

Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung – passende Leistungen für jeden

Das Informationsportal des [Pflegetwegweisers NRW](#) informiert rund um das Thema Pflege und lotst in die individuell passenden Beratungs- und Hilfsangebote in NRW. Die folgende Übersicht bietet eine Zusammenfassung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Die Übersicht steht auch als PDF zum Download bereit.

Inhalt

1. Einführung zur passenden Leistung für jeden.....	2
2. Die Pflegeberatung steht allen Versicherten zu.....	3
3. Leistungsüberblick nach Pflegegraden.....	4
4. Das Pflegegeld.....	6
5. Die Pflegesachleistung für die häusliche Pflege.....	7
6. Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung.....	8
7. Kosten für das Pflegeheim.....	9
8. Entlastungsbetrag – 131 Euro im Monat.....	11
9. Leistungen bei Pflegegrad 1.....	13
10. Pflegehilfsmittel.....	14
11. Tages- und Nachtpflege.....	15
12. Gemeinsamer Jahresbetrag.....	16
12.a Verhinderungspflege - wenn die Pflegeperson ausfällt.....	16
12.b Kurzzeitpflege.....	18
13. Übergangspflege im Krankenhaus.....	19
14. Überleitungspflege.....	20
15. Ambulant betreute Wohngruppen.....	21
16. Verbesserung des Wohnumfeldes.....	22
17. Hilfe zur Pflege – wenn das Geld nicht reicht.....	23

1. Einführung zur passenden Leistung für jeden

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige brauchen verlässliche Informationen, individuelle Beratung und passende Unterstützung – damit Pflege gelingt und Angehörige gesund bleiben.

Betroffene stehen in der individuellen Pflegesituation vor vielen Fragen:

- Welche Ansprüche auf Hilfe habe ich?
- Wo bekomme ich Unterstützung?
- Wie beantrage ich die Unterstützungsleistungen?
- Wie organisiere ich unsere Pflegesituation am besten?

Wichtig zu wissen: Um Leistungen von der Pflegekasse zu erhalten, ist ein Antrag erforderlich. Die betroffene Person muss als pflegebedürftig anerkannt werden – dazu wird ein Pflegegrad festgestellt, der über Art und Umfang der Leistungen entscheidet. Voraussetzung ist außerdem, dass in den letzten zehn Jahren mindestens zwei Jahre lang Beiträge zur Pflegeversicherung gezahlt wurden.

Die Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in ihrer Selbstständigkeit oder ihren Fähigkeiten **dauerhaft beeinträchtigt** sind und deshalb Unterstützung benötigen. Die Ursachen können körperlicher, geistiger oder psychischer Art sein.

Die Pflegebedürftigkeit muss **auf Dauer** – für voraussichtlich mindestens 6 Monate – und mit mindestens der im Sozialgesetzbuch festgelegten Schwere bestehen.

Ob jemand pflegebedürftig ist und welcher Pflegegrad vorliegt, wird bei gesetzlich Versicherten vom Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegeversicherungen (MD) festgestellt. Bei privat Versicherten übernimmt dies die Medicproof GmbH.

2. Die Pflegeberatung steht allen Versicherten zu

Betroffene und Angehörige stehen häufig vor der Frage, ob die Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim besser geeignet ist. In solchen Momenten ist es wichtig zu wissen, welche Leistungen ihnen zustehen und welche Angebote in der näheren Umgebung verfügbar sind.

Einen Überblick über Leistungen und Angebote vor Ort geben Pflegeberatungsstellen oder Pflegestützpunkte. Die Beratungsstellen finden Sie in ganz Nordrhein-Westfalen. Jeder versicherten Person zu steht eine kostenlose **Pflegeberatung** zu.

Pflegeberater:innen beraten Sie qualifiziert zu Ihrer **individuellen** Situation. Sie geben Antworten auf Fragen rund um das Thema Pflege, zum Beispiel über:

- Leistungen der Pflegeversicherung, die Ihnen zustehen, wie Sie diese beantragen und im Pflegealltag Zuhause umsetzen
- Leistungen für die stationäre Pflege
- Möglichkeiten zur Entlastung für pflegende Angehörige
- Möglichkeiten, wie Sie Ihr Wohnumfeld verbessern können
- Informationen rund um die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Tipp: Nutzen Sie die [Online-Suche des Pflegewegweisers NRW](#), um die für Sie passende und zuständige Pflegeberatungsstelle zu finden.

Gerne helfen wir Ihnen auch telefonisch weiter. Rufen Sie kostenlos an: **0800 4040044** (montags, dienstags, mittwochs und freitags 9–13 Uhr und donnerstags von 13-17 Uhr).

3. Leistungsüberblick nach Pflegegraden

Teil 1

Pflegegrad	Pflegegeld (monatlich)	Pflege- sacheleistung (monatlich)	Entlastungs- betrag (monatlich)	Gemeinsamer Jahresbetrag: Budget für Verhinderungspflege & Kurzzeitpflege (pro Jahr)
1			131 Euro	
2	347 Euro	796 Euro	131 Euro	3.539 Euro
3	599 Euro	1.497 Euro	131 Euro	3.539 Euro
4	800 Euro	1.859 Euro	131 Euro	3.539 Euro
5	990 Euro	2.299 Euro	131 Euro	3.539 Euro

Teil 2

Pflegegrad	Leistungsbetrag vollstationär * (monatlich)	Wohnumfeld- verbessernde Maßnahmen (pro Maßnahme)	Pflegehilfsmittel (monatlich)	Tages-/Nachtpflege teilstationär (monatlich)
1	131 Euro	4.180 Euro	42 Euro	
2	805 Euro	4.180 Euro	42 Euro	721 Euro
3	1.319 Euro	4.180 Euro	42 Euro	1.357 Euro
4	1.855 Euro	4.180 Euro	42 Euro	1.685 Euro
5	2.096 Euro	4.180 Euro	42 Euro	2.085 Euro

* Leistungszuschuss bei vollstationärer Versorgung

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschuss zur vollstationären Versorgung. Der Zuschuss wird an dem Eigenanteil der Pflegekosten bemessen und ist nach Jahren gestaffelt und beträgt aktuell:

- bis 12 Monate vollstationäre Versorgung: 15% Zuschuss
- mehr als 12 Monate vollstationäre Versorgung: 30% Zuschuss
- mehr als 24 Monate vollstationäre Versorgung: 50% Zuschuss
- mehr als 36 Monate vollstationäre Versorgung: 75% Zuschuss

Wichtig: Bezuschusst werden nur die pflegebedingten Aufwendungen. Weiterhin nicht bezuschusst werden die weiteren, teilweise erheblichen Kosten für die Bewohner:innen, wie Unterkunfts- und Verpflegungskosten, die Ausbildungsumlage und die Investitionskosten.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen:

Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gibt es für Pflegebedürftige aller Pflegegrade eine einmalige Anschubfinanzierung von maximal 2.613 pro Person und 10.452 Euro pro Wohngruppe. Zusätzlich gibt es unter bestimmten Voraussetzungen ein Wohngruppenzuschlag von 224 Euro pro Monat für Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen wohnen.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen:

Pflegebedürftige, die sich in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen aufhalten, bekommen von der Pflegeversicherung die Kosten für die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe von zehn Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch 278 Euro monatlich.

4. Das Pflegegeld

Sie haben Pflegegrad 2 oder höher? Dann steht Ihnen **Pflegegeld** zu. Dieses können Sie beantragen, wenn Sie keine professionelle Pflege oder haushaltsnahen Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn Sie statt durch einen ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Nahestehenden oder einer anderen nicht-professionell pflegenden Person gepflegt werden.

Beziehen Sie Pflegegeld, erfolgen regelmäßige Beratungen durch Pflegedienste oder weitere zugelassene Stellen (§ 37 SGB XI). Diese sollen der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege dienen. Wie oft die Beratungen stattfinden, hängt vom Pflegegrad ab: bei den Pflegegraden 2 und 3 einmal pro Halbjahr, bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal pro Vierteljahr.

Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach Pflegegrad

Das Pflegegeld wird monatlich an die pflegeversicherte Person überwiesen. Diese kann selbst entscheiden, wie sie das Geld ausgibt. Wichtig ist nur, dass die Pflege zu Hause gesichert ist. Die Höhe des Pflegegeldes hängt vom festgestellten Pflegegrad ab:

- Pflegegrad 2: 347 Euro
- Pflegegrad 3: 599 Euro
- Pflegegrad 4: 800 Euro
- Pflegegrad 5: 990 Euro

Ist ein Aufenthalt im Krankenhaus oder einer stationären Einrichtung nötig, wird das Pflegegeld zunächst für 4 Wochen weitergezahlt. Der Aufnahmetag wird mit eingerechnet. Dauert der Aufenthalt länger als 28 Tage, zahlt die Pflegekasse erst wieder Pflegegeld, wenn die pflegebedürftige Person zu Hause ist.



5. Die Pflegesachleistung für die häusliche Pflege

Anstelle des Pflegegeldes können Sie auch sogenannte **Pflegesachleistungen** in Anspruch nehmen. Dies bedeutet, dass Sie professionelle Kräfte beauftragen, Sie zu Hause zu pflegen – zum Beispiel ambulante Pflegedienste.

Wohnen kann die pflegebedürftige Person auch bei ihren Angehörigen, anderen Nahestehenden sowie in Wohngemeinschaften.

Sie können Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, die Sie unterstützen bei:

- der Mobilität
- der Selbstversorgung
- dem Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- der Gestaltung des Alltagslebens
- Einschränkungen in kognitiven (geistigen) und kommunikativen Fähigkeiten oder psychischen (seelischen) Belastungen

Wichtig: Pflegesachleistungen stehen Versicherten ab dem Pflegegrad 2 zu und können mit dem Pflegegeld kombiniert werden (siehe "Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung"). Versicherte können sich von Angehörigen pflegen lassen und nur für bestimmte Hilfen eine Pflegesachleistung beanspruchen, zum Beispiel einen ambulanten Pflegedienst.

Bis zu 40 % des Geldes kann für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Dies gilt nur, wenn maximal 60 % der Pflegesachleistung ausgegeben wurden. Die sogenannte **Umwandlung** muss bei der Pflegekasse beantragt werden.

Höhe der Pflegesachleistung

Wie beim Pflegegeld hängt auch die Höhe der ausgezahlten Pflegesachleistungen vom ermittelten Pflegegrad ab:

- Pflegegrad 2: 796 Euro
- Pflegegrad 3: 1.497 Euro
- Pflegegrad 4: 1.859 Euro
- Pflegegrad 5: 2.299 Euro



6. Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung

Falls Sie nicht den gesamten Betrag aus der Pflegesachleistung benötigen, da Sie einen Teil der Pflege selbst sicherstellen, können Sie bei der Pflegekasse anteiliges Pflegegeld beantragen.

Tipp: Wenn Sie Pflegesachleistungen nur teilweise nutzen und zusätzlich Pflegegeld beantragen, bekommen Sie den nicht verbrauchten Anteil als anteiliges Pflegegeld. Geben Sie im Antrag keine genaue Aufteilung an, wird der verbleibende Betrag automatisch berechnet und ausgezahlt. Entscheiden Sie sich hingegen für eine feste Kombination mit einem gleichbleibenden Pflegegeld pro Monat, bleibt diese Aufteilung für sechs Monate bestehen – es sei denn, Ihre Pflegesituation verändert sich deutlich.

Berechnung des Pflegegeldes

Wie hoch der Pflegegeldanspruch ist, bemisst sich nach dem Umfang der in Anspruch genommenen Pflegesachleistung: Haben Sie beispielsweise 60 % der Pflegesachleistungen beansprucht, erhalten Sie anteilig 40 % des Pflegegeldes.

7. Kosten für das Pflegeheim

Die Kosten für stationäre Pflege, also die Unterbringung in einem Pflegeheim, sowie der zu entrichtende Eigenanteil sind von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich. Innerhalb einer Einrichtung zahlen pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 aber immer den gleichen Eigenanteil.

Liegt ein Pflegegrad vor, rechnet die Einrichtung die Pflegesachleistung direkt mit der Pflegeversicherung ab. Der Eigenanteil ist selbst zu tragen.

Zusammensetzung der Kosten für das Pflegeheim

Einen Großteil der Kosten machen die Leistungen für die Pflege aus. Diese werden nur teilweise von der Pflegeversicherung übernommen und reichen somit in der Regel nicht aus. Der restliche Betrag muss von der pflegebedürftigen Person bezahlt werden.

Folgende Leistungen zahlt die Pflegekasse je nach Pflegegrad:

- Pflegegrad 1: 131€
- Pflegegrad 2: 805€
- Pflegegrad 3: 1.319€
- Pflegegrad 4: 1.855€
- Pflegegrad 5: 2.096€

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschuss zur vollstationären Versorgung. Der Zuschuss wird an dem Eigenanteil der Pflegekosten bemessen und ist nach Jahren gestaffelt und beträgt aktuell:

- bis 12 Monate vollstationäre Versorgung: 15% Zuschuss
- mehr als 12 Monate vollstationäre Versorgung: 30% Zuschuss
- mehr als 24 Monate vollstationäre Versorgung: 50% Zuschuss
- mehr als 36 Monate vollstationäre Versorgung: 75% Zuschuss

! Wichtig: Bezuschusst werden nur die pflegebedingten Aufwendungen. Weiterhin nicht bezuschusst werden die weiteren, teilweise erheblichen Kosten für die Bewohner:innen, wie Unterkunfts- und Verpflegungskosten, die Ausbildungsumlage und die Investitionskosten.

Neben den Kosten für die Pflege stellen die stationären Einrichtungen auch Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie für sogenannte „Investitionskosten“ in Rechnung. Die Investitionskosten für einen Heimplatz sind vergleichbar mit der Kaltmiete, die beim Anmieten einer Wohnung oder eines Hauses gezahlt werden. Darunter fallen die Kosten für den eigentlichen Wohnraum und beispielsweise die Anschaffungskosten für die Immobilie, Tische, Stühle, Schränke sowie für die



Instandhaltung und Instandsetzung der Immobilie. Die Investitionskosten werden durch alle Bewohner geteilt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung – sogenannte „Betriebskosten“ – müssen von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Sie beinhalten die Kosten für Wasser, Strom, Heizung oder auch die Wartung der Heizung. Darunter fällt auch die vollständige Verpflegung der pflegebedürftigen Person. Neben den Kosten für Lebensmittel kann dazu auch das Personal gehören, das die Speisen zubereitet, anrichtet und serviert.

Wichtig: Reicht das eigene Einkommen nicht für die Deckung der Kosten aus, kann beim zuständigen Sozialamt die sogenannte „Hilfe zur Pflege“ (s. unter Punkt 15) beantragt werden. Zur Organisation und Finanzierung der Hilfe zur Pflege beraten Sie die örtlichen Pflegeberatungsstellen und Pflegestützpunkte.

Über die kostenlose Pflegehotline 0800 40 40 044 oder über [die Onlinesuche im Pflegewegweiser NRW](#) finden Sie die passende Beratungsstelle in Ihrer Nähe.



8. Entlastungsbetrag – 131 Euro im Monat

Ab Pflegegrad 1 werden Pflegebedürftige in häuslicher Pflege durch einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von 131 Euro im Monat finanziell unterstützt.

Mit diesem Betrag können Sie sich zum Beispiel die Kosten für folgende Unterstützungsangebote und Leistungen erstatten lassen:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 ausschließlich für Leistungen der Betreuung und Haushaltsführung, in Pflegegrad 1 auch für Hilfen bei der körperbezogenen Pflege),
- Angebote zur Unterstützung im Alltag, sofern diese nach dem hiesigen Landesrecht anerkannt sind.

Die 131 Euro können auch für Angebote zur Entlastung des pflegenden Angehörigen ausgegeben werden. Beispielsweise zur Finanzierung von Betreuungsleistungen des Pflegebedürftigen, wenn Sie als Angehöriger mal nicht zur Stelle sein können.

Auch die Leistungen zur Unterstützung im Alltag, die durch ehrenamtlich tätige Personen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erbracht werden, können ebenso wie entgeltliche Leistungen von Einzelpersonen in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis über den Entlastungsbetrag erstattungsfähig sein. Hierfür müssen aber bestimmte Voraussetzungen nach landesrechtlicher Vorschrift (der Anerkennungs- und Förderverordnung NRW – AnFöVO) erfüllt sein. Insbesondere darf die Person nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sein, nicht mit ihr in einer häuslichen Gemeinschaft leben und nicht als ihre Pflegeperson gemeldet sein. Auch muss sie eine Qualifizierung nachweisen.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite zur Nachbarschaftshilfe der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz unter <https://nachbarschaftshilfe.nrw/>

Erstattung des Entlastungsbetrages durch die Pflegeversicherung

Die Kosten für die Leistung müssen Sie zunächst selbst bezahlen. Ihre Pflegekasse erstattet Ihnen die Kosten dann bis zu einer Höhe von 131 Euro. Reichen Sie dafür alle entsprechenden Rechnungen bei der Pflegekasse ein. Alternativ können die Kosten auch direkt mit der Pflegekasse abgerechnet werden. Dafür müssen Sie eine Abtretungserklärung ausfüllen, die Ihnen der Leistungserbringer vorlegt.



Tipp: Reichen die 131 Euro pro Monat nicht aus, können Pflegebedürftige ab Pflegestufe 2 einen Teil ihrer Pflegsachleistungen umwandeln. Auf diese Weise lassen sich bis zu 40 Prozent des Betrags für Pflegesachleistungen für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden. Das ist sinnvoll, wenn diese nicht für die Pflege benötigt werden. Für die Umwandlung ist ein Antrag bei der Pflegekasse nötig.

Wird der Entlastungsbetrag von 131 Euro im Monat nicht ausgeschöpft, kann der Restbetrag innerhalb eines Kalenderjahres genutzt werden. **Bleibt am Ende des Jahres noch Geld übrig, können Sie dieses mit ins neue Kalenderhalbjahr nehmen.** Am 30. Juni des Folgejahres verfällt der Restbetrag dann.

9. Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Pflegegrad 1 gilt die Selbstständigkeit als nur gering beeinträchtigt. Doch auch hier sieht das sogenannte „Pflegestärkungsgesetz II“ bestimmte Leistungen aus der Pflegeversicherung vor. Diese sollen dazu dienen, eine schwere Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und/oder den Erhalt der Selbstständigkeit zu fördern.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf:

- einen halbjährlichen **Beratungsbesuch** durch einen Pflegedienst in der eigenen Umgebung
- einen Entlastungsbetrag in Höhe von **131 Euro** monatlich
- einen **Wohngruppenschlag**, zum Beispiel für ambulant betreute Wohngruppen (monatlich 214 Euro)
- **Pflegehilfsmittel** bis zu 42 Euro monatlich, Hilfsmittel und **wohnraumverbessernde Maßnahmen** bis zu 4.180 Euro pro Maßnahme; wenn mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen bis 16.720 Euro
- zusätzliche **Betreuung und Aktivierung** in stationären Einrichtungen, zum Beispiel durch Gruppengymnastik
- **Schulungsangebote** in Form von Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- zusätzliche **Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung** für Angehörige, zum Beispiel das Pflegeunterstützungsgeld
- einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

Auf der [Infoseite "Vereinbarkeit von Pflege und Beruf"](#) auf dem Portal des Pflegewegweisers NRW finden Sie weitere Informationen zu Möglichkeiten, sich für die Pflege freistellen zu lassen.

10. Pflegehilfsmittel

Bereits ab Pflegegrad 1 besteht Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Diese sollen die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden der pflegebedürftigen Person lindern und die selbstständige Lebensführung unterstützen.

Unterschieden werden **technische** und **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**. Technische Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Pflegebetten, Toilettenstühle, Hausnotrufsysteme oder auch Lagerungskissen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind Produkte wie Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkittel oder auch der Bettschutz.

Wichtig: In der Regel haben die Pflegekassen Kooperationsverträge mit Anbietern von Pflegehilfsmitteln geschlossen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse über die Vertragspartner, bei denen Sie die Pflegehilfsmittel beziehen können. Bei technischen Pflegehilfsmitteln kommt es in der Regel zu einer Zuzahlung von maximal 25 Euro pro Hilfsmittel, sofern Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind. Kaufen Sie Ihre Pflegehilfsmittel bei einem anderen Anbieter, müssen Sie eventuelle Mehrkosten selber tragen.

Antrag auf Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch

Die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI), werden mit einer Pauschale von höchstens 42 Euro im Monat von der Pflegekasse übernommen. Hierfür müssen Sie bei der Pflegekasse einen Antrag stellen.

Grundsätzlich kann der Antrag formlos sein, muss aber drei Punkte beinhalten:

- Name der versicherten Person
- Geburtsdatum und
- Art des Pflegehilfsmittels

Tipp: Für Pflegehilfsmittel benötigen Sie kein ärztliches Rezept. Den Antrag auf Kostenübernahme stellen Sie einfach bei der Pflegekasse. Legen Sie dem Antrag aber am besten eine ärztliche Bescheinigung oder eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes (MD) bei, die detailliert beschreibt, warum und welche Pflegehilfsmittel benötigt werden.

11. Tages- und Nachtpflege

Tages- und Nachtpflegen ergänzen die Versorgung zu Hause. In diesen sogenannten teilstationären Einrichtungen halten sich Pflegebedürftige zeitweise auf, zum Beispiel tagsüber oder nur nachts.

Eine Betreuung für ein paar Stunden kann sehr hilfreich sein: zum Beispiel, wenn die pflegebedürftige Person nicht alleine zu Hause zurechtkommt, die pflegende Person jedoch arbeitet, sonstige Verpflichtungen hat oder Entlastung braucht. Die Einrichtungen müssen einen Fahrdienst anbieten beziehungsweise organisieren, der die Pflegebedürftigen zu Hause abholt und wieder nach Hause bringt.

Höhe der Leistungen für die Tages- und Nachtpflege

Die Leistungen für die Tages- oder Nachtpflege können zusätzlich zum Pflegegeld oder zur Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Ab dem Pflegegrad 2 können gem. § 41 SGB XI für die pflegerischen Leistungen bis zu 2.085 Euro pro Monat übernommen werden:

- Pflegegrad 2: 721 Euro
- Pflegegrad 3: 1.357 Euro
- Pflegegrad 4: 1.685 Euro
- Pflegegrad 5: 2.085 Euro

Wer Pflegegrad 1 hat, erhält keine besonderen Leistungen für die Tages- und Nachtpflege, kann aber den Entlastungsbetrag von 131 Euro hierfür nutzen.

Auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die sogenannten Investitionskosten der Einrichtung sowie mögliche Fahrtkosten müssen von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Allerdings ist es möglich, den Entlastungsbetrag dazu zu verwenden, die Kosten zu decken. Reichen die Leistungen der Pflegekasse dann immer noch nicht, um die Kosten der Tages- und Nachtpflege zu decken, und kann die pflegebedürftige Person die Kosten auch aus eigenem Einkommen oder Vermögen nicht selbst tragen, kann Sozialhilfe beantragt werden.

Wichtig: Angehörige sollten den Pflegevertrag niemals in eigenem Namen unterschreiben, sondern immer kenntlich machen, dass Sie als bevollmächtigte Vertretung oder als betreuende Person für die pflegebedürftige Person unterzeichnen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das Sozialamt keine Kosten übernimmt und die Angehörigen selbst für die Kosten der Tages- und Nachtpflege aufkommen müssen.

12. Gemeinsamer Jahresbetrag

Seit dem 1. Juli 2025 gilt der neue Gemeinsame Jahresbetrag für pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2.

Er fasst die bisherigen Einzel-Budgets für Verhinderungspflege (1.685 €) und Kurzzeitpflege (1.854 €) nun zu einem flexiblen nutzbaren Gesamtbudget zusammen:

- Der Gesamtbetrag für beide Leistungen beträgt 3.539 € pro Jahr
- Die Mittel können flexibel genutzt werden – je nach Bedarf:
 - nur für die Vertretung der Pflegeperson (Verhinderungspflege oder Ersatzpflege)
 - nur für vorübergehende stationäre Pflege (Kurzzeitpflege)
 - oder für eine Kombination beider Leistungen.

12.a Verhinderungspflege - wenn die Pflegeperson ausfällt

Auch wer pflegt, kann einmal ausfallen – sei es durch Urlaub, Erkrankung, Reha oder andere Gründe. In dem Fall besteht die Möglichkeit der sogenannten Verhinderungspflege. Während dieser Zeit werden Pflegebedürftige von einer anderen Person versorgt. Dies kann eine professionelle Pflegekraft, aber auch eine Privatperson oder ein ehrenamtlicher Helfer übernehmen.

Verhinderungspflege bis zu acht Wochen im Jahr

Verhinderungspflege kann ab Pflegegrad 2 genutzt werden und ist im Kalenderjahr bis zu acht Wochen (56 Tage) möglich. Pro Jahr stehen dafür bis zu **3.539 Euro** zur Verfügung, die für die häusliche Pflege eingesetzt werden können.

Übernehmen nahe Angehörige die Verhinderungspflege, kann nun bis zum Doppelten des Pflegegeldes – statt wie bisher 1,5-fach – ausgezahlt werden. Zusätzlich können Sachkosten wie Fahrtkosten oder Verdienstausfälle bis zu diesem Betrag abgerechnet werden. Der gesamte Betrag muss im gleichen Kalenderjahr verbraucht werden, da er sonst am 31. Dezember verfällt.

Während der Verhinderungspflege bekommen Sie die Pflegesachleistung in voller Höhe weiter erstattet. Das Pflegegeld wird zur Hälfte weiter gezahlt.

Verhinderungspflege kann zudem rückwirkend für bis zu vier Jahre erstattet werden, wenn die Pflege innerhalb dieses Zeitraums nachgewiesen wird.



Hinweise:

- Verhinderungspflege kann sofort beantragt werden, sobald ein Pflegegrad vorliegt. Es sind keine Vorpflegezeiten mehr erforderlich.
- Verhinderungspflege muss nicht vorher bei der Pflegekasse angemeldet werden.
- Die entstandenen Kosten müssen durch Rechnungen belegt werden. Sammeln Sie alle Belege und reichen Sie diese zur Kostenübernahme bei der Pflegekasse ein.
- Wird die Pflege ausschließlich von einem ambulanten Pflegedienst übernommen, besteht kein Anspruch auf Verhinderungspflege.

Verhinderungspflege kann auch **stundenweise** in Anspruch genommen werden. Besonders bei der Betreuung von Menschen mit Demenz ist dies eine hilfreiche Alternative, wenn Angehörige beruhigt das Haus verlassen wollen. Bei der stundenweisen Verhinderungspflege wird das normale Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt.

Wenn die Verhinderungspflege länger als 8 Stunden an einem Tag dauert oder über mehrere Tage geht, dann gilt sie nicht mehr als stundenweise- und dann wird das Pflegegeld nur zur Hälfte für bis zu 8 Wochen im Jahr weitergezahlt.

Wichtig zu wissen:

Wenn ein ambulanter Pflegedienst oder Betreuungsdienst die Verhinderungspflege leistet, muss er die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person spätestens bis zum Ende des nächsten Monats über die Dauer und die Kosten informieren. Die Pflegekasse muss der versicherten Person auf Wunsch Auskunft darüber geben, wie die Verhinderungspflege über den gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet wurde und wie viel Budget noch zur Verfügung steht.

12.b Kurzzeitpflege

Was passiert, wenn die pflegende Person kurzfristig ausfällt? Oder wenn nach einem Krankenhausaufenthalt eine Betreuung nötig ist? In dem Fall besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege außerhalb der eigenen vier Wände. Die Kurzzeitpflege kann auch beansprucht werden, wenn das Haus oder die Wohnung nach einer Veränderung der Pflegesituation umgebaut werden muss.

Für Kurzzeitpflege gibt es bis zu 3.539 Euro pro Jahr

Für einen Zeitraum von **bis zu 8 Wochen** steht der pflegebedürftigen Person ab Pflegegrad 2 das Budget des Gemeinsamen Jahresbetrages in Höhe von 3.539 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Der Anspruch verfällt, wenn dieser Betrag nicht in einem Kalenderjahr genutzt oder ausgeschöpft wird.

Ist Kurzzeitpflege erforderlich, stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse.

Wichtig: Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten sowie eventuelle Zusatzkosten müssen in der Regel selbst bezahlt werden.

Die Pflegeeinrichtung muss der Pflegekasse spätestens bis zum Ende des folgenden Monats mitteilen, in welchem Zeitraum Kurzzeitpflege erbracht wurde und welche Kosten dabei entstanden sind.

Die Pflegekasse muss der versicherten Person auf Wunsch Auskunft geben, wie die Kurzzeitpflege abgerechnet wurde und wie viel Budget aus dem Gemeinsamen Jahresbetrag im laufenden Kalenderjahr noch zur Verfügung steht.

13. Übergangspflege im Krankenhaus

Mit der Pflegereform 2021 ist ein neues Angebot für die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt geschaffen worden.

Die Übergangspflege kann dann genutzt werden, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt keine angemessene Versorgung sichergestellt werden kann. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn keine Kurzzeitpflege oder ambulante Versorgung verfügbar ist. Tritt so eine Situation ein haben Betroffene in dem Krankenhaus, in dem sie behandelt wurden, Anspruch auf bis zu 10 Tage Übergangspflege.

Tip: Setzen Sie sich frühzeitig mit dem Sozialdienst im Krankenhaus in Kontakt, um offene Fragen zur Übergangspflege zeitnah zu klären. Denken Sie außerdem daran, dass die Krankenkasse des Betroffenen für die Übergangspflege zuständig ist und nicht die Pflegekasse.

Die Verbraucherzentralen informieren [in diesem Artikel](#) ausführlich über die Übergangspflege.



14. Überleitungspflege

Was tun, wenn Sie keinen Pflegegrad haben, aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber noch nicht rehafähig sind oder sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht selbst versorgen können? Sie haben auch keine Angehörigen, die sich umfassend um Ihre Pflege kümmern können? Dann haben Sie Anspruch gegenüber der Krankenversicherung gemäß §37 Abs. 1a und 39c SGB V auf sogenannte Überleitungspflege.

Der Anspruch besteht für **bis zu vier Wochen pro Krankheitsfall**. In begründeten Ausnahmefällen kann dieser von der Krankenkasse – nach Einschalten des Medizinischen Dienstes – verlängert werden. Die Überleitungspflege kann nur genutzt werden, wenn keine Pflegebedürftigkeit gemäß §14 SGB XI vorliegt. Zur Übergangspflege kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Kurzzeitpflege gehören, ohne dass ein Pflegegrad vorliegt.

Die Überleitungspflege soll sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt gut versorgt sind, bis eine dauerhafte Pflege organisiert ist.

Sie umfasst Leistungen wie häusliche Krankenpflege, Unterstützung bei der Körperpflege, Hilfe durch Pflegedienste und die Hilfsmittelversorgung. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus die Überleitungspflege bei der Entlassung ärztlich verordnet. Die Kosten trägt die gesetzliche Krankenkasse.

Die Überleitungspflege überbrückt die Zeit, bis andere Leistungen – etwa aus der Pflegeversicherung – greifen können.

Wichtig: Ausweitung der Leistung für eine Haushaltshilfe

Wenn Sie eine Überleitungspflege benötigen, können Ansprüche für eine Haushaltshilfe geltend gemacht werden.

Sind die Voraussetzungen der Überleitungspflege erfüllt, und lebt im Haushalt ein Kind, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Leistungsanspruch auf längstens 26 Wochen.

15. Ambulant betreute Wohngruppen

Ganz alleine zu leben, ist für Pflegebedürftige häufig nicht möglich. Neben der Pflege zu Hause oder der Unterbringung im Heim erfreut sich eine weitere Wohnform immer größerer Beliebtheit – das Wohnen in einer Wohngemeinschaft oder Wohngruppe.

In sogenannten **ambulant betreuten Wohngruppen** leben mindestens zwei und höchstens elf Personen zusammen, von denen mindestens zwei weitere pflegebedürftig sein müssen.

Um ambulante Wohngemeinschaften zu fördern, zahlt die Pflegeversicherung einen Wohngruppenzuschlag von 224 Euro im Monat. Dieser Betrag muss für die Mitfinanzierung einer Person, die allgemeine, organisatorische-verwaltende oder betreuende Tätigkeiten übernimmt, eingesetzt werden. Ist für die Gründung einer Wohngemeinschaft ein Umbau nötig, so kann dieser mit 2.613 Euro pro Person gefördert werden, maximal mit 10.452 Euro pro Wohngemeinschaft.

16. Verbesserung des Wohnumfeldes

Türen sind zu schmal für den Rollstuhl, Stufen werden zum unüberwindbaren Hindernis... Oft ist aufgrund der Pflegebedürftigkeit ein Umbau nötig. Doch dieser kostet viel Geld.

Zum Umbau oder zum Verbessern des Wohnumfeldes können Sie Zuschüsse von der Pflegekasse erhalten - bereits ab Pflegegrad 1. Voraussetzung ist, dass hierdurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert wird, oder für den Pflegebedürftigen eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederhergestellt werden kann.

Pro Maßnahme können grundsätzlich bis zu 4.180 Euro pro Person geltend gemacht werden. Wenn in einem gemeinsamen Haushalt mehr als vier Pflegebedürftige leben, kann insgesamt ein Betrag von bis zu 16.720 Euro abgerufen werden.

Unter die sogenannten **wohnumfeldverbessernden Maßnahmen** nach §40 Abs. 4 SGB XI fallen entweder Umbaumaßnahmen oder technische Hilfen im Haushalt.

Welche Maßnahmen werden bezuschusst?

- Maßnahmen, die einen Eingriff in die Bausubstanz erfordern, zum Beispiel der Einbau von Liftsystemen in Badezimmern, eines fest installierten Treppenlifters oder auch Türverbreiterungen
- Einbau beziehungsweise Umbau von vorhandenem Mobiliar, das aufgrund der konkreten Pflegesituation individuell umgestaltet oder hergestellt werden muss: zum Beispiel Austausch einer Badewanne durch eine ebenerdige Duschtasse oder die Absenkung von Küchenhängeschränken
- Auch ein Umzug kann als Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes angesehen werden, sofern die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind – zum Beispiel bei einem Umzug von einer Wohnung im Obergeschoss ins Erdgeschoss

Wichtig: Die Maßnahme muss vor Beginn der Umbauten von der Pflegekasse genehmigt sein, nur dann erhalten Sie die Zuschüsse. Warten Sie also unbedingt die Zusage der Pflegekasse ab, bevor sie tätig werden.

17. Hilfe zur Pflege – wenn das Geld nicht reicht

Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht, wenn die pflegebedürftige Person und deren Ehepartner:in nicht in der Lage sind, die Kosten für die Pflege selbst aufzubringen, und auch mögliche unterhaltspflichtige Personen, wie Kinder, nicht zur Leistung herangezogen werden können.

Wie hoch die Hilfe zur Pflege ist, legt das Sozialamt anhand des Einkommens und Vermögens der pflegebedürftigen Person und deren Ehepartner:in fest.

Die Hilfe zur Pflege steht auch erkrankten und behinderten Menschen zu, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate Pflege benötigen oder einen geringeren Bedarf als Pflegegrad 1 haben.

Welche Bereiche deckt die Hilfe zur Pflege ab?

Die Hilfe zur Pflege unterstützt die Bereiche der häuslichen, stationären und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege. Außerdem kann die Hilfe zur Pflege für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel eingesetzt werden. Die häusliche Pflege hat hierbei Vorrang vor der stationären Pflege.

Wie und wo kann ich den Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen?

Reichen das eigene Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person und deren Ehepartner:in nicht aus, so können Sie beim zuständigen Sozialhilfeträger einen Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen.

Tipps:

- Warten Sie nicht mit der Antragstellung!
- Sollten Sie zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören, stellen Sie Ihren Antrag sofort. Der Sozialhilfeträger erbringt keine Leistungen für zurückliegende Zeiträume. Bestehende Schulden werden deshalb nicht übernommen. Eine Ausnahme bilden dabei Mietschulden.
- Lassen Sie sich von einem fachkundigen Anwalt beraten, wenn Sie unsicher sind, welches Einkommen oder Vermögen vom Sozialamt für die Berechnung eines Anspruchs auf Hilfe zur Pflege herangezogen werden darf.

Zusammengestellt vom Pflegewegweiser NRW. Stand: Juli 2025