

Zusammenfassung Stammtisch „Selbstbestimmt Wohnen und Leben in Erfurt“ 10.01.2025, 14:30 Uhr bis 16:30 Uhr



Wohnen im Raum

Notizen und Ergebnisse

- **Vorstellungsrunde, Vorstellung des Veranstaltungsortes, Projekt Wohnen im Raum**
- **Gast: Frau Tscherner vom Thüringer Ministerium für Digitales und Infrastruktur**
- **Thema: Wir sprachen über Fragen rund um die Pflege (siehe Informationsmaterial im Anhang)**
- **Austausch und Klärung von Fragen zum Vortrag**
 - Ab dem 01.01.2025 wurden alle Pflegeleistungen angehoben und ab 01.07.2025 kann man die Beträge aus Kurzzeit- und Verhinderungspflege anders „besser“ kombinieren.
 - Nachbarschaftshilfe ist nach Absolvierung eines Kurses möglich, dieser muss alle fünf Jahre wiederholt werden. Abrechnen kann man ab 01.01.2025 131 Euro statt bisher 125 Euro. In Thüringen gilt eine Sonderregel. Bis 31.12.2025 ist Nachbarschaftshilfe ohne Kurs abrechenbar.
 - Neue Juristische Wochenschrift Nr. 30/2024 „Vorsorgevollmacht“
 - Wer Hilfe zur Pflege von einem Sozialhilfeträger erhält, muss bei 1 % Zuzahlungen (im Fall von Pflegegrad mindestens 3 oder chronisch krank) nur rund 68 Euro bezahlen. Bei 2 % (im Fall von ohne Pflegegrad oder Pflegegrad unter 3 oder nicht chronisch krank) sind es 136 Euro.
- **Nächste Termine**
 - **14.02.2025:** 14:30 Uhr, Stammtisch zum Thema Organspende Gast Herr Brick, LIGA Selbstvertretung Thüringen e.V.
 - **14.03.2025** 14:30 Uhr, Stammtisch zum Thema Auswertung der Bundestagswahlen
 - **11.04.2025** 14:30 Uhr, Stammtisch zum Thema Werkstatt für behinderte Menschen „WfbM“
Gäste Herr Hartung, CJD und Herr Brick, LIGA Selbstvertretung Thüringen e.V.
 - **16.05.2025** 14:30 Uhr, Stammtisch Themenwünsche willkommen
 - **12.05.2025** internationale Tag der Pflege



Merkblatt

Beihilfe

Neue Leistungsbeträge für Pflegeleistungen ab 1. Januar 2025
(Stand: November 2024)

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) hat der Gesetzgeber eine Anpassung aller Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2025 beschlossen. Die Leistungsbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) steigen jeweils um 4,5 Prozent.

Aufgrund der Verweisungen in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) gelten die angepassten Beträge unmittelbar auch für die Beihilfe.

Die neuen Beträge für Pflegeaufwendungen sind nachfolgend aufgeführt:

Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrad 1	Kein Anspruch	Kein Anspruch
Pflegegrad 2	796,00 Euro	761,00 Euro
Pflegegrad 3	1.497,00 Euro	1.432,00 Euro
Pflegegrad 4	1.859,00 Euro	1.778,00 Euro
Pflegegrad 5	2.299,00 Euro	2.200,00 Euro

Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrad 1	Kein Anspruch	Kein Anspruch
Pflegegrad 2	347,00 Euro	332,00 Euro
Pflegegrad 3	599,00 Euro	573,00 Euro
Pflegegrad 4	800,00 Euro	765,00 Euro
Pflegegrad 5	990,00 Euro	947,00 Euro

Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrad 1	Kein Anspruch	Kein Anspruch
Pflegegrad 2	721,00 Euro	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1.357,00 Euro	1.298,00 Euro
Pflegegrad 4	1.685,00 Euro	1.612,00 Euro
Pflegegrad 5	2.085,00 Euro	1.995,00 Euro

Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrad 1	131,00 Euro	125,00 Euro
Pflegegrad 2	805,00 Euro	770,00 Euro
Pflegegrad 3	1.319,00 Euro	1.262,00 Euro
Pflegegrad 4	1.855,00 Euro	1.775,00 Euro
Pflegegrad 5	2.096,00 Euro	2.005,00 Euro

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Pflegegrad	Höchstbetrag im Kalenderjahr ab 1. Januar 2025	Höchstbetrag im Kalenderjahr bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 2 bis 5	1.854,00 Euro	1.774,00 Euro

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Pflegegrad	Höchstbetrag im Kalenderjahr ab 1. Januar 2025	Höchstbetrag im Kalenderjahr bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 2 bis 5	1.685,00 Euro	1.612,00 Euro

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 1 bis 5	131,00 Euro	125,00 Euro

Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 1 bis 5	224,00 Euro	214,00 Euro

Pflegeverbrauchshilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 1 bis 5	42,00 Euro	40,00 Euro

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Pflegegrad	Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 1 bis 5	4.180,00 Euro	4.000,00 Euro

Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40b SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag ab 1. Januar 2025	monatlicher Höchstbetrag bis 31. Dezember 2024
Pflegegrade 1 bis 5	53,00 Euro	50,00 Euro

Weitere Informationen zu den einzelnen Pflegeleistungen finden Sie in den gesonderten Merkblättern Häusliche Pflege und Vollstationäre Pflege unter www.beihilfe.bund.de.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Beihilfeteam
im Bundesverwaltungsamt
- Dienstleistungszentrum –

Anteil Pflegebedürftige in Pflege allein durch Angehörige in % in Thüringen

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Pflegestatistik; Bevölkerungsfortschreibung; Grundlage der Fortschreibung der Bevölkerungszahl ist ab dem Berichtsjahr 2011 die Datenbasis des Zensus 2011 mit Stichtag 9.5.2011.

1) Empfänger von teilstationärer Pflege erhalten in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflege und sind somit in der Zahl dieser Pflegebedürftigen bereits enthalten. Um Mehrfachzählungen bei den Pflegebedürftigen insgesamt zu vermeiden, bleiben die Empfänger von teilstationärer Pflege deshalb beginnend ab 2009 hier unberücksichtigt. Ab dem Jahr 2017 erhalten die Empfänger von teilstationärer Pflege des Pflegegrades 1 kein Pflegegeld und werden in der Summierung der Pflegebedürftigen insgesamt berücksichtigt. (In den Pflegegraden 2 - 5 erhalten sie in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflege. Sie sind dadurch bereits bei der Zahl der Pflegebedürftigen erfasst.)

Ab 2019 können erstmals Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/Betreuungsdienste oder Pflegeheime erfasst werden.

Gebietsstand: 31.12. des jeweiligen Jahres

Kreisfreie Stadt Landkreis	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
	%										
											
Stadt Erfurt	48,4	46,1	45,2	45,6	47,4	45,2	47,3	47,6	50,6	51,7	53,8
Stadt Gera	38,5	37,6	36,8	37,5	36,9	34,4	32,5	37,5	43,2	43,2	45,3
Stadt Jena	31,8	31,4	32,3	31,7	31,6	30,6	33,9	36,1	42,2	44,4	48,2
Stadt Suhl	43,1	44,1	42,1	42,5	47,1	47,6	49,1	47,3	54,8	51,7	46,3
Stadt Weimar	35,0	34,5	31,4	29,7	31,0	31,2	34,0	33,8	37,0	34,5	39,6
Stadt Eisenach	40,3	42,0	38,0	41,8	40,9	39,8	45,7	42,1	45,4	39,0	-
Eichsfeld	62,4	61,1	58,7	59,2	58,8	61,1	59,1	57,7	61,7	61,3	55,8
Nordhausen	52,3	51,2	51,3	53,0	53,3	51,1	52,2	49,1	52,0	50,0	48,7
Wartburgkreis	70,2	65,4	59,4	61,6	60,9	57,6	58,5	58,9	63,9	64,7	57,6
Unstrut-Hainich-Kreis	60,0	55,0	52,9	50,6	49,0	51,3	52,6	52,0	56,1	54,1	52,6
Kyffhäuserkreis	64,4	62,0	62,2	61,1	60,7	61,2	58,0	57,0	60,6	54,3	52,1

Kreisfreie Stadt Landkreis	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
	%										
Schmalkalden- Meiningen	57,1	53,5	53,7	53,2	52,2	50,0	53,0	54,4	56,5	53,8	52,3
Gotha	55,7	52,8	50,3	48,0	46,3	46,5	47,4	48,5	52,7	53,5	53,0
Sömmerda	64,4	61,2	58,9	58,3	58,2	57,6	54,0	53,7	52,6	54,6	52,5
Hildburghausen	50,7	50,8	47,9	46,5	50,7	52,2	52,8	53,9	58,8	56,6	57,6
Ilm-Kreis	55,0	50,9	49,0	49,6	48,9	50,8	50,7	51,6	56,6	52,9	54,8
Weimarer Land	55,8	53,5	50,8	57,0	58,1	59,8	56,2	57,4	61,9	55,8	52,3
Sonneberg	52,2	50,3	47,7	49,5	51,1	51,5	50,3	51,1	52,1	60,7	58,5
Saalfeld-Rudolstadt	53,9	52,4	49,2	46,4	46,4	46,7	46,9	46,2	50,9	48,6	50,0
Saale-Holzland-Kreis	53,1	51,6	52,2	50,1	47,6	49,8	52,1	54,1	55,8	56,3	55,3
Saale-Orla-Kreis	52,8	50,3	47,6	46,6	44,5	44,5	44,3	45,3	50,5	49,8	50,6
Greiz	44,4	40,9	40,4	39,0	39,3	40,4	38,7	38,9	43,3	43,0	44,4
Altenburger Land	49,3	50,2	49,9	48,6	48,8	48,0	47,3	47,4	50,9	46,9	48,8

Befreiung von Zuzahlungen

Ihre Belastungsgrenze durch Zuzahlungen ist erreicht? Dann wird es Zeit für die Befreiung! Das geht ganz einfach. Stellen Sie einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen bei Ihrer AOK.

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen folgende Unterlagen bei:

- Alle Quittungen über geleistete gesetzliche Zuzahlungen. Darauf müssen Ihre persönlichen Daten vermerkt sein. Bei Rechnungen, zum Beispiel für Krankenhauszuzahlungen, ist zusätzlich ein Zahlungsnachweis (Kontoauszug) notwendig. Unser Tipp: Sammeln Sie ab Jahresbeginn alle Quittungen über die geleisteten Zuzahlungen.
- Kopien aller Nachweise über Ihre Einnahmen. Dazu zählen beispielsweise:
 - Gehaltsbescheinigung inklusive Sonderzuwendungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld oder
 - aktueller Rentenbescheid oder
 - **Bescheid über Grundsicherungsleistungen oder Bürgergeld.**
- Sie haben eine chronische Erkrankung? Eine Bestätigung erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt.

Die Befreiung gilt für den Rest des Kalenderjahres. Auch der Befreiungsausweis, den Sie anschließend erhalten, gilt jeweils für das laufende Kalenderjahr. Die Belastungsgrenze wird jedes Jahr neu ermittelt.

Sollten Sie also, einen Bescheid über die Hilfe zur Pflege bekommen indem der Restbetrag komplett gedeckelt wird, melden sie es der zuständigen Kasse, denn dann haben sie eine Grundsicherung und zahlen nur noch ca. 67 EUR.

Nicht vergessen ab Pflegegrad 3 gibt es auch die sogenannten Transportscheine zum Arzt und zurück. Ausstellung erfolgt über den zuständigen Arzt.

Rechtsanwalt Dr. Steffen Kurth*

Vorsorgevollmachten – ausgewählte Praxisprobleme und entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten

Der Aufsatz beleuchtet die Frage, ob es aufgrund der im Einzelnen noch nicht gerichtlich geklärten Rechtslage möglich oder zumindest sinnvoll ist, in Vorsorgevollmachten einzelne Aspekte des Innenverhältnisses zu regeln. Insbesondere wird auf das Verhältnis zwischen mehreren Bevollmächtigten, die Auskunftspflichten, die Vergütung und die Haftung eingegangen.

I. Einleitung

[1] Ausgangspunkt für die Überlegung einer Person, eine Vorsorgevollmacht zu errichten, ist in aller Regel ihr Wunsch, die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers möglichst zu verhindern. Hat jemand für den Fall, dass er für sich selbst nicht mehr handeln kann, keine Vorsorge getroffen, bestellt das zuständige Betreuungsgericht einen gesetzlichen Betreuer, damit im Ernstfall für eine ordnungsgemäße Vertretung des Volljährigen gesorgt ist. Die Bestellung eines solchen Betreuers wird häufig vom betroffenen Erwachsenen abgelehnt, weil er befürchtet, den vom Gericht ausgewählten Betreuer nicht zu kennen und dass dieser unter Umständen Entscheidungen trifft, die von ihm so jedenfalls nicht gewünscht sind. Personen, die vertrauenswürdige Angehörige oder Freunde haben (wie zB Ehepartner oder Kinder), treffen deshalb für den Ernstfall oftmals Vorsorge und statten ihre Vertrauenspersonen mit entsprechenden Befugnissen, das heißt Vollmachten, aus, damit diese für sie im Fall ihrer Betreuungsbedürftigkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit handeln können. So ist gewährleistet, dass für die Bestellung eines Betreuers, abgesehen von wenigen Ausnahmen, kein Bedarf besteht, vgl. § 1814 III 2 Nr. 1 BGB.

[2] Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Vorsorgevollmachten mittlerweile weit verbreitet sind. Zuletzt ist die Anzahl der im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer neu registrierten Vorsorgevollmachten nochmals gestiegen, auf 403.001 im Jahr 2023 gegenüber 340.195 im Vorjahr.¹ Die zunehmende praktische Relevanz derartiger Vollmachten hat dazu geführt, dass sich Gerichte vermehrt mit ihnen beschäftigen, sei es in Betreuungsverfahren oder im Rahmen zivilgerichtlicher Rechtsstreitigkeiten. Das gibt Anlass, nachfolgend zu beleuchten, wie sich die Gesetzeslage bei einzelnen Teilaspekten von Vorsorgevollmachten darstellt, wenn diese vom Vollmachtgeber nicht

geregelt werden. Zugleich sollen im Interesse von Vollmachtgebern und -nehmern um Rechtsklarheit verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

II. Rechtliche Einordnung von Vorsorgevollmachten und des Grundverhältnisses

[3] Üblicherweise werden Vorsorgevollmachten als Generalvollmachten ausgestaltet, mit denen Vollmachtgeber Vertrauenspersonen ermächtigen, sie möglichst umfassend zu vertreten. Dabei gilt die rechtsgeschäftliche Vertretungsmacht für den Bereich der persönlichen und der Vermögenssorge gleichermaßen. Sie umfasst in vermögensrechtlicher Hinsicht etwa die Befugnis, Rechtshandlungen und -geschäfte im Namen des Vollmachtgebers vorzunehmen sowie über dessen Vermögenswerte zu verfügen, für ihn Erklärungen aller Art abzugeben und entgegenzunehmen. Demgegenüber berechtigt eine Vorsorgevollmacht in persönlichen Angelegenheiten oftmals unter anderem zur Einwilligung zu oder Untersagung von medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und ärztlichen Eingriffen, zum Abbruch lebenserhaltender bzw. Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen sowie zu Beschränkungen, wie zum Beispiel zur Anbringung von Bettgittern und Verabreichung von Medikamenten zur Ruhigstellung.

[4] Ein allumfassendes Vertreterhandeln auf Grundlage der Vorsorgevollmacht ohne jegliche Grenzen scheidet indessen aus. Konstellationen, in denen eine gewillkürte Stellvertretung gesetzlich ausgeschlossen ist, sind etwa die Vater-

* Der Autor (LL. M.) ist Rechtsanwalt und Notar sowie Fachanwalt für Erbrecht bei Brandi Rechtsanwälte Partnerschaft mbB in Bielefeld.

1 Vgl. https://www.vorsorgeregister.de/fileadmin/user_upload_zvr/Dokumente/Jahresberichte_ZVR/2023-JB-ZVR.pdf (zuletzt abgerufen am 15.6.2024).

schaftsanerkennung (vgl. § 1596 IV BGB) sowie -anfechtung (§ 1600a I, II 3 BGB) und für geschäftsunfähige Erblasser der Abschluss eines Erbverzichts (vgl. § 2347 S. 2 BGB). Soweit kein gesetzlicher Ausschlussgrund vorliegt, berechtigt die Vollmacht allerdings regelmäßig zu einer umfassenden Vertretung.²

[5] Von der Vollmacht zu unterscheiden ist das ihr zugrunde liegende Rechtsverhältnis.³ Wie das Grundverhältnis im Einzelfall zu qualifizieren ist, hat erhebliche Auswirkungen auf die nachfolgend darzustellenden Fragestellungen. Erfahrungsgemäß wird der Bevollmächtigte für den Vollmachtgeber tätig, ohne ein Entgelt für seine Tätigkeit vereinbart zu haben. Das gilt insbesondere bei Bevollmächtigungen nahestehender Personen. Mangels Entgeltabrede scheidet dann im Innenverhältnis ein Geschäftsbesorgungsvertrag (§ 675 BGB) aus und es liegt regelmäßig entweder eine unverbindliche Gefälligkeit oder ein Auftrag (§ 662 BGB) vor.⁴

[6] Die beiden letztgenannten Rechtsinstitute haben neben der Unentgeltlichkeit die grundsätzliche Uneigennützigkeit gemeinsam, unterscheiden sich aber insofern, als die Parteien bei einem Auftrag einen Rechtsbindungswillen haben, der bei einer bloßen Gefälligkeit fehlt.⁵ Wenn (wie in der Praxis häufig) in der Vollmachtsurkunde selbst oder an anderer Stelle nicht bestimmt ist, ob es sich um eine Gefälligkeit oder einen Auftrag handelt, erfolgt die Qualifikation im Einzelfall durch Auslegung. Bei der Auslegung nimmt die Rechtsprechung die Abgrenzung danach vor, wie sich unter Berücksichtigung der konkreten Einzelfallumstände sowie der Verkehrssitte aus Sicht eines objektiven Dritten nach Treu und Glauben das Handeln des Bevollmächtigten darstellt. Ein Rechtsbindungswille und damit Auftragsverhältnis wird von Gerichten mangels gegenteiliger Anhaltspunkte insbesondere dann bejaht, „wenn erkennbar ist, dass für den Leistungsempfänger wesentliche Interessen wirtschaftlicher Art auf dem Spiel stehen und er sich auf die Leistungszusage verlässt, oder wenn der Leistende an der Angelegenheit ein eigenes rechtliches oder wirtschaftliches Interesse hat“⁶. Dagegen wird üblicherweise davon ausgegangen, dass einer isolierten Kontovollmacht, mit welcher der Vollmachtgeber der bevollmächtigten Person „nur“ die Verfügung über sein Konto ermöglicht, ein Gefälligkeitsverhältnis ohne Rechtsbindungswillen zugrunde liegt.⁷

[7] Im Lichte der vorstehenden Maßstäbe geht die Rechtsprechung bei Vorsorgevollmachten häufig vom Vorliegen eines Rechtsbindungswillens und daher eines Auftragsverhältnisses aus. Denn Vorsorgevollmachten sind in aller Regel als Generalvollmachten und damit deutlich umfassender ausgestaltet als reine Kontovollmachten. Sie erlauben eine Vertretung in sämtlichen Bereichen, in denen eine rechtsgeschäftliche Stellvertretung gesetzlich zulässig ist. Eine derart umfassende Vertretungsmöglichkeit ist gerade dem Umstand geschuldet, dass andernfalls die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers drohen könnte für die Bereiche, die von der Vollmacht ausgenommen sind, was jedoch von dem Betroffenen regelmäßig nicht gewollt ist. Damit stehen für jedermann erkennbar wesentliche Interessen des Geschäftsherrn wirtschaftlicher Art auf dem Spiel.⁸

[8] Schwierigkeiten bereitet in der Praxis oftmals die Qualifikation des Grundverhältnisses bei einer Vorsorgevollmacht, die einem Ehegatten oder nichtehelichen Lebenspartner erteilt wird. Denn je näher die Beziehung eines Vollmachtgebers zu seinem Vollmachtnehmer ist, desto mehr

Zurückhaltung dürfte geboten sein, einen Rechtsbindungswillen anzunehmen.⁹ Der BGH hat daher frühzeitig darauf hingewiesen, dass die Erteilung einer Generalvollmacht an einen Ehegatten nicht ausreicht, um im Grundverhältnis einen Rechtsbindungswillen und damit ein Auftragsverhältnis zwischen den Ehegatten zu bejahen. Zugleich hat er aber auch angemerkt, dass für eine Vermögensverwaltung und damit für einen Rechtsbindungswillen der Umstand sprechen kann, dass der Bevollmächtigende als Vermögensinhaber sich während der Verwaltungsdauer nicht selbst um Vermögensverfügungen kümmern kann.¹⁰ Eine Vorsorgevollmacht, die jemand seinem Ehegatten oder Lebenspartner erteilt, soll erfahrungsgemäß die Anordnung einer Betreuung im Fall der Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers vermeiden. Daher werden die Beteiligten oftmals davon ausgehen, dass der Vollmachtgeber während der Verwaltungsdauer Vermögensverfügungen gerade nicht selbst treffen kann. Aufgrund dessen werden auch Vorsorgevollmachten zugunsten Ehegatten und Lebenspartnern häufig Auftragsverhältnisse zugrunde liegen.¹¹

[9] Die bisherige Rechtsprechung scheint dieser Einschätzung dagegen teilweise ablehnend gegenüberzustehen. Nach Ansicht des OLG Köln sind wegen der weitreichenden Pflichten des bevollmächtigten Ehegatten, die bei einem Auftragsverhältnis zu erfüllen sind, an die Feststellung eines Rechtsbindungswillens keine geringen Anforderungen zu stellen. Daher entstehe selbst dann kein Auftragsverhältnis, wenn Ehegatten während ihres Zusammenlebens bestimmten, dass einer von ihnen die Wirtschaftsführung im Wesentlichen allein übernehme, und die verfügbaren Mittel überwiegend aus der Sphäre des anderen Ehegatten stammten.¹²

[10] Festzuhalten bleibt danach, dass insbesondere in dem Fall, dass Ehegatten bevollmächtigt werden, die Qualifikation des Grundverhältnisses nicht sicher vorherzusagen ist. Deshalb kann es sich anbieten, entweder in der Vollmacht oder in separater Urkunde ausdrücklich zu bestimmen, wie das Innenverhältnis ausgestaltet ist.¹³

III. Klärungsbedürftige Aspekte und diesbezügliche Gestaltungsmöglichkeiten

[11] Nachfolgend werden einige aus Praxissicht besonders klärungsbedürftige und damit streitanfällige Gesichtspunkte

- 2 Vgl. Grüneberg/Ellenberger BGB, 83. Aufl. 2024, BGB § 167 Rn. 7; Horn AnwForm Vorsorgevollmachten/Sticherling, 2. Aufl. 2023, § 1 Rn. 86.
- 3 OLG Saarbrücken 17.10.2014 – 5 U 7/14, BeckRS 2015, 7788 Rn. 30; Grüneberg/Ellenberger, 83. Aufl. 2024, BGB § 167 Rn. 4; MüKoBGB/Schubert, 9. Aufl. 2021, BGB § 164 Rn. 221; Stascheit RNotZ 2020, 61 (62).
- 4 Vgl. Roth NJW-Spezial 2022, 551.
- 5 MüKoBGB/Schäfer, 9. Aufl. 2023, BGB § 662 Rn. 29.
- 6 So zum Vorstehenden etwa BGH NJW 2015, 2880; OLG Schleswig ErbR 2014, 347 (348) = BeckRS 2014, 12054.
- 7 BGH NJW 2000, 3199; OLG Düsseldorf ZEV 2007, 184 (185).
- 8 Vgl. etwa OLG Brandenburg 19.3.2013 – 3 U 1/12, BeckRS 2013, 6305; OLG Schleswig ErbR 2014, 347 (348) = BeckRS 2014, 12054; OLG Saarbrücken NJW-RR 2023, 1119 (1120); OLG Karlsruhe ZEV 2024, 248.
- 9 MüKoBGB/Bachmann, 9. Aufl. 2022, BGB § 241 Rn. 242.
- 10 BGH NJW 1986, 1870 (1871).
- 11 Ebenso zum Vorstehenden Stascheit RNotZ 2020, 61 (64). S. auch Roth NJW-Spezial 2022, 551; Vollmer MittBayNot 2016, 386 (387).
- 12 So zum Vorstehenden OLG Köln 17.8.2001 – 19 U 143/97, BeckRS 2001, 161097.
- 13 Horn NJW 2018, 2611 (2611 f.).

von Vorsorgevollmachten und der ihnen zugrunde liegenden Rechtsverhältnisse dargestellt. Zugleich werden mögliche Gestaltungen zur Vermeidung solcher Unklarheiten aufgezeigt.

1. Informationspflichten von Bevollmächtigten

[12] Von Vollmachtgebern und -nehmern oftmals nicht bedacht und damit nicht geregelt ist die Frage, inwieweit die bevollmächtigte Person Auskunft sowie Rechenschaft über die von ihr getätigten Geschäfte schuldet.¹⁴ Werden hierzu keine Regelungen getroffen, treffen den Bevollmächtigten umfangreiche Informationspflichten, falls von einem der Vollmacht zugrunde liegenden Auftragsverhältnis ausgegangen wird. Konkret hat der Bevollmächtigte als Geschäftsbesorger dann nach § 666 BGB die erforderlichen Nachrichten zu geben, auf Verlangen über den Stand des Geschäfts Auskunft zu erteilen und nach Auftragsausführung Rechenschaft abzulegen. Besonders weitreichende Folgen hat die erwähnte Rechenschaftspflicht, die mit Beendigung des Auftrags verlangt werden kann. Ihre Einzelheiten regelt § 259 BGB. Danach schuldet der Auftragnehmer eine übersichtliche, in sich verständliche Zusammenstellung sämtlicher Einnahmen und Ausgaben. Jene muss gleichermaßen detailliert und verständlich sein, so dass der Berechtigte seine etwaigen Ansprüche bzw. Verpflichtungen sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach ohne fremde Hilfe überprüfen kann.¹⁵ In diesem Zusammenhang kommt zum Tragen, dass das Auftragsverhältnis nach § 672 S. 1 BGB nicht durch den Tod des Auftraggebers erlischt, sondern entsprechend § 671 I BGB oftmals erst durch dessen Erben widerrufen wird. Demzufolge sind die Erben des ursprünglichen Auftraggebers Gläubiger des Rechenschaftsanspruchs. Sie können grundsätzlich ohne jegliche zeitliche Beschränkung Rechenschaft über die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen des gesamten Auftragsverhältnisses verlangen.¹⁶ Mithin ist der unentgeltlich tätig gewordene Auftragnehmer dazu verpflichtet, den Rechtsnachfolgern des verstorbenen Auftraggebers sämtliche von ihm veranlassten Einnahmen und Ausgaben ab Auftragserteilung bis zu dessen Beendigung zusammenzustellen und zugleich nach Maßgabe des § 259 I BGB entsprechende Belege vorzulegen.

[13] Zuweilen schränkt die Rechtsprechung die weitreichenden Rechenschaftsansprüche ein. So richte sich deren konkreter Inhalt und Umfang, falls nichts Näheres bestimmt sei, nach Treu und Glauben, der Verkehrssitte sowie den Einzelfallumständen, weshalb es unter anderem auf die Erforderlichkeit und Zumutbarkeit der Rechenschaft ankomme.¹⁷ Wie weit die Einschränkungen im jeweiligen konkreten Fall gehen, ist jedoch für Auftraggeber und -nehmer oftmals schwer vorhersehbar, mithin mit Rechtsunsicherheiten verbunden.

[14] Angesichts dessen überrascht es, dass nach bisheriger Erfahrung überwiegend keine Regelungen zu Informationspflichten im Rahmen von Vorsorgevollmachten getroffen werden.¹⁸ Teilweise wird diskutiert, die Pflichten der Auftragnehmer im Hinblick auf die Rechenschaft wegen eines vermeintlichen Informationsbedürfnisses von Erben zu verstärken.¹⁹ Jedenfalls in Fällen, in denen Vertrauenspersonen bevollmächtigt werden, erscheint es jedoch zweifelhaft, dass Auftraggeber stets eine Verschärfung der Rechenschafts-

pflichten wünschen. Ebenso wenig ist sie im Interesse der Auftragnehmer und könnte gar dazu führen, dass Letztere aus Sorge um die sie treffenden verschärften Rechenschaftspflichten Abstand nehmen von der Auftragsdurchführung, zumal sie für diese kein Entgelt erhalten.²⁰

[15] Konträr zu dem Vorschlag nach einer Verstärkung der Rechenschaftsansprüche sprechen sich andere Stimmen in der Literatur dafür aus, solche Ansprüche vollständig auszuschließen.²¹ Inwieweit ein solcher Totalausschluss zulässig ist, wird uneinheitlich beurteilt.²² Unabhängig davon, ob ein Ausschluss möglich ist, wird er oftmals nicht im Interesse des Auftraggebers sein. Zwar sollen die Auftragnehmer mithilfe der Vollmachten auch im Fall einer möglichen künftigen Geschäftsunfähigkeit des Auftraggebers handeln können, aber herkömmlicherweise eben nicht nur dann, sondern zum Beispiel auch schon vorher. Dementsprechend dürfte der Auftraggeber daran interessiert sein, über die vom Auftragnehmer veranlassten Geschäfte informiert zu werden.²³

[16] Daneben werden auch vermittelnde Regelungen vorgeschlagen. Beispielsweise wird zum Teil für eine summenmäßige Begrenzung plädiert, wonach Rechenschaft nur für solche Rechtsgeschäfte geschuldet wird, die einen bestimmten Eurobetrag übersteigen.²⁴ Der Vorteil einer solchen Gestaltung ist die damit einhergehende Entlastung des Auftragnehmers, der über alltägliche und sonstige Geschäfte mit überschaubarem Wert nach Beendigung des Auftrags keine Rechenschaft legen muss.²⁵ Eine solche Einschränkung der Informationspflichten geht allerdings zulasten der von ihr ansonsten ausgehenden präventiven Wirkung, die den Auftragnehmer aus Sorge um spätere Offenlegung davon abhält, Geschäfte zum Nachteil des Auftraggebers vorzunehmen. Denn es bleibt zum Beispiel das Risiko, dass der Auftragnehmer ein Rechtsgeschäft in mehrere Teile aufspaltet, so dass jeder Teil wertmäßig unterhalb der Begrenzung liegt, bis zu der keine Rechenschaft verlangt werden kann.²⁶

[17] Alternativ wird vorgeschlagen, die Informationspflichten zeitlich zu begrenzen, etwa auf die vorausgegangenen sechs bzw. zwölf Monate.²⁷

[18] Schließlich können die Beteiligten nach der Rechtsprechung die Informationsrechte auch als höchstpersönlich für den ursprünglichen Auftraggeber ausgestalten. Infolgedessen könnte angeordnet werden, dass Auskunft und Rechenschaftslegung nur gegenüber dem ursprünglichen Auftraggeber geschuldet sind, nicht aber gegenüber dessen Erben und sonstigen Personen.²⁸

14 Vgl. Vollmer MittBayNot 2016, 386.

15 Zum Vorstehenden OLG München MittBayNot 2018, 435 (437) mwN.

16 Ebenso Vollmer MittBayNot 2016, 386 (387). S. allg. zur Rechenschaftslegung „über den gesamten Vertragszeitraum“ OLG Saarbrücken NJW-RR 2000, 229.

17 BGH NJW 1985, 2699; NJW-RR 2016, 1391 (1393) mwN.

18 Sarres ZEV 2013, 312 (313); Stascheit RNotZ 2020, 61 (67).

19 S. Sarres ZEV 2013, 312 (313).

20 So auch Stascheit RNotZ 2020, 61 (67).

21 OLG München ZEV 2018, 149 (150); Staudinger/Martinek/Omlor BGB, 2017, BGB § 666 Rn. 11.

22 Zum Streitstand Staudinger/Martinek/Omlor, 2017, BGB § 666 Rn. 11; Vollmer MittBayNot 2016, 386 (388).

23 So auch Jülicher ZEV 2017, 645 (648); Stascheit RNotZ 2020, 61 (68).

24 Horn/Schabel NJW 2012, 3473 (3476); Horn NJW 2018, 2611 (2612).

25 So Stascheit RNotZ 2020, 61 (69).

26 Zum Vorstehenden Vollmer MittBayNot 2016, 386 (388).

27 Vgl. Horn NJW 2018, 2611 (2612); Sarres ZEV 2013, 312 (313).

28 BGH NJW-RR 1990, 131. Krit. Burandt/Rojahn/Kurze Erbrecht, 4. Aufl. 2022, BGB § 666 Rn. 12.

2. Wirksamkeit der von den Bevollmächtigten abgegebenen Erklärungen

[19] Falls der Vollmachtgeber nichts anderes bestimmt hat, kann ihn ein Bevollmächtigter entsprechend § 167 I BGB grundsätzlich sofort nach Vollmachterteilung wirksam vertreten. Das gilt selbst wenn der Vorsorgefall, das heißt die Geschäftsunfähigkeit bzw. Betreuungsbedürftigkeit des Vertretenen, noch nicht eingetreten ist oder ein solches Handeln dessen Interesse und Willen widerspricht.

[20] Die sofortige Handlungsmöglichkeit eines Vertreters ist Vollmachtgebern oftmals weder bekannt noch von ihnen gewollt. Um die Möglichkeit zur sofortigen Vertretung auszuschließen, wird zuweilen die Vollmacht im Außenverhältnis unter die aufschiebende Bedingung gestellt, dass der erwähnte Vorsorgefall eintritt. Zwar wird hierdurch das Risiko ausgeschlossen, dass der Bevollmächtigte die Vertretungsmacht voreilig (aus)nutzt.²⁹ Allerdings ist dann der Bedingungseintritt stets zuerst gegenüber dem Erklärungsempfänger nachzuweisen. Das schränkt die Praktikabilität der Vollmacht ein und stellt hohe Anforderungen an die genaue Formulierung der Bedingung.³⁰ Die Schwierigkeiten werden noch dadurch verstärkt, dass der Bedingungseintritt dann teilweise, wie zum Beispiel gegenüber Grundbuchämtern, in einer bestimmten Form nachzuweisen ist, vgl. § 29 I GBO.

[21] Stattdessen ist es empfehlenswert, im Innenverhältnis anzuordnen, von der Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Vorsorgefall eintritt.³¹ Zugleich sollte der Geschäftsherr im Außenverhältnis vorsehen, dass die Erklärungen seines Stellvertreters zwar sofort nach Erteilung der Vollmacht wirksam sind, allerdings nur, wenn er im Besitz der entsprechenden Vollmachtsurkunde ist, vgl. §§ 171, 172 BGB. Insbesondere im Fall privatschriftlicher Vollmachten bewahrt dann der Vollmachtgeber das Original der Vollmacht zunächst selbst auf und händigt es dem Bevollmächtigten erst aus, wenn er dies für sinnvoll hält (sog. Schubladenlösung), freilich verbunden mit der Gefahr der Handlungsunfähigkeit, falls die Vollmachtsurkunde bis zum Eintritt der Geschäftsunfähigkeit nicht ausgehändigt wurde. Letztgenannte Gefahr kann der Vollmachtgeber bei notariell beurkundeten Vollmachten durch das Modell der sogenannten Ausfertigungssperre bannen. Dabei weist er den Notar an, dem Bevollmächtigten eine Ausfertigung der Vollmacht erst bei Nachweis des Eintritts bestimmter Bedingungen (zB Geschäftsunfähigkeit belegt etwa durch ärztliches Attest) zu erteilen.³²

3. Verhältnis zwischen mehreren Bevollmächtigten

[22] Soweit der Vollmachtgeber nur eine einzelne Person zur rechtsgeschäftlichen Vertretung ermächtigt, besteht die Gefahr, dass das Betreuungsgericht doch einen Betreuer bestellt, nämlich für den Fall, dass der einzige Bevollmächtigte die Vollmacht nicht ausüben kann oder möchte. Um das Risiko zu vermeiden, geht die Empfehlung der Praxis dahin, nach Möglichkeit mehrere Personen zu bevollmächtigen,³³ vorausgesetzt, es besteht ein Vertrauensverhältnis zu diesen Personen, das aufgrund der mit einer Vorsorgevollmacht einhergehenden weitreichenden Vertretungsmöglichkeiten erforderlich ist.

[23] Im Fall der Benennung mehrerer Bevollmächtigter stellt sich wiederum die Frage nach deren Verhältnis untereinander. Regelt der Vollmachtgeber dieses nicht, gelten seine Vertreter als gleichberechtigt,³⁴ wobei durch Auslegung zu ermitteln ist, ob sie jeweils zur Einzel- oder lediglich gemeinschaftlichen Vertretung befugt sind.³⁵

[24] Eine gleichberechtigte Einzelvertretungsbefugnis wird nicht stets gewollt sein. Abhängig von den Vorstellungen des Geschäftsherrn kann es sinnvoll sein, die Alleinvertretungsmöglichkeit eines oder mehrerer Bevollmächtigten auszuschließen und stattdessen eine gemeinschaftliche Vertretung mit einem anderen Vertreter ausdrücklich vorzusehen. Jene kann auch nur für einzelne Rechtsgeschäfte angeordnet werden, die der Betroffene als besonders wichtig erachtet (zB Grundstückverfügungen oder Abschlüsse von Kreditverträgen).³⁶ Der Vorteil der gemeinschaftlichen Stellvertretung ist das damit einhergehende Vieraugenprinzip, welches das Missbrauchsrisiko der Vollmacht reduziert. In Fällen, in denen der Vollmachtgeber mehrere Kinder bevollmächtigt, kann deren gemeinschaftliches Handeln auch deshalb gewollt sein, damit sich kein Kind zurückgesetzt fühlt.³⁷ Der Nachteil einer derartigen Vertretung ist in der Praxis jedoch die Gefahr, dass sich die bevollmächtigten Personen nicht einigen können oder ein für die gemeinschaftliche Entscheidung notwendiger Bevollmächtigter unerreichbar ist.³⁸ Dann besteht die mit der Vollmacht bezweckte Handlungsfähigkeit gerade nicht. Das kann insbesondere bei Angelegenheiten der Personensorge verheerend sein, bei der unter Umständen zeitnahe Entscheidungen notwendig sind.³⁹

[25] Angesichts dessen tendiert die Praxis wohl überwiegend dazu, mehrere Bevollmächtigte jeweils zur Einzelvertretung zu berechtigen.⁴⁰ Um dann aber widersprechende Entscheidungen der Bevollmächtigten zu vermeiden, kann es sinnvoll sein, eine Rangfolge für die Bevollmächtigten vorzusehen, gepaart mit einer Widerrufsbefugnis des vorrangig Bevollmächtigten (zu Letzterem näher unter III 5). Die Rangordnung sollte allerdings nicht im Außenverhältnis implementiert werden. Andernfalls würde Dritten die Überprüfung aufgebürdet werden, warum die vorrangig bevollmächtigte Person nicht handelt, was die Praktikabilität der Vollmacht erheblich einschränken würde.⁴¹ Vielmehr sollte der Vollmachtgeber das Rangverhältnis im Innenverhältnis festlegen, und zwar zum Beispiel dergestalt, dass die nachrangig bevollmächtigten Personen von der ihnen jeweils erteilten Vollmacht erst Gebrauch machen sollen, wenn die vorrangig bevollmächtigten Personen die Vollmacht ganz oder zeitweilig nicht ausüben können oder möchten. Jedoch verbleibt bei einer Rangordnung im Grundverhältnis das Risiko, dass

29 Stascheit RNotZ 2020, 61 (79).

30 Zimmermann NJW 2014, 1573 (1575). S. auch OLG Frankfurt a. M. ZEV 2012, 378 = NJOZ 2012, 41.

31 BeckOGK/Schmidt-Recla, 1.3.2024, BGB § 1820 Rn. 27.

32 Ausf. zum Vorstehenden BeckNotar-HdB/Reetz, 8. Aufl. 2024, § 16 Rn. 83 ff.

33 Vgl. BeckNotar-HdB/Reetz, 8. Aufl. 2024, § 16 Rn. 27.

34 Staudinger/Bienwald, 2017, BGB § 1896 Rn. 318.

35 S. hierzu OLG Düsseldorf NZG 2014, 1066.

36 Sauer RNotZ 2009, 79 (85).

37 Vgl. Grziwotz ErbR 2023, 178 (180 f.).

38 Vgl. Staudinger/Bienwald, 2017, BGB § 1896 Rn. 318; Sauer RNotZ 2009, 79 (85).

39 Ebenso BeckNotar-HdB/Reetz, 8. Aufl. 2024, § 16 Rn. 26 mwN.

40 Sauer RNotZ 2009, 79 (85) mwN.

41 Sauer RNotZ 2009, 79 (85); Stascheit RNotZ 2020, 61 (83).

einer der Bevollmächtigten die Rangbestimmung missachtet. Teilweise wird die Gefahr wegen der dann in Betracht kommenden Schadensersatzpflicht des Bevollmächtigten, welcher der Ranganweisung zuwiderhandelt, für gering erachtet.⁴² Ob diese Einschätzung zutrifft, mag dahinstehen. Jedenfalls kann und sollte der Vollmachtgeber dem Risiko einer Zuwiderhandlung vorsorglich mithilfe der unter III 2 dargestellten Schubladenlösung bzw. Ausfertigungssperre begegnen, mithin dadurch, dass er den nachrangig bevollmächtigten Personen die für sie bestimmte Vollmachtsurkunde zunächst nicht aushändigt.

[26] Alternativ bzw. gegebenenfalls ergänzend hierzu kann ein Geschäftsherr zwischen verschiedenen Aufgabenkreisen (etwa Vermögens- vs. Personensorge) differenzieren und für die einzelnen Aufgaben unterschiedliche Rangverhältnisse zwischen seinen Vertretern anordnen. In diesem Fall ist indes zum einen sicherzustellen, dass die unterschiedlichen Wirkungskreise sich nicht überschneiden, sondern abgegrenzt sind. Zum anderen sollte der Vollmachtgeber ausdrücklich regeln, ob die Differenzierung nach Wirkungsbereichen nebst der diesbezüglichen Reihenfolge der Berechtigten im Außenverhältnis oder lediglich im Innenverhältnis gilt. Aus Gründen der Praktikabilität ist Letzteres regelmäßig sinnvoll.⁴³

4. Erteilung von Untervollmachten

[27] In der Praxis stellt sich weiter die Frage, ob ein Vollmachtnehmer einem anderen Untervollmacht erteilen kann, so dass der andere den Vollmachtgeber vertritt. Hat der Vollmachtgeber nichts Abweichendes angeordnet, besteht grundsätzlich eine solche Substitutionsmöglichkeit.⁴⁴ Allerdings soll ausnahmsweise etwas anderes gelten, falls der Geschäftsherr den Hauptvertreter wegen eines besonderen Vertrauensverhältnisses bevollmächtigt.⁴⁵ Übertragen auf den Fall der Vorsorgevollmacht wird daher oftmals anzunehmen sein, dass im Zweifel keine Untervertretung gewollt ist. Denn die Auswahl des Vertreters durch den Vollmachtgeber wird in der Regel darauf beruhen, dass Letzterer der ausgewählten Person vertraut, vgl. § 664 S. 1 BGB.⁴⁶ Wie beschrieben, wird allerdings in jedem Einzelfall durch Auslegung zu ermitteln sein, ob eine Unterbevollmächtigung möglich ist, falls die Vollmacht keine eindeutige Regelung enthält.

[28] Um derartige Rechtsunsicherheiten zu vermeiden, ist es ratsam, ausdrücklich zu bestimmen, ob Untervollmacht erteilt werden kann oder eben nicht. Die Auswahlmöglichkeit, dass die Erteilung von Untervollmachten gänzlich ausgeschlossen ist, enthält beispielsweise das Formular der Vorsorgevollmacht des BMJ.⁴⁷ Durch einen solchen Ausschluss kann der Geschäftsherr vermeiden, dass für ihn Personen handeln, die ihm unbekannt sind oder denen er nicht vertraut. Daher wird sich mancher Vollmachtgeber dazu entscheiden, die Erteilung von Untervollmachten auszuschließen, zumal er auch selbst Ersatzbevollmächtigte für den Fall benennen kann, dass vorrangig bevollmächtigte Personen ausfallen. Ein Verbot zur Erteilung von Untervollmachten geht allerdings unter Umständen zulasten der Praktikabilität der Vorsorgevollmacht. So können dann etwa bei Grundstücksverkaufsverträgen nicht (wie bislang üblich) Untervollmachten zugunsten von Notariatsmitarbeitern oder der Kaufpartei erteilt werden, damit die Letztgenannten den

Kaufvertrag vollziehen und Grundpfandrechte zwecks Kaufpreisfinanzierung bestellen können. Das mag vom Vollmachtgeber hingenommen werden vor dem Hintergrund, dass die von ihm Bevollmächtigten selbst bei dem Vollzug des Kaufvertrags und bei der Grundpfandrechtsbestellung mitwirken können. Jedoch kann auch außerhalb von notariellen Rechtsgeschäften ein Bedürfnis zur Substitution bestehen, etwa gegenüber Rechtsanwältinnen und Steuerberatern, die für den Vorsorgevollmachtgeber dessen Interessen wahrnehmen sollen.⁴⁸

[29] Alternativ kann in der Vorsorgevollmacht bestimmt werden, dass zwar der Hauptbevollmächtigte seinerseits Vollmacht erteilen kann, diese aber stets, also auch ohne gesetzlichen Formzwang notariell beurkundet und vom beurkundenden Notar dem Vollmachtgeber mitzuteilen ist. Eine solche Gestaltung ermöglicht es dem Letztgenannten, zumindest darüber informiert zu werden, ob bzw. wem gegenüber Untervollmacht erteilt wird, so dass er hierauf (zB durch Widerruf) reagieren kann. Allerdings bringt eine solche Gestaltung zugleich auch weiteren Klärungsbedarf mit sich. Insbesondere erscheint dann klärungsbedürftig, inwiefern der die Untervollmacht beurkundende Notar angewiesen werden kann, die beurkundete Untervollmacht zwingend dem Geschäftsherrn zur Kenntnis zu bringen und was geschieht, wenn eine solche Mitteilung ausbleibt.⁴⁹

[30] Als weitere Gestaltungsmöglichkeit kann ausdrücklich festgelegt werden, dass die Hauptbevollmächtigten nur in bestimmten Angelegenheiten und/oder nur an bestimmte Personen Untervollmacht erteilen können. So könnte ein Vorsorgebevollmächtigter etwa die Erteilung von Untervollmachten in persönlichen Angelegenheiten ausschließen, während er sie in vermögensrechtlichen Angelegenheiten zulässt.⁵⁰ Alternativ könnte er vorsehen, dass Untervollmachten nur in Form von Prozessvollmachten für Rechtsanwälte und Durchführungsvollmachten für Notare und deren Mitarbeiter möglich sind.⁵¹

5. Widerruf

[31] Bevollmächtigt der Vollmachtgeber mehrere Personen, ist zu klären, inwiefern neben ihm selbst, der stets zum Widerruf berechtigt ist (vgl. §§ 168, 671 BGB), auch die Bevollmächtigten befugt sind, die Vollmacht des jeweils anderen zu widerrufen. Geht man von einer Widerrufsmöglichkeit der Bevollmächtigten untereinander aus, droht ein Wettlauf der Widerrufenden.⁵² Da ein solches Windhundprinzip von Vollmachtgebern regelmäßig nicht gewollt sei, nimmt etwa das OLG Karlsruhe an, dass Vorsorgevollmachten durch einzelne Bevollmächtigte im Regelfall nicht widerrufen werden können, falls der Vollmachtgeber hierzu nichts regelt.⁵³

42 Sauer RNotZ 2009, 79 (85).

43 BeckNotar-HdB/Reetz, 8. Aufl. 2024, § 16 Rn. 26 mwN.

44 MüKoBGB/Schubert, 9. Aufl. 2021, BGB § 167 Rn. 82.

45 Staudinger/Schilken, 2019, BGB § 167 Rn. 63 mwN.

46 MüKoBGB/Schubert, 9. Aufl. 2021, BGB § 167 Rn. 82.

47 https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Vorsorgevollmacht.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (zuletzt abgerufen am 15.6.2024).

48 Zum Vorstehenden Schüller RNotZ 2014, 585 (588).

49 Zum Vorstehenden Schüller RNotZ 2014, 585 (588).

50 Vgl. Alberts FPR 2007, 73 (75); Walter ZEV 2000, 353 (354).

51 Vgl. Schüller RNotZ 2014, 585 (589 f.); Zimmermann NJW 2014, 1573 (1575).

52 DNotI-Report 2014, 3 mwN.

53 OLG Karlsruhe NJW-RR 2022, 436 (437) mwN.

[32] Skepsis ist angebracht, dass das Fehlen einer solchen Widerrufsmöglichkeit stets im Interesse des Vollmachtgebers ist, etwa wenn er vorrangig seinen Ehegatten und nachrangig seine Kinder bevollmächtigt. In solchen Konstellationen kann es durchaus naheliegen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen den Eheleuten stärker ausgeprägt ist als das zu ihren Kindern. Sollten nach Eintritt der Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers, also zu einem Zeitpunkt, zu dem er selbst die Vollmacht nicht mehr widerrufen kann, Anhaltspunkte dafür eintreten, dass ein bevollmächtigtes Kind die Vollmacht dem Interesse des Vollmachtgebers zuwider ausübt, wünscht sich vermutlich mancher Vollmachtgeber, dass die Vollmacht zumindest durch seinen vorrangig bevollmächtigten Ehegatten widerrufen werden kann.⁵⁴ Falls der Geschäftsherr seiner vorrangig bevollmächtigten Vertrauensperson eine solche Widerrufsmöglichkeit zubilligen will, ist in der Vollmachtsurkunde deshalb beispielsweise aufzunehmen, dass die erteilten Vollmachten jeweils einzeln jederzeit widerruflich sind, und zwar auch von der vorrangig bevollmächtigten Person gegenüber den jeweils nachrangig bevollmächtigten Personen, nicht jedoch durch die Letztgenannten gegenüber den Erstgenannten.⁵⁵

[33] Die Frage nach der Widerrufsmöglichkeit stellt sich zudem in der Situation, in der (wie üblich) die Vollmacht durch den Tod des ursprünglichen Vollmachtgebers nicht erlischt, sondern fortbesteht, vgl. § 168 S. 1, § 672 S. 1 BGB. Bei einer solchen transmortalen Vollmacht ist nach herrschender Ansicht grundsätzlich jeder Erbe einzeln zum Widerruf befugt.⁵⁶ Falls Testamentsvollstreckung angeordnet ist, ist grundsätzlich auch der Testamentsvollstrecker zum Widerruf der Vollmacht berechtigt.⁵⁷ Lehnt der Bevollmächtigende die Widerrufsmöglichkeit für den Testamentsvollstrecker ab, so kann er sie nach § 2208 I 1 BGB ausschließen.⁵⁸ Inwiefern der Vollmachtgeber das Recht seiner Erben zum Widerruf einschränken oder gar ausschließen kann, ist dagegen umstritten.⁵⁹ Teilweise wird Erblassern, die eine Unwiderruflichkeit wünschen, geraten, ihre Erben mit der Auflage (§ 1940 BGB) zu beschweren, die Vollmacht nicht zu widerrufen.⁶⁰

6. Kontrolle eines Bevollmächtigten

[34] Ein weiterer Problemkreis ist, inwieweit ein Vorsorgebevollmächtigter kontrolliert wird, falls der Vollmachtgeber hierzu nicht mehr selbst in der Lage ist und aufgrund konkreter Anhaltspunkte davon auszugehen ist, dass der Vertreter entgegen der Vereinbarung mit oder dem erklärten bzw. mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers dessen Angelegenheiten besorgt. Falls zur Frage der Kontrolle in der Vollmacht nichts geregelt ist, hat das Betreuungsgericht einen Kontrollbetreuer zu bestellen, vgl. § 1820 III, § 1815 III BGB. In einem solchen Fall wird also eine dem Geschäftsherrn unter Umständen unbekannt Person bestellt, um den von ihm bestimmten Vollmachtnehmer zu kontrollieren.

[35] Will der Vollmachtgeber vermeiden, dass das Gericht eine Person, dessen Auswahl er nicht beeinflusst hat, zum Kontrollbetreuer bestellt, kann er in der Vollmachtsurkunde einen sogenannten Kontrollbevollmächtigten bestimmen mit dem Aufgabenbereich, seine Rechte gegenüber den Bevollmächtigten und seine Auskunfts- sowie Rechenschaftsansprüche gegenüber Dritten durchzusetzen.⁶¹ Infolgedessen unterbleibt grundsätzlich die Bestellung eines Kontroll-

betreuers durch das Betreuungsgericht. Ausdrücklich ist das zwar nicht geregelt, folgt aber aus dem etwa in § 1814 III 2 Nr. 1 BGB zum Ausdruck kommenden Grundsatz der Subsidiarität der Betreuung.⁶² Folgerichtig wird der Kontrollbevollmächtigte nicht durch das Gericht beaufsichtigt, arg. ex. § 1862 BGB.⁶³

[36] Zwar soll nach teilweise vertretener Ansicht eine Kontrollbetreuung bereits dann nicht notwendig sein, wenn der Vollmachtgeber mehrere Personen mit Alleinvertretungsbefugnis zu seinen Vertretern bestimmt hat.⁶⁴ Insbesondere aber wenn der Geschäftsherr (wie oben angeregt) im Innenverhältnis ein Rangverhältnis zwischen mehreren Bevollmächtigten anordnet, ist zu überlegen, vorsorglich einen klarstellenden Zusatz in die Vorsorgevollmacht bezüglich der gegenseitigen Kontrolle aufzunehmen. Er könnte beispielsweise lauten, dass die bevollmächtigten Personen befugt sind, die Rechte des Vollmachtgebers gegenüber jeder anderen bevollmächtigten Person geltend zu machen,⁶⁵ wobei sinnvollerweise auch noch festgelegt wird, ob dem Kontrollbevollmächtigten eine Widerrufsbeugnis zusteht.⁶⁶

7. Befugnis zu unentgeltlichen Zuwendungen

[37] In der Praxis treffen Bevollmächtigte gelegentlich Verfügungen, bei denen Vollmachtgeber keine gleichwertige Gegenleistung erhalten, beispielsweise wenn sie Abkömmlinge der Vollmachtgeber beschenken. Teilweise wird auch nur der Verdacht im Raum stehen, dass die dem Geschäftsherrn geschuldete Gegenleistung nicht gleichwertig ist. In solchen Fällen ist zunächst festzustellen, dass die Vorsorgevollmacht im Außenverhältnis gegenüber Dritten die Befugnis zu (vermeintlich) unentgeltlichen Verfügungen mitumfasst, selbst wenn sich eine entsprechende explizite Befugnis in der Vollmacht nicht wiederfindet. Das folgt aus der Ausgestaltung der Vorsorgevollmacht als Generalvollmacht.⁶⁷

[38] Nichtsdestotrotz sollte der Geschäftsherr in der Vollmachtsurkunde zumindest mit Blick auf das Grund-, mithin Innenverhältnis ausdrücklich bestimmen, ob der Stellvertreter zu unentgeltlichen Verfügungen befugt ist oder eben nicht.⁶⁸ Ein entsprechendes Regelungsbedürfnis besteht etwa vor dem Hintergrund der zu § 164 BGB entwickelten Grundsätze des Vollmachtsmissbrauchs. Handelt nämlich der Vertreter im Außenverhältnis innerhalb seines rechtlichen Könnens, aber im Innenverhältnis außerhalb seines rechtlichen Dürfens, ist das von ihm mit dem Dritten ge-

54 So auch MAH ErbR/Lipp/Schrader, 6. Aufl. 2024, § 44 Rn. 46 mwN.
 55 Ähnl. Münch FamR-NotGP/Renner, 4. Aufl. 2023, § 16 Rn. 134.
 56 Zum Streitstand Burandt/Rojahn/Kurze, 4. Aufl. 2022, BGB § 168 Rn. 19 ff.; Papenmeier ErbR 2015, 12 (13 f.), jew. mwN.
 57 Papenmeier ErbR 2015, 12 (14).
 58 Horn AnwForm Vorsorgevollmachten/Herzog, 2. Aufl. 2023, § 20 Rn. 54.
 59 Vgl. Keim ErbR 2024, 170 (180); Kurze ZErB 2008, 399 (401 f.).
 60 Vgl. Halding-Hoppenheit RNotZ 2005, 311 (320 f.) mwN.
 61 Hierzu Spornath MittBayNot 2021, 425 (429).
 62 Horn AnwForm Vorsorgevollmachten/Bienwald/Horn, 2. Aufl. 2023, § 5 Rn. 37. S. auch Zimmermann NJW 2014, 1573.
 63 MüKoBGB/Schneider, 9. Aufl. 2024, BGB § 1820 Rn. 46.
 64 Münch FamR-NotGP/Renner, 4. Aufl. 2023, § 16 Rn. 58; MüKoBGB/Schneider, 9. Aufl. 2024, BGB § 1820 Rn. 46. Krit. hierzu Spornath MittBayNot 2021, 425 (429 f.).
 65 Angelehnt an Horn AnwForm Vorsorgevollmachten/Bienwald/Horn, 2. Aufl. 2023, § 5 Rn. 38.
 66 Gegen eine solche Widerrufsmöglichkeit Horn AnwForm Vorsorgevollmachten/Bienwald/Horn, 2. Aufl. 2023, § 5 Rn. 38. Dafür etwa Beck-Notar-HdB/Reetz, 8. Aufl. 2024, § 16 Rn. 39.
 67 Zum Vorstehenden Müller DNotZ 2015, 403 (408) mwN.
 68 So auch Müller-Engels DNotZ 2021, 84 (85).

schlossene Rechtsgeschäft nach § 138 I BGB nichtig, falls der Vertreter und der Dritte im Wissen um das Überschreiten des rechtlichen Dürfens zum Nachteil des Vollmachtgebers handeln.⁶⁹ Selbst wenn kein derart kollusives Zusammenwirken vorliegt, kann das Rechtsgeschäft nach § 242 BGB unwirksam sein, wenn sich dem Dritten zumindest hätte aufdrängen müssen, dass der Vertreter im Innenverhältnis gegen Vorgaben des Geschäftsherrn verstößt.⁷⁰ Wenn auch nur der Verdacht eines solchen Vollmachtmissbrauchs besteht, droht die Einrichtung einer Kontrollbetreuung durch das Betreuungsgericht.⁷¹ Im Interesse der Klarheit sollte daher der Vollmachtgeber im Innen- oder Außenverhältnis angeben, inwieweit Schenkungen und sonstige unentgeltliche Zuwendungen möglich sind.⁷² Dabei ist Zurückhaltung geboten, unentgeltliche Verfügungen vollständig auszuschließen, da es andernfalls zu Schwierigkeiten beim Nachweis der Vollentgeltlichkeit kommen kann.⁷³

gleich zu erwarten, dass sie auch zukünftig Gerichte beschäftigen werden. Unklarheiten sowie Lücken und damit Auslegungskonflikte sind aber nach Möglichkeit von vornherein zu vermeiden. Deshalb sollte in der Gestaltung erwogen werden, die vorstehend aufgezeigten, besonders streitanfälligen Aspekte einer Vorsorgevollmacht und des ihr zugrunde liegenden Grundverhältnisses vorbeugend ausdrücklich zu regeln. Bei der Entscheidung, wie diese Aspekte zur Rechtsklarheit zu regeln sind, wird es oftmals nicht die eine „richtige“ oder „falsche“ Möglichkeit geben. Wie der jeweilige Vollmachtgeber die Vollmacht im Einzelfall ausgestaltet, wird vielmehr häufig durch ein Spannungsverhältnis geprägt sein zwischen seinem Interesse, das Missbrauchsrisiko mithilfe eher einschränkender Regelungen zu minimieren, und seinem Wunsch, die Praktikabilität der Vollmacht infolge solcher Bestimmungen nicht zu gefährden. ■

IV. Zusammenfassung

[39] Vorsorgevollmachten werden als Instrument verbreitet bleiben, um selbstbestimmt Vorsorge für den Fall der eigenen Handlungsunfähigkeit zu treffen. Da solche Vollmachten bisweilen auslegungsbedürftig sind, ist zu-

69 BeckOGK/Huber, 1.11.2021, BGB § 164 Rn. 87.

70 BeckOGK/Huber, 1.11.2021, BGB § 164 Rn. 89.

71 BeckNotar-HdB/Reetz, 8. Aufl. 2024, § 16 Rn. 89.

72 Müller-Engels DNotZ 2021, 84 (85).

73 Vgl. DNotl-Report 2019, 108; Horn NJW 2018, 2611 (2612 f.); Kurze ZErB 2023, 372 (375).

Rechtsanwalt Dr. Daniel Schnabl*

Das Verhältnis von Fälligkeits- und Verzugszinsen bei sich im Rechtsstreit änderndem Basiszinssatz

Wirtschaftliche Veränderungen ziehen nicht selten rechtliche Fragestellungen nach sich. Nach einer langen Niedrigzinsphase von zehn Jahren mit negativem Basiszinssatz ist der Basiszinssatz seit dem 1.1.2023 wieder positiv. Dies wirft die Frage auf, wie mit dieser Entwicklung in schon davor anhängigen Rechtsstreiten umzugehen ist, wenn sowohl handelsrechtliche Fälligkeitszinsen iHv 5 % als auch Verzugszinsen iHv 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz begründet sind. Denn bis zum 31.12.2022 war der Fälligkeitszinssatz wirtschaftlich attraktiver, während seit dem 1.1.2023 der Verzugszinssatz höher ist.

I. Problemaufriss

[1] Der Basiszinssatz nach § 247 I BGB war seit dem 1.1.2013 für zehn Jahre negativ. Seit dem 1.1.2023 ist der Basiszinssatz wieder positiv. Er ist zwischenzeitlich nicht unerheblich gestiegen auf bis zu 3,62 % im Jahr 2024. In wirtschaftsrechtlichen Streitigkeiten zwischen Unternehmen kommt es nicht selten vor, dass sowohl die Voraussetzungen für Fälligkeitszinsen gem. § 352 I, § 353 S. 1 HGB als auch für Verzugszinsen nach § 288 I, § 286 BGB vorliegen.¹ Die beiden Zinsansprüche weisen dabei der Höhe nach einen Unterschied auf. Während die Höhe der Zinsen für beiderseitige Handelsgeschäfte gesetzlich in § 352 I 1 HGB statisch auf „fünf vom Hundert für das Jahr“ festgelegt ist, beträgt der Verzugszinssatz in § 288 I 2 BGB dynamisch „für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz“. Die Fälligkeitszinsen sind somit fixiert, während sich der

Verzugszins in Abhängigkeit vom jeweiligen Basiszinssatz verändert.

[2] In praktischer Hinsicht hat dies zur Folge, dass bis zum 1.1.2023 aufgrund des negativen Basiszinssatzes der Fälligkeitszins gegenüber dem Verzugszins der wirtschaftlich attraktivere Zinsanspruch war, während sich seit dem 1.1.2023 dieses Verhältnis umgekehrt hat. Der negative Basiszinssatz hatte bis zum 1.1.2023 zur Folge, dass der Verzugszinssatz des § 288 I BGB unter 5 % pa lag.² Seit dem 1.1.2023 liegt der Verzugszinssatz des § 288 I BGB dagegen

* Der Autor, LL.M. (Univ. of Miami), ist Partner bei Freshfields Bruckhaus Deringer in Frankfurt a. M. im Bereich Dispute Resolution.

1 Vgl. Risse/Keilmann NZG 2021, 1292; vgl. grds. zum Verhältnis von Fälligkeits- und Verzugszinsen Fischer ZfPW 2018, 205.

2 Vgl. dazu ausf. Coen NJW 2012, 3329.



Pressemitteilung

Nr. 30 vom 2. Dezember 2024

Seite 1 von 3

Hausanschrift

Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift

11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-2442/2225

pressestelle@bmg.bund.de

www.bmg.bund.de

www.x.com/BMG_Bund

www.facebook.com/BMG.Bund

Lauterbach legt Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vor

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat heute den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vorgelegt und an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel, sowie an Verena Bentele, aktuelle Sprecherin des Deutschen Behindertenrats, übergeben. Der Aktionsplan zeigt konkrete Maßnahmen auf, um beispielsweise in Arztpraxen den Abbau von Barrieren zu fördern, barrierefreie Informationen anzubieten oder spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen bereitzustellen.

Der Aktionsplan ist das Ergebnis eines umfangreichen Dialogprozesses, an dem sich mehr als 100 Akteurinnen und Akteure aus Betroffenenverbänden und Interessenvertretungen beteiligten und rund 3.000 Vorschläge einreichten. Auf dieser Grundlage und den Ergebnissen aus sieben Fachgesprächen mit Verbänden und Organisationen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Länder und Kommunen hat das BMG den vorliegenden Aktionsplan erstellt.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach: „Der Zugang zu Gesundheitsleistungen muss einfach und für alle möglich sein – auch für Patienten mit Behinderungen oder Verständigungsschwierigkeiten. Deswegen müssen wir Hindernisse erkennen und abbauen – von der Stufe in die Arztpraxis bis zur komplizierten Erklärung einer Therapie. Mit dem Aktionsplan leisten wir hierfür einen wesentlichen Beitrag. Das markiert den Start Richtung barrierefreies Gesundheitswesen.“

Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen: „Der Aktionsplan war ein absolut notwendiger Schritt, da Menschen mit Behinderungen im Gesundheitssystem erheblich benachteiligt sind. Das BMG hat im



Nr. 30 vom 2. Dezember 2024

Seite 2 von 3

Gegensatz zu anderen Ministerien geliefert, was im Koalitionsvertrag vereinbart war – leider erst jetzt am Ende der Legislatur. Die Problemlagen bestehen aber weiterhin. Die nächste Bundesregierung ist sehr klug beraten, wenn sie diesen Aktionsplan für ein inklusives Gesundheitswesen übernimmt und fortführt. Ich danke Karl Lauterbach für sein Engagement für Menschen mit Behinderungen!“

Verena Bentele, aktuelle Sprecherin des Deutschen Behindertenrats

(DBR): „Alle Versicherten in Deutschland haben ein Recht auf freie Arztwahl. Menschen mit Behinderungen stoßen jedoch schnell an die Grenzen dieses Rechts. Der DBR hätte sich mehr konkrete und auch kurzfristig umsetzbare verpflichtende Maßnahmen gewünscht. Die geplanten Maßnahmen im Rahmen eines Aktionsplans sind jedoch ein erster und wichtiger Schritt für die Verbesserung der medizinischen Versorgung.“

Ausgewählte Maßnahmen des Aktionsplans im Einzelnen:

- **Barrierefreie Gesundheitsversorgung: Arzt- und Zahnarztpraxen sollen barrierefrei werden. Entsprechende bauliche Änderungen sollen aus dem Strukturfonds gefördert werden.** Daneben sollen die Belange von Menschen mit Behinderungen im Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung explizit hervorgehoben werden. Außerdem wird eine regelhafte Ermächtigungsdauer von zehn Jahren für Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) angestrebt. Eine Weiterversorgung in SPZ soll bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres ermöglicht werden. Genehmigungsverfahren für Hilfsmittel, die in SPZ und MZEB verordnet werden, sollen durch eine Beschränkung der Prüfkompetenz der Krankenkassen vereinfacht werden.
- **Barrierefreiheit in der Langzeitpflege:** Die pflegerischen Angebote und Strukturen sollen ausgebaut werden. Dafür braucht es entsprechende Unterstützungsmaßnahmen und Unterstützungsstrukturen vor Ort und im Quartier. Zudem sollen der barrierefreie Zugang zur Pflegeberatung und die Verfügbarkeit barrierefreier Informationen weiter verbessert werden. Hierzu gehört auch, dass jeder zweite Beratungsbesuch bei Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, auf ihren Wunsch per Videokonferenz durchgeführt werden kann. Diese Möglichkeit besteht zunächst bis zum 31. März 2027.



Nr. 30 vom 2. Dezember 2024

Seite 3 von 3

- **Inklusive Gesundheitsförderung und Prävention:** Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen sollen bei den Leistungen und Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie bei digitalen Präventionsangeboten und Gesundheitsförderungsangeboten berücksichtigt werden. So sollen zum Beispiel Krankenkassen passgenaue, digitale und barrierefreie Leistungen im Rahmen der verhaltensbezogenen Primärprävention entwickeln.
- **Förderung der Gesundheitskompetenz und zielgruppengerechten Kommunikation:** Das BMG verfolgt mit seinen nachgeordneten Behörden das Ziel, Gesundheitsinformationen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in geeigneten, barrierefreien und mehrsprachigen Formaten möglichst zielgruppengerecht auszugestalten. Zudem fördert das BMG weiterhin eine strukturierte Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe. Ebenso soll die Stabsstelle Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden.
- **Inklusive Digitalisierung:** Digitale Anwendungen und -verfahren können dazu beitragen, die Barrierefreiheit der Gesundheitsversorgung zu stärken. Das BMG wird sich beispielsweise im Bereich der Videosprechstunde dafür einsetzen, dass Videodienste noch besser genutzt werden können. Außerdem sollen die Zugangswege zu qualitativ hochwertigen und aussagekräftigen Daten zum Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen verbessert werden.
- **Diversität im Gesundheitswesen:** Die kultursensible Verständigung im Gesundheitswesen soll gefördert werden. Zum nachhaltigen Abbau von Rassismus und Diskriminierung fördert das BMG ein Modellprojekt zur kultur- und rassismussensiblen Schulung von Ausbildungspersonal und Auszubildenden in der Pflege. Des Weiteren soll die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte verbessert werden. Das BMG wird die Initiierung von Fördermaßnahmen für die Datenerhebung und -auswertung in Bezug auf Rassismus und Diskriminierung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte im Gesundheitswesen prüfen.

Weitere Informationen und den Aktionsplan zum Download finden Sie unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/aktionsplan-barrierefreies-gesundheitswesen

Ziele der Pflegereform 2023, das PUEG

Das bereits Ende 2022 angekündigte Pflegeentlastungsgesetz ist am 26. Mai 2023 im Bundestag beschlossen worden. Das Gesetz trägt den Namen **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – kurz PUEG 2023**. Es soll unter anderem mehr Geld für Pflegesachleistungen und Pflegegeld geben und es soll endlich ein Entlastungsbudget eingeführt werden. Finanziert werden sollen diese und andere Neuerungen durch eine Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung, welche Pflegeleistungen steigen und wie die Pflege entlastet werden soll. Die Leistungsverbesserungen im deutschen Pflegesystem sind zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten

Das PUEG hat sich zum Ziel gesetzt, die Pflege zu verbessern.

Dabei sind konkrete Ziele des PUEG:

- Die Pflege zuhause soll gestärkt und pflegende Angehörige entlastet werden.
- Arbeitsbedingungen für professionelle Pflegekräfte sollen verbessert werden.
- Digitale Angebote für Pflegebedürftige und Pflegende sollen leichter zugänglich und besser nutzbar werden.
- Die Pflegeversicherung soll durch mehr Einnahmen gestärkt werden.

Änderungen durch das Pflegeunterstützungs- und - entlastungsgesetz

Mit dem im Bundestag verabschiedeten PUEG sieht die Bundesregierung folgende Veränderungen im deutschen Pflegesystem vor:⁽²⁾

- Erhöhung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen (für ambulante Pflege)

- Anpassung von Geld- und Sachleistungen an die Preisentwicklung (Dynamisierung)
- Zusammenlegung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem Entlastungsbudget
- Neuer Nutzungsrahmen für das Pflegeunterstützungsgeld
- Erhöhung der Eigenanteil-Zuschläge für die stationäre Pflege
- Anpassungen im Begutachtungsverfahren zur Pflegebedürftigkeit
- Förderung der Digitalisierung in der Pflege
- Anpassung der Beiträge zur Pflegeversicherung

Erhöhung des Pflegegeldes ab 2024

Das Pflegeentlastungsgesetz PUEG möchte die häusliche Pflege stärken. Eine der Maßnahmen ist eine Erhöhung des Pflegegeldes **um fünf Prozent**.

Die Erhöhung des Pflegegeldes ab dem 01. Januar 2024 sieht so aus:

Pflegegrade	Pflegegeld ab 2024
Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro → 332 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro → 573 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro → 765 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro → 947 Euro

Weitere Pflegegeld-Erhöpfung 2025 und 2028

Zum 01.01.2025 soll das Pflegegeld noch einmal um 4,5 Prozent steigen. Danach soll das Pflegegeld, wie alle anderen Leistungen auch, alle drei Jahre an die Preisentwicklung angepasst werden. Also zum ersten Mal am 01.01.2028.

Erhöhung der Pflegesachleistungen ab 2024

Das PUEG sieht ebenfalls eine Erhöhung der Pflegesachleistungen ab dem 01. Januar 2024 **um fünf Prozent** vor.

Die konkreten Leistungserhöhungen sehen wie folgt aus:

Pflegegrade	Pflegesachleistungen ab 2024
Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	724 Euro → 761 Euro
Pflegegrad 3	1.363 Euro → 1.432 Euro
Pflegegrad 4	1.693 Euro → 1.778 Euro
Pflegegrad 5	2.095 Euro → 2.200 Euro

Weitere Erhöhung der Pflegesachleistungen 2025 und 2028

Zum 01.01.2025 sollen die Pflegesachleistungen noch einmal um 4,5 Prozent steigen. Danach sollen die Sachleistungen, wie alle anderen Leistungen auch, alle drei Jahre an die Preisentwicklung angepasst werden. Also zum ersten Mal am 01.01.2028.

Dynamisierung von Leistungen: Angleichung an Preisentwicklung

Die Kosten und Ausgaben in der Pflege sind größtenteils davon abhängig, wie sich die Preise, aber auch die Löhne und Gehälter allgemein entwickeln. Deshalb sollen die Geld- und Sachleistungen zukünftig regelmäßig an die allgemeine Preisentwicklung angepasst werden.

Einen ähnlichen Mechanismus gibt es bereits beim Pflegegeld, der aber zuletzt ausgesetzt wurde. In Zukunft soll die Dynamisierung **für alle Geld- und Sachleistungen** gelten.

Die erste dynamisierte Leistungserhöhung soll zum 01. Januar 2025 stattfinden. Dabei wird die Preisentwicklung noch nicht errechnet, sondern es werden **pauschal** alle Geld- und Sachleistungen **um 4,5 Prozent erhöht**.

Beispiel: Dynamisierte Leistungserhöhung des Pflegegeldes

Für das Pflegegeld ergeben sich beispielhaft folgende Sätze ab dem 01.01.2025:

Pflegegrade	Pflegegeld ab 2025
Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	347 Euro
Pflegegrad 3	598 Euro
Pflegegrad 4	799 Euro

Zum 01. Januar 2028 und fortan alle drei Jahre sollen die Leistungen dann an die Preisentwicklung der jeweils letzten drei Jahre angepasst werden. Den genauen Mechanismus wird die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode festlegen.

Entlastungsbudget für Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Im Koalitionsvertrag war vereinbart, dass im Zuge einer Pflegereform der Ampel die Budgets für **Kurzzeit-**und **Verhinderungspflege** zusammengelegt werden sollten zum sogenannten Entlastungsbudget. Im ersten Gesetzesentwurf kam das Entlastungsbudget dann aber nicht mehr vor.

Mit dem am **26.05.2023** verabschiedeten Gesetz wird nun doch das **Entlastungsbudget** in einer Höhe von 3.539 Euro zum 01.07.2025 eingeführt. Zur Gegenfinanzierung sollten allerdings die Leistungen zum 01.01.2025 nicht um 5 Prozent, sondern nur um 4,5 Prozent erhöht werden.

Ausnahme Kinderpflege: Für **pflegebedürftige Kinder** (bis 25 Jahre) mit Pflegegrad 4 oder 5 soll das Entlastungsbudget nach dem am 26.05.2023 verabschiedeten Gesetz schon ab dem 01.01.2024 in Höhe von 3.386 Euro zur Verfügung stehen. Ab dem 01.07.2025 gilt für sie auch das Budget in Höhe von 3.539 Euro.

Damit einher geht auch eine Vereinheitlichung der Voraussetzungen für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege:

- Es gilt nicht mehr die Voraussetzung von mindestens **6 Monaten vorangegangener häuslicher Pflege** bei der Verhinderungspflege.
- Die **Höchstdauer** der Verhinderungspflege steigt von 6 auf 8 Wochen wie bei der Kurzzeitpflege.
- Auch das **halbe Pflegegeld** wird dann für bis zu 8 statt wie bisher für bis zu 6 Wochen während der Verhinderungspflege weiterbezahlt.

Welche Vorteile hat das Entlastungsbudget?

Bislang ist die Umwandlung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege zur jeweils anderen Variante nur für bis zu maximal 50 Prozent des Betrags möglich. Das neue kombinierte Entlastungsbudget würde bedeuten, dass Sie die insgesamt 3.386 Euro (später 3.539 Euro) vollständig für die Verhinderungs- oder die Kurzzeitpflege nutzen könnten. Für viele Betroffene bedeutet das neben einer Vereinfachung auch eine Erhöhung der Leistungen in diesem Bereich.

Neuer Nutzungsrahmen für das Pflegeunterstützungsgeld

Mit den Änderungen zum sogenannten [Pflegeunterstützungsgeld](#) sollen berufstätige Menschen, die einen Angehörigen pflegen, mehr unterstützt werden.

So lief es bisher: Wer kurzfristig die Pflege von einem Angehörigen organisieren musste, konnte sich bisher **einmalig pro Pflegebedürftigem bis zu zehn Tage** von der Arbeit freistellen lassen. Die Pflegeversicherung übernimmt für diese Tage den Lohn – und zahlt diesen als Pflegeunterstützungsgeld aus. Um das Pflegeunterstützungsgeld zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse stellen.

Das ändert sich mit der neuen Pflegereform: Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld soll wiederkehrend pro Kalenderjahr bestehen. Das heißt: Berufstätige pflegende Angehörige können sich nicht mehr nur einmalig, sondern jedes Jahr bis zu zehn Arbeitstage bei akuter Notlage für die Pflege freistellen lassen.

Diese Änderung soll **zum 01. Januar 2024** in Kraft treten.

Erhöhung der Eigenanteil-Zuschläge für die stationäre Pflege

Eine Unterbringung im Pflegeheim ist mit hohen Kosten verbunden. Um die Eigenanteile der Pflegekosten für Pflegeheimbewohnende zu reduzieren, wurden bereits zum 01. Januar 2022 Leistungszuschläge eingeführt, die nach Aufenthaltsdauer gestaffelt sind.

Je länger ein Bewohner im Pflegeheim wohnt, desto höher sind die Leistungszuschläge auf den Eigenanteil bei den Pflegekosten. Diese Zuschläge werden nun zum 01. Januar 2024 **um fünf bis zehn Prozent** erhöht.

Beachten Sie bitte, dass in einem Pflegeheim nicht nur Pflegekosten entstehen, sondern auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten. Die Zuschläge beziehen sich aber allein auf den Eigenanteil des Kostenanteils für die Pflege.

So werden die Zuschläge zum Eigenanteil der Pflegeheimkosten erhöht:

Aufenthalt in stationärer Pflege	Aktuell (seit 01.06.2022)	Neue Zuschüsse (ab 01.01.2024)
0-12 Monate	5%	15%
13-24 Monate	25%	30%
25-36 Monate	45%	50%
Mehr als 36 Monate	70%	75%

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, also eines konkreten Pflegegrades, soll klarer geregelt werden. Damit ist aber keine Änderung der Kriterien für die fünf Pflegegrade gemeint.

Zu den Neuheiten im Verfahren der Pflegegradbegutachtungen gehören folgende Punkte:

- Zukünftig muss die Pflegekasse dem Pflegebescheid immer das **Pflegegutachten** des Sachverständigen **beilegen** und so erklären, dass die getroffene Entscheidung nachvollziehbar ist.
- Zusammen mit dem Bescheid soll die Pflegekasse Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel anbieten, wenn der Sachverständige diese im Gutachten empfiehlt. Dasselbe gilt für gesundheitliche Präventions- und Reha-Maßnahmen.

Viele weitere Regelungen schaffen vor allem Klarheit bei der Auslegung der vorhandenen Gesetze und bedeuten keine spürbaren Änderungen für die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen.

Ab 01. Oktober 2023: Klarere Regelungen für verzögerte Entscheidungsfristen der Pflegekassen

Die Pflegekasse muss dem Pflegegrad-Antragsteller innerhalb von 25 Werktagen schriftlich Bescheid geben, ob sie einen Pflegegrad anerkennt oder nicht. Überschreitet sie diese Entscheidungsfrist, hat der Antragsteller Anspruch auf eine Entschädigung von 70 Euro für jede angebrochene fristüberschrittene Woche.

Es gibt jedoch Ausnahmen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu verantworten hat.

Diese **Sonderfälle sind ab sofort klar geregelt**: Die 25-werk tägige Entscheidungsfrist wird unterbrochen und setzt erst wieder fort, wenn die verzögernden Umstände aufgehoben sind. Zwei Beispiele hierfür sind:⁽³⁾

- Die versicherte Person muss den Begutachtungstermin absagen, weil ein Krankenhausaufenthalt dazwischenkommt. Dann wird die Frist für die Aufenthaltsdauer gestoppt und läuft erst ab dem Tag der Krankenhaus-Entlassung weiter.
- Die Pflegekasse benötigt weitere wichtige Unterlagen von der versicherten Person. Dann wird die Frist so lange pausiert bis die entsprechenden Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind.



Pflegegrad-Einstufung zu niedrig?

Mit professioneller Unterstützung zum erfolgreichen Widerspruch. Jetzt kostenloses Erstgespräch vereinbaren!

- Beratung von Experten mit jahrelanger Berufserfahrung
- Durchsetzung Ihrer Leistungsansprüche
- Schnelle und unkomplizierte Hilfe

Digitalisierung in der Pflege

Das neue Pflege-Entlastungsgesetz hat zum Ziel, die Chancen von Digitalisierung in der Pflege weiter auszuschöpfen. Digitale Angebote sollen zugänglicher und besser nutzbar werden. Konkret geht es unter anderem darum, die wichtigsten Akteure des Gesundheitssystems (zum Beispiel

Ärzte, Krankenkassen und Pflegeheime) zu vernetzen und so die Kommunikation zu verbessern.

Diese Vernetzung wird nun für immer mehr Akteure zur Pflicht, zum Beispiel für Pflegeheime und Pflegedienste. Dies sollte also auch für die Pflege zuhause eine Verbesserung bedeuten, da mehr Zeit für die Pflege bleibt.

Folgende Maßnahmen sollen dazu beitragen:

- Es soll ein **Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege** entstehen, in dem die digitalen Möglichkeiten zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung beleuchtet und zur praktischen Umsetzung angeleitet werden.
- Im Rahmen des **aktiven Förderprogramms** (nach Paragraph 8 Absatz 8 SGB XI) sollen weitere Fördermittel **für technische und digitale Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen** bereitgestellt werden, die das Pflegepersonal entlasten sollen.
- Die **Anbindung** der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen **an die Telematik Infrastruktur (TI)** wird **verpflichtend**. Mehr dazu lesen Sie im pflege.de-Ratgeber: Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz ([DVPMG](#)).

Anpassung der Beiträge zur Pflegeversicherung

Das Pflege-Entlastungsgesetz PUEG sieht vor, die Beitragssätze für die Pflegeversicherung zum 01.07.2023 **um 0,35 Prozentpunkte zu erhöhen**.

Diese Erhöhung soll sicherstellen, dass die bestehenden Pflegeleistungsansprüche und die im PUEG geplanten Anpassungen in der [sozialen Pflegeversicherung](#) finanziell abgesichert sind.

In der Vergangenheit gab es kurzfristig zusätzlichen Finanzierungsbedarf, daher wird die Regierung ermächtigt, den Beitragssatz in solchen Fällen schnell anzupassen.

Beiträge mit und ohne Kinder

Schon vor dem Pflegeentlastungsgesetz hat das Bundesverfassungsgericht bereits im April 2022 entschieden, dass die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung für Eltern anders berechnet werden müssen. Eltern mussten deshalb 0,35 Prozent weniger zahlen als Kinderlose – der sogenannte **Kinderlosenzuschlag**.

Mit dem PUEG wird der Kinderlosenzuschlag **auf 0,6 Prozent erhöht**. Für kinderlose Mitglieder gilt ein Gesamtbeitragssatz (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) von 4 Prozent, während für Mitglieder mit einem Kind ein reduzierter Satz von 3,4 Prozent gilt. Dies soll den Erziehungsaufwand von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigen.

Mitglieder mit mehreren Kindern erhalten ab dem zweiten bis zum fünften Kind einen Abschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten für jedes Kind. Allerdings werden **Kinder, die älter als 25 Jahre sind**, bei der Berechnung des Abschlags **nicht berücksichtigt**. Der Abschlag gilt bis zum Monat, in dem das jeweilige Kind 25 Jahre alt wird.

Beispielberechnung für die neuen Beitragssätze zur Pflegeversicherung

Es gelten somit ab Juli 2023 folgende Beitragssätze:

Für Versicherte ...	Beitragssatz
... ohne Kinder	4% (Arbeitnehmer-Anteil: 2,3%)
... mit einem Kind	3,4% (Arbeitnehmer-Anteil: 1,7%)
... mit 2 Kindern	3,15% (Arbeitnehmer-Anteil: 1,45%)
... mit 3 Kindern	2,9% (Arbeitnehmer-Anteil: 1,2%)

... mit 4 Kindern

2,65% (Arbeitnehmer-Anteil: 0,95%)

... mit mehr als 4 Kindern

2,4% (Arbeitnehmer-Anteil: 0,7%)

Sie möchten stets auf dem Laufenden bleiben zu Neuigkeiten in der Pflege? Und außerdem regelmäßig Wissenswertes und praktische Infos rund um die Pflege zuhause erhalten?



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflegeleistungen zum Nachschlagen



RATGEBER

Pflegeleistungen zum Nachschlagen



Liebe Leserin, lieber Leser,

wer wünscht sich das nicht – auch im Alter möglichst lange fit und gesund zu bleiben und selbstständig das Leben und den Alltag zu bestreiten? Tatsache ist aber, dass aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung zunehmend mehr Menschen auf Hilfe, Betreuung und Pflege angewiesen sein werden. Es ist daher gut, dass mit Hilfe der Pflegeversicherung für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen ein flächendeckendes Netz aus Unterstützungs- und Betreuungsangeboten gespannt ist.

Unser Anliegen ist, dass alle pflegebedürftigen Menschen – ob auf dem Land oder in der Stadt – gut und menschenwürdig versorgt werden.

Die Pflegeversicherung bietet ein breites Spektrum an Leistungen, um Menschen mit Pflege-, Hilfe- und Betreuungsbedarf zu unterstützen und zugleich ihre Selbstbestimmtheit zu wahren. Die Möglichkeiten reichen von der Unterstützung zu Hause durch Angehörige oder ambulante Pflege- und Betreuungsdienste über teilstationäre Angebote der Tages- und/oder Nachtpflege bis zur Versorgung in einer passenden stationären Pflegeeinrichtung oder anderen geeigneten Wohnformen.

Mit dem „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz“ haben wir für höhere Leistungen und mehr Unterstützung im häuslichen und stationären Bereich gesorgt. Diese Verbesserungen werden jetzt stufenweise wirksam. Die ersten Leistungserhöhungen sind zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten.

Mit der vorliegenden Broschüre bieten wir Ihnen eine hilfreiche Orientierung über alle Leistungen der Pflegeversicherung. Ob als selbst betroffene Person mit Pflegebedarf oder als Angehöriger – wichtig ist zu wissen, dass Sie nicht allein sind. Es gibt zahlreiche Beratungsangebote, beispielsweise in einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe oder direkt bei Ihrer Pflegekasse. Meine Empfehlung ist: Nutzen Sie diese Angebote und finden Sie die beste Lösung für Ihre individuelle Situation.

Dafür wünsche ich Ihnen alles Gute!

Ihr



Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit

Die Pflegeleistungen



1 – Häusliche Pflege

S. 15

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

S. 37

3 – Vollstationäre Pflege

S. 45

4 – Pflegeleistungen im Überblick

S. 51

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	12
1. Häusliche Pflege	15
1.1 Pflegegeld für häusliche Pflege sowie pflegefachliche Beratungsbesuche	16
1.2 Pflegesachleistungen für häusliche Pflege	18
1.3 Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch	20
1.3.1 Entlastungsbetrag	20
1.3.2 Umwandlungsanspruch	22
1.4 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	23
1.5 Pflegeunterstützungsgeld	27
1.6 Zusätzliche Leistungen für Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen	28
1.6.1 Wohngruppenzuschlag	28
1.6.2 Anschubfinanzierung bei Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen	30
1.7 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	31
1.8 Pflegehilfsmittel und digitale Pflegeanwendungen	32
1.8.1 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	32
1.8.2 Technische Pflegehilfsmittel	32
1.8.3 Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen	33
1.9 Soziale Absicherung der Pflegeperson	34

2. Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und weitere Ansprüche auf vorübergehende stationäre Versorgung	37
2.1 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	38
2.2 Kurzzeitpflege	40
2.3 Kurzzeitpflege nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	41
2.4 Übergangspflege im Krankenhaus nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	42
2.5 Pflegerische Versorgung bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson	42
3. Vollstationäre Pflege	45
3.1 Leistungen bei vollstationärer Pflege	46
3.2 Leistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in bestimmten vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten	48
4. Pflegeleistungen im Überblick	51
4.1 Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2024 an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick	52
4.2 Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick	58

Informationsangebote	61
Weitere Publikationen	62
Bürgertelefon	64
Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	65
Impressum	66

Einleitung

Die passende Pflegeleistung für Sie

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

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

Die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird in insgesamt fünf Pflegegrade unterteilt, beginnend mit Pflegegrad 1 („geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“). Ob und in welcher Schwere Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird im Auftrag der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst oder durch andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter geprüft. Für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung übernimmt diese Aufgabe „Medicproof“, der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

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

- Mobilität
- geistige und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Selbstversorgung
- selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

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

Wenn Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben Sie gegenüber der Pflegekasse einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Das Gleiche gilt, wenn Sie zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei Ihnen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen. Wenn Sie eine private Pflege-Pflichtversicherung haben, bestehen die gleichen Ansprüche gegenüber Ihrem privaten Versicherungsunternehmen.



1

Häusliche Pflege

1.1 Pflegegeld für häusliche Pflege sowie pflegefachliche Beratungsbesuche

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 2	332 Euro
Pflegegrad 3	573 Euro
Pflegegrad 4	765 Euro
Pflegegrad 5	947 Euro

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

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

Während einer **Verhinderungspflege** wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld für bis zu sechs Wochen und bei einer **Kurzzeitpflege** für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in halber Höhe weitergezahlt. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird das bisher bezogene (anteilige) Pflegegeld in halber Höhe auch während einer Verhinderungspflege für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergezahlt.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Dies gilt auch, falls der **Umwandlungsanspruch** genutzt wird und neben dessen Nutzung nicht auch ambulante Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst bezogen werden.

Darüber hinaus können auch Pflegebedürftige, die Pflegeleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, und Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einmal pro Halbjahr einen pflegefachlichen Beratungsbesuch zu Hause abrufen.

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



1.2 Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	761 Euro
Pflegegrad 3	1.432 Euro
Pflegegrad 4	1.778 Euro
Pflegegrad 5	2.200 Euro

* Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat auch für Leistungen der ambulanten Pflegedienste einsetzen.

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

Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden, sondern beispielsweise in einer Pflege-Wohngemeinschaft oder im Haushalt der Pflegeperson. Ausgeschlossen ist der Bezug von häuslichen Pflegesachleistungen nach § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in stationären Einrichtungen, wie beispielsweise dem Pflegeheim (*siehe Leistungen bei vollstationärer Pflege ab Seite 46*).

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

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



1.3 Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

1.3.1 Entlastungsbetrag

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrade 1–5	bis zu 125 Euro

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr). Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden und/oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

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

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

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

Bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste handelt es sich inhaltlich um Leistungen, die sie auch als häusliche Pflegesachleistungen erbringen können, insbesondere um pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie um Hilfen bei der Haushaltsführung. Das Gleiche gilt für ambulante Betreuungsdienste.

Ausschließlich Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem auch für Leistungen zugelassener ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Dazu gehört zum Beispiel die Unterstützung beim Duschen oder Baden.

Bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des §45a SGB XI handelt es sich je nach der Ausrichtung um Betreuungsangebote, um Angebote gezielt zur Entlastung von Pflegepersonen (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder um Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen oder organisatorischen Hilfestellungen). Das Nähere zur Anerkennung legen die Bundesländer jeweils in Rechtsverordnungen fest. Welche anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag es in Ihrer Umgebung gibt, können Sie bei Ihrer Pflegekasse oder Ihrem privaten Versicherungsunternehmen erfragen.

Soweit der Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag in die darauffolgenden Monate übertragen. Beträge, die bis zum 31. Dezember eines Jahres nicht verbraucht worden sind, können noch bis 30. Juni des Folgejahres übertragen werden.

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

1.3.2 Umwandlungsanspruch

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

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

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

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

1.4 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Verhinderungspflege	
	durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder	durch sonstige Personen
	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	498,00 (1,5-Faches von 332,00)	1.612,00
Pflegegrad 3	859,50 (1,5-Faches von 573,00)	1.612,00
Pflegegrad 4*	1.147,50 (1,5-Faches von 765,00)	1.612,00
Pflegegrad 5*	1.420,50 (1,5-Faches von 947,00)	1.612,00

* Hinsichtlich ab 1. Januar 2024 geltender Sonderregelungen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, siehe § 39 Absatz 4 und 5 SGB XI (Näheres dazu siehe Seite 26).

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

Die Leistungen der Verhinderungspflege betragen grundsätzlich auf Nachweis bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr, wenn die Verhinderungspflege von Personen sichergestellt wird,

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

Für nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, die Pflege aber nicht erwerbsmäßig ausüben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des jeweiligen Pflegegeldes begrenzt. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden.

Wird die Ersatzpflege von dem nahen Angehörigen* oder dem Haushaltsmitglied erwerbsmäßig ausgeübt, können ebenfalls bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Voraussetzung für die Verhinderungspflege ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und die oder der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Wartezeit von sechs Monaten gilt beispielsweise auch als erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Die Pflege muss nicht ununterbrochen ausgeführt worden sein. Im Einzelfall berät hierzu die Pflegekasse.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 806 Euro im Kalenderjahr aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der **Kurzzeitpflege** für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten. Zudem wird während der Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) **Pflegegeldes** weitergezahlt.

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

Ausblick

Nach dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)** werden **zum 1. Juli 2025** die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem **Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** zusammengefasst werden. Damit wird für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ab dem 1. Juli 2025 dann ein kalenderjährlicher Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung stehen, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen zwischen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege werden damit entfallen und müssen in Zukunft somit nicht mehr beachtet werden.

Gleichzeitig werden die geltenden Voraussetzungen bei der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege so weit als möglich angeglichen werden, wo die Vereinheitlichung dazu dient, den flexiblen Einsatz des Gesamtleistungsbetrags zu ermöglichen und Hindernisse abzubauen. So wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen werden. Gleiches gilt beispielsweise für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Zudem entfällt ab dem 1. Juli 2025 das Erfordernis einer sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege. Damit wird der Anspruch auf Verhinderungspflege – ebenso wie heute bereits der Anspruch auf Kurzzeitpflege – künftig unmittelbar ab Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden können. Zeitgleich werden Informations- und Transparenzregelungen eingeführt, die dazu dienen, dass die Pflegebedürftigen jederzeit im Blick behalten können, in welcher Höhe Leistungen über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden.

Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden die wesentlichen Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags bereits **zum 1. Januar 2024** vorgezogen. Dies hat den Hintergrund, dass pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten typischerweise langjährig durch ihre Eltern gepflegt werden, die bei der Versorgung oft besonders belastet sind und so bereits frühzeitiger Entlastung erfahren sollen.

Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gilt daher **ab dem 1. Januar 2024** gemäß § 39 Absatz 4 und 5 SGB XI insbesondere:

- Die Verhinderungspflege kann anstatt bis zu sechs bereits bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden,
- auch die hälftige Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege erfolgt anstatt für bis zu sechs bereits für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr,
- es können im Kalenderjahr bis zu 100 Prozent – im Jahr 2024 also bis zu 1.774 Euro – der Mittel der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden, soweit die Mittel nicht bereits für Leistungen der Kurzzeitpflege verbraucht worden sind (der umgewidmete Betrag wird dabei auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet, vermindert diesen also entsprechend), und
- die Voraussetzung der sechsmonatigen Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege entfällt.

Nähere Informationen über die ab dem 1. Januar 2024 geltenden Regelungen erhalten Sie bei Bedarf bei Ihrer Pflegekasse, Ihrem privaten Versicherungsunternehmen oder in einem Pflegestützpunkt in der Nähe.

1.5 Pflegeunterstützungsgeld

Pflegebedürftigkeit in Graden	Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung
<p>Pflegegrade 1–5</p> <p>Pflegebedürftig sind in diesem Zusammenhang auch Personen, die die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit voraussichtlich erfüllen.</p>	<p>Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung vorangegangenen 12 Kalendermonaten beträgt das Pflegeunterstützungsgeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr je pflegebedürftiger Person gezahlt.</p>

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

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

1.6 Zusätzliche Leistungen für Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen

1.6.1 Wohngruppenzuschlag

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrade 1–5	214 Euro

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

Pflegebedürftige, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 214 Euro im Monat erhalten, den sogenannten Wohngruppenzuschlag. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, müssen weder Pflegegeld noch ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Weitere Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag sind,

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

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

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



1.6.2 Anschubfinanzierung bei Neugründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen einmaliger Höchstbetrag
Pflegegrade 1–5	2.500 Euro pro Person 10.000 Euro pro Wohngruppe

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

Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch schon vor dem Einzug erfolgen.

Voraussetzungen sind:

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

Der Betrag ist pro Person auf 2.500 Euro und pro Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt. Die Leistungen gibt es auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (*siehe Kapitel 1.7*) oder für die Ausstattung mit technischen (Pflege-)Hilfsmitteln bestehen zusätzlich.

1.7 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximaler Zuschuss je Maßnahme
Pflegegrade 1–5	4.000 Euro
Pflegegrade 1–5 wenn mehrere Anspruchs- berechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro

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

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für solche Anpassungsmaßnahmen zahlen. Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Er wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

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

1.8 Pflegehilfsmittel und digitale Pflegeanwendungen

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

1.8.1 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden von der Pflegekasse in Höhe von bis zu 40 Euro pro Monat erstattet. Dazu gehören zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistung pro Monat
Pflegegrade 1–5	40 Euro

1.8.2 Technische Pflegehilfsmittel

Typische technische Pflegehilfsmittel sind Notrufsysteme, Pflegebetten und Aufrichtehilfen oder Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung. Die Pflegekassen prüfen die Notwendigkeit der Anschaffung.

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

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

1.8.3 Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistung pro Monat
Pflegegrade 1–5	50 Euro

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit. Digitale Pflegeanwendungen auf mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder dem Pflegedienst genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein sogenanntes DiPA-Verzeichnis wurde ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angesiedelt. Mit der Aufnahme erster Anwendungen wird im Laufe des Jahres 2024 gerechnet. Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat. Etwaige Mehrkosten sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

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

1.9 Soziale Absicherung der Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit
	je nach bezogener Leistungsart bis zu Euro monatlich (Ostdeutschland)	Euro monatlich (Ostdeutschland)	bis zu Euro monatlich Krankenversicherung/Pflegeversicherung
Pflegegrad 1	–	–	192,07/40,06
Pflegegrad 2	177,53 (174,01)	45,96 (45,05)	192,07/40,06
Pflegegrad 3	282,73 (277,13)	45,96 (45,05)	192,07/40,06
Pflegegrad 4	460,26 (451,14)	45,96 (45,05)	192,07/40,06
Pflegegrad 5	657,51 (644,49)	45,96 (45,05)	192,07/40,06

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

Es gilt:

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

- Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden.
- Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pflege Tätigkeit. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.
- Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert.

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



2

**Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege
und weitere Ansprüche auf vorüber-
gehende stationäre Versorgung**

2.1 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

* Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Tages-/Nachtpflege in Anspruch zu nehmen.

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

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

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

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

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

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



2.2 Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen
Pflegegrad 1	*
Pflegegrade 2–5	pro Kalenderjahr: 1.774 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen

* Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Viele Pflegebedürftige sind nur eine begrenzte Zeit auf **vollstationäre Pflege** angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für diesen Fall gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.774 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können in vollem Umfang auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet. Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

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

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

Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege gemäß dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)** zu einem **Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** zusammengefasst werden. Dieser Gesamtleistungsbetrag wird in der Zukunft dann flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden können (*siehe hierzu auch Kapitel 1.4 ab Seite 23*).

2.3 Kurzzeitpflege nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend vollstationäre Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schweren Erkrankung. In diesen Fällen gibt es den Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Sie entspricht hinsichtlich Leistungsdauer (bis zu acht Wochen je Kalenderjahr) und Leistungshöhe (bis zu 1.774 Euro jährlich) der Kurzzeitpflege nach dem Recht der Pflegeversicherung.

Versicherte haben einen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Die Leistungsdauer ist auf bis zu vier

Wochen begrenzt. Befinden sich jedoch Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre alt sind oder eine Behinderung haben und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen.

2.4 Übergangspflege im Krankenhaus nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

2.5 Pflegerische Versorgung bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

Nach dem Recht der **Pflegeversicherung** haben seit dem 1. Juli 2024 Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 gemäß § 42a SGB XI Anspruch auf pflegerische Versorgung in zugelassenen Vorsorge-

oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden und die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sichergestellt ist. Die Einrichtung kann die pflegerische Versorgung auch durch den Einsatz von ambulanten Pflegediensten sicherstellen. Wird die pflegerische Versorgung nicht in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung selbst erbracht, ist auch eine Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung während dieser Zeit möglich.

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

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



3

Vollstationäre Pflege

3.1 Leistungen bei vollstationärer Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

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

Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

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

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

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



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

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen der Pflegeversicherung pro Monat
Pflegegrade 2–5	266 Euro

Bei Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, die Teilhabe an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund stehen, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten der Pflegeleistungen. Diese Beteiligung beträgt pauschal 15 Prozent der zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungserbringer vereinbarten Vergütung, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. Das Gleiche gilt für Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und in Räumlichkeiten leben,

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

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

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

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



4

Pflegeleistungen im Überblick

4.1 Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2024 an die Pflegeversicherung im Kurzüberblick

Die Tabelle gibt nur einen ersten allgemeinen Überblick, ohne Einzeldetails

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Häusliche Pflege	Pflegegeld von Euro monatlich	–	332,00
	oder		
	Pflegesachleistungen von bis zu Euro monatlich; Kombinationsleistung	*	761,00*
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	Euro monatlich	214,00	214,00
Entlastungsbetrag	Leistungsbetrag von bis zu Euro monatlich	125,00	125,00
Verhinderungspflege • durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	–	498,00 (1,5-Faches von 332,00)
		–	1.612,00
	–		

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigun- gen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigun- gen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit be- sonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
573,00	765,00	947,00
1.432,00*	1.778,00*	2.200,00*
Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden.		
214,00	214,00	214,00
125,00	125,00	125,00
859,50 (1,5-Faches von 573,00)	1.147,50 (1,5-Faches von 765,00)	1.420,50 (1,5-Faches von 947,00)
1.612,00	1.612,00	1.612,00
Der Leistungsbetrag von 1.612,00 Euro kann um bis zu 806,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.		

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Verhinderungspflege bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben • durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	–	
		–	
		–	
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	*	1.774,00*
		–	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu Euro monatlich	*	689,00*
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal Euro monatlich	125,00	770,00
		–	
Pflege von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	

* Pflegebedürftige können (zusätzlich) den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 Euro pro Monat unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistungen einsetzen.

** Begrenzung auf den regulären Leistungsbetrag, sofern nicht zusätzlich eine Umwidmung von Mitteln der Kurzzeitpflege erfolgt.

Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
	1.530,00 (2-Faches von 765,00)	1.612,00 (2-Faches von 947,00, begrenzt auf 1.612,00**)
	1.612,00	1.612,00
Der Leistungsbetrag von 1.612,00 Euro kann um bis zu 1.774,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.386,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.		
1.774,00*	1.774,00*	1.774,00*
Der Leistungsbetrag von 1.774,00 Euro kann um bis zu 1.612,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.386,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.		
1.298,00*	1.612,00*	1.995,00*
1.262,00	1.775,00	2.005,00
Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung folgende, nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge: ab dem ersten Monat 15 Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach 12 Monaten 30 Prozent, nach 24 Monaten 50 Prozent und nach 36 Monaten 75 Prozent.		
15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vereinbarten Vergütung, höchstens 266,00 Euro monatlich		

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu Euro monatlich	40,00	40,00
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzende Unterstützungsleistungen	Aufwendungen von insgesamt bis zu Euro monatlich	50,00	50,00
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach bezogener Leistungsart bis zu Euro monatlich (Ostdeutschland)	–	177,53 (174,01)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	Euro monatlich (Ostdeutschland)	–	45,96 (45,05)
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu Euro monatlich		
	Krankenversicherung***	192,07	192,07
	Pflegeversicherung	40,06	40,06
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr		

*** Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 1,7 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
40,00	40,00	40,00
100 Prozent der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 Prozent, höchstens 25,00 Euro je Pflegehilfsmittel, zu leisten.		
4.000,00 Euro je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000,00 Euro –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)		
50,00	50,00	50,00
282,73 (277,13)	460,26 (451,14)	657,51 (644,49)
45,96 (45,05)	45,96 (45,05)	45,96 (45,05)
192,07 40,06	192,07 40,06	192,07 40,06
90 Prozent – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit, unabhängig von deren Höhe, 100 Prozent – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts		

4.2 Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten im Überblick

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen:	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • auf Wunsch einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mitberücksichtigt (Fallmanagement) 	x	
<ul style="list-style-type: none"> • auf Wunsch kann die Pflegeberatung zusätzlich durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erbracht werden 	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • frühzeitige Pflegeberatung (nach Eingang von Anträgen auf Leistungen oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bietet die Pflegekasse von sich aus eine Pflegeberatung an, die zwei Wochen nach Antragstellung erfolgen soll), auf Wunsch auch bei der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen zu Hause 	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • pflegende Angehörige können mit Zustimmung der oder des Pflegebedürftigen auch alleine eine individuelle Pflegeberatung erhalten 	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Beratung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann 	x	x
Pflegeberatung kann auf Wunsch auch durch wohnortnahe Pflegestützpunkte erfolgen, soweit diese in der Region eingerichtet sind.	x	x
Übersendung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit und einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an die versicherte Person und gegebenenfalls Personen oder Institutionen ihres Vertrauens, die bei der Umsetzung unterstützen können.	x	x

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet:		
• Leistungs- und Preisvergleichslisten		
– über zugelassene Pflegeeinrichtungen und	x	x
– über Angebote zur Unterstützung im Alltag	x	
• Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
• Informationen über Integrierte Versorgungs- verträge/Teilnahme an der Integrierten Versor- gung im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Auf Wunsch erhalten die Versicherten diese Informationen auch als Ausdruck.		
Die Pflegekassen veröffentlichen im Internet und in anderer geeigneter Form darüber hinaus		
• verständliche, übersichtliche und vergleichbare Informationen über die Qualität der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflege- einrichtungen		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeein- richtungen für eine deutliche Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		x
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	x	x
Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilita- tionsleistungen durch die Pflegeperson ab dem 1. Juli 2024	x	



Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

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

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

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de

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

www.gesund.bund.de

Weitere Informationen zum Thema Pflege bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter:

www.bmfsfj.de

www.wegweiser-demenz.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 182722721

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Fax: 030 18102722721

Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Website: Onlinebestellungen unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



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

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

Bestellnummer: BMG-P-07055



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

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Bestellnummer: BMG-P-11021



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

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



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

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



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

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

Bürgertelefon

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



Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 3406066-01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 3406066-03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg

E-Mail:
info.gehoerlos@bmg.bund.de

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

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

Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹
0221 892031



Sucht & Drogen Hotline²
01805 313031



BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung³
0800 8313131



BZgA-Telefonberatung zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt sowie zum Schutz vor Konversionsbehandlungen⁴
0221 8992876



BZgA-Infotelefon für Fragen rund um die Organspende⁵
0800 9040400

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

² Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr; kostenpflichtig (0,20 Euro je Anruf aus dem deutschen Festnetz beziehungsweise maximal 0,60 Euro aus dem Mobilfunknetz)

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

⁴ Montag bis Donnerstag von 12 bis 16 Uhr

⁵ Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

Impressum

Herausgeber

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

-  bmg.bund
-  bmg_bund
-  BMGesundheit
-  bundesgesundheitsministerium

Stand

Juli 2024, 15. aktualisierte Auflage
Erstauflage: Januar 2015

Druck

Bonifatius GmbH, 33100 Paderborn

Papier

Umschlag: Circle Offset Premium white, Blauer-Engel-zertifiziert,
FSC-zertifiziert
Inhalt: Steinbeis Nature, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Gestaltung

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Layout und Satz

ifok GmbH, 64625 Bensheim
die wegmeister gmbh, 70376 Stuttgart

Bildnachweis

Thomas Ecke / BMG / S. 4
Nicolas Hansen / shapecharge / Getty Images / S. 60

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

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Servicetelefon: 030 182722721

Servicefax: 030 18102722721

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestellung über das Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Onlinebestellung: www.bundesregierung.de/publikationen

Bestellnummer: BMG-P-11025



Weitere Publikationen der Bundesregierung zum

Herunterladen und zum Bestellen finden Sie ebenfalls unter:

www.bundesregierung.de/publikationen

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

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



www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.