeschäftigung** länger als drei Jahre zurückliegt.

! **Tipp:** Das Arbeitsverhältnis kann auch mit einer sogenannten **Zweckbefristung** versehen werden. In diesem Fall endet es dann mit der Erreichung des vertraglich festgelegten Zwecks. Zweck der Beschäftigung der Haushalts- und Betreuungshilfe ist die Pflege der Person des Arbeitgebers bzw. des Angehörigen des Arbeitgebers. Verstirbt die pflegebedürftige Person, so ist die Fortführung der Arbeitsleistung nicht mehr möglich, weil sie an die Person des Arbeitgebers bzw. des Pflegebedürftigen gebunden ist. Wurde der Arbeitsvertrag zweckbefristet, endet er mit Erreichen des Zwecks, frühestens jedoch zwei Wochen nach Zugang der schriftlichen Unterrichtung des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber über den Zeitpunkt der Zweckerreichung. Durch diese zweiwöchige Schutzfrist werden die Interessen der ausländischen Haushalts- und Betreuungshilfe gewahrt.

Die **Befristung** eines Arbeitsvertrags ist nur wirksam, wenn sie **schriftlich vereinbart** wird. Es muss allerdings nicht der gesamte Arbeitsvertrag schriftlich abgeschlossen sein, vielmehr ist es ausreichend, dass die Befristungsabrede schriftlich abgefasst und von den Vertragsparteien unterzeichnet ist.

Achtung: Im Falle der Befristung **endet** das Arbeitsverhältnis **automatisch** mit Ablauf der Zeit, für die es eingegangen wird. Während der Dauer der Befristung ist die ordentliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses nur zulässig, wenn dies ausdrücklich vertraglich vereinbart wurde.

Probezeit

Im Arbeitsvertrag kann eine Probezeit vereinbart werden. In diesem Fall haben Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Möglichkeit zu überprüfen, ob das Arbeitsverhältnis für sie tatsächlich das richtige ist und ob eine längerfristige Zusammenarbeit in Betracht kommt.

Die **Dauer der Probezeit** ist gesetzlich nicht festgeschrieben. Sie beträgt im Allgemeinen bei einfachen Arbeiten drei bis vier Monate, bei schwierigen Arbeiten sechs bis neun Monate. Im **Regelfall sind sechs Monate** als angemessen anzusehen.

- Beim **befristeten Probearbeitsverhältnis** endet das Arbeitsverhältnis automatisch mit dem Ablauf der Probezeit. Das Arbeitsverhältnis muss also nicht gekündigt werden, um es zu beenden. Ein ausdrücklicher Hinweis des Arbeitgebers rechtzeitig vor Ablauf der Probezeit, dass eine Weiterbeschäftigung nicht in Betracht komme, ist nicht erforderlich.
- Bei einem **unbefristeten Probearbeitsverhältnis** handelt es

sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis, bei dem eine bestimmte Zeit (z.B. drei Monate) als Probezeit gilt. Das Arbeitsverhältnis endet also nicht automatisch nach Ablauf der Probezeit. Wenn die Probezeit abgelaufen ist, besteht das Arbeitsverhältnis automatisch als unbefristetes Dauerarbeitsverhältnis fort.

Wenn sich aus der Formulierung des Arbeitsvertrags nicht eindeutig ein befristetes Probearbeitsverhältnis ergibt, ist im Zweifel von einem Dauerarbeitsverhältnis mit vorgeschalteter Probezeit auszugehen. Die vorgeschaltete Probezeit ist also die Regel, das befristete Probearbeitsverhältnis die Ausnahme.

! **Tipp:** Während der Probezeit, längstens für die Dauer von sechs Monaten, kann das **Arbeitsverhältnis sowohl vom Arbeitgeber als auch vom Arbeitnehmer** mit einer Frist von zwei Wochen **gekündigt** werden.

Arbeitszeit

Die ausländische Haushalts- und Betreuungskraft schuldet dem Arbeitgeber ihre Arbeitsleistung nur innerhalb der vereinbarten Arbeitszeit. Im Rahmen seines **Weisungsrechts** ist der Arbeitgeber grundsätzlich berechtigt, die Arbeitstage, die tägliche Arbeitszeitdauer und die Lage der täglichen Arbeitszeit festzulegen. Sein Weisungsrecht wird aber vor allem durch den Arbeitsvertrag und gesetzliche Regelungen beschränkt, die die Sicherheit und die Gesundheit des Arbeitnehmers gewährleisten sollen. Die gesetzlichen Vorschriften betreffen insbesondere die Höchstarbeitszeit, Ruhepausen und Ruhezeiten.

Über die Lage der **Arbeitszeit**, also die Zeit vom Beginn bis zum Ende der Arbeitszeit ohne die Ruhepausen, entscheidet grundsätzlich

der Arbeitgeber. Wird darüber im Arbeitsvertrag keine Regelung getroffen, ist der Arbeitgeber berechtigt, im Rahmen seines Weisungsrechts die Lage der Arbeitszeit zu bestimmen.

Regelmäßig wird im Arbeitsvertrag festgelegt, in welchem **zeitlichen Umfang** der Arbeitnehmer die Arbeitsleistung zu erbringen hat. Die Dauer der Arbeitszeit können Arbeitgeber und Arbeitnehmer zwar grundsätzlich frei vereinbaren, sie haben dabei aber insbesondere die Regelungen des **Arbeitszeitgesetzes** zu beachten. Diese sind zwingend einzuhalten und können auch nicht durch arbeitsvertragliche Vereinbarungen ausgeschlossen oder geändert werden.

Kraft Gesetzes darf die werktägliche Arbeitszeit **acht Stunden nicht überschreiten**. Sie kann auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Monaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.

Achtung: Zur Arbeitszeit zählen auch Bereitschaftsdienst und Arbeitszeitbereitschaft, wenn also die Haushaltshilfe auf Abruf zur Verfügung steht und ihren Aufenthaltsort nicht frei wählen kann.

Ruhepausen sind im Voraus festgelegte Unterbrechungen der Arbeitszeit. Während der Pause steht es im Belieben des Arbeitnehmers, wo und wie er diese Zeit verbringen will. Der Arbeitnehmer muss von jeder Arbeitsverpflichtung und auch von jeder Verpflichtung, sich zur Arbeit bereitzuhalten, befreit sein. Die Länge der Ruhepausen ist abhängig von der Dauer der Arbeitszeit. Die Arbeit muss bei einer Arbeitszeit von bis zu neun Stunden durch eine Ruhepause von mindestens 30 Minuten unterbrochen werden. Beträgt die Arbeitszeit mehr als neun Stunden, muss die Pause mindestens 45 Minuten betragen. Die Ruhepause kann in Einzelpausen von mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. Länger als sechs Stunden

hintereinander dürfen Arbeitnehmer nicht ohne Ruhepause beschäftigt werden.

Unter der Ruhezeit ist die Zeit zwischen dem Ende der täglichen Arbeitszeit und deren Wiederbeginn zu verstehen. Die Ruhezeit muss mindestens elf Stunden betragen.

Vergütung

Im Regelfall wird die Vergütung des Arbeitnehmers im Arbeitsvertrag vereinbart. Dort wird in der Mehrzahl der Fälle dem Arbeitnehmer eine Zeitvergütung zugesagt. Die Arbeitsleistung des Arbeitnehmers wird dann regelmäßig nach Monaten vergütet. Dabei ist es unerheblich, ob der Arbeitnehmer gut oder schlecht arbeitet.

Beim vereinbarten **Arbeitsentgelt** handelt es sich grundsätzlich um den **Bruttobetrag**. Die Bruttovergütung bezeichnet die Gesamtvergütung des Arbeitnehmers vor Abzug der öffentlich-rechtlichen Steuern und Abgaben. Vom Bruttogehalt errechnen sich die vom Arbeitgeber abzuführenden monatlichen Sozialversicherungsbeiträge sowie die abzuführende Lohnsteuer.

Grundsätzlich kann die Vergütung von den Vertragsparteien frei vereinbart werden. Allerdings hat die Haushalts- und Betreuungshilfe Anspruch auf den Mindestlohn. Dieser beträgt aktuell (Stand 2025) 12,82 € pro Arbeitsstunde.

Achtung: Der Sachwert für freie Unterkunft und Verpflegung der Haushalts- und Betreuungskraft darf nicht auf den Mindestlohn angerechnet werden.

Zusätzlich zum Lohn fallen für den Arbeitgeber die **Beiträge zur Sozialversicherung** und **Berufsgenossenschaft** an, eventuell auch Kosten für freie Wohnung und Mahlzeiten, wobei auf diesen

geldwerten Vorteil wiederum Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen sind (vgl. dazu unten).

Urlaub

Die ausländische Haushalts- und Betreuungskraft hat einen gesetzlichen Anspruch auf Erholungsurlaub.

Wird die Dauer des Erholungsurlaubs im Arbeitsvertrag nicht festgelegt, steht jedem Arbeitnehmer ein jährlicher Mindesturlaub von **24 Werktagen** zu. Das Gesetz geht von einer Sechstagearbeitswoche aus. Der Samstag ist also im Rahmen des gesetzlichen Urlaubsanspruchs als vollwertiger Urlaubstag anzurechnen. Insgesamt stehen also der Betreuungshilfe mindestens vier Wochen Erholungsurlaub zu.

Der dem Arbeitnehmer zustehende Urlaub dient ausschließlich seiner Erholung, deshalb muss er in Form von Freizeit genommen werden. Eine **finanzielle Abgeltung** des Urlaubs durch Zahlung von Geldbeträgen statt Freizeit und Erholung widerspricht dem Sinn und Zweck des Bundesurlaubsgesetzes. Eine Regelung im Arbeitsvertrag, durch die dem Arbeitnehmer der ihm zustehende Erholungsurlaub »abgekauft« wird, ist **unwirksam**.

Während des Erholungsurlaubs hat der Arbeitnehmer kraft Gesetzes Anspruch auf **Weiterzahlung des Lohns**. Dieses Urlaubsentgelt bemisst sich nach dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst, das der Arbeitnehmer in den letzten 13 Wochen vor dem Beginn des Urlaubs erhalten hat.

Achtung: Das Urlaubsentgelt ist vom Urlaubsgeld zu unterscheiden. Das **Urlaubsentgelt** ist das arbeitsvertraglich geschuldete Entgelt, das vom Arbeitgeber während des Urlaubs des Arbeitnehmers weiterzuzahlen ist und auf das der Arbeitnehmer

einen gesetzlichen Anspruch hat. Dagegen handelt es sich beim **Urlaubsgeld** um eine zusätzlich zur Vergütung gezahlte Leistung des Arbeitgebers anlässlich des Urlaubs. Auf das Urlaubsgeld besteht kein gesetzlicher Anspruch.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Jeder Arbeitnehmer hat grundsätzlich Anspruch auf **Fortzahlung des Arbeitsentgelts** für die Dauer von bis zu **sechs Wochen**, wenn er wegen einer auf Krankheit beruhenden Arbeitsunfähigkeit an seiner Arbeitsleistung verhindert ist. Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts entsteht allerdings erst nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses.

Der Anspruch auf Lohnfortzahlung **entfällt**, wenn der Arbeitnehmer seine Arbeitsunfähigkeit **selbst verschuldet** hat. Ein Verschulden des Arbeitnehmers erfordert ein besonders leichtsinniges oder sogar vorsätzliches Handeln, das es unbillig erscheinen lässt, den Arbeitgeber mit der Zahlung der Vergütung zu belasten.

Beispielsweise ist die zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung des Arbeitnehmers durch einen Verkehrsunfall von diesem selbst verschuldet, wenn er die Verkehrsvorschriften grob fahrlässig oder vorsätzlich verletzt und damit seine Gesundheit leichtfertig aufs Spiel gesetzt hat (z.B. Nichtanlegen des Sicherheitsgurts, überhöhte Geschwindigkeit ohne ausreichende Sichtverhältnisse).

Verkehrsunfälle, die auf übermäßigen Alkoholgenuss zurückzuführen sind, werden regelmäßig als selbst verschuldet angesehen. Bei einem Sportunfall kann ein Verschulden vorliegen, wenn der Arbeitnehmer seine Fähigkeiten und Kräfte deutlich übersteigt oder wenn er sich grob regelwidrig verhält und dabei selbst Verletzungen erleidet (z.B. Motorradfahren ohne Sicherheitskleidung).

Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Im Falle einer **Befristung** endet das Arbeitsverhältnis nach Ablauf der Zeit, für die es eingegangen ist, bzw. im Falle einer Zweckbefristung mit Erreichen des Zwecks (vgl. oben). Das **unbefristete Arbeitsverhältnis** endet insbesondere durch Kündigung oder einvernehmlich durch Abschluss eines Aufhebungsvertrags.

Das unbefristete Arbeitsverhältnis kann von beiden Vertragspartnern ordentlich oder außerordentlich gekündigt werden.

- Wollen Arbeitgeber oder Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis ordentlich kündigen, müssen sie die **gesetzliche** bzw. die **vertraglich vereinbarte Kündigungsfrist** einhalten. Das Arbeitsverhältnis eines Arbeitnehmers kann mit einer Frist von vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Für die Arbeitgeber verlängert sich die Grundkündigungsfrist, wenn der Arbeitnehmer längere Zeit beschäftigt war. So beträgt beispielsweise die Kündigungsfrist für den Arbeitgeber zwei Monate zum Ende des Kalendermonats, wenn das Arbeitsverhältnis fünf Jahre bestanden hat. Während einer vereinbarten **Probezeit**, **längstens** aber für die Dauer von **sechs Monaten**, kann das Arbeitsverhältnis sowohl vom Arbeitgeber als auch vom Arbeitnehmer mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.
- Außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kann das Arbeitsverhältnis von beiden Vertragspartnern bei **schwerwiegenden Vertragsverletzungen** gekündigt werden.

Die Kündigung des Arbeitsvertrags bedarf der **Schriftform**. Die Kündigungserklärung muss also vom Aussteller eigenhändig durch Namensunterschrift unterzeichnet sein. Eine mündliche Kündigung oder die Kündigung per Fax oder E-Mail ist unheilbar unwirksam. Der Kündigungsgrund muss in der Kündigung grundsätzlich nicht

angegeben werden. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses ist deshalb auch ohne Angabe der Kündigungsgründe wirksam.

Sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen

Für die ausländische Haushalts- und Betreuungshilfe besteht während der Beschäftigung eine **Versicherungspflicht in der Kranken-, Renten-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.**

Beantragung einer Betriebsnummer

Wer als Selbstständiger einen Mitarbeiter beschäftigt, muss eine Betriebsnummer beantragen. Diese wird von der **Bundesagentur für Arbeit** vergeben. Der Antrag auf eine Betriebsnummer muss auch für einen Beschäftigten in einem Minijob gestellt werden. Mit der Betriebsnummer wird sowohl die Anmeldung zur Sozialversicherung als auch die Meldung des Mitarbeiters bei der **Krankenkasse** vorgenommen.

! **Tipp:** Der Antrag für die Betriebsnummer kann schriftlich per Post, E-Mail, Fax oder auch online ausgefüllt gestellt werden. Der Antrag muss bei der Bundesagentur für Arbeit eingereicht werden. Zentral verantwortlich ist der Betriebsnummern-Service der **Arbeitsagentur** in Saarbrücken (betriebsnummernservice@arbeitsagentur.de). Die Betriebsnummer kann auch kostenfrei unter der Telefonnummer 0800 4555520 beim Betriebsnummern-Service der Arbeitsagentur beantragt werden.

Folgende Angaben sind für die Erteilung einer Betriebsnummer erforderlich:

- die **Bezeichnung des Beschäftigungsbetriebs**, bei der Beschäftigung einer Haushalts- und Betreuungshilfe also der Name des Arbeitgebers,
- Vor- und Zuname des Haushaltsvorstands,
- die **Beschäftigungsanschrift**, also die aktuelle Adresse des Beschäftigungsbetriebs, unter der der Arbeitnehmer tatsächlich tätig ist,
- bei Bedarf eine abweichende Anschrift, die für die Postzustellung genutzt werden soll,
- der wirtschaftliche **Schwerpunkt** des Beschäftigungsbetriebs, also »private Haushaltshilfe«.

Meldung bei der Krankenkasse

Unter der Angabe der Betriebsnummer muss der Arbeitgeber die Haushalts- und Betreuungshilfe bei einer Krankenkasse seiner Wahl anmelden. Die Anmeldung muss mit der ersten Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens **innerhalb von sechs Wochen nach dem ersten Arbeitstag**, abgegeben werden.

Die Krankenkassen benötigen für die Meldung insbesondere folgende Daten:

- die **Versicherungsnummer** der Haushaltshilfe (soweit bekannt),
- den **Familien- und Vornamen** des Beschäftigten,
- **Geburtsdatum** des Beschäftigten,
- **Staatsangehörigkeit** des Beschäftigten,
- Angaben der Tätigkeit nach dem **Schlüsselverzeichnis** der Bundesagentur für Arbeit (der Schlüssel für die Haushaltshilfe lautet 53211),

- die **Betriebsnummer** des Beschäftigungsbetriebs,
- die **Beitragsgruppe**, also die Angabe, dass die Haushaltshilfe in der Kranken-, Renten- bzw. Sozialversicherung den allgemeinen bzw. vollen Beitrag zahlt,
- den Namen und die Anschrift des **Arbeitgebers**,
- den **Beginn** der Beschäftigung.

Die Krankenkasse übermittelt die Daten an den **Rentenversicherungsträger**, der dann das Versicherungskonto für später zu erbringende Leistungen anlegt und fortschreibt. Zudem erfolgt eine Meldung an die Agentur für Arbeit.

Der versicherungspflichtige Arbeitnehmer kann zwischen der **Allgemeinen Ortskrankenkasse** des Beschäftigungs- oder Wohnorts oder der **Ersatzkasse**, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt, wählen. Der Arbeitnehmer ist dann Mitglied der von ihm gewählten Krankenkasse, soweit nicht Besonderheiten dem entgegenstehen. Die Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

! **Tipp:** Die Meldung bei der Krankenkasse kann nicht in Papierform erfolgen. Erforderlich ist vielmehr ein **Programm für die Sozialversicherungsmeldungen**. Wer die Lohnabrechnung selbst machen möchte, hat zwei Möglichkeiten: Er erstattet die Meldungen über ein gängiges Lohnabrechnungsprogramm oder nutzt die kostenlose Ausfüllhilfe »sv-net« der **Informationstechnischen Service-Stelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH**.

Meldung bei der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Haushalts- und Betreuungshilfe muss **spätestens eine Woche** nach Aufnahme der Arbeit beim zuständigen Unfallversicherungsträger angemeldet werden. Die Kosten für die Unfallversicherung sind regional unterschiedlich. Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung werden vom Arbeitgeber alleine getragen.

Beiträge

Maßgebend für die zu entrichtenden Beiträge ist der beitragspflichtige Arbeitslohn, der für die Beschäftigung als Haushalts- und Betreuungshilfe gezahlt wird. Arbeitsentgelt sind alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden.

Aufwendungen für freie Unterkunft und Verpflegung

Zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt gehören auch die Aufwendungen für freie Unterkunft und Verpflegung. Die vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellte Unterkunft und Verpflegung sind mit den Werten der **Sozialversicherungsentgeltverordnung** zu berücksichtigen. Zurzeit (Stand 2025) sind folgende Werte anzusetzen:

Für freie Verpflegung:

	monatlich	täglich
Frühstück	62,– €	2,06 €
Mittagessen	132,– €	4,40 €
Abendessen	132,– €	4,40 €
Verpflegung insgesamt	326,– €	10,86 €

Für freie Unterkunft:

Für eine zur Verfügung gestellte Wohnung ist als Wert der **ortsübliche Mietpreis** unter Berücksichtigung der sich aus der Lage der Wohnung zum Arbeitsplatz ergebenden Beeinträchtigungen anzusetzen. Ist im Einzelfall die Feststellung des ortsüblichen Mietpreises mit außergewöhnlichen Schwierigkeiten verbunden, kann die Wohnung mit 4,95 € je Quadratmeter monatlich, bei einfacher Ausstattung (ohne Sammelheizung oder ohne Bad oder Dusche) mit 4,05 € je Quadratmeter monatlich bewertet werden.

Beitragssätze

Die Sozialversicherungsbeiträge sind grundsätzlich **je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber** zu tragen. Das gilt nicht für den möglichen zusätzlichen Beitrag in der Krankenversicherung und gegebenenfalls für den Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung; diese sind von der Haushalts- und Betreuungshilfe allein zu tragen.

Der Arbeitgeber hat das Recht den **Beitragsanteil des Arbeitnehmers** von dessen Vergütung einzubehalten. Er ist als Beitragsschuldner aber verpflichtet, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (einschließlich des vom Arbeitnehmer allein zu tragenden Beitrags in der Krankenversicherung und gegebenenfalls des Beitragszuschlags zur Pflegeversicherung) an die zuständige Krankenkasse als Einzugsstelle zu zahlen.

Zur Zeit (Stand 2025) gelten folgende Beitragssätze:

Versicherung		Anteil Arbeitnehmer	Anteil Arbeitgeber
Krankenversicherung	Allgemeiner Beitragssatz 14,6 % Den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag des Arbeitnehmers legt jede Krankenkasse selbst fest.	7,3 %	7,3 %
Pflegeversicherung	Beitragssatz 3,6 %	1,8 %	1,8 %
Besonderheit in Sachsen:		2,3 %	1,3 %

	Ab dem 23. Lebensjahr müssen kinderlose Arbeitnehmer einen Beitragszuschlag von 0,6 % zahlen.		
Rentenversicherung	Beitragssatz 18,6 %	9,3 %	9,3 %
Arbeitslosenversicherung	Beitragssatz 2,6 %	1,3 %	1,3 %
Unfallversicherung	Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung hat der Arbeitgeber allein aufzubringen und an den zuständigen Träger abzuführen.		

Kostenüberblick

Bei einer angestellten ausländischen **Haushalts- und Betreuungshilfe** muss bei einem gesetzlichen Mindestlohn von 12,41 € pro Stunde und einer 40-Stunden-Woche unter Berücksichtigung von Unterkunfts- und Verpflegungskosten von rund 500,– €, die als **geldwerter Vorteil** auf das Bruttogehalt aufgeschlagen werden, und Steuern und Sozialabgaben mit monatlichen Kosten von mindestens 2.500,– € gerechnet werden. Wegen des **Arbeitszeitgesetzes** müssen allerdings unter Umständen mehrere Arbeitskräfte im Turnus beschäftigt und parallel bezahlt werden.

6.2.2 Von ausländischen Arbeitgebern entsandtes Haushalts- und Betreuungspersonal (Entsendemodell)

Alternativ zur selbst angestellten Haushalts- und Betreuungskraft kann ein **ausländisches Dienstleistungsunternehmen** beauftragt werden, einen Mitarbeiter nach Deutschland zu entsenden. In diesem Fall besteht das Arbeitsverhältnis zwischen dem Unternehmen und dem Arbeitnehmer fort. Das bedeutet, dass die ausländische Arbeitskraft ihr Gehalt vom Arbeitgeber im Heimatland erhält und grundsätzlich dessen Weisungen unterliegt.

Für Unternehmen und Selbstständige aus osteuropäischen Beitrittsstaaten zur Europäischen Union gilt die **Dienstleistungsfreiheit**. Sie dürfen also ihre unternehmerische Tätigkeit in den Mitgliedsstaaten der EU ausüben und ihr Personal für

diese Tätigkeiten auch dort einsetzen. Deshalb bedürfen osteuropäische Haushalts- und Betreuungskräfte keiner Arbeitserlaubnis und dürfen von ihrem Arbeitgeber im Heimatland vorübergehend nach Deutschland entsandt werden. Für die Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft gilt unter anderem das **Arbeitnehmer-Entsendegesetz**. Darin erfahren entsandte Arbeitnehmer einen besseren Schutz. So sind entsendende Unternehmen insbesondere an sämtliche im Aufnahmestaat geltenden Vergütungsvorschriften gebunden. Entsendungen sind auf **zwölf Monate begrenzt**. Ausnahmsweise ist eine Verlängerung auf 15 Monate zulässig.

Achtung: Geworben wird häufig mit einer »**24-Stunden-Betreuung**«. Das darf allerdings nicht mit einer 24-stündigen Arbeitszeit gleichgesetzt werden. Das deutsche Arbeitsrecht regelt eine Höchstarbeitszeit, Pausen- und Ruhezeiten. Arbeitnehmer dürfen in Deutschland **maximal zehn Stunden** am Tag arbeiten. Hinzu kommen Pausen und Ruhezeiten. Zwischen dem Ende der [Arbeitszeit](#) und dem Beginn der darauffolgenden müssen mindestens elf Stunden Ruhezeit liegen. Das beworbene »Rundum-sorglos-Paket« ist also eine Mogelpackung und **irreführend**. Eine 24-Stunden-Betreuung kann nicht durch eine Betreuungskraft allein gewährleistet werden.

Das **Entsendemodell** hat gegenüber dem Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell **finanzielle Vorteile**. Ferner ist der bürokratische Aufwand wesentlich geringer. Sämtliche Arbeitgeberpflichten entfallen für den deutschen Auftraggeber. In Urlaubs- und Krankheitszeiten wird vom ausländischen Entsendeunternehmen für eine Vertretung gesorgt. Allerdings ist die Beschäftigung der Betreuungskraft befristet. Und Weisungen gegenüber der Betreuungskraft darf nur der Arbeitgeber

im Ausland erteilen. Der deutsche Auftraggeber kann also kaum Einfluss auf die Ausführung der Betreuung und Pflege nehmen.



Tipp: Eine seriöse **Vermittlungsagentur** sollte

- ausführlich und umfassend **informieren**,
- einen positiven Eindruck vermitteln (Sprache, Freundlichkeit, Qualifikation der Mitarbeiter),
- individuell auf die **konkreten Umstände** der notwendigen Betreuung und Pflege eingehen und sich Zeit nehmen, um alle relevanten Anforderungen für die optimale Pflege- und Betreuungskraft zu erfassen,
- **nicht deutlich weniger als 2.500,– € im Monat** berechnen, weil es sich andernfalls nicht um ein seriöses Angebot handelt (vgl. dazu unten),
- **Unterstützung anbieten**, falls die Betreuungskraft einmal ausfällt oder krank wird,
- jederzeit **erreichbar sein**,
- einen **schriftlichen Vertrag** anbieten,
- ohne Aufforderung eine sogenannte **A1-Bescheinigung vorlegen** (vgl. dazu unten).

Vertrag

Rechtliche Grundlage für die Tätigkeit der ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft ist ein Vertrag, der zwischen dem Pflegebedürftigen bzw. einem Angehörigen und dem Entsendeunternehmen abgeschlossen wird. In dieser Vereinbarung wird insbesondere auch geregelt, welche Art von Leistungen und in

welchem Umfang die entsandte Arbeitskraft diese Leistungen zu erbringen hat.

Achtung: Kein Vertrag und damit kein Rechtsverhältnis **besteht beim Entsendemodell** zwischen dem Pflegebedürftigen bzw. einem Angehörigen und der ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft. Ein Weisungsrecht gegenüber dem Arbeitnehmer hinsichtlich der Art und des Umfangs der Betreuungs- und Pflegeleistungen und des Orts und der Zeit der Arbeitsleistung steht also ausschließlich dem Entsendeunternehmen zu. Änderungen des Leistungsumfangs können wirksam nur mit dem Entsendeunternehmen vereinbart werden und nicht mit der Haushalts- und Betreuungskraft vor Ort.

Bescheinigungen

Beim **Entsendemodell** bleibt der entsandte Arbeitnehmer weiterhin Mitglied der Sozialversicherung seines Heimatlandes, weil das Arbeitsverhältnis zwischen ihm und dem Entsendeunternehmen fortbesteht. Darüber, dass für eine entsandte Pflege- und Betreuungskraft in ihrem Heimatland Sozialversicherungspflicht besteht, wird von der zuständigen Behörde im Beitrittsstaat die sogenannte **A1-Entsendebescheinigung** ausgestellt. Damit kann nachgewiesen werden, dass die Betreuungskraft weiterhin in ihrem Heimatland sozialversichert ist.

Auch eine **Pflegekraft aus Osteuropa**, die sich selbst um pflegebedürftige Menschen kümmert, kann plötzlich in Deutschland erkranken. Ist die entsandte Arbeitskraft ordnungsgemäß angemeldet, stellt das kein Problem dar. In diesem Fall werden dem ausländischen Arbeitnehmer stationäre bzw. ambulante Behandlung und auch Arzneimittel gewährt, wie sie einem deutschen Versicherten zustehen.

! **Tipp:** Bevor die Haushalts- und Betreuungskraft ihre Arbeit aufnimmt, sollte man sich unbedingt vergewissern, dass sie in ihrem Heimatland **sozialversichert** ist. Fehlt die A1-Entsendebescheinigung, wird der Zoll bei einer Überprüfung davon ausgehen, dass keine wirksame Entsendung vorliegt und deswegen Beiträge zur Sozialversicherung in Deutschland zu zahlen sind.

Meldepflicht

Die entsandte ausländische Pflege- und Betreuungskraft, die im Haus des Pflegebedürftigen lebt, muss sich bei der Meldebehörde anmelden. Die Anmeldung hat **innerhalb von zwei Wochen** nach dem Einzug zu erfolgen. Die Meldebehörde erteilt der betroffenen Person **auf Antrag eine schriftliche Meldebestätigung**.

Achtung: Die **Verletzung der Meldepflicht** kann mit einer Geldbuße bis zu 1.000,– € geahndet werden.

Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen

Obwohl das Arbeitsverhältnis im Ausland besteht, gelten die **deutschen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen** des Gastlandes. Diese müssen vom ausländischen Entsendeunternehmen beachtet werden. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang insbesondere die [arbeitsrechtlichen Regelungen](#) zur **Höchst Arbeitszeit**, zur **Ruhezeit** und zu **Ruhepausen** sowie zum **Mindesturlaub**.

Für das ausländische Entsendeunternehmen besteht auch die Pflicht, an die Pflege- und Betreuungskraft zumindest den in Deutschland

geltenden allgemeinen Mindestlohn zu zahlen. Dieser beträgt aktuell (Stand 2025) 12,82 € pro Arbeitsstunde.

Sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen

Während beim Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell der Haushalt als Arbeitgeber die Pflicht hat, die Beiträge zur **Sozialversicherung** abzuführen und Mitglied der **gesetzlichen Unfallversicherung** zu werden, bleibt die entsandte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft in ihrem Heimatland sozialversichert. Darüber, dass diese Sozialversicherungspflicht besteht, wird von der zuständigen Behörde im Heimatland des Beschäftigten die sogenannte **A1-Entsendebescheinigung** ausgestellt (vgl. dazu oben).

Kosten

Die beim Entsendemodell entstehenden Kosten hängen nicht zuletzt vom **Umfang des Hilfebedarfs** und der **Qualifikation** der Pflege- und Betreuungskraft ab. Seriös muss mit **Lohnkosten zwischen 2.500,– € und 3.500,– € monatlich** gerechnet werden. Schließlich müssen vom ausländischen Entsendeunternehmen der deutsche Mindestlohn und der im Entsendeland anfallende Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung gezahlt werden. Hinzu kommt dann noch der Gewinn des Entsendeunternehmens.

6.2.3 Selbstständige Haushalts- und Betreuungshilfe

Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte können auch als **Selbstständige** arbeiten. In diesem Fall schließt der Pflegebedürftige bzw. der Angehörige einen Dienstleistungsvertrag mit einer ausländischen Betreuungskraft ab. **Arbeitsrecht findet** in diesem Fall **keine Anwendung**. Die Betreuungskräfte arbeiten auf eigene Rechnung. Sie melden in Deutschland oder in ihrem Heimatland ein **eigenes Gewerbe** an.

Achtung: Für Unternehmen und Selbstständige aus osteuropäischen Beitrittsstaaten zur Europäischen Union gilt die **Dienstleistungsfreiheit**. Sie dürfen also ihre unternehmerische Tätigkeit in den **Mitgliedsstaaten der EU** ausüben und ihr Personal für diese Tätigkeiten auch dort einsetzen. Deshalb dürfen selbstständige Pflegekräfte grenzüberschreitend in Deutschland tätig werden.

Vertrag

Es muss ein Vertrag zwischen dem Pflegebedürftigen bzw. einem Angehörigen als Auftraggeber und der selbstständigen ausländischen Betreuungs- und Pflegekraft als Auftragnehmer geschlossen werden. Vertraglich geregelt werden müssen unter anderem

- die Art der von der Betreuungs- und Pflegekraft **zu erbringenden Leistungen** (z.B. pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung),
- der **Umfang** der zu erbringenden Leistungen,
- der **Ort** der Leistungen,
- die **Vergütung** der Betreuungs- und Pflegeleistungen,
- die **Unterbringung und Verpflegung** im Haushalt des Pflegebedürftigen.

Im Gegensatz zum Entsendemodell werden die Betreuungs- und Pflegeleistungen vom Vertragspartner selbst erbracht. Mit der selbstständigen Pflegekraft kann auch jederzeit eine Änderung von Art und Umfang der Pflegeleistungen vereinbart werden.

Anzeige der selbstständigen Betreuungs- und Pflegetätigkeit

Wird eine ausländische selbstständige Betreuungs- und Pflegekraft, die ihr Einzelunternehmen in ihrem Heimatland angemeldet hat, grenzüberschreitend in Deutschland tätig, muss sie ihre Tätigkeit bei der zuständigen gewerberechtlichen Behörde in Deutschland anzeigen. Zuständig sind je nach Bundesland die **Gemeinden, Kreise, Gewerbeämter, Ordnungsämter oder Bezirksämter**. Unter Umständen kann auch eine Anzeige der Tätigkeit beim **Gesundheitsamt** erforderlich sein.

Meldepflicht

Die selbstständige ausländische Pflege- und Betreuungskraft, die im Haus des Pflegebedürftigen lebt, muss sich bei der Meldebehörde anmelden. Die Anmeldung hat **innerhalb von zwei Wochen** nach dem Einzug zu erfolgen. Die Meldebehörde erteilt der betroffenen Person auf Antrag eine **schriftliche Meldebestätigung**.

Achtung: Die Verletzung der Meldepflicht kann mit einer **Geldbuße** bis zu 1.000,– € geahndet werden.

Vorsicht: »Scheinselbstständigkeit«

Die ausländische Pflege- und Betreuungskraft als Auftragnehmer arbeitet selbstständig. Die gesetzlichen Regelungen des Arbeitsrechts finden deshalb auf die Rechtsbeziehungen des deutschen Auftraggebers zum ausländischen Auftragnehmer keine Anwendung. Ferner besteht für den selbstständigen ausländischen Auftragnehmer in Deutschland **keine Sozialversicherungspflicht**. Der Auftraggeber hat also nicht – wie beim Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Modell – Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung abzuführen.

Wenn allerdings ein ausländisches Einzelunternehmen im Haushalt des Pflegebedürftigen tätig ist, besteht die Gefahr der sogenannten **Scheinselbstständigkeit**. Schließlich soll ja die Pflege- und Betreuungskraft den Pflegebedürftigen 24 Stunden pro Tag zur Verfügung stehen. Nicht jeder, der meint, Unternehmer und damit selbstständig zu sein, wird gesetzlich auch als solcher betrachtet. Viele Selbstständige sind nämlich in Wirklichkeit »scheinselbstständig«, ohne dies zu wissen. Und das kann unangenehme rechtliche und finanzielle Folgen haben.

Arbeitnehmer oder Selbstständiger

Arbeitnehmer ist, wer in **persönlicher Abhängigkeit verpflichtet** ist, gegenüber seinem Arbeitgeber eine Arbeitsleistung zu erbringen. Die persönliche Abhängigkeit dokumentiert sich durch das Weisungsrecht des Arbeitgebers. So unterliegt der Arbeitnehmer mehr oder weniger den Weisungen des Arbeitgebers hinsichtlich der Zeit, der Dauer, dem Ort und dem Inhalt der zu verrichtenden Arbeit. Als selbstständig gilt, wer das **eigene Unternehmerrisiko trägt**, nicht in die Arbeitsorganisation des Auftraggebers einbezogen ist und Arbeitszeit, Arbeitsort und Arbeitsleistung grundsätzlich weisungsfrei bestimmt.

Achtung: Die Einordnung als Arbeitnehmer oder Selbstständiger hat weitreichende **rechtliche Konsequenzen**. So genießen Arbeitnehmer einen besonderen **arbeitsrechtlichen Schutz** (z.B. Kündigungs- und Gesundheitsschutz). Ferner hat die Einordnung sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen (z.B. Pflichtmitgliedschaft in der Kranken- und Rentenversicherung).

Von einer »Scheinselbstständigkeit« wird dann gesprochen, wenn eine Person aufgrund der Vertragsgestaltung **wie ein Selbstständiger** behandelt wird, obwohl sie wie ein **abhängig**

Beschäftigter arbeitet und sie sich damit nicht von einem Arbeitnehmer unterscheidet. Nur auf dem Papier ist die Person selbstständig. Tatsächlich ist sie jedoch in die Organisation des Betriebs eingebunden und von den Weisungen des »Auftraggebers« abhängig, also abhängig beschäftigt.

Indizien für Scheinselbstständigkeit

Zu den Indizien, die anstelle einer Selbstständigkeit für eine »Scheinselbstständigkeit« sprechen, gehören neben der Verpflichtung des »Auftragnehmers« allen **Weisungen des »Auftraggebers« Folge zu leisten**, vor allem der Umstand, dass der »Auftragnehmer« nur einen »Auftraggeber« hat, durch den er im Wesentlichen seinen Umsatz erzielt. Kommt dann noch hinzu, dass die Haushalts- und Betreuungskraft noch mit **im Haushalt des Pflegebedürftigen** wohnt, ist auf jeden Fall von einer »Scheinselbstständigkeit« auszugehen.

! **Tipp:** Ob der Betroffene selbstständig ist, beurteilt sich nach den tatsächlichen Verhältnissen im beruflichen Alltag. Keine Bedeutung hat, wie der Vertrag ausgestaltet ist. Wer als Auftraggeber unsicher ist, ob der ausländische Auftragnehmer tatsächlich selbstständig ist, kann bei der **Deutschen Rentenversicherung Bund** ein kostenloses **Statusfeststellungsverfahren** beantragen.

Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen

Stellt sich heraus, dass ein vermeintlich Selbstständiger tatsächlich als Arbeitnehmer seine Arbeit verrichtet, hat dies arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen:

- Als Arbeitnehmer stehen der Pflege- und Betreuungskraft alle rechtlichen Vorteile eines Arbeitsverhältnisses zu. Es finden

dann die **arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften** Anwendung, wie zum Beispiel **Entgeltfortzahlung** im Krankheitsfall, Anspruch auf den gesetzlichen **Mindesturlaub** und **Kündigungsschutz**.

- Der bisherige »Auftraggeber« muss jetzt als Arbeitgeber die üblichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung abführen. Darüber hinaus muss er **rückwirkend für die letzten vier Jahre** alle Sozialversicherungsbeiträge (sowie auch den Arbeitnehmeranteil) nachzahlen (bei vorsätzlich vorenthaltenen Beiträgen beträgt die Verjährungsfrist 30 Jahre). Im Gegenzug darf er aber vom Arbeitnehmer nur drei Monate lang einen Teil des Gehalts einbehalten.

! **Tipp:** Die Beschäftigung selbstständig tätiger ausländischer Betreuungskräfte ist mit **erheblichen Risiken** verbunden. Häufig handelt es sich um eine »Scheinselbstständigkeit«. In diesem Fall drohen neben Bußgeldern – auch für den deutschen Auftraggeber – Nachforderungen von Sozialversicherungsbeiträgen.

Kosten

Welche Vergütung für eine selbstständige ausländische Betreuungskraft zu zahlen ist, hängt insbesondere vom Pflegeaufwand und der beruflichen Qualifikation ab. Es muss mit monatlichen Kosten **zwischen 1.500,– € bis 3.000,– €** gerechnet werden.

6.3 Finanzierung der Kosten

Unabhängig davon, für welches Modell der Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungshilfe man sich entscheidet, gilt: Die **Kosten** für eine ausländische Pflegekraft werden **nicht von der Pflegekasse übernommen** – wie es etwa beim ambulanten Pflegedienst der Fall wäre, der direkt mit der Pflegekasse die Leistungen eines Pflegedienstes als Pflegesachleistungen abrechnet. Allerdings erhalten Pflegebedürftige bzw. Angehörige je nach Pflegegrad Zuschüsse im Rahmen der häuslichen Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung. Und auch Steuererleichterungen können zur Finanzierung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungshilfe beitragen.

6.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Zur Finanzierung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft können insbesondere das **Pflegegeld** und Leistungen der **Verhinderungs- und Kurzzeitpflege** herangezogen werden.

Pflegegeld

Wird ein Pflegebedürftiger zu Hause von Angehörigen, Bekannten oder Freunden gepflegt, so gewähren gesetzliche und private Pflegekassen Anspruch auf Pflegegeld. Voraussetzung für den Anspruch auf Pflegegeld ist, dass mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise sichergestellt werden. Hierfür kann auch eine ausländische Haushalts- und Betreuungshilfe angestellt und die fällige Vergütung mit dem Pflegegeld finanziert werden.

Das Pflegegeld beträgt aktuell (2025) monatlich

- 347,– € in Pflegegrad 2,

- 599,– € in Pflegegrad 3,
- 800,– € in Pflegegrad 4 und
- 990,– € in Pflegegrad 5.

Bei den genannten Beträgen handelt es sich um **Festbeträge**, die allein von der Zuordnung eines Pflegegrads und nicht vom konkreten Bedarf bestimmt werden.

! **Tipp:** Bei häuslicher Pflege können [Pflegesachleistung](#) und [Pflegegeld](#) miteinander kombiniert werden. Somit kann ein Teil der häuslichen Pflege einem ambulanten Pflegedienst überlassen und der verbleibende Teil kann durch eine ausländische Haushalts- und Betreuungshilfe sichergestellt werden. In diesen Fällen kann neben dem Sachleistungsanspruch ein anteiliges Pflegegeld gezahlt werden.

[Leistungen der Verhinderungspflege](#)

Ist eine Pflegeperson wegen **Erholungsurlaubs, Krankheit** oder aus **anderen Gründen** an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Verhinderungspflege. Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist für die Dauer von acht Wochen je Kalenderjahr begrenzt. Dieser Zeitraum kann auch beliebig aufgeteilt werden.

Die Pflegekasse übernimmt für [Verhinderungspflege](#) die oben genannten Leistungen.

! **Tipp:** Während der [Verhinderungspflege](#) besteht bei Empfängern von **Pflegegeld** neben dem Anspruch auf Verhinderungspflege zusätzlich ein Anspruch auf Fortzahlung

des Pflegegeldes in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für **längstens acht Wochen** (= 56 Tage). Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt. Voraussetzung für die Weiterzahlung des Pflegegelds ist allerdings, dass vor Beginn der Verhinderungspflege bereits ein Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat.

Leistungen der Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf **vollstationäre Pflege** angewiesen, beispielsweise zur Bewältigung von **Krisensituationen** bei der häuslichen Pflege oder wenn sich die Notwendigkeit einer dauerhaften Pflege erst im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts ergibt und die anschließende häusliche Pflege noch organisiert oder das Wohnumfeld angepasst werden muss. Durch die sogenannte Kurzzeitpflege sollen Pflegepersonen, die die häusliche Pflege sicherstellen, entlastet und verhindert werden, dass der Pflegebedürftige bei Ausfall der Pflegeperson auf Dauer in vollstationäre Pflege überwechseln muss.

Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Kurzzeitpflege wird **nur in einer vollstationären Einrichtung** gewährt.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im bereits [oben](#) genannten Umfang.

! **Tipp:** Während der [Kurzzeitpflege](#) besteht bei Empfängern von Pflegegeld neben dem Anspruch auf Kurzzeitpflege zusätzlich ein Anspruch auf **Fortzahlung des Pflegegeldes** in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für **längstens acht Wochen**. Voraussetzung ist allerdings, dass vor Beginn der Verhinderungspflege bereits ein Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat. Für Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege entstehen, kann auch der sogenannte Entlastungsbetrag eingesetzt werden.

6.3.2 Steuervorteile

Wenn für die Pflege eines hilfsbedürftigen Menschen finanzielle Aufwendungen entstehen, gibt es mehrere Möglichkeiten, diese in der Steuererklärung anzusetzen:

- Grundsätzlich gelten Pflegekosten steuerlich als **außergewöhnliche Belastungen**.
- Alternativ kann der Pflegende den **Pflege-Pauschbetrag** geltend machen. In diesem Fall muss er keine Nachweise für die ihm entstandenen Aufwendungen erbringen.
- Und unter Umständen können Aufwendungen für die Pflege auch als sogenannte **haushaltsnahe Dienstleistungen** steuerlich geltend gemacht werden.

[Pflege-Pauschbetrag bei der Einkommensteuer](#)

Wer als Privatperson einen ständig hilflosen Menschen pflegt, kann den sogenannten Pflege-Pauschbetrag beanspruchen. Dieser mindert die Steuerlast des Pflegenden, ohne dass im Einzelnen die im

Zusammenhang der Pflege entstandenen Aufwendungen nachgewiesen werden müssen.

Den Pflege-Pauschbetrag kann beanspruchen,

- wer einen Angehörigen oder eine nahestehende Person pflegt,
- die gepflegte Person hilflos ist,
- die pflegebedürftige Person persönlich gepflegt wird und
- die Pflegeperson keine Einnahmen hierfür erhält.

Beteiligen sich an der Pflege mehrere Pflegepersonen, dann müssen diese den Pflege-Pauschbetrag aufteilen. Die Aufteilung erfolgt nach Köpfen. Eine Aufteilung nach dem zeitlichen Pflegeanteil der an der Pflege beteiligten Personen ist nicht möglich.

Außergewöhnliche Belastungen als Alternative zum Pflege-Pauschbetrag

Übersteigen die Aufwendungen der persönlichen Pflege den Pflege-Pauschbetrag, kann die steuerpflichtige Pflegeperson stattdessen die höheren **tatsächlichen Kosten** nachweisen und als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art geltend machen.

Als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art können unter bestimmten Voraussetzungen pflegebedingte Aufwendungen in nachgewiesener Höhe geltend gemacht werden. Abzugsfähig sind sowohl Pflegekosten für die pflegebedürftige Person selbst oder ihren Ehepartner als auch Pflegekosten für einen Angehörigen oder eine der Pflegeperson nahestehende Person. Von den außergewöhnlichen Belastungen wird die zumutbare Belastung abgezogen. In dieser Höhe muss die Pflegeperson die Kosten ohne die Unterstützung der Allgemeinheit tragen.

Pflegeaufwendungen als haushaltsnahe Dienstleistungen

Aufwendungen für die Pflege von Angehörigen (z.B. durch die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes) können unter Umständen als sogenannte haushaltsnahe Dienstleistungen steuerlich geltend gemacht werden.

Die **Pflege- und Betreuungsleistungen** werden unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit begünstigt. Es reicht aus, wenn Dienstleistungen zur Grundpflege oder zur Betreuung in Anspruch genommen werden. Allerdings sind zweckgebundene Pflege- und Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung anzurechnen. Leistungen der Pflegeversicherung mindern also die Aufwendungen. Die **Steuerermäßigung** kann auch von einem Angehörigen des Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, wenn dieser die Pflegekosten trägt. Die steuerliche Vergünstigung kann auch neben dem Pflege-Pauschbetrag geltend gemacht werden.

! **Tipp:** Die Aufwendungen sind nur abzugsfähig, soweit sie nicht als außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt worden sind. Für den Teil der Aufwendungen, der durch den Ansatz der zumutbaren Eigenbelastung nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden kann, kann die Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch genommen werden.

Die **Steuerermäßigung beträgt 20 %** der [pflegebedingten Aufwendungen](#), maximal **4.000,– € im Jahr**. Anders als bei den Werbungskosten oder Sonderausgaben wird aber nicht das zu versteuernde Einkommen gemindert, sondern direkt die zu zahlende Einkommensteuer.

7 Wie pflegende Angehörige bei der Pflege unterstützt werden

Die gesetzliche Pflegeversicherung begründet nicht nur **Leistungsansprüche** für den Pflegebedürftigen, sie gewährleistet auch unmittelbar und mittelbar dem Pflegenden Ansprüche und **Rechte**. Insgesamt soll damit die Betreuung des Pflegebedürftigen sichergestellt, der Pflegende finanziell unterstützt und seine soziale Absicherung in der **gesetzlichen Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung** gewährleistet werden.

Neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung werden Pflegeleistungen aber auch in anderen Bereichen berücksichtigt und honoriert. Durch den Pflege-Pauschbetrag werden Pflegende steuerlich entlastet. Und unter Umständen können die Aufwendungen der persönlichen Pflege als **außergewöhnliche Belastungen** geltend gemacht werden, wenn diese den Pflege-Pauschbetrag übersteigen. Schließlich werden Pflegeleistungen auch erbrechtlich honoriert. Wer einen oder beide Elternteile pflegt und nach deren Tod zusammen mit seinen Geschwistern Erbe wird, kann von seinen Geschwistern bei der Auseinandersetzung des Erbes eine sogenannte Ausgleichung für die erbrachte Pflege verlangen.

Für die Pflegeperson, die in einem Arbeitsverhältnis steht, gibt es verschiedene Möglichkeiten, sich von der Arbeit freistellen zu lassen, sodass in jeder Pflegesituation die [Sicherstellung der Pflege](#) gewährleistet ist.

7.1 Soziale Absicherung in der Rentenversicherung

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten

Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflegepflichtversicherung durchgeführt wird, Rentenbeiträge, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Achtung: Pflegepersonen sind dann nicht mehr rentenversicherungspflichtig, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht haben und eine Altersvollrente beziehen. Die Regelaltersgrenze ist vom Geburtsjahrgang des Versicherten abhängig; sie wird derzeit vom vollendeten 65. Lebensjahr auf das vollendete 67. Lebensjahr angehoben.

7.1.1 Voraussetzungen für die Rentenversicherungspflicht

Personen sind rentenversicherungspflichtig, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen nicht erwerbsmäßig pflegen. Die pflegebedürftige Person muss mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet sein und einen Anspruch auf Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflegepflichtversicherung haben. Die Pflege muss von der Pflegeperson **mindestens zehn Stunden**, verteilt auf regelmäßig **mindestens zwei Tage in der Woche**, in der häuslichen Umgebung erfolgen. Die Pflegeperson darf regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sein.

Wöchentliche Pflege von mindestens zehn Stunden

Die Rentenversicherungspflicht besteht nur dann, wenn die Mindestpflegezeit einer Pflegeperson **zehn Stunden wöchentlich** beträgt und die Pflege regelmäßig an mindestens zwei Wochentagen erbracht wird. Die Mindeststundenzahl bzw. die Mindestanzahl an Pflagetagen kann auch durch die Addition mehrerer Pflagetätigkeiten erreicht werden. Wenn die Zeit der Pflege bei der Rente anerkannt

werden soll, darf die Pflegeperson höchstens 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sein.

Der Begriff Pflege wird so verstanden, dass er alle pflegerischen Maßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfasst. Umfasst sind auch pflegerische Maßnahmen in Form von Betreuungsmaßnahmen. Diese werden somit auch bei der Ermittlung der Zehnstundengrenze berücksichtigt. Ob diese [Voraussetzungen](#) vorliegen, prüft der Medizinische Dienst oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter.

! **Tipp:** Ist die pflegebedürftige Person im Heim untergebracht, wird sie aber von der Pflegeperson an jedem Wochenende zu Hause mindestens zehn Stunden gepflegt, ist die Pflegeperson rentenversicherungspflichtig, wenn die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Wenn die wöchentliche Pflege weniger als zehn Stunden in Anspruch nimmt, gilt die Zeit der Angehörigenpflege nicht als versicherungspflichtig. Dann erwirbt die Pflegeperson keine Ansprüche an die Rentenversicherung.

[Höchstens 30 Stunden erwerbstätig](#)

Die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson ist ausgeschlossen, wenn diese regelmäßig noch mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig ist. Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn die Beschäftigung bzw. selbstständige Tätigkeit auf mehr als zwei Monate ausgelegt ist.

! **Tipp:** Wer (teilzeit)erwerbstätig ist und nebenher eine pflegebedürftige Person pflegt, erwirbt sowohl Rentenansprüche aus seinem Arbeitsverhältnis als auch aus

der Pflege Tätigkeit. Voraussetzung für die Versicherungspflicht der Pflege Tätigkeit ist nicht, dass der Betroffene überhaupt seine Arbeitszeit verringert hat. Auch wer zuletzt Teilzeit gearbeitet hat oder überhaupt nicht erwerbstätig war, unterliegt für die Zeit der Pflege der Rentenversicherungspflicht, soweit die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind.

Pflege Tätigkeit auf Dauer

Die Pflege Tätigkeit darf nicht vorübergehend, sondern muss auf Dauer und regelmäßig ausgeführt werden. Kurzfristige Pflege Tätigkeiten, welche beispielsweise bei der Verhinderung einer Pflegeperson ausgeübt werden, führen demnach nicht zur Rentenversicherungspflicht.

»Dauerhaft« ist eine Pflege Tätigkeit, wenn diese auf **mehr als zwei Monate im Jahr** angelegt ist. Ist eine Pflege Tätigkeit für einen kürzeren Zeitraum angelegt, ist diese als vorübergehend bzw. gelegentlich einzustufen und damit nicht rentenversicherungspflichtig. Übt eine Pflegeperson mehrere Pflege Tätigkeiten aus, muss jede einzelne Pflege Tätigkeit die Anforderungen an die »Dauerhaftigkeit« erfüllen.

! **Tipp:** Die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson werden für die Dauer eines **Erholungsurlaubs** von der Pflege **maximal bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr** weitergezahlt. Eine Übertragung nicht genommener Urlaubstage auf das folgende Kalenderjahr ist aber nicht möglich. Wird eine pflegebedürftige Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von der Pflegeperson weiter gepflegt, besteht auch die Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson für die Dauer von bis zu sechs Wochen

weiter. Wird das Pflegegeld auch bei einem längeren Aufenthalt im EU-Ausland oder in der Schweiz gezahlt, besteht auch die Rentenversicherungspflicht für die entsprechend längere Pflegegeldzahlung weiter.

Pflegebedürftigkeit muss vorliegen

Rentenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht nur dann, wenn die gepflegte Person pflegebedürftig im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung ist. Das ist der Fall, wenn die betreffende Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für **mindestens sechs Monate**, bestehen.

Achtung: Es muss mindestens der **Pflegegrad 2** vorliegen. Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten) pflegen, werden seit 1.1.2017 generell nicht mehr von der Rentenversicherungspflicht erfasst.

Keine erwerbsmäßige Pflege

Ausgeschlossen von der Versicherungspflicht bei häuslicher Pflege sind Pflegepersonen, die die Pflege Tätigkeit **erwerbsmäßig ausüben**. Bei Pflege durch Familienangehörige oder Verwandte wird grundsätzlich unterstellt, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. Keine Bedeutung hat, ob die Pflegeperson vom Pflegebedürftigen eine finanzielle Anerkennung erhält.

Wenn andere Personen als Familienangehörige oder Verwandte, etwa Bekannte, Freunde oder Nachbarn, die Pflege übernehmen, ist auch dann von einer **nicht erwerbsmäßigen Pflege** auszugehen, wenn für die Pflege Tätigkeit nur eine finanzielle Anerkennung erfolgt, die das Pflegegeld entsprechend dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen nicht überschreitet.

7.1.2 Pflege durch mehrere Personen

Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson auch bei sogenannter **Mehrfachpflege**. Mehrfachpflege liegt vor, wenn die Pflege des Pflegebedürftigen von mehreren Personen erbracht wird. Bei Mehrfachpflege muss der Umfang der jeweiligen Pflege Tätigkeit der Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von allen Pflegepersonen zu leistenden Pflege Tätigkeiten insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) **mindestens 30 % der Pflege** betragen (Mindestpflegeaufwand). Für das Erreichen des Mindestpflegeaufwands von 30 Prozentpunkten können auch anteilige Pflege Tätigkeiten bei mehreren Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zusammengerechnet werden (addierter Mindestpflegeaufwand). Die Beitragszahlung orientiert sich an dem Anteil der Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand. Werden Pflegeleistungen für mehrere Pflegebedürftige erbracht, werden die Anteile addiert.

7.1.3 Beginn der Versicherungspflicht

Die Rentenversicherungspflicht beginnt, wenn sämtliche im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Versicherungspflicht tritt auch ohne Antrag der Pflegeperson ein. Die Versicherungspflicht entsteht **kraft Gesetzes**. Ein Antrag bei der Rentenversicherung ist nicht notwendig.

! **Tipp:** Die Pflegeperson muss sich den »Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht

erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen« bei der zuständigen Pflegekasse beschaffen. Auf der Grundlage der darin enthaltenen Angaben erfolgen dann die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung.

7.1.4 Höhe der Beiträge

Die Höhe der Beiträge ergibt sich durch Multiplikation der Bemessungsgrundlage mit dem allgemeinen Beitragssatz von aktuell (2025) 18,6 % der Rentenversicherung.

Bemessungsgrundlage

Grundlage des Rentenanspruchs für Pflegepersonen sind fiktive beitragspflichtige Einnahmen, die für die geleistete Pflege zugrunde gelegt werden. Sie bilden die sogenannte Bemessungsgrundlage, die sich aus einem bestimmten Prozentsatz der Bezugsgröße errechnet. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt und beträgt in dem höchsten Pflegegrad 5 bis zu 100 % der Bezugsgröße. Von Bedeutung ist dabei, ob die pflegebedürftige Person

- ausschließlich **Pflegegeld** bezieht,
- **Kombinationsleistungen** erhält oder
- ausschließlich **Pflegesachleistungen** bezieht.

Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer

- **pflegebedürftigen Person des Pflegegrads 2**
 - 27 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld bezieht,

- 22,95 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen bezieht,
 - 18,9 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht.
- **pflegebedürftigen Person des Pflegegrads 3**
 - 43 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld bezieht,
 - 36,55 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen bezieht,
 - 30,1 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht.
- **pflegebedürftigen Person des Pflegegrads 4**
 - 70 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld bezieht,
 - 59,5 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen bezieht,
 - 49 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht.
- **pflegebedürftigen Person des Pflegegrads 5**
 - 100 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld bezieht,
 - 85 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen bezieht,
 - 70 % der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht.

Aus dieser Übersicht ist zu ersehen, dass für Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person pflegen, und Kombinationsleistungen (d.h., ambulante Pflegesachleistungen und Pflegegeld) oder ausschließlich Pflegegeld beziehen, Abschläge von den jeweiligen Bezugsgrößen in Höhe von 15 % (bei Kombinationsleistungen) bzw. 30 % (bei ambulanten Pflegeleistungen) erfolgen. Denn im Vergleich zum ausschließlichen Pflegegeldbezug reduziert sich in diesen Fällen der Pflegeaufwand durch eine teilweise Übernahme der Pflegetätigkeit durch einen ambulanten Pflegedienst.

Wie dargelegt, wird die **Bemessungsgrundlage** nach einem Prozentsatz der jeweils geltenden **Bezugsgröße** berechnet, die jährlich anhand der Einkommensentwicklung angepasst wird. 2023 beträgt die Bezugsgröße 3.745,– € monatlich.

Pflegegrad	Leistungsart	Prozentsatz der Bezugsgröße	Bemessungsgrundlage 2025
2	Pflegegeld	27 %	1.011,15 €
	Kombinationsleistung	22,95 %	859,48 €
	Pflegesachleistung	18,9 %	707,81 €
3	Pflegegeld	43 %	1.610,35 €
	Kombinationsleistung	36,55 %	1.368,80 €
	Pflegesachleistung	30,10 %	1.127,25 €
4	Pflegegeld	70 %	2.621,50 €
	Kombinationsleistung	59,5 %	2.228,28 €
	Pflegesachleistung	49 %	1.835,05 €
5	Pflegegeld	100 %	3.745,– €
	Kombinationsleistung	85 %	1.183,25 €
	Pflegesachleistung	70 %	2.621,50 €

» **Beispiel:** Eine pflegebedürftige Frau in Nordrhein-Westfalen mit Pflegegrad 3 wird von ihrer Tochter seit 2023 regelmäßig im Umfang von 21 Stunden wöchentlich an fünf Wochentagen gepflegt. An den übrigen zwei Wochentagen wird die Pflege

durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt. Die Pflegebedürftige bezieht somit [Kombinationsleistungen](#) aus der Pflegeversicherung.

Berechnung: $3.745,- \text{ €} \times 36,55 \% = 1.368,80 \text{ €}$. Auf dieser Grundlage zahlt die Pflegekasse Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson. Bei einem Beitragssatz von aktuell 18,6 % sind das 254,60 € monatlich.

[Bemessungsgrundlage bei Mehrfachpflege](#)

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege einer pflegebedürftigen Person gemeinsam aus, sind die beitragspflichtigen Einnahmen aufzuteilen. Für jede Pflegeperson sind die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend des prozentualen Umfangs ihrer jeweiligen Pflege Tätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand zugrunde zu legen. Wird zum Beispiel eine pflegebedürftige Person von zwei Pflegepersonen je zur Hälfte gepflegt (50 %), wird auch der je nach Pflegegrad zustehende Anteil der Bezugsgröße hälftig aufgeteilt und der von der Pflegeversicherung zu zahlende Rentenbeitrag hieraus berechnet. Bei der Aufteilung werden auch Pflegepersonen berücksichtigt, die nicht versicherungspflichtig sind, weil sie zum Beispiel neben der Pflege mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig oder die versicherungsfrei sind (z.B. aufgrund eines Altersvollrentenbezugs).

[Wer die Rentenbeiträge zahlt](#)

Bei nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen, die die Voraussetzungen für die Beitragspflicht erfüllen, werden die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt

- bei Pflegepersonen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, **von der Pflegekasse,**
- bei Pflegepersonen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem **privaten Versicherungsunternehmen,**
- bei Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der **Festsetzungsstelle für die Beihilfe** oder vom **Dienstherrn** und der **Pflegekasse** oder dem **privaten Versicherungsunternehmen anteilig.**

Wert der Pflegezeit für die Rente

In welchem finanziellen Umfang sich die Pflegetätigkeit letztlich auf die Rente auswirkt, hängt vom **zeitlichen Einsatz** der Pflegeperson und dem Pflegegrad ab sowie dem **Ort**, an dem die Pflege ausgeübt wird. Auf Basis einer rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit im gesamten Jahr 2024 erhöht sich die Rente in etwa wie folgt:

Pflegegrad	Leistungsart	Monatliche Rente	
		West	Ost
2	Pflegegeld	9,93 €	9,87 €
	Kombinationsleistung	8,44 €	8,39 €
	Pflegesachleistung	6,95 €	6,91 €
3	Pflegegeld	15,81 €	15,72 €
	Kombinationsleistung	13,44 €	13,36 €
	Pflegesachleistung	11,07 €	11,– €
4	Pflegegeld	25,74 €	25,59 €
	Kombinationsleistung	21,88 €	21,75 €
	Pflegesachleistung	18,02 €	17,91 €

5	Pflegegeld	36,77 €	36,55 €
	Kombinationsleistung	31,26 €	31,07 €
	Pflegesachleistung	25,74 €	25,59 €

7.1.5 Ende der Versicherungspflicht

Die Rentenversicherungspflicht endet grundsätzlich mit dem Tag, an dem eine der **Voraussetzungen** für die Versicherungspflicht **wegfällt**. Das ist insbesondere der Fall, wenn

- der Pflegebedürftige in eine **vollstationäre Pflegeeinrichtung** aufgenommen wird,
- die Pflegetätigkeit nicht mehr ausgeübt wird, weil der **Pflegebedürftige verstorben** ist oder aus anderen Gründen keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt,
- der Pflegebedürftige in den Pflegegrad 1 **herabgestuft** wird,
- die Pflegetätigkeit auf **unter zehn Stunden pro Woche**, verteilt auf mindestens zwei Wochentage, reduziert wird,
- dem Pflegebedürftigen das **Pflegegeld entzogen** wird, weil der Beratungseinsatz nicht abgerufen wird,
- die neben der Pflege ausgeübte Beschäftigung auf **mehr als 30 Stunden pro Woche** angehoben wird,
- die Pflegeperson die **Regelaltersgrenze erreicht** hat und eine Altersvollrente bezieht.

7.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Pflegepersonen sind in die gesetzliche Unfallversicherung einbezogen. Voraussetzung ist, dass die nicht erwerbsmäßige Pflege des Pflegebedürftigen in seiner **häuslichen Umgebung** erfolgt und dass die Pflege wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf

regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche erfolgt. Ferner setzt die Versicherungspflicht der Pflegeperson in der gesetzlichen Unfallversicherung beim Pflegebedürftigen **mindestens Pflegegrad 2** voraus.

! **Tipp:** Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung besteht automatisch **mit Aufnahme der Pflege Tätigkeit**, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Pflegeperson muss die Pflege Tätigkeit demnach nicht anmelden. Es werden auch keine Beiträge erhoben. Der Versicherungsschutz wird aus Steuermitteln finanziert.

7.2.1 Versicherte Pflegepersonen

Versichert sind Pflegepersonen,

- die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung mit **mindestens Pflegegrad 2**,
- in **häuslicher Umgebung**,
- **nicht erwerbsmäßig** und
- **wenigstens zehn Stunden wöchentlich**, verteilt auf regelmäßig **mindestens zwei Tage in der Woche**, pflegen.

Pflegebedürftigkeit muss vorliegen

Rentenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht nur dann, wenn die gepflegte Person pflegebedürftig im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung ist. Das ist der Fall, wenn die betreffende Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere

bedarf. Es muss sich um eine Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für **mindestens sechs Monate**, bestehen.

Es muss **mindestens der Pflegegrad 2** vorliegen. Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten) pflegen, werden nicht von der Versicherungspflicht erfasst.

Pflege in häuslicher Umgebung

Die Pflege muss in häuslicher Umgebung erfolgen. Das ist der Fall, wenn die Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder im eigenen Haushalt der Pflegeperson erfolgt. Versicherungsschutz besteht aber auch dann, wenn der Pflegebedürftige während der Woche im Seniorenheim lebt und nur am Wochenende in häuslicher Umgebung versorgt wird. In häuslicher Umgebung kann die Pflege auch in einer Wohnung im Seniorenheim stattfinden. Nicht um eine häusliche Umgebung handelt es sich allerdings, wenn der Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist.

Keine erwerbsmäßige Pflege

Ausgeschlossen von der Versicherungspflicht bei häuslicher Pflege sind Pflegepersonen, die die Pflegetätigkeit erwerbsmäßig ausüben. Erwerbsmäßigkeit liegt vor, wenn die Pflege im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses oder als selbstständige Tätigkeit durchgeführt wird. In diesen Fällen besteht regelmäßig Versicherungsschutz als Beschäftigter oder Selbstständiger.

Bei **Pflege durch Familienangehörige** oder Verwandte wird grundsätzlich unterstellt, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. Keine Bedeutung hat, ob die Pflegeperson vom Pflegebedürftigen eine finanzielle Anerkennung erhält.

Wenn andere Personen als Familienangehörige oder Verwandte, etwa Bekannte, Freunde oder Nachbarn, die Pflege übernehmen, ist auch dann von einer nicht erwerbsmäßigen Pflege auszugehen, wenn für die Pflege Tätigkeit nur eine finanzielle Anerkennung erfolgt, die das Pflegegeld entsprechend dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen nicht überschreitet.

Wöchentliche Pflege von mindestens zehn Stunden

Versicherungspflicht besteht nur dann, wenn der Umfang der Pflege Tätigkeit die Mindestgrenze von zehn Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, erreicht. Die Pflege während eines Urlaubs außerhalb der gewöhnlichen häuslichen Umgebung steht dem Versicherungsschutz grundsätzlich nicht entgegen. Auch ein vorübergehender Auslandsaufenthalt zu diesem Zweck ist also versichert.

Achtung: Wenn die wöchentliche Pflege **weniger als zehn Stunden** in Anspruch nimmt, gilt die Zeit der Angehörigenpflege nicht als versicherungspflichtig. Dann erwirbt die Pflegeperson keine Ansprüche an die Unfallversicherung.

7.2.2 Versicherte Tätigkeiten

Versichert ist die Pflegeperson bei pflegerischen Maßnahmen, die aufgrund der im Bescheid der Pflegekasse und dem Pflegegutachten festgestellten gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der

Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen in den Bereichen

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbstständigem Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

von der Pflegeperson erbracht werden sowie bei **Hilfen bei der Haushaltsführung**. Insgesamt sind also in den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz alle unmittelbar pflegebezogenen Tätigkeiten einbezogen.

Versichert sind unter anderem folgende Tätigkeiten:

- **im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung:**
Unterstützung bei der Reinigung der Wohnung, beim Spülen, beim Wechseln, Waschen und Pflege von Wäsche und Kleidung.
- **im Bereich der Selbstversorgung:**
Unterstützung beim Waschen des Körpers, bei der Zubereitung der Nahrung und bei der Toilettenbenutzung.
- **im Bereich der Mobilität:**
Hilfen beim Aufstehen und Zubettgehen, beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

» **Beispiel:** Verletzt sich die Pflegeperson bei der Reinigung der Wohnung des Pflegebedürftigen oder beim Wechseln der Bettwäsche, besteht Versicherungsschutz. Gleiches gilt, wenn die Pflegeperson bei einem Spaziergang mit dem Pflegebedürftigen oder beim Einkauf für die pflegebedürftige Person zu Schaden kommt.

Versichert sind auch **Unterstützungsmaßnahmen** und Hilfen bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung des Pflegebedürftigen und beim Erkennen von Gefahren und Risiken.

» **Beispiel:** A, der seine Mutter regelmäßig pflegt, will ihr die Gefahren bei der Überquerung einer Straße aufzeigen. Dabei stolpert er über den Bordstein. Es besteht Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Auch die Unterstützung des Pflegebedürftigen zur Bewältigung des alltäglichen Lebens bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, bei nächtlicher Unruhe, Ängsten oder bei der Beschädigung von Gegenständen ist versichert.

» **Beispiel:** Der pflegebedürftige A schlägt nach einer anderen Person. Seine Frau B, die ihn pflegt, will ihn beruhigen und wird dabei von A verletzt. Sie erleidet eine Platzwunde und ist versichert.

7.2.3 Versicherungsfälle

In der gesetzlichen Unfallversicherung versichert sind Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die sich bei **Ausübung der versicherten Tätigkeiten** ereignen. Um einen Unfall handelt es sich bei einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn Verletzungen oder Gesundheitsschäden ohne Einwirkung von außen zufällig während der versicherten Tätigkeit auftreten. Wenn also beispielsweise die Pflegeperson während der Pflege einen Herzinfarkt erleidet. Die versicherte Tätigkeit muss für den Unfall ursächlich gewesen sein.

Wegeunfälle

In den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung sind auch Wegeunfälle einbezogen. Betroffen sind in erster Linie Pflegepersonen, die nicht in der Wohnung wohnen, in der der Pflegebedürftige gepflegt wird. Geschützt ist die Pflegeperson sowohl auf dem **Weg zum Haushalt** des Pflegebedürftigen als auch auf dem **Heimweg** nach Beendigung der Pflegetätigkeit. Die Wahl des Verkehrsmittels (z.B. Auto, Bahn, Bus, Fahrrad, zu Fuß) steht der versicherten Person frei.

Versicherungsschutz besteht auf jeden Fall auf dem **direkten Weg** zwischen der Wohnung der Pflegeperson und der des Pflegebedürftigen. Versichert sind auch Abweichungen vom direkten Weg wegen einer Unterbringung von Kindern in Tagesstätten oder bei anderen Betreuungspersonen. Auch bei Umleitungen bleibt der Versicherungsschutz erhalten, ebenso wenn der Haushalt des Pflegebedürftigen über einen längeren Weg schneller erreicht werden kann. Nicht versichert sind Strecken außerhalb des direkten Wegs, die für private Besorgungen oder Erledigungen benutzt werden.

Berufskrankheiten

Für Pflegepersonen besteht in der gesetzlichen Unfallversicherung auch Versicherungsschutz bei Berufskrankheiten. Dabei handelt es sich um Krankheiten, die die versicherte Person im **Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit** erleidet und die in der Berufskrankheiten-Verordnung aufgezählt sind. Im Bereich der Pflege kommen insbesondere Infektions- oder Hauterkrankungen in Betracht.

» **Beispiel:** Der pflegebedürftige A ist an Hepatitis A erkrankt. Durch eine Unachtsamkeit bei der Körperpflege infiziert sich der Sohn, der A pflegt. Es handelt sich um eine versicherte Berufskrankheit.

7.2.4 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Versicherten haben neben dem Anspruch auf Heilbehandlung (u.a. ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, häusliche Krankenpflege), Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z.B. Kraftfahrzeughilfe, Wohnungshilfe und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit) auch Anspruch auf Geldleistungen.

Verletztengeld während der Heilbehandlung

Verletztengeld, das den Einkommensausfall ausgleichen soll, wird gezahlt, wenn der Versicherte

- wegen des **Arbeitsunfalls** arbeitsunfähig ist oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann und
- unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung unter anderem Anspruch auf Arbeitsentgelt,

Arbeitseinkommen, Krankengeld, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld hatte.

Das Verletztengeld beträgt 50 % des entgangenen Bruttoentgelts bis maximal zur Höhe des Nettolohns und wird für **maximal 75 Wochen** gezahlt.

Verletztenrente

Bei einem Gesundheitsschaden, der mindestens 27 Wochen lang andauert, kann eine Rente gezahlt werden. Deren Höhe hängt vom bisherigen Einkommen und dem Grad der Beeinträchtigung des Versicherten ab. Mindestens muss die Erwerbsfähigkeit aber **um 20 % gemindert** sein.

Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird eine Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird eine Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Prozentsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

Hinterbliebenenversorgung

Hinterbliebene haben unter anderem Anspruch auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten.

- Anspruch auf **Sterbegeld** besteht für die Hinterbliebenen in Höhe von einem Siebtel der im Zeitpunkt des Todes geltenden Bezugsgröße. Das sind (2023) 5.820,– € (West) bzw. 5.640,– € (Ost).
- Witwen oder Witwer von Versicherten erhalten eine **Witwen- oder Witwerrente**, solange sie nicht wieder geheiratet haben. Die Höhe der Rente richtet sich nach bestimmten Prozentsätzen des Jahresarbeitsverdienstes. Darauf wird

allerdings Einkommen mit einem bestimmten Prozentsatz angerechnet, wenn es einen festgelegten Freibetrag übersteigt.

7.3 Arbeitslosenversicherung

Steigt die Pflegeperson aus ihrem Beruf aus, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pfl egetätigkeit. Die Pflegeperson hat damit Anspruch auf **Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung** (insbesondere auf Beratung und Vermittlung sowie Förderung der beruflichen Weiterbildung durch Übernahme der Weiterbildungskosten), falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfl egetätigkeit nicht gelingt.

7.3.1 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

Versichert sind Pflegepersonen,

- die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung mit **mindestens Pflegegrad 2**,
- in **häuslicher Umgebung**,
- **nicht erwerbsmäßig** und
- **wenigstens zehn Stunden wöchentlich**, verteilt auf regelmäßig **mindestens zwei Tage in der Woche**,

pflegen. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden. Im Zusammenhang mit den Voraussetzungen der Versicherungspflicht kann auf die entsprechenden Ausführungen bei der [gesetzlichen Unfallversicherung](#) verwiesen werden.

Achtung: Versicherungspflicht besteht nur dann, wenn unmittelbar **vor der Pfllegetätigkeit eine Versicherungspflicht** in der Arbeitslosenversicherung bestanden hat oder eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) bezogen wurde. Ferner darf nicht bereits eine **anderweitige Absicherung** in der Arbeitslosenversicherung (z.B. wegen einer Teilzeitbeschäftigung) bestehen.

7.3.2 Höhe der Beiträge

Wenn die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht vorliegen, entrichtet die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen für die Pflegeperson Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Der Beitragsberechnung für eine Pflegeperson wird ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 % der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt (Stand 2025: 1.872,50 €).

7.4 Kranken- und Pflegeversicherung

Die Kranken- und Pflegeversicherung muss eine Pflegeperson selbst bezahlen. Eine soziale Absicherung wie bei der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung gibt es hier in der Regel nicht.

Es bestehen folgende Möglichkeiten der Krankenversicherung:

- Pflegepersonen, die neben der Pfllegetätigkeit in einem **sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis** (maximal 30 Wochenstunden) stehen, sind über dieses krankenversichert.
- Wird keine Beschäftigung ausgeübt, besteht die Möglichkeit der **beitragsfreien Familienversicherung**, das heißt der

Mitversicherung über die Eltern oder den Ehegatten bzw. gleichgeschlechtlichen Lebenspartner.

- Wer weder über ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis noch über die Familienversicherung versichert ist, muss sich **freiwillig** krankenversichern.

7.5 Steuererleichterungen für Pflegepersonen bei der Einkommensteuer

Wenn für die Pflege eines hilfsbedürftigen Menschen finanzielle Aufwendungen entstehen, gibt es mehrere Möglichkeiten, diese in der Steuererklärung anzusetzen:

- Grundsätzlich gelten Pflegekosten steuerlich als **außergewöhnliche Belastungen**.
- Alternativ kann der Pflegende den **Pflege-Pauschbetrag** geltend machen. In diesem Fall muss er keine Nachweise für die ihm entstandenen Aufwendungen erbringen.
- Und unter Umständen können Aufwendungen für die Pflege auch als sogenannte **haushaltsnahe Dienstleistungen** steuerlich geltend gemacht werden.

7.5.1 Pflege-Pauschbetrag bei der Einkommensteuer

Wer als Privatperson einen ständig hilflosen Menschen pflegt, kann den sogenannten Pflege-Pauschbetrag beanspruchen. Dieser mindert die Steuerlast des Pflegenden, ohne dass im Einzelnen die im Zusammenhang der Pflege entstandenen Aufwendungen nachgewiesen werden müssen.

Voraussetzungen

Den Pflege-Pauschbetrag kann beanspruchen,

- wer einen Angehörigen oder eine nahestehende Person pflegt,
- die gepflegte Person hilflos ist,
- die pflegebedürftige Person persönlich gepflegt wird und
- die Pflegeperson keine Einnahmen hierfür erhält.

Pflege eines Angehörigen oder einer nahestehenden Person

Den Pflege-Pauschbetrag gibt es nur, wenn sich die Pflegeperson der persönlichen Pflege aus **sittlichen Gründen** nicht entziehen kann. Die steuerpflichtige Pflegeperson muss also in einer engen persönlichen Beziehung zum Pflegebedürftigen stehen.

» **Beispiel:** Von einer sittlichen Verpflichtung ist bei unterhaltsberechtigten Personen wie dem Ehepartner, Kindern, Eltern, Großeltern und Enkelkindern auszugehen, daneben aber auch bei Geschwistern, Tante und Onkel, Nichte und Neffe, Schwiegersohn und Schwiegertochter.

Auch bei nicht verwandten Pflegebedürftigen kann eine sittliche Verpflichtung bestehen (z.B. unter Nachbarn), wenn eine enge persönliche Beziehung untereinander besteht.

Wesentlicher Umfang der Pflegeleistung

Den **Pflege-Pauschbetrag** kann nur geltend machen, wer eine hilfbedürftige Person persönlich pflegt und die Pflege einen wesentlichen Umfang hat. Eine Mindestpflegedauer ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Ausreichend ist es jedoch, dass der pflegerische Zeitaufwand mindestens 10 % des gesamten

pflegerischen Zeitaufwands beträgt. In diesem Fall kann der Pflege-Pauschbetrag auch beansprucht werden, wenn

- der Pflegebedürftige Unterstützung durch eine ambulante Pflegekraft, einen Pflegedienst oder eine Organisation mit niederschweligen Betreuungsangeboten erhält,
- die pflegebedürftige Person während der Arbeitszeit der Pflegeperson in einer Tageseinrichtung und während der Urlaubszeit im Rahmen der Verhinderungspflege in einem Heim untergebracht ist,
- der Pflegebedürftige zwar in einem Pflegeheim lebt, der persönliche Pflegeanteil der Pflegeperson aber immer noch wesentlich ist (z.B. weil die zu pflegende Person an den Wochenenden in der Wohnung der Pflegeperson gepflegt wird).

Hilflosigkeit der betreuten Person

Der Pflege-Pauschbetrag setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person nicht nur vorübergehend hilflos ist. Hilflos ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Keine Rolle spielt, ob die Hilflosigkeit auf Krankheit, Behinderung, Unfall oder Alter zurückzuführen ist.

! **Tipp:** Wer den **Pflege-Pauschbetrag** in Anspruch nehmen will, muss die Hilflosigkeit des Betroffenen nachweisen. Dies

kann durch das Merkzeichen »H« im Schwerbehindertenausweis bzw. im Feststellungsbescheid des Versorgungsamts oder den Bescheid der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegeversicherung, aus dem der Pflegegrad 4 oder 5 hervorgeht, geschehen.

Ort der Pflege

Die Pflege der pflegebedürftigen Person muss im **häuslichen Umfeld** erfolgen. Die Pflege muss also entweder in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in der Wohnung der Pflegeperson erfolgen. In Betracht kommt auch die »Wohnung« des Pflegebedürftigen in einem Altenheim.

Unentgeltliche Pflege

Der Pflege-Pauschbetrag wird nur gewährt, wenn die Pflegeperson im Zusammenhang mit der Pflege **keine Einnahmen** erhält, weder als Pflegevergütung noch als Ersatz für eigene Aufwendungen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Fall das von der gesetzlichen bzw. privaten Pflegeversicherung gezahlte Pflegegeld, mit dem für selbst beschaffte Hilfen der Aufwand und der Einsatz von pflegenden Angehörigen, Bekannten und Freunden für die tägliche [häusliche Pflege](#) und Betreuung abgegolten werden. In diesem Zusammenhang sind folgende Fälle zu unterscheiden:

- Das Pflegegeld steht in erster Linie der hilflosen Person zu. Deshalb darf der Pflege-Pauschbetrag in Anspruch genommen werden, wenn der Hilflöse das Pflegegeld verwendet, um seine eigene Pflege zu organisieren, zum Beispiel um eine weitere Pflegeperson zu beschäftigen oder pflegenotwendige bzw. pflegeerleichternde

Bedarfsgegenstände anzuschaffen, oder wenn er statt des Geldes Pflegesachleistungen in Anspruch nimmt.

- Leitet die pflegebedürftige Person das Pflegegeld an die Pflegeperson weiter, kann es zwei Situationen geben:
 - Erhält die Pflegeperson für ihre Pflegeleistung das **Pflegegeld** zu ihrer persönlichen Verfügung, steht ihr der Pflege-Pauschbetrag nicht zu. Stattdessen kann sie ihre tatsächlichen Aufwendungen gegen Nachweis als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art geltend machen. Auf diese Kosten muss aber das Pflegegeld angerechnet werden. Das weitergeleitete Pflegegeld ist für die Pflegeperson steuerfrei.
 - Der Pflegebedürftige beauftragt die Pflegeperson, die Aufwendungen im Zusammenhang mit seiner Pflege aus dem eigens zu diesem Zweck überlassenen Pflegegeld zu bestreiten. In diesem Fall besteht für den Pflegebedürftigen Anspruch auf den Pauschbetrag, weil er selbst keine Einnahmen erhält. Das muss vom Pflegebedürftigen aber nachgewiesen werden.
- Sofern das Pflegegeld an die Pflegeperson ausgezahlt wird, weil sie der gesetzliche Vertreter des Pflegebedürftigen ist, steht ihr der **Pflege-Pauschbetrag** zu, wenn sie das Geld nachweislich unmittelbar zur Finanzierung der erforderlichen Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung des Hilflosen einsetzt.

Höhe des Pflege-Pauschbetrags

Der Pflege-Pauschbetrag beträgt aktuell (2025) für eine betreute Person im Kalenderjahr

- 600,– € im Pflegegrad 2,
- 1.100,– € im Pflegegrad 3,
- 1.800,– € ab Pflegegrad 4.

Beteiligen sich an der Pflege mehrere Pflegepersonen, dann müssen diese den Pflege-Pauschbetrag aufteilen. Die Aufteilung erfolgt nach Köpfen. Eine Aufteilung nach dem zeitlichen Pflegeanteil der an der Pflege beteiligten Personen ist nicht möglich.

! **Tipp:** Werden mehrere Personen gepflegt, kann der Pflege-Pauschbetrag auch mehrfach in Anspruch genommen werden. Einer Pflegeperson steht der Pflege-Pauschbetrag deshalb zweifach zu, wenn sie beispielsweise beide Elternteile pflegt, die beide hilflos sind. Der Pflege-Pauschbetrag kann als Gesamtbetrag in **voller Höhe** selbst dann beansprucht werden, wenn die Pflege nur einen Teil des Jahres andauert, wenn also beispielsweise erst im Laufe des Jahres mit der Pflege begonnen wurde oder die pflegebedürftige Person im Laufe des Jahres verstirbt.

7.5.2 Außergewöhnliche Belastungen als Alternative zum Pflege-Pauschbetrag

Übersteigen die Aufwendungen der persönlichen Pflege den Pflege-Pauschbetrag, kann die steuerpflichtige Pflegeperson stattdessen die höheren **tatsächlichen Kosten** nachweisen und als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art geltend machen.

! **Tipp:** In der Regel ist die Geltendmachung von Pflegeaufwendungen als außergewöhnliche Belastungen nur dann sinnvoll, wenn die Pflegeperson auch ohne diese Kosten bereits außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art hat

(z.B. Krankheitskosten), die über ihren zumutbaren Belastungen liegt.

Pflegeaufwendungen als außergewöhnliche Belastungen

Erwachsen einem Steuerpflichtigen zwangsläufig höhere Aufwendungen als der überwiegenden Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse und gleichen Familienstands (außergewöhnliche Belastung), so wird auf Antrag die Einkommensteuer dadurch ermäßigt, dass der Teil der Aufwendungen, der die dem Steuerpflichtigen zumutbare Belastung übersteigt, vom Gesamtbetrag der Einkünfte abgezogen wird.

Aufwendungen erwachsen dem Steuerpflichtigen zwangsläufig, wenn er sich ihnen aus rechtlichen, tatsächlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann und soweit die Aufwendungen den Umständen nach notwendig sind und einen angemessenen Betrag nicht übersteigen.

Als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art können unter bestimmten Voraussetzungen **pflegebedingte Aufwendungen** in nachgewiesener Höhe geltend gemacht werden. Abzugsfähig sind sowohl Pflegekosten für die pflegebedürftige Person selbst oder ihren Ehepartner als auch Pflegekosten für einen Angehörigen oder eine der Pflegeperson nahestehende Person. Von den außergewöhnlichen Belastungen wird die zumutbare Belastung abgezogen. In dieser Höhe muss die Pflegeperson die Kosten ohne die Unterstützung der Allgemeinheit tragen.

Pflegebedürftigkeit

Voraussetzung für die Geltendmachung der Pflegekosten als außergewöhnliche Belastungen ist, dass die gepflegte Person zum

begünstigten Personenkreis zählt. Dazu gehören alle pflegebedürftigen Personen, denen ein **Pflegegrad** zugeordnet ist.

Aufwendungen, die dem Steuerpflichtigen zwangsläufig entstanden sind, werden steuerlich nur berücksichtigt, wenn ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Nachweis ist durch den Bescheid der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegeversicherung zu führen.

Pflegebedingte Aufwendungen

Zu den pflegebedingten Aufwendungen gehören insbesondere die nachgewiesenen Kosten für

- die Unterbringung in einem Heim,
- die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes,
- die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege,
- eine ambulante Pflegekraft.

Eigenanteil als zumutbare Belastung

Die pflegebedingten Aufwendungen wirken sich steuerlich nur aus, soweit sie die **Grenze der zumutbaren Belastung** übersteigen. Diese ist gesetzlich festgelegt. Bleiben die außergewöhnlichen Belastungen unter dieser Grenze, dann reduzieren sie die Steuerlast der Pflegeperson nicht. Die Höhe der individuellen zumutbaren Belastung errechnet sich nach einem bestimmten Prozentsatz des Gesamtbetrags der Einkünfte. Sie hängt vom Einkommen, Familienstand und Anzahl der Kinder des Steuerpflichtigen ab.

Gesamteinkünfte	bis 15.340,– €	über 15.341 bis 51.130,– €	über 51.130,– €
Familienstand	zumutbare Belastung	zumutbare Belastung	zumutbare Belastung
Ledige	5 %	6 %	7 %

Verheiratete	4 %	5 %	6 %
Steuerzahler mit 1 oder 2 Kindern	2 %	3 %	4 %
Steuerzahler mit 3 oder mehr Kindern	1 %	1 %	2 %

» **Beispiel:** Ein verheirateter Steuerpflichtiger mit zwei Kindern und einem Jahreseinkommen von 40.000,– € hat im Kalenderjahr nicht erstattete Pflegekosten in Höhe von 3.000,– €. Die zumutbare Belastung beträgt 1.200,– € (3 % von 40.000,– €). Damit vermindert sich die steuerliche Bemessungsgrundlage um 1.800,– € (3.000,– € ./. 1.200,– €).

7.5.3 Pflegeaufwendungen als haushaltsnahe Dienstleistungen

Aufwendungen für die Pflege von Angehörigen (z.B. durch die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes) können unter Umständen als sogenannte haushaltsnahe Dienstleistungen steuerlich geltend gemacht werden.

Voraussetzungen

Die Pflege- und Betreuungsleistungen werden unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit begünstigt. Es reicht aus, wenn **Dienstleistungen zur Grundpflege** oder zur Betreuung in Anspruch genommen werden. Allerdings sind zweckgebundene Pflege- und Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung anzurechnen. Leistungen der Pflegeversicherung mindern also die Aufwendungen. Die Steuerermäßigung kann auch von einem Angehörigen des Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, wenn dieser die Pflegekosten trägt. Die steuerliche Vergünstigung kann auch neben dem Pflege-Pauschbetrag geltend gemacht werden. Werden mehrere pflegebedürftige Personen in einem Haushalt gepflegt, kann die Steuerermäßigung nur einmal in Anspruch genommen werden.

! **Tipp:** Die Aufwendungen sind nur abzugsfähig, soweit sie nicht als außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt worden sind. Für den Teil der Aufwendungen, der durch den Ansatz der zumutbaren Eigenbelastung nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden kann (siehe oben), kann die Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch genommen werden.

Höhe der Steuerermäßigung

Die Steuerermäßigung beträgt 20 % der pflegebedingten Aufwendungen, maximal **4.000,– € im Jahr**. Anders als bei den Werbungskosten oder Sonderausgaben wird aber nicht das zu versteuernde Einkommen gemindert, sondern direkt die zu zahlende Einkommensteuer.

» Beispiel: Die in den Haushalt von A aufgenommene Mutter ist pflegebedürftig und wird von einem Pflegedienst betreut. Die Kosten für den Pflegedienst betragen nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung 6.000,– € im Jahr. Die zumutbare Eigenbelastung der Familie A im Rahmen der außergewöhnlichen Belastungen beträgt 2.500,– €. Nach Abzug der zumutbaren Eigenbelastung (= 2.500,– €) von den Aufwendungen für den Pflegedienst (= 6.000,– €) können 3.500,– € als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden. Für diesen als zumutbare Eigenbelastung nicht berücksichtigten Betrag kann A die Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Steuererstattung beträgt dann 500,– € (20 % von 2.500,– €).

7.6 Berücksichtigung von Pflegeleistungen im Erbrecht und im Erbschaftsteuerrecht

Auch das Erbrecht und Erbschaftsteuerrecht honorieren Pflegeleistungen und berücksichtigen dabei, dass die meisten pflegebedürftigen Menschen nicht im Heim, sondern bis zu ihrem Tod zu Hause von Angehörigen gepflegt werden.

Ein Abkömmling (Kinder, Enkel, Urenkel), der den Erblasser während längerer Zeit gepflegt hat, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Erbauseinandersetzung eine sogenannte Ausgleichung verlangen. Ferner steht einem Erben, der den Erblasser unentgeltlich oder gegen unzureichendes Entgelt gepflegt hat, ein erbschaftsteuerlicher Freibetrag zu.

7.6.1 Ausgleichungspflicht bei Pflegeleistungen eines Abkömmlings

Weit mehr als die Hälfte der auf Pflege angewiesenen Personen werden nicht in einem Pflegeheim, sondern im eigenen Zuhause versorgt. Viele Angehörige erbringen hier wichtige Leistungen. Da die Pflege aufgrund der familiären Verbundenheit erfolgt, treffen die Beteiligten in der Praxis vielfach keine verbindlichen und nachweisbaren Regelungen über einen finanziellen Ausgleich, zum Beispiel die Vereinbarung eines angemessenen Entgelts für die Pflegeleistung. Der Gepflegte sorgt aus den unterschiedlichsten Gründen auch nicht immer dafür, die ihm erbrachten Leistungen aus der Pflegeversicherung an die pflegenden Angehörigen weiterzuleiten. Hat der Erblasser auch kein Testament errichtet, mit dem er die Pflege durch Erbeinsetzung oder ein Vermächtnis hätte honorieren können, geht der pflegende Angehörige für seine erbrachten Leistungen oftmals leer aus. Ist er nur Miterbe in einer Erbengemeinschaft, so spiegelt sein Erbteil die erbrachten

Pflegeleistungen im Vergleich zu den anderen Erben häufig nicht wider.

Aus diesen Gründen ordnet das Bürgerliche Gesetzbuch eine sogenannte Ausgleichungspflicht für den Fall an, dass ein Abkömmling den Erblasser während längerer Zeit gepflegt hat. Der Anspruch besteht unter bestimmten Voraussetzungen, wenn

- **keine Verfügung von Todes wegen** (Testament oder Erbvertrag) vorliegt und mehrere Abkömmlinge kraft Gesetzes gemeinsam Erbe sind oder
- zwar eine Verfügung von Todes wegen vorliegt, die als Erben eingesetzten Abkömmlinge aber entsprechend ihrem gesetzlichen Erbteil oder **im gleichen Verhältnis** als Erben eingesetzt sind.

Ausgleichungsberechtigte

Nur **pflegenden Abkömmlingen**, also Kindern, Enkeln usw. des Erblassers, steht ein Ausgleichungsanspruch zu. Auch ein nicht ehelich geborenes Kind ist ausgleichungsberechtigt, wenn es nach dem 30.7.1949 geboren ist. Ebenfalls ausgleichungsberechtigt sind Abkömmlinge, die an die Stelle eines ausgleichungsberechtigten Abkömmlings treten, welcher vor oder nach dem Erbfall weggefallen ist.

» **Beispiel:** Wenn das Kind des Erblassers die Erbschaft ausgeschlagen hat, ist dessen Abkömmling, also das Enkelkind des Erblassers, ausgleichungsberechtigt, wenn es den Erblasser gepflegt hat.

Achtung: Kein Ausgleichungsanspruch wegen erbrachter Pflegeleistungen steht dem Ehegatten des Erblassers und anderen Verwandten zu (z.B. Eltern oder Geschwistern des Erblassers).

Ausgleichungspflichtige

Ebenso wie bei der Ausgleichungsberechtigung sind nur eheliche und nichteheliche Abkömmlinge des Erblassers, die **gesetzliche Erben** sind oder die durch ein Testament oder einen Erbvertrag entsprechend ihrem gesetzlichen Erbteil oder im gleichen Verhältnis als Erben eingesetzt sind, ausgleichungspflichtig.

Achtung: Nicht der gesetzlichen Ausgleichungspflicht unterworfen sind der Ehegatte und andere Personen, die neben den Abkömmlingen gesetzlich erben oder vom Erblasser durch ein Testament oder einen Erbvertrag als Erben eingesetzt sind. Allerdings kann der Erblasser in seiner Verfügung von Todes wegen von der gesetzlich geregelten Ausgleichungspflicht abweichen und auch diese Personen der Ausgleichungspflicht unterwerfen. In diesem Fall bedarf es aber einer ausdrücklichen testamentarischen Anordnung des Erblassers.

Gegenstand der Ausgleichung

Die Ausgleichung unter den Abkömmlingen setzt Leistungen eines oder mehrerer von ihnen voraus, die in besonderem Maße dazu beigetragen haben, das Vermögen des Erblassers zu erhalten oder zu vermehren. Zur auszugleichenden Leistung gehören auch Pflegedienste. Voraussetzung für die Ausgleichung für unentgeltliche Pflegedienste ist nicht, dass die Pflegeperson ihren Beruf aufgegeben hat.

Ausgleichungspflichtig sind Pflegeleistungen nur, wenn sie über einen **längeren Zeitraum** erbracht wurden. Eine zeitliche Mindestgrenze ist gesetzlich nicht festgelegt. Von Bedeutung kann in diesem Zusammenhang auch die Einstufung des Pflegebedürftigen in einen bestimmten Pflegegrad haben. So kann unter Umständen bereits eine einmonatige intensive Pflege für eine Ausgleichungspflicht ausreichen, während bei einer leichteren Pflege Tätigkeit unter Umständen eine mehrjährige Dauer erforderlich ist. Letztlich maßgebend sind die konkreten Umstände des Einzelfalls und die Art, der Umfang und der Wert der Pflegeleistung.

! **Tipp:** Der Abkömmling muss die Pflegeleistung nicht vollständig persönlich erbringen. Die Pflege kann auch zusammen mit anderen oder mit Unterstützung einer von ihm bezahlten Pflegekraft erfolgen.

Ausschluss der Ausgleichung

Durch die Ausgleichung soll die Pflegeleistung eines Abkömmlings bei der Auseinandersetzung des Nachlasses honoriert werden. Dieser soll gegenüber Abkömmlingen, die sich nicht an der Pflege des Erblassers beteiligt haben, finanziell bevorzugt werden. Ein Ausgleichungsanspruch des pflegenden Abkömmlings ist aber nur dann gerechtfertigt, wenn er für die Pflegeleistung kein oder kein angemessenes Entgelt erhalten hat. Hat dagegen der Abkömmling vom Erblasser ein angemessenes Entgelt für die Pflegeleistung erhalten (z.B. durch einen Dienstvertrag oder Leistungen aus der Pflegeversicherung), besteht kein Anspruch auf Ausgleichung.

Achtung: Der Erblasser kann auch aufgrund der ihm zustehenden Testierfreiheit in seinem Testament die **Ausgleichungspflicht ausschließen oder abändern**. Und unabhängig von den

Voraussetzungen der gesetzlichen Ausgleichungsregelungen oder einer testamentarischen Verfügung des Erblassers über die Ausgleichung für Pflegeleistungen können sich die Miterben im Rahmen der Auseinandersetzung des Nachlasses einvernehmlich darüber einigen, ob bzw. in welchem Umfang Pflegeleistungen eines Abkömmlings finanziell abgegolten werden.

Berechnung und Durchführung der Ausgleichung

Die Berechnung der Ausgleichung ist einigermaßen kompliziert. »Die Ausgleichung ist so zu bemessen, wie es mit Rücksicht auf die Dauer und den Umfang der Leistungen und auf den Wert des Nachlasses der Billigkeit entspricht«, heißt es im Gesetz. Eine genaue Aufrechnung aller einzelnen Leistungen, die der pflegende Abkömmling erbracht hat, ist nicht erforderlich.

- Grundlage für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs ist zunächst der Beitrag des ausgleichsberechtigten Abkömmlings. In diesem Zusammenhang haben vor allem die **Dauer und der Umfang der Pflegeleistungen**, die **Höhe der Aufwendungen** und die **Höhe der Vermögenseinbußen** des Abkömmlings Bedeutung.
- Weitere Bemessungsgrundlage ist der **Wert des Reinnachlasses**. In diesem Zusammenhang ist zu ermitteln, in welchem Maß der ausgleichsberechtigte Abkömmling zur Erhaltung bzw. Vermehrung des Nachlasses beigetragen hat.

Im Einzelnen wird der Ausgleichsanspruch wie folgt ermittelt:

- Vom Nachlasswert sind zunächst die Werte der Erbteile der nicht an der Ausgleichung unter Abkömmlingen beteiligten Miterben (z.B. des überlebenden Ehegatten) abzuziehen.

- Vom verbleibenden Rest des Nachlasses ist der ausgleichende Betrag abzuziehen.
- Der so ermittelte fiktive Nachlasswert ist unter den Abkömmlingen im Verhältnis der Erbteile zueinander aufzuteilen.
- Zu dem so erzielten Wert des Erbteils ist beim ausgleichungsberechtigten Abkömmling der ihm zustehende Ausgleichsbetrag hinzuzurechnen.

» **Beispiel:** Der verwitwete A hinterlässt eine Tochter B und einen Sohn C. Ein Testament hat A nicht errichtet. B hat ihren pflegebedürftigen Vater jahrelang gepflegt. Der Nachlass beträgt 80.000,– €. Die Pflegeleistungen von B sind mit 10.000,– € zu bewerten.

Kraft Gesetzes erben B und C jeweils die Hälfte des Nachlasses. Für ihre Pflegeleistungen kann allerdings B einen finanziellen Ausgleich verlangen. Vom Nachlass wird zugunsten von B der Ausgleichsbetrag abgezogen und der restliche Nachlass nach den Erbquoten verteilt. Von den 70.000,– € (80.000,– € ./. 10.000,– €) erhalten beide die Hälfte. Daneben erhält B zusätzlich den Ausgleichsbetrag von 10.000,– €. Im Rahmen der Auseinandersetzung des Nachlasses erhalten demnach B 45.000,– € (35.000,– € + 10.000,– €) und C 35.000,– €.

Die Ausgleichung findet erst bei der Auseinandersetzung der Erbengemeinschaft statt. Sie führt also nicht zu einer Zahlungspflicht des Ausgleichungspflichtigen. Die Erbteile der bei der Auseinandersetzung beteiligten Miterben sind durch die Ausgleichung nicht berührt. Durch den Ausgleichungsanspruch wird der Nachlass lediglich rechnerisch anders verteilt. Der Ausgleichungsberechtigte

erhält zusätzlich zu seinem Erbteil den ihm zustehenden Ausgleichsbetrag.

7.6.2 Steuerfreibetrag bei der Schenkung- und Erbschaftsteuer

Das Schenkung- und Erbschaftsteuergesetz sieht einen Freibetrag bei Zuwendungen für Pflegeleistungen vor.

Freibetrag für Pflegeleistungen

Steuerfrei bleibt ein steuerpflichtiger Erwerb bis zu **20.000,– €**, der Personen anfällt, die dem Erblasser unentgeltlich oder gegen unzureichendes Entgelt Pflege gewährt haben, soweit das zugewendete als angemessenes Entgelt anzusehen ist. Der Freibetrag ist nicht auf Erbfälle beschränkt, auch wenn es in der Praxis zumeist Erbfälle sind, in denen der Freibetrag beansprucht wird. Der einem pflegenden Erben zustehende Freibetrag gilt auch für die Zuwendung unter Lebenden, wenn also die Zuwendung zu Lebzeiten als Schenkung erfolgt.

Achtung: Praktisch bedeutsam wird der Pflegefreibetrag in Höhe von maximal 20.000,– € erst, wenn die persönlichen Freibeträge bereits verbraucht sind. Diese persönlichen Freibeträge liegen beim Ehegatten bzw. beim eingetragenen Lebenspartner bei 500.000,– € und bei Kindern bei 400.000,– €.

Unter der »**Gewährung von Pflege**« ist die Sorge um das körperliche und geistige Wohl einer durch Krankheit, Behinderung, Alter oder aus einem sonstigen Grund hilfsbedürftigen Person zu verstehen. Diese Voraussetzungen sind in der Regel nur erfüllt, wenn der Erbe die Pflegeleistungen mit einer gewissen Regelmäßigkeit und über eine längere Dauer erbracht hat. Einmalige Pflegeleistungen reichen dagegen für die Gewährung des Freibetrags nicht aus.

Zuwendungen, die als angemessenes Entgelt die dem Erblasser gegenüber erbrachten Pflegeleistungen abgelten, sind nur dann bis 20.000,– € von der Schenkung- und Erbschaftsteuer befreit, soweit diese Leistungen unentgeltlich oder gegen zu geringes Entgelt erfolgen. Der **Pflegefreibetrag** kann also auch dann in Anspruch genommen werden, wenn ein Entgelt für die Pflegeleistung gezahlt wird, dieses Entgelt aber geringer ist als das, was üblicherweise für eine solche gezahlt werden muss. Allerdings ist dann das gezahlte Entgelt vom Wert der Pflegeleistung abzuziehen. Der Pflegefreibetrag wird dann nur in Höhe der Differenz, **höchstens 20.000,– €**, gewährt.

Achtung: Personen, die ohnehin aufgrund einer engen familiären Beziehung kraft Gesetzes zur Pflege oder zum Unterhalt verpflichtet sind, können den Freibetrag in der Regel nicht geltend machen. Denn mit dem Freibetrag soll gerade die freiwillige Pflegeleistung begünstigt werden. Demnach kommt der Freibetrag nicht bei Erwerbern in Betracht, die gesetzlich zur Pflege verpflichtet sind (z.B. bei Ehegatten). Auch Kindern, die ihre Eltern gepflegt haben, steht der Freibetrag nicht zu. Für sie besteht zwar keine gesetzliche Verpflichtung zur Pflege, aber eine gesetzliche Unterhaltspflicht. Es reicht aus, wenn eine dieser Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt ist, um die Gewährung des Freibetrags auszuschließen.

! **Tipp:** Zum **Nachweis der erbrachten Pflege- und Unterhaltsleistungen**, vor allem, wenn die Pflege lange andauert, sollten laufend Notizen und Aufzeichnungen über die Art und den Umfang der erbrachten Pflegeleistungen gefertigt und Belege gesammelt werden. Mithilfe eines solchen Pflegetagebuches lässt sich auch später der Umfang der Pflegeleistungen besser darstellen.

Freibetrag

Steuerfrei sind auch **Geldzuwendungen** unter Lebenden, die eine Pflegeperson für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung vom Pflegebedürftigen erhält, und zwar bis zur Höhe des in der gesetzlichen Pflegeversicherung gewährten Pflegegelds bzw. eines entsprechenden Pflegegelds aus privaten Versicherungsverträgen. In Betracht kommen insbesondere die Fälle, in denen Angehörige als Pflegeperson in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen unentgeltlich zeitlich ins Gewicht fallende Pflegeleistungen erbracht haben oder erbringen und an die zum Ausgleich dafür unentgeltliche Geldzuwendungen des Pflegebedürftigen erfolgen. In diesen Fällen ist die Geldzuwendung bis zur Höhe des der pflegebedürftigen Person zustehenden Pflegegelds steuerfrei.

Achtung: Die Steuerfreiheit wird nur für **Zuwendungen unter Lebenden** gewährt. Wer also die zur Zuwendung bestimmten Beträge aufspart, um sie später im Wege der Erbfolge weiterzugeben, verschenkt den Steuervorteil.

8 Vereinbarung von Pflege und Beruf

Viele pflegebedürftige Menschen wünschen sich, von vertrauten Angehörigen in gewohnter Umgebung gepflegt zu werden. Probleme haben in diesem Fall häufig berufstätige Angehörige, wenn sie familiäre Pflege und Beruf miteinander vereinbaren müssen. Für diese Fälle bestehen verschiedene Freistellungsmöglichkeiten, für die der Beschäftigte unterschiedliche Voraussetzungen erfüllen muss.

8.1 Überblick über Freistellungsmöglichkeiten

Es bestehen besondere Freistellungsmöglichkeiten für die Pflege einer Person nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz. Daneben besteht unter Umständen ein allgemeiner Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz.

8.1.1 Besondere Freistellungsansprüche

Nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz bestehen für den Arbeitnehmer in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis folgende Möglichkeiten, sich von der Arbeit vollständig freustellen zu lassen oder die vereinbarte Arbeitszeit zu reduzieren:

- Bei unerwartetem Eintritt einer **besonderen Pflegesituation** haben Beschäftigte das Recht, [kurze Zeit](#) der Arbeit fernzubleiben, um die sofortige Pflege eines nahen Angehörigen sicherzustellen.
- Zu einer längeren Pflege in häuslicher Umgebung können berufstätige Angehörige von pflegebedürftigen Personen durch eine **vollständige oder teilweise Freistellung** von der Arbeit bis zur Dauer von sechs Monaten den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit dem jeweiligen Pflegebedarf anpassen ([Pflegezeit](#)).
- Wenn Beschäftigte für die **Sicherstellung der häuslichen Pflege** eines nahen Angehörigen eine länger dauernde Reduzierung ihrer Arbeitszeit benötigen, besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer [Familienpflegezeit](#) bis zu 24 Monate (Familienpflegezeit).
- Um Angehörigen [pflegebedürftiger Kinder](#) eine Betreuung in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung zu ermöglichen,

haben sie Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung entsprechend den Regelungen der **Pflegezeit und der Familienpflegezeit**.

- In einem bestimmten Rahmen besteht die Möglichkeit, [Pflegezeit und Familienpflegezeit](#) miteinander zu **kombinieren**.
- Schließlich können Beschäftigte eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit bis zu **drei Monaten** verlangen, wenn sie ihren nahen Angehörigen in der [letzten Lebensphase](#) Beistand leisten wollen.

8.1.2 Allgemeiner Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit

Unabhängig von der Pflegezeit und der Familienpflegezeit kann der Arbeitnehmer unter bestimmten Voraussetzungen in einem bestehenden Arbeitsverhältnis die Verringerung seiner Arbeitszeit nach dem [Teilzeit- und Befristungsgesetz](#) verlangen. Und wer eine Person pflegen will und noch nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, kann auch von vornherein ein [Teilzeitarbeitsverhältnis](#) mit dem Arbeitgeber begründen.

8.2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherzustellen.

! **Tipp:** Der Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf Freistellung wegen kurzfristiger Arbeitsverhinderung besteht unabhängig von der Größe des Unternehmens. Auch die

Dauer der bisherigen Betriebszugehörigkeit des Beschäftigten ist für den Anspruch nicht von Bedeutung.

8.2.1 Arbeitsverhinderung bis zu zehn Arbeitstagen pro Kalenderjahr

Das Recht, der Arbeit fernzubleiben, ist auf **Akutfälle** begrenzt und kann nur in Anspruch genommen werden, wenn im konkreten Fall die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung besteht. Von einer akuten Pflegesituation ist auszugehen, wenn der Pflegebedarf eines nahen Angehörigen unerwartet und unvermittelt auftritt (z.B. bei akut eingetretener Pflegebedürftigkeit oder bei einer plötzlichen Verschlimmerung einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit). Wenn der Beschäftigte in diesem Fall eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherstellen will, kann er bis zu zehn Arbeitstage im Kalenderjahr der Arbeit fernbleiben. Als Arbeitstag wird der Tag gezählt, an dem der Beschäftigte tatsächlich hätte arbeiten müssen. Bei einer Fünftagewoche kann also der Beschäftigte bis zu zwei Wochen der Arbeit fernbleiben.

Berechtigte

Beschäftigte im Sinne des Pflegezeitgesetzes sind

- Arbeitnehmer,
- die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
- Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbstständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

Nahe Angehörige sind

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Anzeige- und Nachweispflichten

Dem Beschäftigten obliegen gesetzliche Anzeige- und Nachweispflichten. Er muss dem Arbeitgeber seine Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren **voraussichtliche Dauer** unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, mitteilen. Auf Verlangen des Arbeitgebers muss der Beschäftigte eine **ärztliche Bescheinigung** über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Notwendigkeit der pflegerischen Versorgung vorlegen.

Lohnfortzahlung

Zur Fortzahlung der Vergütung ist der Arbeitgeber nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt. Ein gesetzlicher Anspruch auf Fortzahlung der Ausbildungsvergütung kann auf der Grundlage des **Berufsbildungsgesetzes** bestehen. Darüber hinaus können **individual- oder kollektivrechtliche Vereinbarungen** Ansprüche auf die Vergütung enthalten (z.B. Arbeitsvertrag, Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung).

Kündigungsschutz

Gesetzlich besteht für den Beschäftigten ein **Sonderkündigungsschutz**: Ab dem Zeitpunkt der Ankündigung, höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn, bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, darf der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis pflegender Angehöriger nicht kündigen. Nur ausnahmsweise kann eine Kündigung in besonderen Fällen (z.B. bei einer beabsichtigten Betriebsschließung) von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde für zulässig erklärt werden.

Das Kündigungsverbot betrifft alle Arten der Kündigung, umfasst also neben der ordentlichen oder außerordentlichen Kündigung auch die Änderungskündigung. Der Sonderkündigungsschutz besteht ab dem ersten Tag des Beschäftigungsverhältnisses an. Eine Mindestbetriebszugehörigkeit des Beschäftigten ist also nicht erforderlich.

8.2.2 Pflegeunterstützungsgeld

Beschäftigte, die eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung für die Dauer von bis zu zehn Arbeitstagen pro Kalenderjahr in Anspruch nehmen, haben unter bestimmten Voraussetzungen als Ausgleich auf ein entgangenes Arbeitsentgelt Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Wird der Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung von mehreren Beschäftigten für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend gemacht, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu **zehn Arbeitstage** pro Kalenderjahr begrenzt.

! **Tipp:** Für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes ist es nicht erforderlich, dass bei dem pflegebedürftigen nahen Angehörigen bereits Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist. Es muss auch nicht bereits ein Antrag des

pflegebedürftigen nahen Angehörigen auf Pflegeleistungen vorliegen. Entscheidend für die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes ist, dass der behandelnde Arzt des pflegebedürftigen nahen Angehörigen bestätigt hat, dass voraussichtlich die Voraussetzungen mindestens des **Pflegegrades 2** vorliegen.

Nachrangiger Anspruch

Zwar hat der Beschäftigte während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung **keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung**, der Arbeitgeber kann aber dennoch zur Fortzahlung der Vergütung verpflichtet sein (z.B. im Falle der Ausbildungsvergütung oder durch den Arbeitsvertrag oder den einschlägigen Tarifvertrag). Auf das Pflegeunterstützungsgeld besteht nachrangig nur dann ein Anspruch, wenn kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Dies gilt auch für den Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes. Auch diese Ansprüche des Beschäftigten gehen dem Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld vor.

Inhalt und Höhe der Leistung

Das Pflegeunterstützungsgeld wird wie das Kinderkrankengeld berechnet. Es beträgt brutto

- 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bzw.
- 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, wenn in den letzten zwölf Kalendermonaten vor der Freistellung eine beitragspflichtige Einmalzahlung gezahlt wurde,
- höchstens jedoch das Höchstkrankengeld von 70 % der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (2025:

128,63 €).

» **Beispiel:** Eine Beschäftigte lässt sich für die Organisation der Pflege ihrer Mutter vom 11. April bis 20. April (also zehn Tage) von der Arbeit freistellen. Sie hat für diese Zeit einen Nettoverdienstaufschlag von 440,– €. Außerdem hat sie im letzten Kalenderjahr vom Arbeitgeber Einmalzahlungen als Weihnachts- und Urlaubsgeld erhalten. Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 44,– € pro Kalendertag (440,– € : 10 Tage).

Aus dem Pflegeunterstützungsgeld sind **Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung** zu entrichten. Der Gesamtbeitrag errechnet sich aus 80 % des täglichen Bruttoarbeitsentgelts. Für Anspruchsberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden die Beiträge hälftig von der Pflegekasse und dem Leistungsbezieher entrichtet. Beträgt das monatliche Arbeitsentgelt nicht mehr als 556,– € (2025), trägt die Pflegekasse die Beiträge allein.

Antragsverfahren

Das Pflegeunterstützungsgeld wird nur auf Antrag gewährt. Dieser ist unverzüglich bei der Pflegekasse zu stellen.

Im Regelfall muss der Pflegekasse ein **ärztliches Attest über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen** vorgelegt werden. Sofern der Angehörige noch in keinen Pflegegrad eingruppiert ist, reicht es aus, wenn eine voraussichtliche Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Diese muss aber ein Arzt in jedem Fall bescheinigen. Darüber hinaus muss der Arzt erklären, dass die Pflegesituation akut aufgetreten ist und der Arbeitnehmer deshalb dringlich eine bedarfsgerechte Versorgung des Pflegebedürftigen organisieren muss. Ferner muss der Arzt

bescheinigen, wie lange die kurzzeitige Arbeitsverhinderung dauern wird. Die Kosten für die ärztliche Bescheinigung hat der Antragsteller zu tragen.

Die Pflegekasse des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Beschäftigten dann eine Entgeltbescheinigung zur Weiterleitung an den Arbeitgeber zur Verfügung.

8.2.3 Soziale Absicherung des Arbeitnehmers

Die kurzzeitige Freistellung bis zu **zehn Arbeitstage** pro Kalenderjahr hat keine Auswirkungen auf die Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherungspflicht und den Versicherungsschutz.

Eine durch die kurzzeitige Arbeitsverhinderung bedingte Reduzierung des Arbeitsentgelts hat keinen Einfluss auf die für die Beurteilung der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze. Entsprechende Zeiträume werden so bewertet, als wenn das bisherige regelmäßige Arbeitsentgelt in unveränderter Höhe weitergezahlt worden wäre.

8.3 Pflegezeit

Nach dem Pflegezeitgesetz sind Beschäftigte von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen wollen.

8.3.1 Vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu sechs Monaten

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf eine bis zu **sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung**, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung

pflegen. Dieser Anspruch verbunden mit dem Recht der Beschäftigten, nach Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Arbeitsbedingungen zurückzukehren, bewahrt Menschen, die bereit sind, Angehörige zu pflegen und Verantwortung zu übernehmen, vor einem unfreiwilligen Berufsausstieg.

Anspruch

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Pflegezeit ist die **Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen**. Nicht ausreichend für die Inanspruchnahme der Pflegezeit ist die voraussichtlich zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Während der Pflegezeit muss also tatsächlich eine Pflegeleistung erfolgen. Die Gewährung der Pflegezeit setzt voraus, dass der Beschäftigte den nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen will.

Ebenso wie das Recht zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht der **Anspruch auf Pflegezeit** unabhängig von der bisherigen Dauer der Betriebszugehörigkeit des Beschäftigten.

Achtung: Der Anspruch auf Pflegezeit besteht nur gegenüber **Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten**.

Dauer

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens **sechs Monate**.

» **Beispiel:** Beginnt der Beschäftigte mit der Pflege des nahen Angehörigen am 1. Oktober, endet der Sechsmonatszeitraum bei voller Ausschöpfung am 31. März.

! **Tipp:** Der Beschäftigte hat das Recht, die Höchstdauer der Pflegezeit für **jeden** nahen Angehörigen, der pflegebedürftig ist, in Anspruch zu nehmen. So können mehrere Pflegezeiten ineinander übergehen und der Beschäftigte kann über einen Zeitraum von **mindestens einem Jahr** nicht zur Arbeit erscheinen.

Hat der Beschäftigte die Höchstdauer der Pflegezeit nicht ausgeschöpft, kann er gegenüber dem Arbeitgeber die Verlängerung auf insgesamt **maximal sechs Monate** geltend machen. Er bedarf hierfür der Zustimmung des Arbeitgebers. Allerdings besteht ein Anspruch auf Pflegezeitverlängerung ohne Zustimmung des Arbeitgebers, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht durchführbar ist (z.B. wegen plötzlicher Arbeitslosigkeit des Ehepartners).

Grundsätzlich kann der Beschäftigte die Pflegezeit **nicht einseitig beenden**. Ebenso wie bei der Verlängerung der Pflegezeit ist hierzu die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich. Der Beschäftigte ist damit an den gewünschten Zeitraum der Pflegezeit gebunden. Nur ausnahmsweise kommt eine vorzeitige Beendigung der Pflegezeit ohne Zustimmung des Arbeitgebers in Betracht, und zwar, wenn

- der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder
- die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist.

» Beispiel: Unmöglich ist die Pflege, wenn der Familienangehörige in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird oder der Pflegebedürftige stirbt. Unzumutbarkeit liegt vor, wenn aufgrund unvorhergesehener persönlicher Umstände die Finanzierung der Pflegezeit nicht

mehr gesichert ist und der Beschäftigte auf die regelmäßige Arbeitsvergütung angewiesen ist.

Liegt einer dieser Fälle vor, endet die Pflegezeit **vier Wochen nach Eintritt** dieser veränderten Umstände. Der Beschäftigte muss den Arbeitgeber unverzüglich über die veränderten Umstände unterrichten. Eine bestimmte Form muss er nicht einhalten.

Ankündigung

Der Beschäftigte muss die Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber spätestens **zehn Arbeitstage** vor deren Beginn **schriftlich** ankündigen. Hierbei hat der Beschäftigte gegenüber dem Arbeitgeber zu erklären, für welchen Zeitraum er Pflegezeit in Anspruch nehmen will und ob er vollständige oder teilweise Freistellung wählt. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, muss der Beschäftigte auch die gewünschte Dauer und Verteilung der Arbeitszeit angeben.

Achtung: Enthält die Ankündigung des Beschäftigten keine endgültige Festlegung, ob Pflegezeit oder [Familienpflegezeit](#) in Anspruch genommen werden soll, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung der Pflegezeit.

Nimmt der Beschäftigte nur eine **teilweise Freistellung** in Anspruch, haben Arbeitgeber und Beschäftigter über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen des Beschäftigten zu entsprechen, wenn dem keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Dabei muss es sich um gewichtige Gründe handeln, die Vorrang vor den Interessen an der häuslichen Pflege verdienen.

Der Beschäftigte muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der **Pflegekasse** oder des **Medizinischen Dienstes** nachweisen. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, kann das arbeitsrechtliche Folgen nach sich ziehen (Abmahnung, Kündigung).

Kündigungsschutz

Wie bei der [kurzzeitigen Arbeitsverhinderung](#) darf der Arbeitgeber ab dem Zeitpunkt der Ankündigung bis zur Beendigung der Pflegezeit das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

8.3.2 Soziale Absicherung des Arbeitnehmers

Während der Pflegezeit erhält der von der Arbeit freigestellte Beschäftigte kein Pflegeunterstützungsgeld. Für die soziale Absicherung des Arbeitnehmers ist von Bedeutung, ob er sich bei der Pflegezeit vollständig oder nur teilweise freistellen lässt.

Teilweise Freistellung

Nimmt der Arbeitnehmer Pflegezeit in Form der Arbeitszeitreduzierung, bleibt die **Versicherungspflicht** in der Renten-, Arbeitslosen- und in der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich bestehen. Nur wenn durch die geringere Arbeitszeit ein geringfügig entlohntes Beschäftigungsverhältnis entsteht (sog. Mini-Job), besteht in allen Versicherungszweigen Versicherungsfreiheit. In diesem Fall hat der Arbeitgeber Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung zu zahlen.

Vollständige Freistellung

Während der Pflegezeit erhält der von der Arbeit freigestellte Beschäftigte kein Pflegeunterstützungsgeld.

Absicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung

Während der Pflegezeit wird in vielen Fällen Versicherungsschutz aufgrund einer **Familienversicherung** bestehen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn der Ehegatte der Pflegeperson pflicht- oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Besteht kein Anspruch auf Familienversicherung, kann sich die Pflegeperson während der Pflegezeit entweder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichern.

Ist die Pflegeperson weder freiwillig noch privat versichert und besteht auch kein Anspruch aus der Familienversicherung, ist sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Wer nämlich keinen anderen Krankenversicherungsschutz hat und zuletzt gesetzlich krankenversichert war, ist pflichtversichert. In diesem Fall muss der Arbeitnehmer selbst die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zahlen.

Die Pflegeperson hat Anspruch auf **Beitragszuschüsse**, wenn sie sich in der Pflegezeit befindet und in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwillig versichert ist oder in einer privaten Krankenversicherung versichert ist. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichten sind. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wird der allgemeine bundeseinheitliche Beitragssatz (2025: 14,6 %) zugrunde gelegt.

! **Tipp:** Die Beitragszuschüsse werden von der **Pflegekasse** der Pflegeperson gewährt. Der Zuschuss muss bei der Pflegekasse beantragt werden.

Der Arbeitnehmer in der Pflegezeit muss Änderungen in

Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem die pflegebedürftige Person versichert ist, mitteilen.

Achtung: Keine Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten Beschäftigte, die sich nur teilweise von der Arbeit freistellen lassen. Sie bleiben versicherungspflichtig, es sei denn, sie arbeiten in der Pflegezeit nur als geringfügig Beschäftigte (Mini-Job).

Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Mit Beginn der Pflegezeit endet grundsätzlich die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Rentenversicherungspflicht besteht allerdings dann, wenn die Mindestpflegezeit einer Pflegeperson **zehn Stunden wöchentlich** beträgt und die Pflege regelmäßig an **mindestens zwei Wochentagen** erbracht wird. Die Mindeststundenzahl bzw. die Mindestanzahl an Pflegetagen kann auch durch die Addition mehrerer Pflegetätigkeiten erreicht werden. Wenn die Zeit der Pflege bei der Rente anerkannt werden soll, darf die Pflegeperson höchstens **30 Stunden in der Woche** erwerbstätig sein.

Absicherung in der Arbeitslosenversicherung

War ein Arbeitnehmer unmittelbar vor Beginn der Pflegezeit in der **Arbeitslosenversicherung** pflichtversichert, übernimmt die Pflegekasse der Pflegeperson in der Pflegezeit die fälligen Beiträge.

Absicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Pflegepersonen sind automatisch in die [gesetzliche Unfallversicherung](#) einbezogen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

8.3.3 Förderung durch zinsloses Darlehen

Beschäftigte, die sich für eine bis zu **sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung** entscheiden und diese mit ihrem Arbeitgeber vereinbaren, können ein [zinsloses Darlehen](#) beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) in Anspruch nehmen und so den Lohnausfall abfedern.

8.4 Familienpflegezeit

Beschäftigte haben nach dem Familienpflegezeitgesetz einen befristeten Teilzeitananspruch, wenn sie einen pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Für die Dauer der Freistellung gewährt das **Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben** ein in monatlichen Raten zu zahlendes **zinsloses Darlehen**, mit dem der Beschäftigte den Lohnausfall abfedern kann.

8.4.1 Teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf **Familienpflegezeit**. Sie sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

[Anspruch](#)

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der **Familienpflegezeit** ist die Pflegebedürftigkeit eines [nahen Angehörigen](#). Nur eine **ernsthafte Pflegeabsicht** begründet einen Anspruch auf Freistellung, nicht eine

voraussichtlich zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Während der Familienpflegezeit muss also tatsächlich eine Pflegeleistung erfolgen. Die Gewährung der Familienpflegezeit setzt voraus, dass der Beschäftigte den nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen will. Das muss nicht zwingend die Wohnung des Pflegebedürftigen sein. In Betracht kommt der **Haushalt des Pflegebedürftigen** oder ein anderer Haushalt, in der der Pflegebedürftige aufgenommen wurde.

Gesetzlich ist für die Dauer der Familienpflegezeit eine Mindestarbeitszeit festgelegt. Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit **wöchentlich mindestens 15 Stunden** betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten.

Ebenso wie der Anspruch auf Pflegezeit besteht der Anspruch auf Familienpflegezeit unabhängig von der bisherigen Dauer der Betriebszugehörigkeit des Beschäftigten.

Achtung: Der Anspruch auf Familienpflegezeit besteht nur gegenüber **Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten**.

Dauer

Die Familienpflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen **längstens 24 Monate**.

» **Beispiel:** Beginnt der Beschäftigte mit der Pflege des nahen Angehörigen am 1.5.2025, endet der Vierundzwanzigmonatszeitraum bei voller Ausschöpfung am 30.4.2027.

! **Tipp:** Der Beschäftigte hat das Recht, die Höchstdauer der Familienpflegezeit für **jeden** nahen Angehörigen, der pflegebedürftig ist, in Anspruch zu nehmen. So können mehrere Familienpflegezeiten ineinander übergehen und der Beschäftigte kann über einen Zeitraum von **mindestens vier Jahren** seine Arbeitszeit reduzieren.

Hat der Beschäftigte die Höchstdauer der Familienpflegezeit nicht ausgeschöpft, kann er gegenüber dem Arbeitgeber die Verlängerung auf insgesamt **maximal 24 Monate** geltend machen. Er bedarf hierfür der Zustimmung des Arbeitgebers. Allerdings besteht ein Anspruch auf Familienpflegezeitverlängerung ohne Zustimmung des Arbeitgebers, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem wichtigen Grund nicht durchführbar ist (z.B. wegen plötzlicher Arbeitslosigkeit des Ehepartners).

Wie die Pflegezeit kann der Beschäftigte auch die Familienpflegezeit nicht einseitig beenden. Ebenso wie bei der Verlängerung der Familienpflegezeit ist hierzu die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich. Der Beschäftigte ist damit an den gewünschten **Zeitraum der Familienpflegezeit gebunden**. Nur ausnahmsweise kommt eine vorzeitige Beendigung der Familienpflegezeit ohne Zustimmung des Arbeitgebers in Betracht, und zwar, wenn der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist.

» Beispiel: Unmöglich ist die Pflege, wenn der Familienangehörige in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird oder der Pflegebedürftige stirbt. Unzumutbarkeit liegt vor, wenn aufgrund unvorhergesehener persönlicher Umstände die Finanzierung der

Familienpflegezeit nicht mehr gesichert ist und der Beschäftigte auf die regelmäßige Arbeitsvergütung angewiesen ist.

Liegt einer dieser Fälle vor, endet die Familienpflegezeit **vier Wochen nach Eintritt dieser veränderten Umstände**. Der Beschäftigte muss den Arbeitgeber unverzüglich über die veränderten Umstände unterrichten. Eine bestimmte Form muss er nicht einhalten.

Ankündigung

Der Beschäftigte muss die Familienpflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor dem gewünschten Beginn schriftlich ankündigen. Hierbei hat der Beschäftigte gegenüber dem Arbeitgeber zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der gesetzlichen zulässigen Höchstdauer er Familienpflegezeit in Anspruch nehmen will. Auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit muss angegeben werden.

Achtung: Enthält die Ankündigung des Beschäftigten keine endgültige Festlegung, ob Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch genommen werden soll, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung der Pflegezeit.

Arbeitgeber und Beschäftigter müssen über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine **schriftliche Vereinbarung** treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen des Beschäftigten zu entsprechen, wenn dem keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Dabei muss es sich um gewichtige Gründe handeln, die Vorrang vor den Interessen an der häuslichen Pflege verdienen.

Der Beschäftigte muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der **Pflegekasse** oder des **Medizinischen Dienstes** nachweisen. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, kann das arbeitsrechtliche Folgen nach sich ziehen (Abmahnung, Kündigung).

Kündigungsschutz

Wie bei der [kurzzeitigen Arbeitsverhinderung](#) und der Pflegezeit darf der Arbeitgeber ab dem Zeitpunkt der Ankündigung bis zur Beendigung der Familienpflegezeit das Beschäftigungsverhältnis **nicht kündigen**.

8.4.2 Finanzielle Absicherung der Familienpflegezeit durch zinsloses Darlehen

Für die Zeit der Freistellung im Rahmen der Familienpflegezeit haben Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf ein in monatlichen Raten zu zahlendes **zinsloses Darlehen des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben**, das dabei helfen soll, den Verdienstaufschlag abzufedern. Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht nicht.

! **Tipp:** Auch in kleineren Unternehmen, in denen die Arbeitgeber die Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit freiwillig gewähren, haben Beschäftigte Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

Zinsloses Darlehen

Die Höhe des Darlehens richtet sich nach der **Höhe des Lohnausfalls**. Grundsätzlich wird die Hälfte der Gehaltsdifferenz zwischen dem pauschalierten monatlichen Nettoentgelt vor und

während der Freistellung als monatliches Darlehen ausbezahlt. Es besteht die Möglichkeit, auch ein niedrigeres Darlehen in Anspruch zu nehmen.

Das Darlehen muss schriftlich beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Der Arbeitgeber hat dem Bundesamt den Arbeitsumfang sowie das Arbeitsentgelt vor der Freistellung zu bescheinigen, soweit dies zum Nachweis des Einkommens aus Erwerbstätigkeit oder der wöchentlichen Arbeitszeit des Beschäftigten erforderlich ist.

Wenn der Antrag auf Bewilligung des zinslosen Darlehens innerhalb von **drei Monaten vor** dem Zeitpunkt des Vorliegens der **Anspruchsvoraussetzungen** gestellt wird, wird das Darlehen ab dem Zeitpunkt des Vorliegens der Voraussetzungen gezahlt, andernfalls erfolgt die Zahlung ab Beginn des Monats der Antragstellung.

Ende der Förderfähigkeit

Die Förderfähigkeit endet mit dem Ende der Freistellung, ferner, wenn der Beschäftigte während der Familienpflegezeit den Mindestumfang der wöchentlichen Arbeitszeit aufgrund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Bestimmungen unterschreitet.

Achtung: Der Darlehensnehmer muss dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben unverzüglich **jede Änderung in den Verhältnissen**, die für den Anspruch erheblich sind, **mitteilen** (z.B. die Beendigung der häuslichen Pflege des nahen Angehörigen oder die Unterschreitung des Mindestumfangs der wöchentlichen Arbeitszeit).

Rückzahlung des Darlehens

Die Rückzahlung beginnt in dem Monat, der auf das Ende der Förderung der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz folgt. Im Anschluss an die oben genannten Freistellungen ist das Darlehen innerhalb von **48 Monaten** nach Beginn der Freistellung zurückzuzahlen.

Die Rückzahlung erfolgt in gleichbleibenden Raten. Die Raten sind jeweils zum letzten Bankarbeitstag des Monats fällig.

Härtefallregelungen

Das Bundesamt kann bei Vorliegen einer besonderen Härte auf Antrag die Rückzahlung des **Darlehens stunden** und so die Fälligkeit hinausschieben. Als besondere Härte gelten unter anderem der Bezug von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts, zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder eine mehr als 180 Tage dauernde ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit. Die Rückzahlung kann auch ausgesetzt werden, wenn sich der Darlehensnehmer wegen unverschuldeter finanzieller Belastungen vorübergehend in **ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten** befindet, oder zu erwarten ist, dass er durch die Rückzahlung des Darlehens in der vorgesehenen Form in solche Schwierigkeiten gerät.

Kommt zu diesen genannten Zahlungsschwierigkeiten hinzu, dass der Darlehensnehmer nach Ablauf der Freistellungen denselben nahen Angehörigen weiter zu Hause pflegen und daher die Reduzierung der Arbeitszeit fortführen will, sind auf Antrag die fälligen **Rückzahlungsraten zu einem Viertel zu erlassen**.

Unter Umständen erlischt die Darlehensschuld, soweit sie noch nicht fällig ist. Das ist unter anderem der Fall, wenn der Darlehensnehmer ununterbrochen seit **mindestens zwei Jahren** bestimmte **Sozialleistungen bezieht** (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt,

Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung), ferner, wenn der **Darlehensnehmer stirbt**.

8.4.3 Finanzielle Absicherung der Familienpflegezeit durch Wertguthaben

Eine weitere Möglichkeit, die Familienpflegezeit finanziell abzusichern, besteht darin, den durch die Reduzierung der Arbeitszeit verminderten Lohnanspruch durch Entnahme von Arbeitsentgelt aus einem bereits vorhandenen Wertguthaben aufzustocken. Unter einem Wertguthaben ist eine Form eines **Arbeitszeitkontos** zu verstehen, das auf eine längerfristige Freistellung von der Arbeitsleistung zielt. Ein Wertguthaben kommt für alle unbefristet beschäftigten Arbeitnehmer in Betracht.

Eine Wertguthabenvereinbarung liegt vor, wenn

- der Aufbau des Wertguthabens aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung erfolgt,
- diese Vereinbarung nicht das Ziel der flexiblen Gestaltung der werktäglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit oder den Ausgleich betrieblicher Produktions- und Arbeitszeitzyklen verfolgt,
- Arbeitsentgelt in das Wertguthaben eingebracht wird, um es für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu entnehmen,
- das aus dem Wertguthaben fällige Arbeitsentgelt mit einer vor oder nach der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erbrachten Arbeitsleistung erzielt wird und

- das fällige Arbeitsentgelt insgesamt 556,– € (2025) monatlich übersteigt, es sei denn, die Beschäftigung wurde vor der Freistellung als geringfügige Beschäftigung ausgeübt.

Einrichtung

Ein gesetzlicher Rechtsanspruch auf Einrichtung eines Wertguthabens besteht für den Arbeitnehmer nicht. Häufig sehen Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen die Einrichtung von Wertguthaben vor und erlauben **individuelle Ausgestaltungen** im Betrieb.

Wertguthaben müssen **schriftlich** in einer Wertguthabenvereinbarung festgelegt werden. Basis kann aber auch ein Tarifvertrag oder eine Betriebsvereinbarung sein. In der Wertguthabenvereinbarung wird vereinbart, dass das Wertguthaben für eine Freistellung des Arbeitnehmers angespart wird. Der **Zweck der Freistellung** muss vorher nicht festgelegt werden.

Angesparte Werte

Wertguthaben können nur in Geld geführt werden. Angespart werden können sowohl **Teile des Arbeitsentgelts** als auch der **Arbeitszeit**. Zum Arbeitsentgelt gehören insbesondere das laufende Gehalt und Sonderzahlungen wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld. Angespart werden können auch Überstunden, für die keine Ausgleichsverpflichtung nach dem Arbeitszeitgesetz besteht, oder über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehender Urlaub. Eingebraachte Zeitbestandteile müssen allerdings in Geld umgerechnet werden.

Verwendung

Wertguthaben können für verschiedene **Freistellungszwecke** eingesetzt werden. Zu den gesetzlichen Freistellungszwecken gehören unter anderem die Pflege von Angehörigen und die Betreuung eines Kindes. Arbeitgeber und Arbeitnehmer können aber auch individuelle Freistellungszwecke vereinbaren (z.B. Übergang in den Ruhestand).

Anspar- und Freistellungsphase

Zweck eines Wertguthabens ist, dass Entgelt- und Zeitanteile eines Arbeitnehmers angespart und im Falle einer Arbeitsfreistellung ausgezahlt werden. Damit bleibt der Sozialversicherungsschutz des Arbeitnehmers auch während der Freistellungsphase erhalten.

- In der **Ansparphase** bringt der Arbeitnehmer Teile seines Arbeitsentgelts, der Arbeitgeber seinen Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung in das Wertguthaben ein. Das Wertguthaben wird also als Bruttoertrag inklusive Steuern und Sozialversicherungsbeitrag geführt. Im Laufe der Ansparphase wächst das Guthaben an.
- Mit Beginn der **Freistellungsphase** zahlt der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt aus dem zur Verfügung stehenden Wertguthaben an den Arbeitnehmer aus. Damit wird das Wertguthaben abgebaut. Wie lange die Freistellungsphase dauert, hängt von der Höhe des angesparten Wertguthabens ab. Erst in der Freistellungsphase werden für die ausgezahlten Arbeitsentgelte Sozialversicherungsbeiträge und Steuern fällig. Der Arbeitnehmer bleibt also auch in dieser Phase sozialversichert.

! **Tipp:** In vielen Fällen tritt die Pflegebedürftigkeit der Angehörigen unerwartet ein. Ist dann noch kein Wertguthaben vorhanden, kann an den Arbeitnehmer während der

Pflegephase ein reduziertes Gehalt und ein Teil davon aus einem noch nicht vorhandenen sogenannten »negativen« Wertguthaben finanziert werden. Nach Ablauf der Pflegephase wird das Wertguthaben dann wieder vom Beschäftigten aufgefüllt.

8.4.4 Soziale Absicherung des Arbeitnehmers

Weil mit der Familienpflegezeit lediglich eine Reduzierung der Arbeitszeit verbunden ist, das Arbeitsverhältnis selbst aber fortbesteht, bleibt der Versicherungsschutz des Arbeitnehmers in der Sozialversicherung erhalten. Ausgeschlossen ist die Versicherungsfreiheit in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung aufgrund einer geringfügig entlohnten Beschäftigung (Mini-Job), weil der Arbeitnehmer während der Familienpflegezeit **mindestens 15 Stunden arbeiten** muss und damit das monatliche Arbeitsentgelt unter Berücksichtigung des gesetzlichen Mindestlohns die Entgeltgrenze von 556,– € (2025) übersteigt.

Versicherungsrechtliche Besonderheiten ergeben sich, wenn der krankenversicherungsfreie Arbeitnehmer wegen der reduzierten Arbeitszeit die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht mehr übersteigt.

Ab einem bestimmten Einkommen besteht für Arbeitnehmer die Möglichkeit, von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung zu wechseln. Das ist möglich, wenn das Einkommen des Arbeitnehmers über der sogenannten Jahresarbeitsentgeltgrenze, die auch Versicherungspflichtgrenze genannt wird, liegt. Die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** beträgt aktuell (2025) 73.800,– €.

Wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt wegen einer Reduzierung der Arbeitszeit aus Anlass der Familienpflegezeit die

maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht mehr übersteigt, wird der vor Beginn der Familienpflegezeit krankenversicherungsfreie Arbeitnehmer krankenversicherungspflichtig. Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Laufe eines Kalenderjahres unterschritten, tritt Versicherungspflicht mit dem Zeitpunkt des Unterschreitens ein und nicht erst mit dem Beginn des folgenden Kalenderjahres. Der Arbeitnehmer kann sich allerdings von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen und seine bereits bestehende private Krankenversicherung fortsetzen. Die Befreiung gilt dann für die Dauer der Familienpflegezeit.

8.5 Freistellung für die Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen

Die Pflege minderjähriger naher Angehöriger hängt nicht von einer häuslichen Pflegesituation ab. Der Freistellungsanspruch besteht auch dann, wenn der Beschäftigte (häufig Eltern) minderjährige Angehörige außerhäuslich stationär (z.B. bei einem längeren Aufenthalt in einer Spezialklinik) betreut. Der Beschäftigte kann wählen zwischen der Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz:

- Nach dem Pflegezeitgesetz kann – wie bei der Pflegezeit – eine **teilweise oder vollständige Freistellung bis zu sechs Monaten** erfolgen.
- Eine **teilweise Freistellung** kann **bis zu 24 Monate** nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch genommen werden.

Die Gesamtdauer aller Freistellungen – auch in Kombination mit Pflegezeit und Familienpflegezeit – darf aber **24 Monate nicht überschreiten**.

Achtung: Der Anspruch für eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz bis zu sechs Monaten besteht bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Der Anspruch auf eine längere teilweise Freistellung besteht nur bei Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten.

8.6 Freistellung für die Begleitung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase

Ein Beschäftigter hat Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase vor dem Tod Beistand zu leisten.

Sterbebegleitung liegt vor, wenn der zu begleitende nahe Angehörige an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Den Nachweis der begrenzten Lebenserwartung des pflegebedürftigen Angehörigen hat der Beschäftigte gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis zu erbringen. Der Freistellungsanspruch umfasst **maximal drei Monate je nahem Angehörigen**.

Der Anspruch auf die Freistellung zur Sterbebegleitung besteht unabhängig davon, ob der nahe Angehörige in häuslicher Umgebung gepflegt oder betreut wird oder sich beispielsweise in einem Hospiz befindet.

Achtung: Der Anspruch für eine Freistellung besteht nur bei Arbeitgebern mit **mehr als 15 Beschäftigten**.

! **Tipp:** Für die Zeit der Freistellung besteht ein Rechtsanspruch auf ein [zinsloses Darlehen](#) des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, das dabei helfen soll, den Verdienstausschlag abzufedern.

8.7 Kombination der Freistellungsansprüche

Pflegezeit und Familienpflegezeit können miteinander kombiniert werden. Der Beschäftigte kann also zur Pflege eines nahen Angehörigen im Anschluss an eine Freistellung nach dem **Pflegezeitgesetz** eine andere Freistellung nach dem **Familienpflegezeitgesetz** in Anspruch nehmen oder umgekehrt. Die Freistellungen müssen aber nahtlos aneinander anschließen. Eine zeitliche Unterbrechung zwischen den Freistellungen ist nicht möglich. Ausgenommen von dieser Regel ist die Freistellung zur Begleitung naher Angehöriger in der [letzten Lebensphase](#). Diese Freistellung bis zu drei Monaten kann auch später, zeitlich versetzt in Anspruch genommen werden.

Die Gesamtdauer aller Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz darf **24 Monate** nicht überschreiten. Die bis zu 10-tägige kurzzeitige Arbeitsverhinderung wird auf die 24-monatige Gesamtdauer nicht angerechnet.

» **Beispiel:** Der Beschäftigte kann zur Pflege eines nahen Angehörigen die Pflegezeit von sechs Monaten voll ausschöpfen und daran anschließend noch für längstens 18 Monate seine Arbeitszeit im Rahmen der Familienpflegezeit reduzieren. Oder er kann im Anschluss an eine 15 Monate dauernde Familienpflegezeit sechs Monate Pflegezeit in Anspruch nehmen und zu einem späteren Zeitpunkt noch eine Freistellung zur Begleitung des nahen

Angehörigen in der letzten Lebensphase von drei Monaten beanspruchen.

Achtung: Bei einer Kombination der Freistellungen ist zu beachten, dass die Freistellungsansprüche nach dem **Familienpflegezeitgesetz** nur bei Arbeitgebern mit **mehr als 25 Beschäftigten** bestehen. Freistellungsansprüche nach dem **Pflegezeitgesetz** können bei Arbeitgebern mit **mehr als 15 Beschäftigten** geltend gemacht werden. [Kurzzeitige Arbeitsverhinderung](#) bis zu zehn Tagen kann bei jedem Arbeitgeber, unabhängig von der Unternehmensgröße, in Anspruch genommen werden.

8.8 Anspruch auf Teilzeitarbeit nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz

Unabhängig von den eigenständigen Ansprüchen auf Reduzierung der Arbeitszeit nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz besteht für einen Arbeitnehmer in einem bestehenden Arbeitsverhältnis unter Umständen ein allgemeiner Anspruch auf Teilzeitarbeit nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz. So kann ein Arbeitnehmer, dessen **Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate bestanden** hat, verlangen, dass seine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit verringert wird. Voraussetzung für den Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit ist, dass der Arbeitgeber **mehr als 15 Arbeitnehmer** beschäftigt.

Wesentliches Kennzeichen der Teilzeitarbeit ist, dass die regelmäßige Wochenarbeitszeit des Teilzeitbeschäftigten kürzer ist als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers. Grundsätzlich wird auf die Wochenarbeitszeit abgestellt. Ist eine solche nicht

festgelegt, ist die durchschnittliche regelmäßige Arbeitszeit im Zeitraum bis zu einem Jahr maßgebend. Vergleichbar ist ein Arbeitnehmer mit derselben Art des Arbeitsverhältnisses und der gleichen oder einer ähnlichen Tätigkeit.

8.8.1 Anspruchsberechtigte Personen

Anspruch auf Teilzeitarbeit haben **alle Arbeitnehmer**, auch wenn sie nur befristet beschäftigt sind. Auch Arbeitnehmer in leitenden Positionen (z.B. leitende Angestellte) können die Reduzierung der vereinbarten Arbeitszeit verlangen. Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer haben grundsätzlich auch einen Anspruch auf weitere Verringerung der Arbeitszeit. Keinen Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit haben Auszubildende.

8.8.2 Wartezeit

Der Arbeitnehmer kann die Verringerung der Arbeitszeit erstmalig verlangen, wenn das **Arbeitsverhältnis sechs Monate bestanden** hat. Maßgebend ist dabei der rechtliche Bestand des Arbeitsverhältnisses und nicht, ob der Arbeitnehmer tatsächlich gearbeitet hat. Deshalb sind auch Zeiten, in denen das Arbeitsverhältnis ruht (z.B. bei Krankheit, Mutterschutz, Urlaub) zu berücksichtigen. Frühere Ausbildungszeiten des Arbeitnehmers im Rahmen eines Berufsausbildungsverhältnisses sind nicht anzurechnen.

Zwar muss grundsätzlich das Arbeitsverhältnis ohne rechtliche Unterbrechung sechs Monate bestanden haben, ausnahmsweise ist allerdings die Zeit eines früheren Arbeitsverhältnisses bei demselben Arbeitgeber auf die Wartezeit anzurechnen, wenn das neue Arbeitsverhältnis in engem sachlichen Zusammenhang mit dem früheren steht. Vor allem die Dauer der Unterbrechung ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. So ist beispielsweise nicht mehr von

einem sachlichen Zusammenhang zwischen dem früheren und dem neuen Arbeitsverhältnis auszugehen, wenn die Unterbrechung zwei Monate und mehr beträgt.

Achtung: Wird der Antrag auf Verringerung der Arbeitszeit vom Arbeitnehmer vor **Ablauf der Wartezeit** gestellt, ist er **unwirksam**. Der Arbeitnehmer kann aber nach Erreichen der sechsmonatigen Beschäftigungszeit einen neuen Antrag stellen, ohne dass die Sperrfrist von zwei Jahren eingehalten werden muss, die für eine [erneute Verringerung der Arbeitszeit](#) nach Zustimmung des Arbeitgebers bzw. nach berechtigter Ablehnung der Arbeitszeitreduzierung gilt.

8.8.3 Mindestbeschäftigtenzahl

Ein Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit besteht nur, sofern der Arbeitgeber, unabhängig von der Zahl der Personen in Berufsausbildung, **mehr als 15 Arbeitnehmer** beschäftigt. Dabei werden Teilzeitbeschäftigte voll mitgezählt. Mitzuzählen sind auch Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis ruht (z.B. Beschäftigte in Mutterschutz oder in Elternzeit).

8.8.4 Antrag des Arbeitnehmers

Der Arbeitnehmer muss die Verringerung seiner Arbeitszeit und den Umfang der Verringerung **spätestens drei Monate vor deren Beginn** geltend machen. Er soll dabei die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angeben.

Form und Inhalt des Antrags

Der Antrag des Arbeitnehmers auf Verringerung seiner Arbeitszeit muss in **Textform** (z.B. schriftlich, per E-Mail oder Fax) geltend

gemacht werden. Der Anspruch ist **gegenüber dem Arbeitgeber** zu erklären. Er kann auch gegenüber einem kündigungsberechtigten Mitarbeiter (z.B. gegenüber dem Personalleiter) geltend gemacht werden.

Im Antrag muss vom Arbeitgeber angegeben werden, in welchem Umfang eine Verringerung der Arbeitszeit und zu welchem Zeitpunkt die Verringerung gewünscht wird.

- In seinem Antrag muss der Arbeitnehmer einen konkreten **Umfang der Verringerung** der Arbeitszeit verlangen. Der Umfang der Verringerung kann in Stunden oder in einem Prozentsatz gemessen an der regulären wöchentlichen Arbeitszeit angegeben werden. Ungefähre Angaben wie etwa »Verringerung der Arbeitszeit um 10 bis 15 Stunden« reichen nicht aus. Der Antrag des Arbeitnehmers auf Verringerung der Arbeitszeit stellt ein Angebot auf [Änderung des Arbeitsvertrags](#) hinsichtlich der vereinbarten Arbeitszeit dar, dem der Arbeitgeber zustimmen muss, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen.
- Der Antrag muss auch darüber eine Aussage enthalten, ab welchem **Zeitpunkt die Verringerung** der Arbeitszeit gewünscht wird.

Achtung: Wenn der Arbeitnehmer keine Angaben über den Umfang der Verringerung der Arbeitszeit macht bzw. keine Angabe über den gewünschten Termin, zu dem die Teilzeitbeschäftigung beginnen soll, geltend macht, ist der Antrag inhaltlich fehlerhaft. Die Heilung des Fehlers ist nicht möglich. Allerdings kann ein neuer Antrag auf Verringerung der Arbeitszeit gestellt werden.

Im Antrag soll auch die gewünschte **Verteilung der Arbeitszeit** angegeben werden. Gemeint ist die Verteilung der Arbeitszeit über die Wochentage und nicht die Lage der Arbeitszeit an einem einzelnen Wochentag. Allerdings ist die Angabe der Verteilung der Arbeitszeit im Antrag des Arbeitnehmers nicht zwingend notwendig. Der Antrag des Arbeitnehmers auf Verringerung der Arbeitszeit ist also auch ohne entsprechende Angabe wirksam.

! **Tipp:** Die Angabe der Verteilung der Arbeitszeit ist zwar nicht zwingend, sie ist jedoch sinnvoll, weil sich das Angebot des Arbeitnehmers auf Vertragsänderung damit auch auf diesen Inhalt erstreckt und der Arbeitgeber somit die Verteilung der Arbeitszeit nicht im Rahmen seines Direktionsrechts geltend machen kann.

Zeitpunkt des Antrags

Die Verringerung der Arbeitszeit muss vom Arbeitnehmer **spätestens drei Monate vor deren Beginn** geltend gemacht werden. Damit soll dem Arbeitgeber Gelegenheit gegeben werden, die Voraussetzungen für den Anspruch zu prüfen und organisatorische und personelle Auffangmaßnahmen vorzubereiten.

Zwischen dem Zugang des Antrags beim Arbeitgeber und dem gewünschten Beginn der Arbeitszeitverringerung müssen volle drei Monate liegen.

» Beispiel: Will der Arbeitgeber ab 1. September des Jahres seine Arbeitszeit verringern, muss er dies spätestens am 31. Mai des Jahres gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen.

Die Frist, innerhalb der der Arbeitnehmer seinen Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen muss, bezieht sich nur auf die Verringerung der Arbeitszeit, nicht auf deren Verteilung auf die Woche. Die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit kann vom Arbeitnehmer auch noch später angezeigt werden.

! **Tipp:** Wird vom Arbeitnehmer die **Drei-Monats-Frist** nicht eingehalten, hat dies nicht die Unwirksamkeit seines Antrags zur Folge. Vielmehr ist das Verlangen des Arbeitnehmers auf Verringerung der Arbeitszeit im Zweifel so auszulegen, dass sich das Teilzeitverlangen auf den Zeitpunkt richtet, zu dem der Arbeitnehmer die Verringerung der Arbeitszeit frühestmöglich verlangen kann.

8.8.5 Verhandlungspflicht des Arbeitgebers

Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen möglichst eine **einvernehmliche Lösung** über den Wunsch des Arbeitnehmers, seine Arbeitszeit zu reduzieren, finden und entsprechende Verhandlungen führen. Deshalb ist der Arbeitgeber verpflichtet, mit dem Arbeitnehmer die gewünschte Verringerung der Arbeitszeit mit dem Ziel zu erörtern, zu einer Vereinbarung zu gelangen. Er hat mit dem Arbeitnehmer Einvernehmen über die von ihm festzulegende Verteilung der Arbeitszeit zu erzielen.

Erörterung

Der Arbeitgeber muss mit dem Arbeitnehmer die geplante Verringerung der Arbeitszeit mit dem Ziel erörtern, eine entsprechende Vereinbarung abzuschließen. Erst wenn der Arbeitgeber alles seinerseits Erforderliche getan hat, um auf dem Verhandlungsweg eine einvernehmliche Regelung mit dem Arbeitnehmer zu finden, darf er den Wunsch des Arbeitnehmers auf

Verringerung der Arbeitszeit ablehnen. Andernfalls ist die Ablehnung des Teilzeitbegehrens unwirksam.

Verletzt der Arbeitgeber seine **Verhandlungspflicht**, hat dies nicht zwangsläufig zur Folge, dass er dem Teilzeitbegehren des Arbeitnehmers zugestimmt hat. Die Verletzung dieser Pflicht hat für den Arbeitgeber allerdings zur Folge, dass er dem Anspruch des Arbeitnehmers auf Verringerung der Arbeitszeit solche Einwendungen nicht mehr entgegenhalten kann, die er im Rahmen der Erörterung des Teilzeitbegehrens hätte ausräumen können. So kann sich etwa der Arbeitgeber bei seiner Entscheidung über das Teilzeitbegehren des Arbeitnehmers nicht darauf berufen, dass dem Antrag betriebliche Gründe entgegenstehen, wenn es ihm aufgrund der Erörterung möglich gewesen wäre, zumutbare Maßnahmen zu ergreifen (z.B. organisatorische Änderungen) und so dem Antrag des Arbeitnehmers auf [Arbeitszeitverringerung](#) zu entsprechen.

! **Tipp:** Die Erörterungspflicht des Arbeitgebers bezieht sich nicht nur auf die Verringerung der Arbeitszeit, sondern auch auf deren Verteilung auf bestimmte Wochentage.

Einigung

Einigen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Verringerung der Arbeitszeit und deren Verteilung, ist eine entsprechende **Vereinbarung abzuschließen**. Nach Abschluss der Vereinbarung kann der Arbeitnehmer seinen Antrag auf Verringerung der Arbeitszeit nicht mehr frei widerrufen. Der Arbeitgeber kann von der vereinbarten verringerten Arbeitszeit nur durch einen Änderungsvertrag oder eine Änderungskündigung abweichen. Die festgelegte Verteilung der Arbeitszeit kann er wieder ändern, wenn das betriebliche Interesse daran das Interesse des Arbeitnehmers an der Beibehaltung erheblich

überwiegt und der Arbeitgeber die **Änderung spätestens einen Monat vorher** angekündigt hat.

8.8.6 Entscheidung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist grundsätzlich verpflichtet, dem Antrag des Arbeitnehmers auf Verringerung der Arbeitszeit zuzustimmen. Will er den Antrag ablehnen, muss er betriebliche Gründe vorbringen. Und er muss für seine Entscheidung die gesetzliche Frist einhalten.

Zustimmung

Der Arbeitgeber muss der Verringerung der Arbeitszeit zustimmen und ihre Verteilung auf bestimmte Wochentage entsprechend den Wünschen des Arbeitnehmers festlegen, soweit betriebliche Gründe nicht entgegenstehen. Für den Arbeitgeber besteht allerdings auch die Möglichkeit, der Verringerung der Arbeitszeit zuzustimmen, deren Verteilung aber abzulehnen. Kommt der Arbeitgeber seiner Pflicht zur Zustimmung nicht nach, kann der Arbeitnehmer die Zustimmung beim Arbeitsgericht einklagen.

Stimmt der Arbeitgeber dem Antrag des Arbeitnehmers zu, so gilt die neue Arbeitszeit ab dem Zeitpunkt, den der Arbeitnehmer in seinem Antrag angegeben hat, also in der Regel drei Monate nach seiner Antragstellung. Allerdings können Arbeitgeber und Arbeitnehmer auch einen anderen Termin einvernehmlich vereinbaren.

Ablehnung

Den Wunsch des Arbeitnehmers auf Verringerung der Arbeitszeit kann der Arbeitgeber nur ablehnen, soweit dem betriebliche Gründe entgegenstehen. Darüber hinaus muss der Arbeitgeber die gesetzliche Form und Frist beachten.

Betriebliche Gründe

Als betriebliche Gründe, die der Verringerung der Arbeitszeit des Arbeitnehmers entgegenstehen, kommen insbesondere in Betracht

- wesentliche **Beeinträchtigung der Organisation** und der Arbeitsabläufe,
- wesentliche **Beeinträchtigung der Sicherheit** im Betrieb,
- **unverhältnismäßige Kosten**,
- sonstige Gründe.

Achtung: Die für eine Ablehnung des Teilzeitbegehrens vorliegenden Gründe müssen hinreichend gewichtig sein. Allerdings genügen bereits rationale und nachvollziehbare Gründe.

Ob hinreichend gewichtige Gründe für die Ablehnung des Antrags des Arbeitnehmers auf Verringerung seiner Arbeitszeit vorliegen, ist wie folgt zu prüfen:

- Zunächst ist festzustellen, ob und wenn ja, welches betriebliche Organisationskonzept der vom Arbeitgeber als erforderlich angesehenen Arbeitszeitregelung zugrunde liegt.
- Danach ist zu prüfen, inwieweit die Arbeitszeitregelungen des Arbeitgebers dem Arbeitszeitverlangen des Arbeitnehmers entgegenstehen. In diesem Zusammenhang ist auch festzustellen, ob durch eine dem Arbeitgeber zumutbare Änderung von betrieblichen Abläufen oder des Personaleinsatzes der individuelle Arbeitszeitwunsch des Arbeitnehmers in das betriebliche Organisationskonzept eingefügt werden kann.

- Schließlich ist das Gewicht der dem Teilzeitbegehren entgegenstehende betriebliche Grund zu prüfen. Zu prüfen ist also, ob durch die vom Arbeitnehmer gewünschte Verringerung seiner Arbeitszeit besondere betriebliche Belange oder das betriebliche Organisationskonzept und die ihm zugrunde liegende unternehmerische Aufgabenstellung beeinträchtigt werden.

Betriebliche Gründe, die einer Verringerung der Arbeitszeit des Arbeitnehmers entgegenstehen können, können in der Organisation oder im Arbeitsablauf liegen.

» **Beispiel:** Spezialkenntnisse des Arbeitnehmers können dem Teilzeitbegehren des Arbeitnehmers entgegenstehen, wenn kein weiterer Arbeitnehmer im Betrieb diese Kenntnisse besitzt, ebenso die notwendige Auftragsbearbeitung aus einer Hand. Eine Beeinträchtigung des Arbeitsablaufs kann auch dann vorliegen, wenn die Tätigkeit des Arbeitnehmers an Maschinenlaufzeiten oder Schichtsysteme gebunden ist, ebenso eine notwendige gleichlaufende Präsenz von Mitarbeitern bei Team- oder Gruppenarbeit.

Als betrieblicher Grund für die Ablehnung des Teilzeitbegehrens des Arbeitnehmers kommt auch die **wesentliche Beeinträchtigung der Sicherheit** im Betrieb in Betracht. Das ist der Fall, wenn die im Betrieb notwendigen Sicherheitsstandards oder die Unfallverhütungsvorschriften nicht eingehalten werden. Im Regelfall dürfte jedoch durch die Einstellung einer geeigneten Ersatzkraft die Sicherheit im Betrieb gewährleistet sein.

Auch wenn der Wunsch des Arbeitnehmers auf Verringerung seiner Arbeitszeit für den Arbeitgeber mit **unverhältnismäßigen Kosten** verbunden ist, kann ein betrieblicher Grund für die Ablehnung des

Teilzeitbegehrens vorliegen. Maßgeblich ist in diesem Zusammenhang in erster Linie ein Vergleich der bisherigen mit den zu erwartenden Kosten. Ein erhöhter Arbeits- und Verwaltungsaufwand für zusätzliche Mitarbeiter reicht allein zur Ablehnung des Teilzeitbegehrens nicht aus. Von einer »Unverhältnismäßigkeit« ist in jedem Fall dann auszugehen, wenn die wirtschaftlichen Auswirkungen für den Arbeitgeber nicht mehr tragfähig sind.

Als **sonstige betriebliche Gründe**, die die Ablehnung der Verringerung der Arbeitszeit des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber rechtfertigen, kommen in Betracht

- das Fehlen einer geeigneten Ersatzkraft,
- eine mit dem Betriebsrat geschlossene Betriebsvereinbarung über die Lage der Arbeitszeit,
- die Unmöglichkeit der Aufteilung des Arbeitsplatzes,
- entgegenstehende Teilzeitwünsche anderer Arbeitnehmer.

Ablehnungsgründe für die Verringerung der Arbeitszeit können durch Tarifvertrag festgelegt werden. Im Geltungsbereich eines solchen Tarifvertrages können nicht tarifgebundene Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Anwendung der tariflichen Regelungen über die Ablehnungsgründe vereinbaren.

Frist

Die Entscheidung über die Verringerung der Arbeitszeit und ihre Verteilung müssen dem Arbeitnehmer **spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn der Verringerung** zugehen. Maßgebend für die Wahrung der Frist ist der Zugang der Mitteilung beim Arbeitnehmer.

» **Beispiel:** Will der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit ab dem 1. Oktober des Jahres verringern, so muss ihm eine Ablehnungserklärung des Arbeitgebers spätestens am 31. August des Jahres zugehen, auch wenn dieser Tag auf ein Wochenende oder einen Feiertag fällt.

Form

Der Arbeitgeber muss dem Arbeitnehmer seine Entscheidung über die Verringerung der Arbeitszeit **schriftlich** mitteilen. Die Mitteilungspflicht besteht sowohl bei Ablehnung des Antrags des Arbeitnehmers auf Arbeitszeitverringerung als auch bei Zustimmung. Sie bezieht sich sowohl auf die Entscheidung über die Verringerung der Arbeitszeit als auch auf die gewünschte Verteilung auf die Wochentage. Seine Entscheidung muss der Arbeitgeber nicht begründen.

! **Tipp:** Lehnt der Arbeitgeber die Verringerung der Arbeitszeit form- und fristgerecht ab, kann der Arbeitnehmer die Entscheidung akzeptieren oder Klage auf Erteilung zur Zustimmung zur Verringerung der Arbeitszeit beim Arbeitsgericht erheben. Auf keinen Fall darf er eigenmächtig seine Arbeitszeit verringern, selbst wenn offensichtlich keine betrieblichen Gründe für die Ablehnung vorliegen. Die eigenmächtige Arbeitszeitverkürzung kann unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Einzelfalls die außerordentliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber zur Folge haben.

Zustimmungsfiktion

Unter Umständen treten die Verringerung der Arbeitszeit und die Verteilung der Arbeitszeit kraft gesetzlicher Fiktion ein:

- Haben sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht über die Verringerung der Arbeitszeit geeinigt und hat der Arbeitgeber die Arbeitszeitverringerung nicht spätestens einen Monat vor deren gewünschtem Beginn schriftlich abgelehnt, **verringert** sich die Arbeitszeit in dem vom Arbeitnehmer gewünschten Umfang **automatisch**.
- Haben Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Verteilung der Arbeitszeit kein Einvernehmen erzielt und hat der Arbeitgeber nicht spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn der Arbeitszeitverringerung die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit auf die Wochentage schriftlich abgelehnt, gilt die **Verteilung der Arbeitszeit entsprechend den Wünschen des Arbeitnehmers** als festgelegt.

In diesen Fällen wird der Arbeitgeber so behandelt, als ob er der angetragenen Vertragsänderung zugestimmt hat.

Achtung: Voraussetzung für die gesetzliche Fiktion ist allerdings, dass der Arbeitnehmer einen **ordnungsgemäßen Antrag** gestellt hat. Das ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn

- vom Arbeitnehmer die sechsmonatige Wartezeit nicht eingehalten worden ist,
- die erforderliche Beschäftigtenzahl nicht vorliegt oder
- vom Arbeitnehmer die dreimonatige Ankündigungsfrist nicht eingehalten wurde.

8.8.7 Änderung der Verteilung der Arbeitszeit durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber kann die durch Einigung oder die durch die gesetzliche Fiktion festgelegte Verteilung der Arbeitszeit wieder ändern, wenn das betriebliche Interesse daran das Interesse des Arbeitnehmers an der Beibehaltung erheblich überwiegt und der Arbeitgeber die Änderung spätestens einen Monat vorher angekündigt hat.

Achtung: Das einseitige Änderungsrecht des Arbeitgebers betrifft nur die Verteilung, nicht die Verringerung der Arbeitszeit.

Eine Änderung der Arbeitszeitverteilung ist nur möglich, wenn das **betriebliche Interesse** des Arbeitgebers das Interesse des Arbeitnehmers an der Beibehaltung der bisherigen Verteilung der Arbeitszeit überwiegt. Das Interesse des Arbeitgebers an einer Änderung der **Arbeitszeitverteilung** kann sich insbesondere auf organisatorische oder wirtschaftliche Gründe (z.B. Ausfälle anderer Mitarbeiter) beziehen. Auch Arbeitszeitwünsche anderer Beschäftigter sind zu berücksichtigen. Der Arbeitnehmer kann insbesondere geltend machen, dass familiäre Gründe einer Änderung der Verteilung der Arbeitszeit entgegenstehen.

Die Mitteilung des Arbeitgebers über die Änderung der Arbeitszeitverteilung ist an **keine Form gebunden**. Sie kann dem Arbeitnehmer auch mündlich angezeigt werden. Macht der Arbeitgeber wirksam von seinem Änderungsrecht hinsichtlich der Verteilung der Arbeitszeit Gebrauch, ändert sich der Arbeitsvertrag automatisch. Dagegen bleibt es bei den bisherigen arbeitsvertraglichen Regelungen, wenn er sein Änderungsrecht nicht ordnungsgemäß ausübt.

8.8.8 Erneute Verringerung der Arbeitszeit

Der Arbeitnehmer kann eine erneute Verringerung der Arbeitszeit **frühestens nach Ablauf von zwei Jahren** verlangen, nachdem der Arbeitgeber einer Verringerung zugestimmt oder sie berechtigt abgelehnt hat. Als Zustimmung zur Arbeitszeitverringerung kommt neben der Zustimmung durch [Erklärung des Arbeitgebers](#) auch die fingierte Zustimmung in Betracht. Die Ablehnung der vom Arbeitnehmer beantragten Arbeitszeitverringerung war berechtigt, wenn sie form- und fristgerecht erfolgt ist und auf betriebliche Gründe gestützt werden konnte. War die Ablehnung der Arbeitszeitverringerung unberechtigt, ist die Sperrfrist nicht zu beachten. Das gilt auch, wenn der Arbeitnehmer keinen wirksamen Antrag auf Arbeitszeitverringerung gestellt hat, weil er nicht anspruchsberechtigt war (z.B. weil die Wartefrist von sechs Monaten noch nicht abgelaufen war).

Die Zwei-Jahres-Frist beginnt mit dem **Zugang der Zustimmung** des Arbeitgebers zur Verringerung der Arbeitszeit bzw. dem Zugang der berechtigten Ablehnung.

! **Tipp:** Die **Veränderungssperre** gilt allerdings nur, wenn die Verringerung der Arbeitszeit auf der Grundlage des Teilzeit- und Befristungsgesetzes erfolgt, nicht dagegen, wenn die Arbeitszeitreduzierung auf der Grundlage anderer Gesetze beruht. Deshalb kann beispielsweise ein Arbeitnehmer unmittelbar nach Ablauf einer im Rahmen der Pflegezeit oder der Familienpflegezeit erfolgten Reduzierung der Arbeitszeit den Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz geltend machen.

8.9 Abschluss eines Teilzeitarbeitsvertrags

Teilzeitbeschäftigung ist nicht nur durch Verringerung der Arbeitszeit in einem bestehenden Arbeitsverhältnis möglich. Ein Arbeitsverhältnis kann auch bereits zu Beginn als Teilzeitbeschäftigung begründet werden.

Das Teilzeitarbeitsverhältnis zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer wird im Regelfall durch den Arbeitsvertrag begründet. Darin regeln die Vertragsparteien ihre gegenseitigen Rechte und Pflichten im Arbeitsverhältnis.

8.9.1 Zustandekommen des Teilzeitarbeitsvertrags

Der Teilzeitarbeitsvertrag kommt wie jeder Arbeitsvertrag durch den **Antrag und dessen Annahme zustande**. Dabei ist unerheblich, wer den Antrag unterbreitet und wer diesen annimmt. Häufig gibt der Arbeitgeber den Antrag in Form eines bereits **unterzeichneten Vertragsentwurfs** ab, den er dem Bewerber mit der Bitte übersendet, den Vertrag gegenzuzeichnen und ein Exemplar zurückzusenden. In diesem Fall kommt der Arbeitsvertrag mit der Gegenzeichnung zustande. Keinen Antrag des Arbeitgebers stellt dagegen die bloße Übersendung eines noch nicht unterschriebenen Vertragsentwurfs dar. Im Falle der Unterzeichnung unterbreitet der Bewerber mit seiner Unterschrift den Antrag, der Arbeitsvertrag kommt dann erst mit der Gegenzeichnung durch den Arbeitgeber zustande.

8.9.2 Beteiligung des Betriebsrats

In Unternehmen mit in der Regel mehr als **20 wahlberechtigten Arbeitnehmern** hat der Arbeitgeber bei der Einstellung eines neuen Mitarbeiters den Betriebsrat zu beteiligen. Der Betriebsrat kann seine Zustimmung zur Einstellung aus einem der im Einzelnen im **Gesetz aufgeführten Gründe verweigern**, so etwa, wenn eine vom Betriebsrat geforderte Ausschreibung im Betrieb unterblieben ist oder

wenn die durch Tatsachen begründete Besorgnis besteht, dass der Bewerber den Betriebsfrieden durch gesetzwidriges Verhalten stört.

! **Tipp:** Verletzt der Arbeitgeber die **Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats**, berührt dies nicht die Wirksamkeit des zwischen dem Bewerber und dem Arbeitgeber abgeschlossenen Arbeitsvertrags. Der bereits abgeschlossene Arbeitsvertrag bleibt also auch dann wirksam, wenn der Betriebsrat seine Zustimmung zur Einstellung des Bewerbers endgültig verweigert. Der Arbeitgeber kann allerdings bei Verweigerung der Zustimmung das Arbeitsverhältnis aus betriebsbedingten Gründen kündigen. In diesem Fall kann der Arbeitnehmer dann unter Umständen Schadensersatzansprüche geltend machen.

8.9.3 Form des Teilzeitarbeitsvertrags

Der Arbeitsvertrag bedarf grundsätzlich zu seiner Wirksamkeit **keiner bestimmten Form**. Er kann mündlich, schriftlich, ausdrücklich oder schlüssig durch eine entsprechende Arbeitsaufnahme abgeschlossen werden.

Ausnahmen von der Formfreiheit beim Abschluss des Arbeitsvertrags können gesetzlich geregelt sein. So bedürfen in einem befristeten Arbeitsvertrag Befristungsabreden der Schriftform. Weitere Schriftformerfordernisse können sich aus Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen ergeben.

Zwar bedarf der Arbeitsvertrag grundsätzlich keiner besonderen Form, gleichwohl hat der Arbeitnehmer einen Anspruch darauf, dass ihm der Arbeitgeber **spätestens einen Monat nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses eine Niederschrift über die**

wesentlichen Vertragsbedingungen aushändigt. Diesen Anspruch haben alle Arbeitnehmer, es sei denn, dass sie nur zur vorübergehenden Aushilfe von höchstens einem Monat eingestellt sind.

In die Niederschrift muss der Arbeitgeber mindestens aufnehmen:

- **Name und die Anschrift der Vertragsparteien,**
- der **Zeitpunkt des Beginns** des Arbeitsverhältnisses,
- bei befristeten Arbeitsverhältnissen die vorhersehbare **Dauer des Arbeitsverhältnisses,**
- der **Arbeitsort** oder, falls der Arbeitnehmer nicht nur an einem bestimmten Arbeitsort tätig sein soll, ein Hinweis darauf, dass er an verschiedenen Orten beschäftigt werden kann,
- eine kurze Charakterisierung oder **Beschreibung** der vom Arbeitnehmer zu leistenden Tätigkeit,
- die Zusammensetzung und die **Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Zuschläge,** der Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts und deren Fälligkeit,
- die vereinbarte **Arbeitszeit,**
- die Dauer des jährlichen **Erholungsurlaubs,**
- die **Fristen für die Kündigung** des Arbeitsverhältnisses,
- ein in allgemeiner Form gehaltener **Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen,** die auf das Arbeitsverhältnis anzuwenden sind.



Tipp: Wenn der Arbeitgeber seiner Verpflichtung, die wesentlichen Vertragsbedingungen in einer Niederschrift festzulegen und diese dem Arbeitnehmer auszuhändigen,

nicht entspricht, ist das Arbeitsverhältnis gleichwohl wirksam zustande gekommen. Der Arbeitnehmer kann auf die Erfüllung der Niederlegungs- und Aushändigungspflicht bestehen und diese gerichtlich beim Arbeitsgericht durchsetzen.

8.10 Teilzeitmodelle für Pflegepersonen

Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer haben die Möglichkeit, private und berufliche Belange besser in Einklang zu bringen. Häufig sind es weibliche Beschäftigte, die sich um Kinder, Haushalt und Familie kümmern und die deshalb ihre regelmäßige Arbeitszeit reduzieren müssen. Vor a

llem aber auch, wenn ein Angehöriger gepflegt werden muss, besteht die Möglichkeit einen Ausgleich und eine Balance zwischen dem Arbeitsleben und der Pflege eines Angehörigen zu finden. Dafür stehen verschiedene Teilzeitmodelle zur Verfügung, die die **individuellen Bedürfnisse der Pflegeperson** berücksichtigen.

Besondere arbeitsrechtliche Regelungen bestehen für die **Arbeitsplatzteilung** (sog. Jobsharing) und für die Arbeit auf Abruf. Und für die **geringfügige Beschäftigung** (Mini-Job) gelten besondere sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen.

8.10.1 Teilzeitmodelle

Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Arbeitszeit auf die Wochentage zu verteilen und so Beruf und Pflege eines Angehörigen miteinander vereinbaren zu können. Welches im konkreten Fall das richtige Teilzeitmodell ist, richtet sich nach den jeweiligen individuellen Wünschen und Bedürfnissen, vor allem aber auch nach dem Umfang der notwendigen Pflege.

Teilzeit Classic

Teilzeit Classic ist das häufigste Teilzeitmodell. Die tägliche Arbeitszeit wird stundenweise verringert. Der Arbeitnehmer arbeitet also an fünf Tagen in der Woche mit jeweils reduzierter Arbeitszeit. Der Teilzeitbeschäftigte arbeitet also beispielsweise statt 40 Stunden wöchentlich **nur 30 Stunden pro Woche**. Die Wochenarbeitszeit wird auf fünf Tage verteilt. Die **tägliche** Arbeitszeit des Teilzeitbeschäftigten beträgt in diesem Fall **sechs Stunden**. Der Teilzeitbeschäftigte verfügt mit diesem Teilzeitmodell bei festgelegter Arbeitszeit an jedem Arbeitstag über mehr Freizeit.

Teilzeit Classic Vario

Teilzeit Classic Vario ist eine variable Form des Classic-Modells, bei der die **wöchentliche Arbeitszeit auf zwei bis fünf Tage** verteilt wird. Die Stundenzahlen können variiert werden, sodass Teilzeit mit Vollzeit kombinierbar wird. Dem Teilzeitbeschäftigten stehen damit auch ganze freie Arbeitstage zur Verfügung.

Teilzeit Team

Teilzeit Team ist ein Teilzeitmodell, bei dem der Arbeitgeber lediglich vorgibt, **wie viele Mitarbeiter** in bestimmten Zeitabschnitten **anwesend** sein müssen. Im Team wird dann die jeweilige persönliche Arbeitszeit geplant und abgesprochen. Kurzfristige Änderungen sind jederzeit möglich. Für Arbeitnehmer ist das die flexibelste Form, Arbeitszeit bzw. Freizeit zu planen.

Teilzeit Invest

Teilzeit Invest ist eine Art unsichtbare Teilzeit. Es wird unverändert Vollzeit gearbeitet, aber Teilzeit bezahlt. Die Differenz wird auf einem Langzeitkonto als **Zeit- oder Geldguthaben angespart**, sodass

mehrmonatige Urlaubsphasen, Sabbaticals oder der vorgezogene Ruhestand mit fortgezahltem Gehalt möglich werden. Für den Arbeitnehmer ist dieses Teilzeitmodell mit längeren Freistellungsphasen bei Gehaltsfortzahlung und durchgängigem Sozialversicherungsschutz verbunden.

Teilzeit Home

Teilzeit Home ist ein Teilzeitmodell, bei dem der Teilzeitbeschäftigte zu Hause in Teilzeit arbeitet. Vereinbarte Arbeitszeiten sichern die Erreichbarkeit des Arbeitnehmers und erleichtern die Zusammenarbeit. Dabei kann Voll- und Teilzeit miteinander kombiniert werden. So lassen sich beispielsweise 34 Arbeitsstunden pro Woche auf zwei volle Arbeitstage und **drei Arbeitstage à sechs Stunden** verteilen. Dieses Teilzeitmodell ist für den Arbeitnehmer mit deutlich geringeren Fahrtzeiten und -kosten verbunden, was letztlich mehr Freizeit und Zeit für die Pflege bedeutet.

Teilzeit Saison

Teilzeit Saison ist ein Teilzeitmodell, bei dem eine Über- bzw. Unterlastung in Saisonbetrieben ausgeglichen wird. In Hochphasen werden Arbeitnehmer Vollzeit beschäftigt, bei niedriger Auslastung haben sie frei. Bei diesem Modell erhält der Beschäftigte ganzjährig ein monatliches Grundgehalt und ist ebenso sozialversichert. Dem Arbeitnehmer stehen längere Freizeitphasen zur Verfügung, er erhält über das gesamte Jahr ein gleichbleibendes monatliches Grundgehalt und er genießt durchgehenden Sozialversicherungsschutz (für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung von mehr als drei Monaten jedoch nur, wenn eine **Wertguthabenvereinbarung** vorliegt).

Jobsharing

Teilzeit [Jobsharing](#) heißt, dass sich **zwei Arbeitnehmer einen Arbeitsplatz** teilen. Dabei wird die wöchentliche Arbeitszeit entweder auf **fünf Tage verteilt** oder es werden **Voll- und Teilzeit kombiniert**. Beim Jobsplitting wird eine Vollzeitstelle in zwei unabhängige Teilzeitstellen aufgeteilt. Die Aufgaben sind in beiden Stellen gleich. Auch beim Jobpairing wird eine Stelle in zwei geteilt, allerdings sind die beiden Arbeitnehmer verpflichtet, sich untereinander abzusprechen. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen und damit Verantwortung gemeinsam getragen. Beim Jobsharing stehen dem Teilzeitbeschäftigten ganze freie Arbeitstage oder einzelne Stunden zur Verfügung.

[Arbeit auf Abruf](#)

Arbeit auf Abruf ist ein Arbeitsverhältnis, bei dem die Dauer der Arbeitszeit innerhalb eines bestimmten Zeitraums nicht festgelegt ist. Der Arbeitgeber konkretisiert das **Arbeitsverhältnis** und die [Arbeitszeit im Bedarfsfall](#). Der Arbeitnehmer muss seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall erbringen. Für den Arbeitnehmer ist Abrufarbeit mit einer großen Abhängigkeit vom Arbeitgeber verbunden, der letztlich darüber entscheidet, wann der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung erbringen muss.

8.10.2 Arbeitsplatzteilung (Jobsharing)

Jobsharing oder Arbeitsplatzteilung ist eine besondere Form des Teilzeitarbeitsverhältnisses. **Zwei oder mehr Arbeitnehmer teilen sich einen Arbeitsplatz und das Gehalt**. Sie arbeiten als Team zusammen und legen ihre Arbeitszeiten und Aufgaben individuell untereinander fest. Damit ist gewährleistet, dass der Arbeitsplatz permanent besetzt ist.

! **Tipp:** Im Grunde unterscheidet sich ein Jobsharing-Arbeitsverhältnis von anderen Teilzeitarbeitsverhältnissen dadurch, dass der Arbeitgeber bei der Festlegung des Arbeitsplans auf einen Teil seines Weisungsrechts verzichtet. Im Übrigen haben Jobsharer dieselben Ansprüche wie andere Arbeitnehmer, unabhängig davon, ob sie in Voll- oder Teilzeit arbeiten. Es besteht Anspruch auf Zahlung des im Arbeits- oder Tarifvertrag vereinbarten Arbeitsentgelts und auf besondere Zuschläge und Sondervergütungen. Jobsharer haben – wie andere Arbeitnehmer auch – Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und auf Erholungsurlaub und sie genießen allgemeinen und besonderen Kündigungsschutz (z.B. bei Schwangerschaft).

Zustandekommen des Arbeitsverhältnisses

Beim Jobsharing schließt jeder beteiligte Arbeitnehmer mit dem Arbeitgeber einen **Arbeitsvertrag**. Darin verpflichtet sich jeder Arbeitnehmer, in Abstimmung mit den anderen Arbeitnehmern den ihm zugewiesenen Arbeitsplatz nach einer eigenen Arbeitszeitverteilung oder -planung alternierend zu besetzen. Während die Planung und Verteilung der Arbeitszeit den an der Arbeitsplatzteilung beteiligten Arbeitnehmern obliegt, muss der Arbeitgeber im jeweiligen Arbeitsvertrag die individuelle Dauer der Arbeitszeit festlegen.

Arbeitszeit

Die Verteilung und **Planung der Arbeitszeit** obliegt nicht dem Arbeitgeber, sondern den beteiligten **Arbeitnehmern**. Diese können die Arbeitszeit so aufteilen, dass sie entweder nacheinander am

selben Arbeitsplatz arbeiten oder täglich, wöchentlich oder monatlich wechseln.

Die beteiligten Arbeitnehmer sind verpflichtet, einen sogenannten **Arbeitsplan aufzustellen** und in diesem die Arbeitszeitverteilung festzulegen. Der Arbeitsplan muss dem Arbeitgeber rechtzeitig bekannt gegeben werden. Er hat für alle Beteiligten, also für die Jobsharer und den Arbeitgeber, rechtsverbindliche Wirkungen. Er kann nach Abgabe nicht mehr einseitig durch die Arbeitnehmer, sondern nur einvernehmlich mit dem Arbeitgeber geändert werden. Der Arbeitsplan muss gewährleisten, dass der Arbeitsplatz während der betriebsüblichen Arbeitszeiten besetzt ist. Können sich die beteiligten Arbeitnehmer über die Arbeitszeitverteilung nicht einigen, entscheidet der Arbeitgeber kraft des ihm zustehenden gesetzlichen Weisungsrechts.

Vertretung

Die an der Arbeitsplatzteilung beteiligten Arbeitnehmer sind nicht automatisch zur Vertretung der anderen Arbeitnehmer verpflichtet. Im Falle der Verhinderung eines beteiligten Arbeitnehmers (z.B. durch Krankheit oder Urlaub) besteht grundsätzlich nur dann eine Vertretungspflicht, wenn der **Arbeitnehmer im Einzelfall dieser zugestimmt** hat. Nicht zulässig ist eine Vereinbarung, nach der die beteiligten Arbeitnehmer generell zur Vertretung der anderen Arbeitnehmer verpflichtet sind.

Eine Pflicht zur Vertretung besteht auch dann, wenn dies durch den Arbeitsvertrag für den Fall festgelegt ist, dass **dringende betriebliche Gründe** vorliegen. Diese ergeben sich allerdings nicht bereits aus dem bloßen Ausfall eines beteiligten Arbeitnehmers. Die Verhinderung muss vielmehr zu zusätzlichen Störungen des Betriebsablaufs führen, die nicht durch andere Arbeitnehmer aufgefangen werden können.

Urlaub

Wie bei allen anderen Arbeitsverhältnissen legt der **Arbeitgeber** den Urlaub fest. Er hat dabei die Wünsche der Jobsharer und aller anderen Arbeitnehmer entsprechend zu berücksichtigen. Für die Jobsharer gilt die Urlaubsverteilung als verbindliche Vorgabe für ihren Arbeitsplan.

Der Jobsharer hat den gleichen **Urlaubsanspruch** wie alle anderen Vollzeit- und Teilzeitarbeitnehmer. Die Berechnung des jeweiligen Urlaubsanspruchs erfolgt wie bei den Teilzeitkräften. Dies gilt auch für die Berechnung des Urlaubsgelds und Urlaubsentgelts.

Kündigungsverbot

Nachdem es sich bei der Arbeitsplatzteilung um rechtlich unabhängige Arbeitsverhältnisse handelt, wird das Arbeitsverhältnis eines beteiligten Arbeitnehmers vom Ausscheiden eines anderen Beteiligten nicht berührt. Der Arbeitnehmer ist nicht berechtigt, dem Arbeitnehmer im Falle des Ausscheidens des anderen Arbeitnehmers zu kündigen. Zulässig kann allerdings eine **Änderungskündigung** oder eine Kündigung aus anderen (z.B. betriebsbedingten) Gründen sein, so zum Beispiel eine betriebsbedingte Kündigung, wenn mit dem Ausscheiden eines Teammitglieds der Bedarf für die Arbeitsleistung des gesamten Teams entfällt. Gegen die (Änderungs-)Kündigung kann sich der Arbeitnehmer mit der Kündigungsschutzklage beim Arbeitsgericht wehren.

8.10.3 Arbeit auf Abruf

Arbeitgeber und Arbeitnehmer können vereinbaren, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen hat. In diesem Fall bestimmt der Arbeitgeber einseitig die **Lage der Arbeitszeit** des Arbeitnehmers. Zum Schutz des

Arbeitnehmers sind allerdings der freien Gestaltung solcher Arbeitsverträge gesetzliche Grenzen gesetzt.

! **Tipp:** Arbeitnehmer auf Abruf haben die gleichen Rechte wie alle anderen Arbeitnehmer. Sie haben also insbesondere auch Anspruch auf Urlaub und Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, ferner genießen sie allgemeinen und besonderen Kündigungsschutz.

Vereinbarung im Arbeitsvertrag

Arbeit auf Abruf muss **ausdrücklich im Arbeitsvertrag vereinbart** werden. Es muss eine bestimmte Mindestdauer der wöchentlichen und täglichen Arbeitszeit festgelegt werden. Wenn der Arbeitsvertrag keine entsprechenden Regelungen enthält, wird die wöchentliche und tägliche Arbeitsdauer gesetzlich bestimmt:

- Wenn die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit nicht arbeitsvertraglich festgelegt ist, gilt eine Arbeitszeit von **20 Stunden** als vereinbart.
- Wenn die Dauer der täglichen Arbeitszeit nicht festgelegt ist, hat der Arbeitgeber die Arbeitsleistung des Arbeitnehmers jeweils für **mindestens drei aufeinanderfolgende Stunden** in Anspruch zu nehmen. Ruft der Arbeitgeber den Arbeitnehmer weniger als drei Stunden täglich zur Arbeit, hat der Arbeitnehmer Anspruch auf Vergütung für eine der Mindestdauer entsprechende Tätigkeit; ferner müssen die drei Stunden auf das Arbeitsdeputat angerechnet werden.

! **Tipp:** Ruft der Arbeitgeber die vereinbarte Mindestarbeitszeit nicht ab, hat der Arbeitnehmer dennoch Anspruch auf Vergütung.

Achtung: Es ist ausgeschlossen, dass der Arbeitnehmer überhaupt nicht zur Arbeit herangezogen wird. Nicht zulässig ist eine Vereinbarung, nach der es dem Arbeitgeber überlassen bleibt, einseitig Umfang und Dauer der Arbeitsleistung des Arbeitnehmers zu bestimmen.

Arbeitgeber und Arbeitnehmer können auch wirksam vereinbaren, dass der Arbeitnehmer über die vertragliche Mindestarbeitszeit hinaus Arbeit auf Abruf leisten muss. In diesem Fall darf allerdings die vom Arbeitgeber einseitig abrufbare Arbeit des Arbeitnehmers nicht mehr als 25 % der vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit betragen.

Abruf der Arbeitsleistung

Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, den Arbeitseinsatz **mindestens vier Tage im Voraus** anzukündigen. Eine kürzere als die gesetzliche Ankündigungsfrist kann nicht wirksam im Arbeitsvertrag vereinbart werden.

! **Tipp:** Hält der Arbeitgeber die gesetzliche **Mindestankündigungsfrist** nicht ein, kann der Arbeitnehmer entscheiden, ob er die Arbeit freiwillig aufnimmt oder nicht zur Arbeit erscheint. Tritt der Arbeitnehmer die Arbeit wegen Fristversäumung nicht an, verletzt er nicht seine arbeitsvertraglichen Pflichten. Die Dauer des geplanten Arbeitseinsatzes wird dann nicht auf das vereinbarte Zeitkontingent angerechnet.

8.10.4 Geringfügige Beschäftigung

Geringfügige Beschäftigungen spielen in der Arbeitswelt eine große Rolle. Dabei handelt es sich um ganz normale Arbeitsverhältnisse, die entweder befristet oder auf unbestimmte Zeit bestehen. Besonderheiten gelten dagegen unter anderem im Sozialversicherungsrecht.

! **Tipp:** Bei den geringfügig Beschäftigten handelt es sich arbeitsrechtlich regelmäßig um **Teilzeitbeschäftigte**. Deshalb gelten die gleichen arbeitsrechtlichen Grundsätze und Bestimmungen wie für Arbeitnehmer in Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen. Geringfügig Beschäftigte haben demnach Anspruch auf den gesetzlichen Mindesturlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und an Feiertagen. Auch das allgemeine und besondere Kündigungsschutzrecht findet auf geringfügig Beschäftigte in vollem Umfang Anwendung.

Formen geringfügiger Beschäftigung

Geringfügige Beschäftigung kann in folgenden Formen erfolgen:

Geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijob)

Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig **im Monat 556,- € (2025)** nicht übersteigt. Zum Arbeitsentgelt gehören alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden. Zum regelmäßigen Arbeitsentgelt zählen auch anteilig Sonderzahlungen, wie zum Beispiel Weihnachtsgratifikationen oder Urlaubsgeld.

Kurzfristige Beschäftigung

Um eine geringfügige Beschäftigung handelt es sich auch dann, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt die Verdienstgrenze von 556,– € (2025) übersteigt (sog. kurzfristige Beschäftigung). Berufsmäßigkeit ist im Regelfall gegeben, wenn die Tätigkeit – und sei es mit Unterbrechungen – mit einer gewissen Regelmäßigkeit aufgenommen, also häufig und voraussehbar aufgenommen wird.

Geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt

Die oben genannten Regelungen gelten auch, wenn die Beschäftigung ausschließlich in **Privathaushalten** ausgeübt wird. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird (z.B. Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigung der Wohnung, Versorgung und Betreuung von Kindern).

Achtung: Mehrere geringfügig entlohnte Beschäftigungen werden zusammengerechnet, ebenso geringfügige Beschäftigungen im gewerblichen Bereich mit geringfügigen Beschäftigungen im Privathaushalt. Wird die Geringfügigkeitsgrenze von 556,– € (2025) überschritten, tritt vom Tag des Überschreitens an neben der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung auch Versicherungspflicht in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung ein.

Anzeigepflicht einer weiteren Beschäftigung

Nimmt der Arbeitnehmer neben der geringfügigen Beschäftigung eine weitere Beschäftigung auf, kann dies zum **Verlust der Versicherungsfreiheit** (vgl. dazu unten) führen. Dies kann für den Arbeitgeber eine Nachbelastung mit Sozialversicherungsbeiträgen zur Folge haben. Deshalb wird dem geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer im Arbeitsvertrag regelmäßig eine Anzeigepflicht bei Aufnahme oder Beendigung weiterer Beschäftigungen auferlegt. Dann kann sich der Arbeitgeber ein vollständiges Bild darüber verschaffen, ob durch die Zusammenrechnung noch Versicherungsfreiheit besteht oder nicht.

Achtung: Zwar besteht eine Anzeigepflicht bereits kraft Gesetzes, sicherheitshalber wird jedoch der Arbeitnehmer im Arbeitsvertrag regelmäßig nochmals darauf hingewiesen. Die Verletzung der Anzeigepflicht hat, auch ohne ausdrückliche Vereinbarung im Arbeitsvertrag, eine Schadensersatzpflicht des Arbeitnehmers zur Folge.

Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Minijobber sind **grundsätzlich versicherungsfrei**. Eine Ausnahme gilt für die Rentenversicherung. Seit dem 1.1.2013 sind geringfügig Beschäftigte bei Neueinstellungen Pflichtmitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern sie sich nicht durch Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. In diesem Fall beläuft sich der vom Arbeitnehmer zu tragende Anteil am Rentenversicherungsbeitrag auf 3,6 % des Arbeitsentgelts.

Lässt sich der Arbeitnehmer von der Versicherungspflicht befreien, zahlt nur der Arbeitgeber den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung von 15 %. Als Folge erwirbt der Arbeitnehmer

aber auch keine vollen Leistungsansprüche aus der Rentenversicherung. Die Befreiung kann nur für die Zukunft und im Falle der Ausübung mehrerer geringfügiger Beschäftigungen nur einheitlich für alle Beschäftigungen erklärt werden. Obwohl das Nachweisgesetz Arbeitgeber nicht dazu verpflichtet, ihre Arbeitnehmer auf die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht hinzuweisen, wird in der Praxis regelmäßig im Arbeitsvertrag auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht.