



MICHAEL B. BARNES

BÜRGERANLIEGEN • STELLUNGNAHMEN • KORRESPONDENZ



Hengelorstraße 1

49565 Bramsche



mbarnes61@outlook.com

2026-08-17

Die sechs Module des NBA: Worauf der Gutachter wirklich achtet



Teil 2 von 3 – Pflegegrad richtig einschätzen und Ansprüche durchsetzen

Einleitung



Ein Pflegegrad entscheidet darüber, welche Leistungen der Pflegeversicherung einem pflegebedürftigen Menschen zustehen. Doch eine Erkrankung, eine Behinderung oder eine ärztliche Diagnose allein führt nicht automatisch zu einem bestimmten Pflegegrad.

Entscheidend ist, **wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen im Alltag gesundheitlich beeinträchtigt sind und in welchem Umfang deshalb Hilfe durch andere erforderlich ist**. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI muss zudem auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Grundlage dafür ist § 14 SGB XI.

Genau hier entstehen in der Praxis viele Probleme. Betroffene und Angehörige müssen gegenüber der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst möglichst genau darstellen, was im Alltag tatsächlich noch selbstständig möglich ist – und wobei regelmäßig Unterstützung benötigt wird. Die Begutachtung orientiert sich dabei an sechs gesetzlich festgelegten Lebensbereichen.

Dieser Ratgeber zeigt Schritt für Schritt, worauf es dabei ankommt: von der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und der Vorbereitung auf die Begutachtung über das Gutachten und den Bescheid bis zu den Möglichkeiten, wenn ein Pflegegrad abgelehnt oder aus Ihrer Sicht zu niedrig festgestellt wurde.

Inhalt

Die sechs Module des NBA: Worauf der Gutachter wirklich achtet	1
Teil 2 von 3 – Pflegegrad richtig einschätzen und Ansprüche durchsetzen	1
Einleitung	1
Kapitel 1: Wann beginnt Pflegebedürftigkeit? – Diagnose und Alltag sind nicht dasselbe	7
Entscheidend ist die tatsächliche Selbstständigkeit.....	7
Was Sie deshalb frühzeitig dokumentieren sollten	7
Der entscheidende Grundsatz.....	8
Kapitel 2: Der formelle Startschuss – Antragstellung, Fristen und Beginn der Leistungen	8
Den Antrag nicht unnötig hinauszögern	8
Was nach dem Antrag passiert	8
Die 25-Arbeitstage-Frist.....	8
Wenn die Pflegekasse die Frist überschreitet	9
Gutachten gehört grundsätzlich zum Bescheid	9
Für Ihre Verfahrensakte.....	9
Kapitel 3: Das Pflegetagebuch und die richtige Vorbereitung auf die Begutachtung	10



Das Pflegetagebuch: Den tatsächlichen Alltag dokumentieren	10
Nicht nur „Hilfe nötig“ aufschreiben	10
Gute Tage dürfen schlechte Tage nicht verdecken	11
Unterlagen für den Termin vorbereiten	11
Eine Vertrauensperson kann unterstützen	11
Der wichtigste Grundsatz für die Vorbereitung	11
Kapitel 4: Der Medizinische Dienst (MD) und die sechs Module der Pflegebegutachtung.....	12
Modul 1: Mobilität	12
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	12
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	12
Modul 4: Selbstversorgung	13
Modul 5: Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	13
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	14
Die Gewichtung der sechs Module	14
Für die Begutachtung entscheidend	14
Kapitel 5: Von Punkten zum Pflegegrad – wie das System entscheidet.....	14
Die fünf Pflegegrade und ihre Punktgrenzen	15
Eine wichtige Besonderheit bei Pflegegrad 5.....	15
Warum einzelne Punkte entscheidend sein können	15
Sonderregelung für Kinder bis 18 Monate.....	15
Der entscheidende Kontrollpunkt.....	16
Kapitel 6: Der Bescheid der Pflegekasse – Gutachten prüfen und Fehler erkennen..	16
Das Gutachten gehört grundsätzlich zum Bescheid	16
Prüfen Sie Modul für Modul	16
„Selbstständig“ bedeutet nicht einfach: irgendwie geschafft	17
Ablehnung oder zu niedriger Pflegegrad: Die Monatsfrist beachten.....	17
Nicht pauschal widersprechen – konkrete Fehler benennen.....	17
Auch Empfehlungen im Gutachten beachten.....	18
Der entscheidende Grundsatz.....	18
Kapitel 7: Der Widerspruch – konkrete Hilfe und das weitere Vorgehen	18



Die Widerspruchsfrist: grundsätzlich ein Monat	18
Wenn die Zeit für eine ausführliche Begründung nicht reicht.....	18
Rechtsbehelfsbelehrung genau prüfen.....	19
Gutachten und Verfahrensakte vollständig prüfen.....	19
Die Widerspruchsbegründung: Punkt für Punkt statt pauschaler Kritik	19
Die sechs Module systematisch durchgehen	20
Was nach dem Widerspruch passiert	20
Unterstützung nutzen	20
Der entscheidende Grundsatz.....	20
Kapitel 8: Die passenden Leistungen – Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Entlastungsbetrag	21
 Pflegegeld bei selbst organisierter häuslicher Pflege.....	21
 Pflegesachleistungen durch professionelle Pflege	21
 Pflegegeld und Pflegesachleistung kombinieren	22
 Entlastungsbetrag: 131 Euro monatlich	22
 Nicht verbrauchter Entlastungsbetrag verfällt nicht sofort.....	22
 Beratungsbesuche beim Bezug von Pflegegeld	22
 Der entscheidende Grundsatz.....	23
Kapitel 9: Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege – der Gemeinsame Jahresbetrag	23
 Der Gemeinsame Jahresbetrag: bis zu 3.539 Euro	23
 Verhinderungspflege: Wenn die Pflegeperson ausfällt.....	23
 Die frühere sechsmonatige Vorpflegezeit ist entfallen.....	24
 Seit 2026 wichtig: Erstattung rechtzeitig beantragen.....	24
 Achtung bei nahen Angehörigen und Personen im selben Haushalt.....	24
 Kurzzeitpflege: Wenn die häusliche Versorgung vorübergehend nicht ausreicht..	24
 Unterkunft und Verpflegung nicht mit dem Pflegebudget verwechseln.....	25
 Pflegegeld während Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege	25
 Der entscheidende Grundsatz.....	25
Kapitel 10: Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	26
 Hilfsmittel der Krankenkasse.....	26



Pflegehilfsmittel der Pflegekasse	26
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch: bis zu 42 Euro monatlich	26
Technische Pflegehilfsmittel und Zuzahlung	27
Wohnumfeld verbessern: bis zu 4.180 Euro je Maßnahme	27
Mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung	27
Vor einer größeren Anschaffung oder einem Umbau	28
Der entscheidende Grundsatz.....	28
Kapitel 11: Hausnotruf und weitere technische Unterstützung	28
Hausnotruf ist ein Pflegehilfsmittel.....	29
Wer einen Hausnotruf über die Pflegekasse erhalten kann	29
Was sich 2026 bei den Kosten geändert hat	29
Basisversorgung und Zusatzleistungen unterscheiden	29
Auf einen Vertragspartner der Pflegekasse achten.....	30
Weitere technische Pflegehilfsmittel.....	30
Der entscheidende Grundsatz.....	30
Kapitel 12: Weitere Unterstützungsangebote – Beratung nutzen und Versorgung koordinieren.....	30
Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.....	31
Pflegestützpunkte: Beratung und Koordination vor Ort.....	31
Beratung frühzeitig nutzen	31
Eigene Unterlagen trotzdem vollständig führen	32
Fazit: Ansprüche kennen und Veränderungen ernst nehmen.....	32
Kapitel 13: Checkliste für den Ernstfall – alle wichtigen Schritte auf einen Blick	32
Schritt 1: Pflegebedarf konkret erfassen	33
Schritt 2: Antrag bei der Pflegekasse stellen	33
Schritt 3: Verfahrensakte anlegen	33
Schritt 4: Pflege- oder Alltagsprotokoll führen	34
Schritt 5: Begutachtung vorbereiten	34
Schritt 6: Alltag wahrheitsgemäß darstellen	34
Schritt 7: Entscheidungsfrist überwachen	34
Schritt 8: Bescheid und Gutachten vollständig prüfen.....	35



Schritt 9: Bei einer falschen Entscheidung Widerspruch einlegen	35
Schritt 10: Veränderungen nicht ignorieren	35
Die Kurzfassung zum Abhaken	35
Kapitel 14: Das Anki-System – wichtige Fachbegriffe, Fristen und Rechte dauerhaft im Gedächtnis behalten	36
Was ist Anki?.....	36
So können Sie Pflegewissen als Karteikarten anlegen	36
Welche Informationen eignen sich besonders?.....	37
Wichtig: Rechts- und Leistungsdaten können sich ändern	38
Anki ist eine Lernhilfe – keine Rechtsquelle	38
Der entscheidende Grundsatz.....	38
Kapitel 15: Anhang – wichtige Rechtsgrundlagen und Anlaufstellen	38
Wichtige Rechtsgrundlagen im SGB XI	38
Wichtige Vorschriften für Widerspruch und Akteneinsicht.....	40
Wichtige Anlaufstellen.....	40
Rechtsstand beachten	41
Weitere Hilfe: Die KLARTEXT-Pflegereihe und praktische Vorlagen	41
Teil 1 von 3 – Erste Schritte zum Pflegegrad	41
● Direkt zu Teil 1:.....	41
Teil 2 von 3 – Pflegegrad richtig einschätzen und Ansprüche durchsetzen	41
● Direkt zu Teil 2:.....	41
Teil 3 von 3 – Hilfsmittel erfolgreich durchsetzen	41
● Direkt zu Teil 3:.....	42
● Widerspruch einlegen – Muster und Vorlagen	42
● Direkt zu den Widerspruchshilfen:.....	42
Impressum / Kontakt:	42
Rechtlicher Hinweis	42
Impressum:	43



Kapitel 1: Wann beginnt Pflegebedürftigkeit? – Diagnose und Alltag sind nicht dasselbe

Krankheiten und altersbedingte Veränderungen entwickeln sich manchmal langsam, manchmal verändern ein Schlaganfall, ein Unfall oder eine andere schwere Erkrankung das Leben innerhalb kürzester Zeit. Tätigkeiten, die zuvor selbstverständlich waren, können plötzlich nur noch mit Unterstützung oder überhaupt nicht mehr bewältigt werden.

Für die Pflegeversicherung ist jedoch nicht allein entscheidend, **welche Diagnose auf einem Arztbrief steht**. § 14 SGB XI stellt auf gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und den daraus entstehenden Hilfebedarf ab.

Entscheidend ist die tatsächliche Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung wird deshalb betrachtet, wie der Alltag tatsächlich bewältigt werden kann. Das Begutachtungsinstrument erfasst sechs Bereiche:

- **Mobilität**
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
- **Selbstversorgung**
- **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Diese sechs Bereiche ergeben sich aus § 14 Abs. 2 SGB XI und bilden die Grundlage der Pflegebegutachtung.

Das bedeutet beispielsweise: Eine schwere Diagnose kann medizinisch sehr bedeutsam sein, führt aber nicht allein aufgrund ihres Namens zu einem Pflegegrad. Umgekehrt können mehrere gesundheitliche Einschränkungen zusammen zu erheblichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit führen, obwohl keine einzelne Diagnose für sich genommen das gesamte Ausmaß des Hilfebedarfs erkennen lässt.

Was Sie deshalb frühzeitig dokumentieren sollten

Sobald im Alltag regelmäßig Hilfe erforderlich wird, sollten Betroffene und Angehörige nicht nur Diagnosen und Arztberichte sammeln. Ebenso wichtig ist eine möglichst konkrete Dokumentation der tatsächlichen Einschränkungen.

Notieren Sie beispielsweise:

- Wobei wird Unterstützung benötigt?
- Welche Tätigkeiten gelingen nur noch teilweise?
- Welche Tätigkeiten können überhaupt nicht mehr selbstständig durchgeführt werden?
- Wie häufig wird Hilfe benötigt?
- Welche Probleme treten nachts auf?
- Welche Hilfsmittel werden bereits eingesetzt?



- Welche Unterstützung übernehmen Angehörige oder andere Personen regelmäßig?

Diese Informationen werden später für die Vorbereitung auf die Begutachtung besonders wichtig.

Der entscheidende Grundsatz

Nicht die Diagnose bestimmt den Pflegegrad. Entscheidend ist das Ausmaß der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Der Medizinische Dienst beschreibt das Begutachtungsinstrument entsprechend als Verfahren, bei dem die Ressourcen, Fähigkeiten und konkreten individuellen Problemlagen des Menschen im Mittelpunkt stehen.

Kapitel 2: Der formelle Startschuss – Antragstellung, Fristen und Beginn der Leistungen

Der Weg zum Pflegegrad beginnt mit einem **Antrag bei der zuständigen Pflegekasse**. Die Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse errichtet, rechtlich handelt es sich jedoch um die soziale Pflegeversicherung.

Den Antrag nicht unnötig hinauszögern

Wenn absehbar ist, dass dauerhaft erhebliche Unterstützung im Alltag benötigt wird, sollte der Antrag nicht unnötig aufgeschoben werden. Leistungen der Pflegeversicherung werden grundsätzlich **auf Antrag** gewährt. Entscheidend ist deshalb, wann der Antrag gestellt wurde.

Ein Antrag kann zunächst auch ohne umfangreiche medizinische Begründung gestellt werden. Für das weitere Verfahren sollten Sie jedoch sämtliche Unterlagen, Befunde und Informationen zusammentragen, die den tatsächlichen Hilfebedarf nachvollziehbar machen.

Wichtig: Dokumentieren Sie das Datum der Antragstellung und bewahren Sie einen Nachweis über den Eingang bei der Pflegekasse auf.

Was nach dem Antrag passiert

Nach Eingang des Antrags veranlasst die Pflegekasse die Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt und welcher Pflegegrad gegebenenfalls festzustellen ist. In der gesetzlichen Pflegeversicherung erfolgt die Begutachtung grundsätzlich durch den **Medizinischen Dienst (MD)** oder durch andere von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachterinnen und Gutachter.

Das Ergebnis der Begutachtung bildet eine wesentliche Grundlage für die spätere Entscheidung der Pflegekasse.

Die 25-Arbeitstage-Frist



Für Antragsteller besonders wichtig ist die gesetzliche Entscheidungsfrist. Nach **§ 18c Abs. 1 SGB XI** muss die zuständige Pflegekasse ihre Entscheidung über den Antrag grundsätzlich **spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitteilen**.

Für bestimmte besonders dringliche Situationen sieht das Gesetz verkürzte Begutachtungsfristen vor. Deshalb sollte bei einem Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Hospizaufenthalt beziehungsweise in anderen zeitkritischen Versorgungssituationen geprüft werden, ob eine solche Sonderregelung greift.

Wenn die Pflegekasse die Frist überschreitet

Auch hier lohnt sich ein genauer Blick auf das Gesetz. Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid nicht innerhalb der gesetzlichen 25 Arbeitstage oder wird eine einschlägige verkürzte Begutachtungsfrist nicht eingehalten, sieht **§ 18c Abs. 5 SGB XI** **grundsätzlich eine Zahlung von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung vor**.

Das gilt allerdings **nicht ausnahmslos**. Die Zahlungspflicht entfällt insbesondere, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Das Gesetz enthält außerdem eine Ausnahme für bestimmte Personen in vollstationärer Pflege, bei denen bereits mindestens Pflegegrad 2 festgestellt wurde.

Fehlen zwingend erforderliche Unterlagen und fordert die Pflegekasse deren Einreichung an, können die gesetzlichen Fristen zudem unterbrochen werden, bis die verlangten Unterlagen eingegangen sind.

Gutachten gehört grundsätzlich zum Bescheid

Wichtig für die Bewertung: Nach § 18c Abs. 2 SGB XI wird das Gutachten grundsätzlich **zusammen mit dem Bescheid übersandt**, sofern der Antragsteller der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens muss außerdem transparent dargestellt und verständlich erläutert werden. Sie müssen also nicht grundsätzlich erst nach einer Ablehnung tätig werden, um überhaupt an das Gutachten zu gelangen.

Für Ihre Verfahrensakte

Bewahren Sie von Beginn an mindestens folgende Unterlagen gemeinsam auf:

- Antrag und Nachweis des Eingangs bei der Pflegekasse
- Schreiben und Mitteilungen der Pflegekasse
- medizinische Befunde und Arztberichte
- eigene Aufzeichnungen über den Hilfebedarf
- Terminmitteilungen des Medizinischen Dienstes
- später das vollständige Gutachten
- den Bescheid der Pflegekasse

Damit schaffen Sie von Anfang an eine nachvollziehbare Verfahrensakte. Sollte später ein zu niedriger Pflegegrad festgestellt oder der Antrag abgelehnt werden, müssen Sie die entscheidenden Unterlagen nicht erst zusammensuchen.



Kapitel 3: Das Pfl egetagebuch und die richtige Vorbereitung auf die Begutachtung

Eine gute Vorbereitung auf die Pflegebegutachtung ist entscheidend. Der Medizinische Dienst beurteilt nicht allein Diagnosen oder einzelne besonders schlechte Tage. Maßstab ist vielmehr, **wie selbstständig die betroffene Person ihren Alltag tatsächlich bewältigen kann und wobei sie regelmäßige Hilfe und Unterstützung benötigt**.

Gerade deshalb sollten Sie sich nicht darauf verlassen, dass während eines einzelnen Begutachtungstermins automatisch sämtliche Einschränkungen sichtbar werden.

Das Pfl egetagebuch: Den tatsächlichen Alltag dokumentieren

Ein Pfl egetagebuch beziehungsweise ein detailliertes Alltagsprotokoll kann dabei helfen, den Unterstützungsbedarf systematisch festzuhalten. Notieren Sie möglichst konkret, **was tatsächlich passiert** – nicht, was theoretisch noch möglich sein müsste.

Dokumentieren Sie beispielsweise:

- Aufstehen, Hinsetzen und Fortbewegung innerhalb der Wohnung
- Waschen, Duschen, Zahnpflege und Toilettengänge
- An- und Auskleiden
- Essen und Trinken
- nächtlichen Hilfebedarf
- Orientierung, Erinnerungsvermögen und Kommunikation
- Ängste, Unruhe oder andere psychische beziehungsweise verhaltensbezogene Probleme
- Medikamenteneinnahme und andere krankheits- oder therapiebedingte Anforderungen
- Arzt- und Therapiebesuche sowie die dafür erforderliche Unterstützung
- Gestaltung des Tages und soziale Kontakte

Diese Punkte orientieren sich an den Bereichen, die auch das Begutachtungsinstrument berücksichtigt. Der Medizinische Dienst stellt dabei ausdrücklich die Selbstständigkeit, vorhandene Fähigkeiten und den konkreten Unterstützungsbedarf in den Mittelpunkt.

Nicht nur „Hilfe nötig“ aufschreiben

Ein brauchbares Protokoll sollte möglichst genau beschreiben, **welche Unterstützung erforderlich ist**.

Statt:

„Braucht Hilfe beim Duschen.“

ist beispielsweise aussagekräftiger:

„Kann die Dusche nicht selbstständig betreten. Benötigt Unterstützung beim Ein- und Aussteigen sowie beim Waschen des Unterkörpers und beim Abtrocknen.“



Dasselbe gilt für andere Alltagssituationen. Schreiben Sie nicht nur das Ergebnis auf, sondern den tatsächlichen Ablauf und die notwendigen Hilfen.

Gute Tage dürfen schlechte Tage nicht verdecken

Viele Menschen versuchen bei einem offiziellen Termin, möglichst selbstständig zu wirken. Gewohnheit, Scham oder der Wunsch, sich keine Schwäche anmerken zu lassen, können dazu führen, dass der tatsächliche Hilfebedarf während der Begutachtung nicht vollständig sichtbar wird.

Beschreiben Sie deshalb sachlich, **wie der Alltag normalerweise aussieht**. Schwankt der Zustand erheblich, sollten sowohl bessere als auch schlechtere Tage dokumentiert werden. Entscheidend ist keine künstliche Dramatisierung, sondern ein realistisches Gesamtbild.

Unterlagen für den Termin vorbereiten

Legen Sie die wichtigsten Unterlagen möglichst vor dem Begutachtungstermin zusammen. Dazu können insbesondere gehören:

- aktuelle Arztberichte und Befunde
- Krankenhaus- und Rehabilitationsberichte
- Medikamentenplan
- vorhandene Therapieunterlagen
- Angaben zu bereits verwendeten Hilfsmitteln
- Pflegedokumentation eines ambulanten Pflegedienstes, soweit vorhanden
- eigenes Pflege- oder Alltagsprotokoll
- weitere Unterlagen, die konkrete Einschränkungen nachvollziehbar machen

Eine Vertrauensperson kann unterstützen

Wenn eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine andere Vertrauensperson den tatsächlichen Alltag gut kennt, kann deren Anwesenheit bei der Begutachtung hilfreich sein. Sie kann ergänzen, wenn wichtige Einschränkungen vergessen, unvollständig beschrieben oder unbeabsichtigt heruntergespielt werden.

Dabei geht es nicht darum, Antworten vorzugeben. Die Aufgabe besteht darin, **den tatsächlichen Alltag vollständig und wahrheitsgemäß darzustellen**.

Der wichtigste Grundsatz für die Vorbereitung

Beschreiben Sie nicht, was an einem besonders guten Tag mit größter Anstrengung vielleicht einmal gelingt. Dokumentieren Sie nachvollziehbar, wie selbstständig der Alltag tatsächlich bewältigt wird und welche Unterstützung regelmäßig erforderlich ist.

Genau darauf ist das Begutachtungsinstrument ausgerichtet: auf die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten, aber ebenso auf die konkreten individuellen Problemlagen und den tatsächlichen Unterstützungsbedarf.



Kapitel 4: Der Medizinische Dienst (MD) und die sechs Module der Pflegebegutachtung

Nach dem Antrag auf einen Pflegegrad wird geprüft, **wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten des Antragstellers tatsächlich beeinträchtigt sind**. Grundlage dafür ist das gesetzlich geregelte Begutachtungsinstrument nach §§ 14 und 15 SGB XI. Es umfasst sechs Lebensbereiche, die sogenannten Module.

Wichtig: Bei einer **Erstbegutachtung** erfolgt die Begutachtung nach den aktuellen Informationen des Medizinischen Dienstes grundsätzlich als Hausbesuch. Bei bestimmten Wiederholungs- oder Höherstufungsbegutachtungen können unter den gesetzlichen und richtlinienrechtlichen Voraussetzungen auch Telefon- oder Videobegutachtungen eingesetzt werden.

Modul 1: Mobilität

Hier wird geprüft, wie selbstständig sich die betroffene Person bewegen und ihre Körperhaltung verändern kann. Dazu gehören insbesondere:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Dieses Modul fließt mit **10 Prozent** in die Gesamtbewertung ein.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Hier geht es unter anderem darum, wie gut sich die betroffene Person orientieren, Informationen verstehen, Entscheidungen treffen und Bedürfnisse mitteilen kann.

Beurteilt werden beispielsweise:

- zeitliche und örtliche Orientierung
- Erkennen von Personen
- Erinnerungsvermögen
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Treffen von Entscheidungen im Alltag
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligung an Gesprächen

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Dieses Modul erfasst Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, bei denen regelmäßig personelle Unterstützung erforderlich ist. Dazu können beispielsweise gehören:

- nächtliche Unruhe



- Ängste
- aggressives Verhalten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- selbstschädigendes Verhalten
- ausgeprägte Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage

Wichtig für die Berechnung: Die Module 2 und 3 werden nicht einfach zusammengerechnet. Für die Gesamtbewertung wird **nur der höhere der beiden gewichteten Punktwerte** berücksichtigt. Zusammen haben sie deshalb eine Gewichtung von **15 Prozent**.

Modul 4: Selbstversorgung

Dieser Bereich besitzt mit **40 Prozent die höchste Gewichtung**.

Beurteilt wird insbesondere, wie selbstständig die betroffene Person bei grundlegenden Tätigkeiten der Selbstversorgung ist, beispielsweise:

- Waschen und Körperpflege
- Duschen oder Baden
- An- und Auskleiden
- Essen
- Trinken
- Benutzung der Toilette
- Umgang mit bestimmten Folgen von Inkontinenz

Gerade hier sollten tatsächliche Hilfen im Alltag präzise beschrieben und nicht heruntergespielt werden.

Modul 5: Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Hier wird geprüft, in welchem Umfang die betroffene Person krankheits- oder therapiebedingte Maßnahmen selbstständig bewältigen kann beziehungsweise dabei personelle Unterstützung benötigt.

Dazu können beispielsweise gehören:

- Medikamente
- Injektionen
- Verbandswechsel und Wundversorgung
- Messungen und Kontrollen bestimmter Körperzustände
- körpernahe Hilfsmittel
- Arztbesuche
- Therapiebesuche
- weitere medizinisch oder therapeutisch notwendige Maßnahmen

Dieses Modul geht mit **20 Prozent** in die Gesamtbewertung ein.



Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Hier wird betrachtet, wie selbstständig die betroffene Person ihren Tagesablauf gestalten und soziale Beziehungen aufrechterhalten kann.

Dazu gehören unter anderem:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Beschäftigung
- Planung zukünftiger Aktivitäten
- unmittelbarer Kontakt zu anderen Menschen
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Dieses Modul wird mit **15 Prozent** gewichtet.

Die Gewichtung der sechs Module

Für die spätere Berechnung des Pflegegrades gilt damit:

- **Mobilität:** 10 %
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** 15 %
- **Selbstversorgung:** 40 %
- **Krankheits- oder therapiebedingte Anforderungen und Belastungen:** 20 %
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** 15 %

Die Prozentwerte zeigen, warum nicht jede festgestellte Einschränkung den späteren Pflegegrad in gleichem Umfang beeinflusst. Die innerhalb der Module festgestellten Einzelpunkte werden nach den gesetzlichen Berechnungsregeln in gewichtete Punkte überführt.

Für die Begutachtung entscheidend

Versuchen Sie nicht, bei der Begutachtung einen besonders guten Eindruck zu hinterlassen. Ebenso falsch wäre es, Einschränkungen zu übertreiben. Entscheidend ist eine **vollständige und wahrheitsgemäße Darstellung des tatsächlichen Alltags**.

Das Begutachtungsinstrument soll gerade nicht nur Krankheiten erfassen, sondern die konkreten Ressourcen, Fähigkeiten und individuellen Problemlagen des Menschen beurteilen.

Kapitel 5: Von Punkten zum Pflegegrad – wie das System entscheidet

Nach der Begutachtung werden die Feststellungen aus den sechs Modulen nicht einfach addiert. Die in den einzelnen Bereichen ermittelten Punkte werden nach gesetzlich festgelegten Regeln **gewichtet**. Aus der Summe dieser gewichteten Punkte ergibt sich der Gesamtpunktwert und daraus der Pflegegrad.



Wie bereits in Kapitel 4 erläutert, fließen die Bereiche unterschiedlich stark in die Gesamtbewertung ein. Besonders wichtig ist die Selbstversorgung mit 40 Prozent. Bei den Modulen 2 und 3 wird nur der höhere gewichtete Wert berücksichtigt.

Die fünf Pflegegrade und ihre Punktgrenzen

Für die Einstufung gelten folgende Grenzen:

- **Unter 12,5 Gesamtpunkten:** kein Pflegegrad
- **Pflegegrad 1:** 12,5 bis unter 27 Punkte – geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 2:** 27 bis unter 47,5 Punkte – erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 3:** 47,5 bis unter 70 Punkte – schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 4:** 70 bis unter 90 Punkte – schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 5:** 90 bis 100 Punkte – schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Eine wichtige Besonderheit bei Pflegegrad 5

Pflegegrad 5 kann in einer gesetzlich vorgesehenen **besonderen Bedarfskonstellation** auch erreicht werden, ohne dass die Grenze von 90 Gesamtpunkten erreicht wird. Nach den Begutachtungs-Richtlinien betrifft dies einen spezifischen außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung. Der Medizinische Dienst nennt hierfür den vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen.

Warum einzelne Punkte entscheidend sein können

Die Grenzen zwischen den Pflegegraden sind fest definiert. Deshalb können wenige gewichtete Punkte darüber entscheiden, ob beispielsweise Pflegegrad 2 oder Pflegegrad 3 festgestellt wird.

Das ist besonders wichtig, wenn Sie später das Gutachten überprüfen. Entscheidend ist dann nicht nur die Gesamtpunktzahl. Prüfen Sie auch, **in welchem Modul welche Einschränkungen festgestellt wurden und ob die tatsächliche Selbstständigkeit korrekt bewertet wurde.**

Wurde beispielsweise eine regelmäßig notwendige personelle Unterstützung übersehen oder eine Tätigkeit als selbstständiger bewertet, als sie tatsächlich bewältigt werden kann, kann sich dies auf den Gesamtpunktwert und damit auf den festgestellten Pflegegrad auswirken.

Sonderregelung für Kinder bis 18 Monate

Bei pflegebedürftigen Kindern bis zu einem Alter von 18 Monaten besteht eine Besonderheit: Sie werden grundsätzlich **einen Pflegegrad höher eingestuft**, als es nach dem regulären Gesamtpunktwert der Fall wäre.



Der entscheidende Kontrollpunkt

Wenn der Bescheid später eintrifft, schauen Sie deshalb nicht ausschließlich auf die große Zahl „**Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5**“.

Entscheidend sind drei Fragen:

- Welche Einschränkungen wurden im Gutachten tatsächlich erfasst?
- Wie wurden diese innerhalb der einzelnen Module bewertet?
- Ergibt sich daraus nachvollziehbar der festgestellte Gesamtpunktwert und Pflegegrad?

Das Gutachten ist damit nicht nur eine Begründung der Entscheidung. Es ist zugleich die wichtigste Grundlage, um eine möglicherweise fehlerhafte Einstufung gezielt überprüfen und angreifen zu können.

Kapitel 6: Der Bescheid der Pflegekasse – Gutachten prüfen und Fehler erkennen

Nach Abschluss der Begutachtung entscheidet **die Pflegekasse** über den Antrag und teilt dem Antragsteller schriftlich mit, ob Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und welcher Pflegegrad gilt. Die Entscheidung muss grundsätzlich spätestens **25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags** erfolgen; für bestimmte Situationen gelten verkürzte Fristen.

Wichtig ist dabei: Nicht der Medizinische Dienst entscheidet über Ihren Pflegegrad. Der MD erstellt das Gutachten und gibt seine fachliche Einschätzung ab. **Den verbindlichen Bescheid erlässt die Pflegekasse.**

Das Gutachten gehört grundsätzlich zum Bescheid

Nach § 18c Abs. 2 SGB XI wird das Gutachten grundsätzlich **zusammen mit dem Bescheid übersandt**, sofern der Antragsteller der Übersendung nicht widersprochen hat. Das Ergebnis des Gutachtens muss außerdem transparent dargestellt und verständlich erläutert werden. Das Gutachten kann auch später noch verlangt werden.

Deshalb gilt: Prüfen Sie nicht nur die erste Seite des Bescheids und den dort genannten Pflegegrad. **Kontrollieren Sie das vollständige Gutachten.**

Prüfen Sie Modul für Modul

Vergleichen Sie die Feststellungen des Gutachtens mit dem tatsächlichen Alltag und Ihren Aufzeichnungen aus dem Pfl egetagebuch.

Achten Sie insbesondere darauf:

- Wurden alle relevanten Einschränkungen erfasst?
- Wurde notwendige Hilfe durch Angehörige oder andere Personen berücksichtigt?
- Wurde eine Tätigkeit als selbstständig bewertet, obwohl regelmäßig Unterstützung erforderlich ist?



- Wurden nächtliche Probleme berücksichtigt?
- Sind krankheits- und therapiebedingte Anforderungen vollständig erfasst?
- Stimmen die tatsächlichen Angaben im Gutachten?
- Wurden die einzelnen Module nachvollziehbar bewertet?
- Stimmen Gesamtpunktzahl und daraus abgeleiteter Pflegegrad?

Markieren Sie jede Stelle, die nach Ihrer Kenntnis **sachlich falsch, unvollständig oder widersprüchlich** ist.

„Selbstständig“ bedeutet nicht einfach: irgendwie geschafft

Bei der Prüfung ist besonders wichtig, wie die Selbstständigkeit im Begutachtungsinstrument bewertet wurde. Entscheidend ist nicht allein, ob eine Tätigkeit unter außergewöhnlicher Anstrengung irgendwann bewältigt werden kann. Maßgeblich ist die nach den Begutachtungsregeln festgestellte Selbstständigkeit beziehungsweise der notwendige personelle Unterstützungsbedarf.

Deshalb sollten Sie bei einer strittigen Bewertung konkret beschreiben, **welche Tätigkeit nicht selbstständig gelingt und welche Unterstützung tatsächlich erforderlich ist.**

Ablehnung oder zu niedriger Pflegegrad: Die Monatsfrist beachten

Sind Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen. Nach § 84 SGG beträgt die Widerspruchsfrist grundsätzlich **einen Monat nach Bekanntgabe des Verwaltungsakts.**

Warten Sie deshalb nicht erst mehrere Wochen darauf, sämtliche medizinischen Unterlagen zusammenzubekommen.

Droht die Frist abzulaufen, kann zunächst fristwährend Widerspruch eingelegt und die ausführliche Begründung anschließend nachgereicht werden.

Nicht pauschal widersprechen – konkrete Fehler benennen

Eine gute Widerspruchsbegründung sollte sich möglichst konkret mit dem Gutachten auseinandersetzen.

Statt lediglich zu schreiben:

„Der festgestellte Pflegegrad ist zu niedrig.“

ist es wesentlich hilfreicher darzustellen:

Was wurde bewertet? – Was ist daran falsch oder unvollständig? – Wie sieht die tatsächliche Situation aus? – Welche Unterstützung ist erforderlich?

Arbeiten Sie dabei möglichst mit konkreten Alltagssituationen, Ihrem Pflegetagebuch sowie vorhandenen medizinischen und pflegerischen Unterlagen.



Auch Empfehlungen im Gutachten beachten

Das Gutachten kann über die eigentliche Pflegegradeinstufung hinaus wichtige Empfehlungen enthalten. § 18c SGB XI regelt beispielsweise auch den Umgang mit empfohlenen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie mit Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen. Die Pflegekasse muss über empfohlene Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel unverzüglich entscheiden.

Lesen Sie deshalb das Gutachten **vollständig** und nicht ausschließlich die Seiten mit der Punktberechnung.

Der entscheidende Grundsatz

Bescheid erhalten – Frist notieren – vollständiges Gutachten prüfen – Fehler konkret markieren – tatsächlichen Hilfebedarf gegenüberstellen.

Erst danach lässt sich beurteilen, an welchen Punkten ein Widerspruch gezielt ansetzen sollte.

Kapitel 7: Der Widerspruch – konkrete Hilfe und das weitere Vorgehen

Wurde der beantragte Pflegegrad abgelehnt oder ein aus Ihrer Sicht zu niedriger Pflegegrad festgestellt, müssen Sie diese Entscheidung nicht einfach hinnehmen. Gegen den Bescheid der Pflegekasse kann **Widerspruch** eingelegt werden.

Dabei kommt es vor allem auf zwei Dinge an: **die Frist sichern und anschließend die tatsächlichen Fehler im Gutachten konkret begründen.**

Die Widerspruchsfrist: grundsätzlich ein Monat

Nach § 84 SGG muss der Widerspruch grundsätzlich **innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids** eingelegt werden. Der Widerspruch kann insbesondere schriftlich, in den gesetzlich zugelassenen elektronischen Formen oder zur Niederschrift bei der Stelle eingelegt werden, die den Bescheid erlassen hat.

Prüfen Sie deshalb nach Erhalt des Bescheids sofort:

- Wann wurde der Bescheid bekanntgegeben?
- Welche Frist nennt die Rechtsbehelfsbelehrung?
- Bis zu welchem Datum muss der Widerspruch spätestens eingegangen sein?
- Können Sie den rechtzeitigen Eingang später nachweisen?

Wenn die Zeit für eine ausführliche Begründung nicht reicht

Sie müssen nicht sämtliche Argumente und medizinischen Unterlagen innerhalb weniger Tage zusammentragen.



Droht die Monatsfrist abzulaufen, legen Sie zunächst **fristwährend Widerspruch** ein. Die ausführliche Begründung kann anschließend nachgereicht werden.

Ein kurzer fristwahrender Widerspruch kann beispielsweise so formuliert werden:

„Hiermit lege ich gegen den Bescheid vom [Datum] fristgerecht Widerspruch ein. Eine ausführliche Begründung reiche ich nach Prüfung des Gutachtens und der Verfahrensunterlagen nach.“

Rechtsbehelfsbelehrung genau prüfen

Fehlt die vorgeschriebene Rechtsbehelfsbelehrung oder ist sie unrichtig, gilt nicht ohne Weiteres die normale Monatsfrist. § 66 SGG sieht in diesem Fall grundsätzlich eine **Jahresfrist** vor.

Verlassen Sie sich bei Zweifeln jedoch nicht darauf, dass eine Belehrung tatsächlich fehlerhaft ist. Legen Sie den Widerspruch möglichst innerhalb der normalen Monatsfrist ein.

Gutachten und Verfahrensakte vollständig prüfen

Das Pflegegutachten wird grundsätzlich zusammen mit dem Bescheid übersandt, sofern der Antragsteller der Übersendung nicht widersprochen hat. Es enthält insbesondere die Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit und zum Pflegegrad sowie weitere Empfehlungen.

Reichen die vorhandenen Unterlagen für die Prüfung nicht aus, kann zusätzlich **Akteneinsicht nach § 25 SGB X** verlangt werden, soweit die Kenntnis der Verfahrensakte zur Geltendmachung oder Verteidigung der eigenen rechtlichen Interessen erforderlich ist. Das umfasst unter den gesetzlichen Voraussetzungen auch die Möglichkeit, Ablichtungen beziehungsweise elektronische Dokumente zu erhalten.

Die Widerspruchsbegründung: Punkt für Punkt statt pauschaler Kritik

Eine gute Begründung sollte das Gutachten möglichst systematisch überprüfen.

Arbeiten Sie nach diesem Schema:

1. Feststellung im Gutachten

Was hat der Gutachter konkret festgestellt?

2. Tatsächliche Situation

Wie sieht der Alltag tatsächlich aus?

3. Erforderliche Unterstützung

Welche personelle Hilfe wird benötigt und wie häufig?

4. Nachweis

Welche Unterlagen stützen Ihre Darstellung – beispielsweise Pflegetagebuch, Arztbericht, Pflegedokumentation oder andere geeignete Nachweise?



Schreiben Sie beispielsweise nicht nur:

„Die Mobilität wurde falsch bewertet.“

Sondern erläutern Sie konkret, welche Bewegung nicht selbstständig möglich ist, welche Unterstützung erforderlich ist und an welcher Stelle das Gutachten davon abweicht.

Die sechs Module systematisch durchgehen

Prüfen Sie insbesondere:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Diese sechs Module bilden nach § 15 SGB XI die Grundlage des Begutachtungsinstruments.

Nicht jede Abweichung verändert zwangsläufig den Pflegegrad. Entscheidend ist, ob die fehlerhafte oder unvollständige Bewertung Auswirkungen auf die Einzelpunkte, die gewichteten Punkte und letztlich den Gesamtpunktwert haben kann.

Was nach dem Widerspruch passiert

Mit dem Widerspruch beginnt das sogenannte **Vorverfahren**. Hält die zuständige Stelle den Widerspruch für begründet, kann sie ihm abhelfen. Wird ihm nicht abgeholfen, ergeht grundsätzlich ein **Widerspruchsbescheid**.

Im Rahmen der erneuten Prüfung kann auch eine weitere Begutachtung erforderlich werden. Eine Widerspruchsbegutachtung darf nicht allein aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews durchgeführt werden.

Unterstützung nutzen

Sie müssen ein Widerspruchsverfahren nicht zwingend allein führen. Je nach Situation können beispielsweise Pflegeberatungsstellen, Sozialverbände oder ein Fachanwalt für Sozialrecht unterstützen.

Für die praktische Vorbereitung haben wir außerdem eine eigene KLARTEXT-Seite mit Hilfen und Vorlagen eingerichtet:

[Widerspruch einlegen – Muster und Vorlagen](#)

Der entscheidende Grundsatz



Frist sichern – Gutachten und gegebenenfalls Verfahrensakte prüfen – Fehler konkret benennen – tatsächliche Einschränkungen nachvollziehbar darstellen – geeignete Nachweise beifügen.

Ein Widerspruch wird nicht dadurch stärker, dass er besonders scharf formuliert ist. Entscheidend ist, dass nachvollziehbar gezeigt wird, **welche Feststellungen falsch oder unvollständig sind und warum daraus eine andere Bewertung des Pflegegrades folgen muss.**

Kapitel 8: Die passenden Leistungen – Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Entlastungsbetrag

Ist ein Pflegegrad festgestellt, stellt sich die nächste praktische Frage: **Welche Leistungen können tatsächlich genutzt werden?** Bei häuslicher Pflege kommen insbesondere Pflegegeld, Pflegesachleistungen, eine Kombination aus beiden sowie der Entlastungsbetrag in Betracht.

Welche Leistung sinnvoll ist, hängt davon ab, wie die Pflege organisiert wird. Wichtig ist deshalb, die verschiedenen Leistungsarten auseinanderzuhalten.

Pflegegeld bei selbst organisierter häuslicher Pflege

Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5** können nach § 37 SGB XI Pflegegeld erhalten, wenn sie die erforderliche Pflege und Unterstützung in geeigneter Weise selbst sicherstellen – beispielsweise mithilfe von Angehörigen oder anderen privaten Pflegepersonen.

Aktuell gelten folgende monatlichen Beträge:

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

Pflegegrad 1 begründet keinen Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

Pflegesachleistungen durch professionelle Pflege

Wer für die häusliche Versorgung einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst beziehungsweise andere nach dem Gesetz zugelassene Leistungserbringer nutzt, kann **Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI** beanspruchen.

Die monatlichen Höchstbeträge betragen:

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



Die häusliche Pflegehilfe umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

Pflegegeld und Pflegesachleistung kombinieren

Es muss nicht zwingend ausschließlich Pflegegeld **oder** ausschließlich Pflegesachleistung gewählt werden.

Nach § 38 SGB XI ist eine **Kombinationsleistung** möglich. Wird der zur Verfügung stehende Sachleistungsbetrag nur teilweise ausgeschöpft, kann daneben anteiliges Pflegegeld gezahlt werden. Das Pflegegeld vermindert sich dabei um den Prozentsatz, zu dem die Pflegesachleistung ausgeschöpft wurde.

Beispiel: Werden 60 Prozent des verfügbaren Sachleistungsbetrags genutzt, verbleiben grundsätzlich 40 Prozent des jeweiligen Pflegegeldes.

Damit lässt sich professionelle Unterstützung mit privat organisierter Pflege verbinden.

Entlastungsbetrag: 131 Euro monatlich

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben nach § 45b SGB XI Anspruch auf einen **Entlastungsbetrag von bis zu 131 Euro monatlich**. Dieser Anspruch besteht bereits bei **Pflegegrad 1**.

Der Entlastungsbetrag ist allerdings **kein frei verfügbares Pflegegeld**. Er ist zweckgebunden und dient der Erstattung bestimmter gesetzlich vorgesehener Leistungen.

Dazu gehören insbesondere:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- bestimmte Leistungen ambulanter Pflegedienste
- nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag

Welche konkreten Angebote als Unterstützung im Alltag anerkannt sind, richtet sich nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen.

Nicht verbrauchter Entlastungsbetrag verfällt nicht sofort

Ein nicht vollständig ausgeschöpfter Entlastungsbetrag kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres weiter genutzt werden.

Bleibt am Jahresende noch Guthaben übrig, darf der nicht verbrauchte Betrag nach § 45b SGB XI **in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden**. Er kann damit grundsätzlich noch bis zum **30. Juni des Folgejahres** eingesetzt werden.

Beratungsbesuche beim Bezug von Pflegegeld

Wer Pflegegeld bezieht, sollte außerdem die Beratungspflichten nach § 37 SGB XI kennen.



Nach der derzeit geltenden Fassung müssen Pflegegeldbezieher der **Pflegegrade 2 bis 5 halbjährlich einmal** eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 besteht zusätzlich die Möglichkeit, die Beratung vierteljährlich in Anspruch zu nehmen. Wird die vorgeschriebene Beratung nicht abgerufen, kann die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen kürzen und im Wiederholungsfall entziehen.

Der entscheidende Grundsatz

Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Entlastungsbetrag sind unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Verwendungsregeln.

Prüfen Sie deshalb nach Feststellung des Pflegegrades nicht nur, **wie hoch der Pflegegrad ist**, sondern auch, welche Kombination der verfügbaren Leistungen zur tatsächlichen Versorgungssituation passt.

Im nächsten Kapitel geht es um zwei weitere wichtige Leistungen für die häusliche Pflege: **Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege sowie den Gemeinsamen Jahresbetrag.**

Kapitel 9: Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege – der Gemeinsame Jahresbetrag

Pflege zu Hause bedeutet häufig, dass Angehörige oder andere Pflegepersonen einen erheblichen Teil der Versorgung übernehmen. Fällt die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend aus, kann die **Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI** einspringen. Ist die häusliche Versorgung zeitweise nicht, noch nicht oder nicht ausreichend möglich, kommt unter den gesetzlichen Voraussetzungen die **Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI** in Betracht.

Seit dem 1. Juli 2025 sind beide Leistungen finanziell über den **Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI** miteinander verbunden.

Der Gemeinsame Jahresbetrag: bis zu 3.539 Euro

Pflegebedürftige ab **Pflegegrad 2** haben für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammen einen Gemeinsamen Jahresbetrag von **bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr**.

Das bedeutet: Es gibt nicht mehr zwei voneinander getrennte Budgets, zwischen denen kompliziert übertragen werden muss. Der verfügbare Betrag kann im Rahmen der jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen flexibel für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

Verhinderungspflege: Wenn die Pflegeperson ausfällt

Verhinderungspflege kommt in Betracht, wenn eine Pflegeperson, die einen Menschen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, beispielsweise wegen

- Urlaub,
- Krankheit,



- Erholung oder
- aus einem anderen Grund

vorübergehend an der Pflege gehindert ist.

Die Pflegekasse übernimmt die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege grundsätzlich für **längstens acht Wochen je Kalenderjahr**.

Die frühere sechsmonatige Vorpflegezeit ist entfallen

Eine wichtige Änderung gegenüber älteren Regelungen: Eine sechsmonatige Vorpflegezeit vor der erstmaligen Verhinderungspflege ist **nicht mehr erforderlich**.

Damit kann Verhinderungspflege bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen grundsätzlich bereits genutzt werden, sobald mindestens Pflegegrad 2 besteht und eine Pflegeperson wegen eines Verhinderungsgrundes ausfällt.

Seit 2026 wichtig: Erstattung rechtzeitig beantragen

Nach der seit **1. Januar 2026** geltenden Fassung des § 39 SGB XI muss die Verhinderungspflege nicht zwingend vor ihrer Durchführung beantragt werden.

Wer die Kosten anschließend von der Pflegekasse erstattet bekommen möchte, muss jedoch den Erstattungsantrag **unter Nachweis der Kosten spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres stellen, das auf die Durchführung der Ersatzpflege folgt**.

Bewahren Sie deshalb Rechnungen, Zahlungsnachweise und sonstige Belege sorgfältig auf.

Achtung bei nahen Angehörigen und Personen im selben Haushalt

Für die Höhe der erstattungsfähigen Verhinderungspflege ist wichtig, **wer die Ersatzpflege übernimmt**.

Wird sie durch eine Person durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, gelten besondere Berechnungsregeln. Eine pauschale Aussage, dass in jedem Fall die gesamten 3.539 Euro für die reine Vergütung dieser Ersatzpflegeperson zur Verfügung stehen, wäre deshalb falsch.

Zusätzliche nachgewiesene notwendige Aufwendungen – beispielsweise bestimmte Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag – können unter den gesetzlichen Voraussetzungen berücksichtigt werden. Die Gesamtgrenzen des § 39 SGB XI bleiben dabei maßgeblich.

Kurzzeitpflege: Wenn die häusliche Versorgung vorübergehend nicht ausreicht

Kurzzeitpflege bedeutet eine zeitlich begrenzte Versorgung in einer vollstationären Einrichtung.



Sie kommt für Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5** insbesondere in Betracht,

- für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung oder
- in Krisen und anderen Situationen, in denen häusliche oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch ist auf **acht Wochen pro Kalenderjahr** begrenzt. Für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Betreuung und medizinischer Behandlungspflege steht dabei ebenfalls der Gemeinsame Jahresbetrag zur Verfügung.

Unterkunft und Verpflegung nicht mit dem Pflegebudget verwechseln

Bei Kurzzeitpflege ist ein wichtiger Kostenpunkt zu beachten: Der gesetzliche Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI bezieht sich auf die dort genannten pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Betreuung und medizinischer Behandlungspflege.

Daneben können insbesondere **Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten** anfallen. Diese Kosten sind nicht automatisch vollständig durch den Gemeinsamen Jahresbetrag abgedeckt.

Vor einer Kurzzeitpflege sollte deshalb geklärt werden, welche Kosten die Pflegekasse übernimmt und welche Beträge selbst zu tragen beziehungsweise möglicherweise über andere Leistungsansprüche finanzierbar sind.

Pflegegeld während Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege

Wer bereits Pflegegeld bezieht, verliert dieses während Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nicht sofort vollständig.

Nach § 37 Abs. 2 SGB XI wird grundsätzlich **die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt**. Entsprechende Regelungen bestehen beim anteiligen Pflegegeld einer Kombinationsleistung.

Der entscheidende Grundsatz

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bilden finanziell einen gemeinsamen Topf – aber es bleiben zwei unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Voraussetzungen.

Merken Sie sich deshalb:

- mindestens **Pflegegrad 2**
- Gemeinsamer Jahresbetrag: **bis zu 3.539 Euro pro Kalenderjahr**
- Verhinderungspflege: grundsätzlich bis zu **acht Wochen**
- Kurzzeitpflege: grundsätzlich bis zu **acht Wochen**
- keine frühere sechsmonatige Vorpflegezeit mehr
- bei Verhinderungspflege besondere Regeln für nahe Angehörige und Personen im selben Haushalt beachten
- Belege und Zahlungsnachweise aufbewahren



- seit 2026 die Frist für den Erstattungsantrag bei Verhinderungspflege beachten

Kapitel 10: Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Hilfsmittel können darüber entscheiden, ob ein pflegebedürftiger Mensch seinen Alltag möglichst selbstständig bewältigen kann und ob häusliche Pflege überhaupt praktikabel ist. Wichtig ist jedoch die Unterscheidung: **Nicht jedes Hilfsmittel ist automatisch ein Pflegehilfsmittel – und nicht immer ist die Pflegekasse zuständig.**

Für klassische Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung ist insbesondere **§ 33 SGB V** maßgeblich. Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds richten sich dagegen nach **§ 40 SGB XI**.

Hilfsmittel der Krankenkasse

Nach § 33 SGB V haben gesetzlich Versicherte unter den dort genannten Voraussetzungen Anspruch auf erforderliche Hilfsmittel, wenn diese insbesondere

- den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern,
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder
- eine Behinderung ausgleichen.

Dazu können je nach individuellem Bedarf beispielsweise Rollstühle, Hörhilfen, orthopädische Hilfsmittel oder andere medizinisch erforderliche Hilfsmittel gehören. Ob ein konkretes Produkt übernommen werden muss, hängt vom jeweiligen Einzelfall und den gesetzlichen Voraussetzungen ab.

Pflegehilfsmittel der Pflegekasse

§ 40 Abs. 1 SGB XI betrifft Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht bereits bei **Pflegegrad 1**. Das ergibt sich ausdrücklich aus § 28a SGB XI.

Bei Gegenständen, die sowohl als Hilfsmittel der Krankenversicherung als auch als Pflegehilfsmittel in Betracht kommen können, muss die Zuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegekasse abgegrenzt werden. § 40 Abs. 5 SGB XI enthält hierfür eine besondere Regelung: Der Leistungsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, prüft, ob ein Anspruch gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse besteht, und entscheidet über die Bewilligung.

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch: bis zu 42 Euro monatlich

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übernimmt die Pflegekasse nach § 40 Abs. 2 SGB XI Aufwendungen bis zu **42 Euro pro Monat**.

Hierzu können je nach individuellem Pflegebedarf beispielsweise bestimmte



- Einmalhandschuhe,
- Bettschutzeinlagen oder
- Desinfektionsmittel

gehören.

Der Betrag von 42 Euro gilt seit dem 1. Januar 2025 und ist auch für den Stand dieses Ratgebers 2026 maßgeblich.

Technische Pflegehilfsmittel und Zuzahlung

Bei technischen Pflegehilfsmitteln gelten andere Regeln als bei Verbrauchsprodukten. Die Pflegekasse soll technische Pflegehilfsmittel grundsätzlich vorrangig leihweise überlassen.

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sieht § 40 Abs. 3 SGB XI bei technischen Pflegehilfsmitteln grundsätzlich eine Zuzahlung von **10 Prozent der Kosten, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel**, vor. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist unter den gesetzlichen Voraussetzungen möglich.

Deshalb dürfen die Zuzahlungsregeln für Hilfsmittel der Krankenkasse nach SGB V und für technische Pflegehilfsmittel nach SGB XI nicht miteinander verwechselt werden.

Wohnumfeld verbessern: bis zu 4.180 Euro je Maßnahme

Reicht ein Hilfsmittel allein nicht aus, kann auch eine bauliche Veränderung der Wohnung erforderlich sein.

Nach § 40 Abs. 4 SGB XI können Pflegekassen finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds gewähren, wenn dadurch

- die häusliche Pflege ermöglicht,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert oder
- eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Der Zuschuss beträgt aktuell **bis zu 4.180 Euro je Maßnahme**.

Dazu können abhängig vom konkreten Einzelfall beispielsweise gehören:

- Umbau einer problematischen Bad- oder Duschsituation,
- Türverbreiterungen,
- fest installierte Rampen,
- Veränderungen zur Überwindung von Barrieren oder
- andere notwendige Anpassungen des Wohnumfelds.

Entscheidend ist nicht die Bezeichnung der Baumaßnahme, sondern ob die gesetzlichen Voraussetzungen des § 40 Abs. 4 SGB XI erfüllt sind.

Mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung



Leben mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung, kann der Zuschuss grundsätzlich **bis zu 4.180 Euro je Pflegebedürftigem** betragen.

Der Gesamtbetrag ist jedoch auf **16.720 Euro je Maßnahme** begrenzt. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten wird dieser Höchstbetrag nach den gesetzlichen Vorgaben auf die beteiligten Versicherungsträger aufgeteilt.

Vor einer größeren Anschaffung oder einem Umbau

Bei kostspieligen Hilfsmitteln oder wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sollten Sie nicht einfach auf eigene Rechnung kaufen oder mit einem Umbau beginnen und anschließend davon ausgehen, dass die Kosten automatisch erstattet werden.

Klären Sie vorher insbesondere:

- Welcher Leistungsträger ist zuständig?
- Welche Leistung wird konkret beantragt?
- Welche medizinische oder pflegerische Begründung liegt vor?
- Welche Unterlagen benötigt die Kasse?
- Liegt die Bewilligung vor?
- Welche Kosten übernimmt die Kasse und welche möglichen Eigen- oder Mehrkosten verbleiben?

Gerade bei einer Ablehnung oder bei Streit über ein bestimmtes Hilfsmittel können Fragen zu Antrag, Fristen, Medizinischem Dienst, Widerspruch und gegebenenfalls Sozialgericht entscheidend werden.

Diese Verfahren behandeln wir ausführlich in **Teil 3 der KLARTEXT-Pflegereihe** „Hilfsmittel erfolgreich durchsetzen“.

Der entscheidende Grundsatz

Erst die Zuständigkeit klären, dann den konkreten Bedarf nachvollziehbar begründen und die Kostenübernahme sichern.

Hilfsmittel der Krankenkasse, Pflegehilfsmittel der Pflegekasse und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind rechtlich unterschiedliche Leistungen. Wer diese Unterschiede kennt, kann seinen Antrag gezielter stellen und vermeidet unnötige Kostenrisiken.

Kapitel 11: Hausnotruf und weitere technische Unterstützung

Ein Hausnotruf kann dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen möglichst lange und sicher in der eigenen Wohnung leben können. Im Notfall kann über einen tragbaren Funksender – beispielsweise am Handgelenk oder als Anhänger – eine Verbindung zu einer rund um die Uhr erreichbaren Hausnotrufzentrale hergestellt werden. Von dort werden je nach Situation die hinterlegten Kontaktpersonen, ein Pflegedienst, ärztliche Hilfe oder der Rettungsdienst verständigt.



Hausnotruf ist ein Pflegehilfsmittel

Für Pflegehilfsmittel ist insbesondere § 40 SGB XI maßgeblich. Hausnotrufsysteme werden als Pflegehilfsmittel geführt; der GKV-Spitzenverband führt hierfür auch eigene bundesweite Versorgungsverträge. Zum **1. April 2026** sind neue Hausnotrufverträge in Kraft getreten.

Wer einen Hausnotruf über die Pflegekasse erhalten kann

Ein anerkannter Pflegegrad allein bedeutet nicht, dass in jedem Fall automatisch Anspruch auf Kostenübernahme für einen Hausnotruf besteht.

Nach den Vorgaben des Pflegehilfsmittelverzeichnisses kommen Hausnotrufsysteme insbesondere bei **alleinlebenden oder über weite Teile des Tages alleinlebenden Pflegebedürftigen** in Betracht. Entscheidend ist der konkrete Bedarf an einer solchen Absicherung.

Deshalb sollte im Antrag nachvollziehbar dargestellt werden, warum die pflegebedürftige Person in einer Notsituation möglicherweise nicht selbstständig auf andere Weise Hilfe herbeirufen könnte.

Was sich 2026 bei den Kosten geändert hat

Seit **1. April 2026** gelten neue bundesweite Verträge für Hausnotrufsysteme. Im Rahmen dieser Verträge wurde die Vergütung für die Basisversorgung angehoben. Der monatliche Betrag liegt seitdem bei **27 Euro netto** statt zuvor 25,50 Euro.

Basisversorgung und Zusatzleistungen unterscheiden

Besonders wichtig ist die Unterscheidung zwischen der notwendigen Hausnotruf-Basisversorgung und zusätzlichen Komfort- oder Serviceleistungen.

Zur Basisversorgung gehören je nach vertraglicher Ausgestaltung insbesondere das Hausnotrufgerät, der Funksender, die Verbindung zur Notrufzentrale und die Bearbeitung eingehender Notrufe.

Zusätzliche Angebote können beispielsweise umfassen:

- Schlüsselhinterlegung
- zusätzliche Handsender
- Bereitschafts- oder Einsatzdienste
- weitere technische Zusatzfunktionen
- zusätzliche Servicepakete

Solche Zusatzleistungen sind **nicht automatisch Bestandteil der von der Pflegekasse finanzierten Basisversorgung**. Vor Vertragsabschluss sollte deshalb genau geprüft werden, welche Leistungen von der Pflegekasse getragen werden und welche zusätzlichen Kosten privat zu zahlen sind.



Auf einen Vertragspartner der Pflegekasse achten

Seit April 2026 gelten neue bundesweite Verträge zur Versorgung mit Hausnotrufsystemen. Für die Kostenübernahme ist deshalb auch wichtig, dass der ausgewählte Anbieter die entsprechenden vertraglichen Voraussetzungen erfüllt beziehungsweise Vertragspartner für die Versorgung zulasten der Pflegeversicherung ist.

Bevor Sie einen privaten Vertrag abschließen, sollten Sie deshalb klären:

- Ist der Anbieter zur Versorgung zulasten der Pflegekasse berechtigt?
- Welche Leistungen umfasst das Basispaket?
- Welche Kosten übernimmt die Pflegekasse?
- Welche Zusatzleistungen verursachen einen Eigenanteil?
- Entstehen zusätzliche Anschluss-, Einsatz- oder Servicekosten?
- Welche Kündigungsbedingungen gelten?

Weitere technische Pflegehilfsmittel

Der Hausnotruf ist nur ein Beispiel für technische Unterstützung im Pflegealltag. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes enthält weitere Produktgruppen und wird regelmäßig fortgeschrieben. Welche Versorgung im Einzelfall beansprucht werden kann, hängt vom konkreten Bedarf und den gesetzlichen Voraussetzungen ab.

Deshalb sollte die Frage immer lauten:

Welche konkrete Einschränkung soll durch das Hilfsmittel ausgeglichen, welche Pflege erleichtert oder welche selbstständigere Lebensführung ermöglicht werden?

Genau dieser individuelle Bedarf sollte gegenüber der Pflegekasse nachvollziehbar beschrieben werden.

Der entscheidende Grundsatz

Hausnotruf nicht einfach privat bestellen und davon ausgehen, dass die Pflegekasse anschließend sämtliche Kosten übernimmt.

Prüfen Sie vorher den individuellen Anspruch, den Anbieter und den Leistungsumfang. Achten Sie besonders darauf, **Basisversorgung und kostenpflichtige Zusatzleistungen voneinander zu trennen.**

Kapitel 12: Weitere Unterstützungsangebote – Beratung nutzen und Versorgung koordinieren

Pflegebedürftigkeit betrifft selten nur eine einzelne Leistung. Pflegegrad, Pflegegeld, Pflegedienst, Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Entlastungsangebote und die Unterstützung pflegender Angehöriger greifen häufig ineinander. Gerade deshalb ist es sinnvoll, bestehende **Beratungs- und Unterstützungsangebote gezielt zu nutzen.**



Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhält, hat nach **§ 7a SGB XI** Anspruch auf individuelle Pflegeberatung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme geeigneter Sozialleistungen und weiterer Hilfsangebote. Ein Beratungsanspruch besteht auch, wenn bereits ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt wurde und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Die Pflegeberatung kann insbesondere dabei helfen,

- den individuellen Hilfebedarf systematisch zu erfassen,
- geeignete Leistungen und Unterstützungsangebote zusammenzustellen,
- einen individuellen Versorgungsplan zu entwickeln,
- verschiedene Leistungsträger und Hilfsangebote miteinander zu koordinieren und
- die Versorgung bei Veränderungen der Pflegesituation anzupassen.

Auf Wunsch kann die Beratung auch **in der häuslichen Umgebung** beziehungsweise in der Einrichtung erfolgen, in der die anspruchsberechtigte Person lebt. Angehörige oder andere Personen können auf Wunsch ebenfalls einbezogen werden.

Pflegestützpunkte: Beratung und Koordination vor Ort

Eine weitere wichtige Anlaufstelle können **Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI** sein. Ihre Aufgabe besteht unter anderem in umfassender und unabhängiger Auskunft und Beratung über Sozialleistungen und Hilfsangebote sowie in der Koordination und Vernetzung der für die wohnortnahe Versorgung infrage kommenden Angebote.

Dort können Betroffene und Angehörige beispielsweise Unterstützung erhalten bei Fragen zu:

- Leistungen der Pflegeversicherung,
- Antragstellungen,
- ambulanten und stationären Versorgungsangeboten,
- Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige,
- Wohnraumanpassungen,
- regionalen Hilfsangeboten und
- der Koordination verschiedener Unterstützungsleistungen.

Pflegestützpunkte sind allerdings **nicht überall automatisch vorhanden**. Ihre Einrichtung hängt von den jeweiligen landesrechtlichen und organisatorischen Strukturen ab. Deshalb wäre die frühere pauschale Aussage, sie seien „bundesweit flächendeckend eingerichtet“, zu weitgehend.

Beratung frühzeitig nutzen

Beratung ist nicht erst sinnvoll, wenn bereits ein Problem mit der Pflegekasse entstanden ist. Gerade zu Beginn einer Pflegesituation kann eine frühzeitige Beratung helfen, Ansprüche zu erkennen, verschiedene Leistungen sinnvoll miteinander zu verbinden und vermeidbare Fehler bei Antragstellung und Organisation der Versorgung zu verhindern.



Auch wenn sich der Zustand eines pflegebedürftigen Menschen verändert, sollte die bisherige Versorgung erneut überprüft werden. Ein einmal festgelegtes Versorgungskonzept muss nicht dauerhaft passend bleiben.

Eigene Unterlagen trotzdem vollständig führen

Auch bei professioneller Beratung sollten Sie Ihre eigene Verfahrensakte weiterführen.

Bewahren Sie insbesondere auf:

- Bescheide der Pflegekasse,
- Gutachten des Medizinischen Dienstes,
- Anträge und Eingangsbestätigungen,
- medizinische und pflegerische Unterlagen,
- Rechnungen und Erstattungsnachweise,
- wichtigen Schriftverkehr sowie
- eigene Aufzeichnungen über Veränderungen des Hilfebedarfs.

Damit bleiben Sie selbst jederzeit auskunftsfähig und können nachvollziehen, welche Leistungen beantragt, bewilligt, abgelehnt oder bereits ausgeschöpft wurden.

Fazit: Ansprüche kennen und Veränderungen ernst nehmen

Das Pflegeversicherungssystem ist komplex. Niemand muss deshalb sämtliche Vorschriften auswendig kennen. Entscheidend ist vielmehr, die wichtigsten Grundregeln zu verstehen, Unterlagen ordentlich zu führen und bei Unsicherheiten rechtzeitig fachkundige Unterstützung einzubeziehen.

Verschlechtert sich die Selbstständigkeit oder steigt der Hilfebedarf dauerhaft, sollte außerdem geprüft werden, ob der bisherige Pflegegrad die tatsächliche Situation noch zutreffend abbildet.

Ein festgestellter Pflegegrad ist keine Entscheidung für alle Zeiten. Verändert sich der Pflegebedarf wesentlich, kann eine erneute Begutachtung und gegebenenfalls die Feststellung eines höheren Pflegegrades erforderlich werden.

Der wichtigste Grundsatz bleibt deshalb:

Dokumentieren Sie den tatsächlichen Hilfebedarf, kennen Sie Ihre Ansprüche, bewahren Sie Ihre Unterlagen auf und nutzen Sie Beratung, bevor aus einer lösbaren Frage ein vermeidbares Problem wird.

Kapitel 13: Checkliste für den Ernstfall – alle wichtigen Schritte auf einen Blick

Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt oder sich der Hilfebedarf deutlich erhöht, müssen Betroffene und Angehörige häufig viele Dinge gleichzeitig organisieren. Diese Checkliste



fasst die wichtigsten Schritte des bisherigen Ratgebers zusammen und soll Ihnen helfen, **Fristen, Unterlagen und notwendige Maßnahmen im Blick zu behalten.**

Schritt 1: Pflegebedarf konkret erfassen

Beobachten und dokumentieren Sie, **wo die Selbstständigkeit im Alltag tatsächlich eingeschränkt ist** und welche Unterstützung regelmäßig benötigt wird.

Achten Sie insbesondere auf:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- krankheits- und therapiebedingte Anforderungen
- Gestaltung des Alltags und soziale Kontakte

Genau diese sechs Lebensbereiche bilden die Grundlage der Pflegebegutachtung.

Schritt 2: Antrag bei der Pflegekasse stellen

Stellen Sie den Antrag auf Pflegeleistungen bei der **zuständigen Pflegekasse**. Diese ist bei der jeweiligen Krankenkasse eingerichtet.

Der Medizinische Dienst weist ausdrücklich darauf hin, dass sowohl eine schriftliche als auch eine telefonische Mitteilung an die Pflegekasse mit dem erkennbaren Wunsch nach Pflegeleistungen als Antrag gewertet werden kann. Das Antragsdatum ist für den Leistungsbeginn wichtig.

Praxis-Tipp: Sorgen Sie für einen belastbaren Nachweis, wann Ihr Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist.

Schritt 3: Verfahrensakte anlegen

Bewahren Sie von Anfang an alle wichtigen Unterlagen gemeinsam auf:

- Antrag und Eingangsnachweis
- Schreiben der Pflegekasse
- Arzt- und Krankenhausberichte
- Medikamentenplan
- Therapieunterlagen
- Pflegedokumentationen
- eigenes Pflege- oder Alltagsprotokoll
- Schreiben des Medizinischen Dienstes
- später Gutachten und Bescheid

Damit können Sie den Ablauf jederzeit nachvollziehen und sind vorbereitet, falls eine Entscheidung überprüft werden muss.



Schritt 4: Pflege- oder Alltagsprotokoll führen

Dokumentieren Sie vor der Begutachtung möglichst konkret, **wobei, wie häufig und in welchem Umfang Unterstützung erforderlich ist**.

Notieren Sie nicht nur „Hilfe beim Waschen“, sondern beispielsweise, welche einzelnen Handlungen nicht selbstständig möglich sind und welche Unterstützung eine andere Person tatsächlich übernehmen muss.

Schritt 5: Begutachtung vorbereiten

Legen Sie vorhandene relevante Unterlagen bereit. Der Medizinische Dienst empfiehlt insbesondere vorhandene Berichte von Haus- und Fachärzten, Krankenhausentlassungsberichte, den aktuellen Medikamentenplan und – wenn ein Pflegedienst beteiligt ist – dessen Pflegedokumentation.

Eine Person, die den Pflegealltag gut kennt, sollte nach Möglichkeit an der Begutachtung teilnehmen. Auch dies empfiehlt der Medizinische Dienst ausdrücklich.

Schritt 6: Alltag wahrheitsgemäß darstellen

Spielen Sie Einschränkungen nicht herunter – übertreiben Sie sie aber auch nicht.

Schildern Sie konkret:

- Was gelingt selbstständig?
- Wobei wird Unterstützung benötigt?
- Welche Tätigkeiten gelingen nur teilweise?
- Welche Probleme treten regelmäßig auf?
- Welche Unterstützung ist nachts erforderlich?
- Welche krankheits- oder therapiebedingten Maßnahmen können nicht selbstständig bewältigt werden?

Der Maßstab der Begutachtung ist die **tatsächliche Selbstständigkeit**.

Schritt 7: Entscheidungsfrist überwachen

Für die Entscheidung der Pflegekasse gilt grundsätzlich eine Frist von **25 Arbeitstagen**; für bestimmte dringliche Fälle bestehen kürzere Fristen.

Bei einer von der Pflegekasse zu vertretenden Überschreitung sieht § 18c Abs. 5 SGB XI grundsätzlich eine Zahlung von **70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung** vor. Dabei gelten die gesetzlichen Voraussetzungen und Ausnahmen.

Notieren Sie deshalb:

Antrag eingegangen am: _____

Fristablauf prüfen am: _____



Schritt 8: Bescheid und Gutachten vollständig prüfen

Schauen Sie nicht nur auf den festgestellten Pflegegrad.

Prüfen Sie insbesondere:

- Sind die tatsächlichen Einschränkungen richtig wiedergegeben?
- Fehlen wichtige Angaben?
- Wurde notwendige personelle Unterstützung berücksichtigt?
- Sind die Bewertungen innerhalb der sechs Module nachvollziehbar?
- Stimmen Punktwerte und Pflegegrad miteinander überein?

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes bildet die fachliche Grundlage für die Leistungsentscheidung der Pflegekasse.

Schritt 9: Bei einer falschen Entscheidung Widerspruch einlegen

Sind Sie mit dem Pflegegrad nicht einverstanden, können Sie grundsätzlich innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen. Reicht die Zeit für eine ausführliche Begründung nicht, sichern Sie zunächst die Frist und reichen Sie die Begründung anschließend nach.

Danach sollten Sie die strittigen Feststellungen im Gutachten **Punkt für Punkt** den tatsächlichen Einschränkungen und vorhandenen Nachweisen gegenüberstellen.

Schritt 10: Veränderungen nicht ignorieren

Ein einmal festgestellter Pflegegrad bleibt nicht zwangsläufig dauerhaft passend.

Hat sich der Pflegebedarf erhöht, kann bei der Pflegekasse ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. Dadurch wird eine erneute Pflegebegutachtung ausgelöst.

Die Kurzfassung zum Abhaken

- ☐ Pflegebedarf dokumentiert
- ☐ Antrag bei der Pflegekasse gestellt
- ☐ Eingang des Antrags nachweisbar
- ☐ Verfahrensakte angelegt
- ☐ Pflege-/Alltagsprotokoll geführt
- ☐ medizinische und pflegerische Unterlagen zusammengestellt
- ☐ Begutachtung vorbereitet
- ☐ Vertrauensperson für den Termin eingeplant
- ☐ gesetzliche Entscheidungsfrist überwacht
- ☐ Bescheid vollständig geprüft
- ☐ Gutachten vollständig geprüft
- ☐ bei Fehlern Widerspruchsfrist gesichert



- ☐ Widerspruch konkret begründet und Nachweise beigelegt
- ☐ bei verändertem Pflegebedarf Höherstufung geprüft

Kapitel 14: Das Anki-System – wichtige Fachbegriffe, Fristen und Rechte dauerhaft im Gedächtnis behalten

Pflegeversicherung und Pflegebegutachtung bringen zahlreiche Begriffe, Abkürzungen, Fristen und gesetzliche Regelungen mit sich: **SGB XI, Medizinischer Dienst, NBA, Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege oder Widerspruchsfrist** sind nur einige Beispiele.

Niemand muss sämtliche Einzelheiten auswendig lernen. Einige zentrale Informationen sollte man jedoch schnell abrufen können – besonders dann, wenn ein Gespräch mit der Pflegekasse bevorsteht, eine Frist läuft oder ein Gutachten geprüft werden muss.

Eine Möglichkeit dafür ist das digitale Karteikartensystem **Anki**.

Was ist Anki?

Anki ist ein digitales Karteikartenprogramm, das nach dem Prinzip der **verteilten Wiederholung („Spaced Repetition“)** arbeitet. Vereinfacht gesagt werden Lernkarten abhängig davon, wie sicher Sie die jeweilige Antwort beherrschen, in unterschiedlichen Abständen erneut vorgelegt. Anki plant die nächsten Wiederholungen anhand Ihrer Bewertung der eigenen Erinnerung.

Die Desktop-Version steht für Windows, macOS und Linux kostenlos zur Verfügung. Für Android gibt es AnkiDroid; für iPhone und iPad die offizielle AnkiMobile-App. AnkiWeb ermöglicht außerdem die Synchronisation und das Lernen über den Browser.

So können Sie Pflegewissen als Karteikarten anlegen

Das Grundprinzip ist einfach: Auf die Vorderseite kommt eine konkrete Frage, auf die Rückseite die kurze und eindeutige Antwort.

Beispiele:

Vorderseite:

Welche sechs Lebensbereiche werden bei der Pflegebegutachtung bewertet?

Rückseite:

Mobilität; kognitive und kommunikative Fähigkeiten; Verhaltensweisen und psychische Problemlagen; Selbstversorgung; krankheits- oder therapiebedingte Anforderungen und Belastungen; Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

**Vorderseite:**

Wie lange beträgt die reguläre Entscheidungsfrist der Pflegekasse nach Eingang eines Pflegeantrags?

Rückseite:

Grundsätzlich 25 Arbeitstage nach § 18c SGB XI.

Vorderseite:

Wie hoch ist der Entlastungsbetrag 2026?

Rückseite:

Bis zu 131 Euro monatlich nach § 45b SGB XI.

Vorderseite:

Wie hoch ist der Gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege 2026?

Rückseite:

Bis zu 3.539 Euro pro Kalenderjahr für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2.

Vorderseite:

Wie lange beträgt grundsätzlich die Widerspruchsfrist gegen einen Bescheid der Pflegekasse?

Rückseite:

Grundsätzlich einen Monat nach Bekanntgabe des Bescheids.

Welche Informationen eignen sich besonders?

Für ein persönliches Pflege-Karteikartensystem bieten sich insbesondere an:

- wichtige Fristen
- Pflegegrade und Punktgrenzen
- Leistungen und aktuelle Leistungsbeträge
- die sechs Module der Pflegebegutachtung
- wichtige Vorschriften des SGB XI
- Unterschied zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen
- Entlastungsbetrag
- Verhinderungs- und Kurzzeitpflege
- Pflegehilfsmittel
- Widerspruch und Akteneinsicht
- wichtige Ansprechpartner und Beratungsstellen



Anki arbeitet dabei nicht mit einem starren Lernplan. Nach dem Anzeigen der Antwort bewertet der Nutzer, wie gut er sich erinnern konnte; daraus wird die nächste Wiederholung geplant.

Wichtig: Rechts- und Leistungsdaten können sich ändern

Bei Pflege- und Sozialrecht gibt es allerdings eine Besonderheit: **Eine gut gelernte Karte kann irgendwann veraltet sein.**

Leistungsbeträge, gesetzliche Vorschriften und Verfahrensregeln können geändert werden. Übernehmen Sie deshalb Zahlen, Fristen und Rechtsgrundlagen nicht dauerhaft ungeprüft aus alten Karten.

Kennzeichnen Sie solche Karten am besten mit einem Stand, beispielsweise:

„Rechtsstand: August 2026“

Ändert sich die Rechtslage, muss auch die entsprechende Karte aktualisiert werden.

Anki ist eine Lernhilfe – keine Rechtsquelle

Das Karteikartensystem kann helfen, wichtige Informationen schneller verfügbar zu haben. Es ersetzt jedoch weder den aktuellen Gesetzestext noch eine erforderliche individuelle Beratung.

Gerade bei laufenden Fristen, einem Widerspruch oder einem gerichtlichen Verfahren sollten entscheidende Angaben deshalb nochmals anhand der aktuellen Rechtslage überprüft werden.

Der entscheidende Grundsatz

Nicht alles auswendig lernen – sondern die Informationen sicher beherrschen, die Sie im entscheidenden Moment benötigen.

Ein kleines, regelmäßig gepflegtes Karteikartensystem kann dabei helfen, Fachbegriffe, Fristen und zentrale Ansprüche aus diesem Ratgeber dauerhaft griffbereit zu behalten.

[Offizielle Anki-Website](#)

Kapitel 15: Anhang – wichtige Rechtsgrundlagen und Anlaufstellen

Dieser Anhang bündelt die wichtigsten Rechtsgrundlagen und Anlaufstellen aus diesem Ratgeber. Er soll Ihnen ermöglichen, zentrale Vorschriften schnell wiederzufinden und bei Bedarf direkt im **aktuellen Gesetzestext** nachzulesen.

Wichtige Rechtsgrundlagen im SGB XI



§ 14 SGB XI – Begriff der Pflegebedürftigkeit

Hier wird geregelt, wann Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung vorliegt und welche sechs Bereiche der Selbstständigkeit beziehungsweise Fähigkeiten maßgeblich sind.

§ 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Diese Vorschrift enthält die Grundlagen für das Begutachtungsverfahren, die Gewichtung der einzelnen Bereiche und die Zuordnung zu den fünf Pflegegraden.

§§ 18 bis 18c SGB XI – Begutachtungs- und Entscheidungsverfahren

Diese Vorschriften regeln wesentliche Teile des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Besonders wichtig ist § 18c SGB XI: Die Pflegekasse muss grundsätzlich spätestens **25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags** entscheiden. Das Gutachten wird grundsätzlich zusammen mit dem Bescheid übersandt, sofern der Antragsteller der Übersendung nicht widersprochen hat. Bei einer von der Pflegekasse zu vertretenden Fristüberschreitung können unter den gesetzlichen Voraussetzungen **70 Euro für jede begonnene Woche der Überschreitung** fällig werden.

§ 36 SGB XI – Pflegesachleistung

Rechtsgrundlage für häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Leistungserbringer.

§ 37 SGB XI – Pflegegeld

Regelt insbesondere das Pflegegeld für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, wenn die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird.

§ 38 SGB XI – Kombination von Geld- und Sachleistung

Ermöglicht die anteilige Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen.

§ 39 SGB XI – Verhinderungspflege

Regelt die Ersatzpflege, wenn eine Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.

§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege

Regelt die zeitlich begrenzte vollstationäre Kurzzeitpflege.

§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag

Rechtsgrundlage für den gemeinsamen Leistungsbetrag von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.

§ 40 SGB XI – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Hier finden sich die Ansprüche auf Pflegehilfsmittel sowie die Regelungen zu Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds.

Für den Rechtsstand dieses Ratgebers gelten insbesondere:

- Pflegehilfsmittel zum Verbrauch: **bis zu 42 Euro monatlich**
- Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: **bis zu 4.180 Euro je Maßnahme und anspruchsberechtigter Person**



- bei mehreren Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung: grundsätzlich höchstens **16.720 Euro je Maßnahme**

§ 45b SGB XI – Entlastungsbetrag

Rechtsgrundlage für den zweckgebundenen Entlastungsbetrag von **bis zu 131 Euro monatlich** für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege.

Wichtige Vorschriften für Widerspruch und Akteneinsicht

§ 84 SGG – Widerspruchsfrist

Ein Widerspruch gegen einen Bescheid muss grundsätzlich **innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe** eingelegt werden. Das Gesetz regelt außerdem die zulässigen Formen des Widerspruchs.

§ 66 SGG – Rechtsbehelfsbelehrung

Fehlt eine vorgeschriebene Rechtsbehelfsbelehrung oder wurde sie unrichtig erteilt, gelten besondere Regelungen für die Rechtsbehelfsfrist.

§ 25 SGB X – Akteneinsicht

Diese Vorschrift bildet die Grundlage für die Einsicht Beteiligter in die das Verwaltungsverfahren betreffenden Akten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist.

Wichtige Anlaufstellen

Pflegekasse

Sie ist der zentrale Ansprechpartner für Pflegeleistungen, entscheidet über den Pflegegrad und erteilt den rechtsverbindlichen Bescheid.

Medizinischer Dienst (MD)

Der Medizinische Dienst führt im Auftrag der Pflegekasse Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch. Er erstellt das Gutachten; die rechtsverbindliche Entscheidung trifft anschließend die Pflegekasse.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und – soweit regional vorhanden – Pflegestützpunkte können Betroffene und Angehörige Unterstützung bei der Organisation der Versorgung und bei Fragen zu Pflegeleistungen erhalten.

Sozialverbände

Organisationen wie der Sozialverband Deutschland (SoVD) und der Sozialverband VdK Deutschland bieten ihren Mitgliedern unter anderem sozialrechtliche Beratung und, im Rahmen ihrer jeweiligen Voraussetzungen, Unterstützung in Widerspruchs- und sozialgerichtlichen Verfahren.

Fachanwältinnen und Fachanwälte für Sozialrecht

Bei komplizierten Widerspruchsverfahren, erheblichen Leistungsstreitigkeiten oder einem Verfahren vor dem Sozialgericht kann spezialisierte anwaltliche Beratung sinnvoll sein.



Rechtsstand beachten

Pflegeleistungen, Leistungsbeträge und Verfahrensvorschriften können sich ändern. Dieser Ratgeber wurde deshalb auf den **Rechtsstand August 2026** ausgerichtet.

Bei einem konkreten Antrag, Widerspruch oder laufenden Verfahren sollten entscheidende Fristen, Beträge und Rechtsgrundlagen zusätzlich anhand der **zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Gesetzesfassung** geprüft werden.

Weitere Hilfe: Die KLARTEXT-Pflegereihe und praktische Vorlagen

Dieser Ratgeber ist **Teil einer dreiteiligen KLARTEXT-Reihe rund um Pflege, Pflegegrad und die Durchsetzung von Ansprüchen**. Die einzelnen Teile ergänzen sich und können je nach Ihrer persönlichen Situation auch unabhängig voneinander genutzt werden.

Teil 1 von 3 – Erste Schritte zum Pflegegrad

Sie stehen noch am Anfang? Teil 1 begleitet Sie vom Erkennen des Hilfebedarfs über den Antrag auf einen Pflegegrad bis zur Vorbereitung auf die Begutachtung. Sie erfahren, worauf Sie im Alltag achten und welche Informationen und Unterlagen für das Verfahren wichtig sind.

Direkt zu Teil 1:

[Erste Schritte zum Pflegegrad](#)

Teil 2 von 3 – Pflegegrad richtig einschätzen und Ansprüche durchsetzen

Der Pflegegrad wurde abgelehnt oder aus Ihrer Sicht zu niedrig festgestellt? Teil 2 erklärt, wie Sie Bescheid und Gutachten prüfen, Fristen beachten, einen Widerspruch vorbereiten und Ihre Ansprüche weiterverfolgen können.

Direkt zu Teil 2:

[Pflegegrad prüfen und Ansprüche durchsetzen](#)

Teil 3 von 3 – Hilfsmittel erfolgreich durchsetzen

Von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln über Antrag, Medizinischen Dienst und Entscheidungsfristen bis zu Ablehnung, Widerspruch und Sozialgericht: Teil 3 zeigt Ihnen Schritt für Schritt, worauf Sie achten sollten.



● **Direkt zu Teil 3:**

[Hilfsmittel erfolgreich durchsetzen](#)

● **Widerspruch einlegen – Muster und Vorlagen**

Wenn Sie sich gegen eine Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse wehren möchten, finden Sie hier praktische Hilfen und Vorlagen für das Widerspruchsverfahren.

● **Direkt zu den Widerspruchshilfen:**

[Widerspruch einlegen – Muster und Vorlagen](#)

So können Sie direkt aus diesem Ratgeber zu dem Thema wechseln, das für Ihre aktuelle Situation wichtig ist. Weitere KLARTEXT-Ratgeber und praktische Informationen finden Sie außerdem über die Themenübersicht auf unserer Website.

Mit freundlichen Grüßen

Michael B. Barnes

Michael B. Barnes

Impressum / Kontakt:

Michael B. Barnes

Hengeloer Str.1

49565 Bramsche

 E-Mail: info@klartext-info.online

Rechtlicher Hinweis

Dieses Dokument ist Teil des privaten Informations- und Aufklärungsprojekts **KLARTEXT** von Michael B. Barnes.



Der Bericht dient ausschließlich der Information sowie der öffentlichen Meinungs- und Diskussionsbildung. Er enthält eine Kombination aus dokumentierten Tatsachen, öffentlich zugänglichen Quellen, rechtlichen Einordnungen sowie persönlichen Bewertungen, Schlussfolgerungen, Vermutungen und Hypothesen des Autors. Diese sind entsprechend im Gesamtzusammenhang des jeweiligen Dossiers zu verstehen.

Alle Inhalte wurden nach bestem Wissen und Gewissen auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung verfügbaren Informationen erstellt. Trotz sorgfältiger Recherche kann keine Gewähr für Vollständigkeit, Aktualität oder die fortdauernde Richtigkeit sämtlicher Angaben übernommen werden. Neue Erkenntnisse oder spätere Entwicklungen können eine Überarbeitung oder Neubewertung einzelner Inhalte erforderlich machen.

Eine unveränderte Weitergabe des vollständigen Dokuments über den offiziellen Veröffentlichungsweg ist ausdrücklich erwünscht. Veränderungen, Kürzungen, aus dem Zusammenhang gerissene Zitate oder Bearbeitungen, die den Sinn oder die Aussage des Dokuments verfälschen, sind ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet.

Stand der Quellen und Rechtslage: Veröffentlichungsdatum des jeweiligen Dossiers.

Version: 1.0

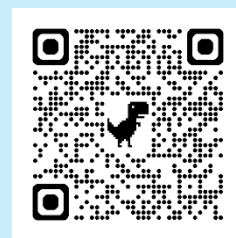
© Michael B. Barnes – Alle Rechte vorbehalten.

Impressum:

<https://www.klartext-info.online/impressum/>

Zur Klartext-Info-Website

QR-Code



Weitere Beiträge, Aktualisierungen und Quellen:

www.klartext-info.online

Michael B. Barnes

Stand: 17.08.2026



