



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflegeleistungen zum Nachschlagen



RATGEBER

Pflegeleistungen zum Nachschlagen



Liebe Leserin, lieber Leser,

von Geburt an begleitet uns die Pflege in allen Lebensphasen: Jeden Tag leisten rund fünf Millionen Menschen in den verschiedenen Berufen – Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker, Hebammen, Physiotherapeuten und viele andere – Großartiges, um uns Menschen in den unterschiedlichen Situationen des Lebens zu helfen. Sie tun dies mit dem Wissen, gebraucht zu werden, eine hohe Verantwortung zu tragen und Menschen konkret zu unterstützen. In den nächsten Jahren wird die Zahl der Menschen, die der Pflege bedürfen, zunehmen. Damit steigt unsere gesellschaftliche Verantwortung, dafür zu sorgen, dass jede und jeder der Betroffenen sich trotz Pflegebedürftigkeit als Teil der Gesellschaft wahrnimmt.

In der letzten Legislaturperiode standen für die Bundesregierung unter dem Schwerpunkt „Pflege“ Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt des Tuns. In dieser Wahlperiode setzen wir den Weg fort, die Pflege noch besser zu machen. Vor allem drei Bereiche haben wir dazu im Blick:

- eine attraktivere Ausbildung,
- neue Pflegestellen, die wir über ein Sofortprogramm finanzieren, und
- eine bessere Bezahlung für die Pflegekräfte.

Bei all den neuen geplanten Maßnahmen stehen die Verbesserungen der letzten Legislaturperiode weiterhin allen Pflegebedürftigen zur Verfügung. Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Ihnen diese erneut übersichtlich aufzeigen. Auf den folgenden

Seiten finden Sie alle wichtigen Leistungen der Pflegeversicherung kompakt zusammengefasst.

Als Gesundheitsminister arbeite ich jeden Tag daran, dass Ihr Alltag konkret besser wird. Ich möchte, dass Sie spüren, dass Politik Ihren Alltag positiv verändern kann. Denn ich will, dass Politik Vertrauen gewinnt und die Demokratie wieder an Stärke zunimmt.

Ihr



Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Inhalt

› Vorwort	2
› Inhaltsverzeichnis	4
› Die passende Leistung für jeden	6
Häusliche Pflege	8
› Pflegegeld für häusliche Pflege	9
› Pflegesachleistungen für häusliche Pflege	10
› Entlastungsbetrag	11
› Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	13
› Pflegeunterstützungsgeld	15
› Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	16
• Wohngruppenzuschlag	16
• Anschubfinanzierung	18
› Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	19
› Pflegehilfsmittel	20
› Soziale Absicherung der Pflegeperson	21

Die passende Leistung für jeden

Wer Pflege benötigt oder als Angehöriger Pflege leistet, wird nicht allein gelassen: Die Pflegeversicherung bietet viele Leistungen und Angebote zur Unterstützung, damit Ihr Alltag verbessert wird.

Jede und jeder Pflegebedürftige hat andere Einschränkungen und Bedürfnisse. Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie auf den folgenden Seiten der Broschüre.

Um diese Leistungen erhalten zu können, müssen Sie zunächst einen Antrag bei der Pflegekasse stellen. Sie haben Anspruch auf die Leistungen, wenn Sie innerhalb der zehn Jahre vor der Antragstellung zwei Jahre lang in der Pflegeversicherung versichert gewesen sind. Zudem muss die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen – mit der vom Gesetzgeber festgelegten Schwere, wie es § 15 SGB XI vorsieht.

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade, beginnend mit Pflegegrad 1 („geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“). Ob und in welcher Schwere Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird im Auftrag der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. – für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung – durch den Medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherungsunternehmen, Medicproof, oder durch einen anderen unabhängigen Gutachter geprüft.

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

- Mobilität
- geistige und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Zudem sendet die Pflegekasse der Antragstellerin oder dem Antragsteller auch das Gutachten direkt zu, sofern sie oder er der Übersendung nicht widersprochen hat.

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

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das für sie die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen.

Häusliche Pflege

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Der Pflegebedürftige muss mit dem entsprechenden Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

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

Während einer Verhinderungspflege wird für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen jährlich die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt. Während der > **Kurzzeitpflege** wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen.

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

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

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

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

Häusliche Pflegehilfe ist gegebenenfalls auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden, sondern beispielsweise in einer Pflege-WG oder im Haushalt der Pflegeperson. Ausgeschlossen ist der Bezug von häuslichen Pflegesachleistungen in stationären Einrichtungen, wie beispielsweise dem Pflegeheim (siehe: Leistungen zu stationärer Pflege).

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

Ambulante Pflegesachleistungen können auch mit dem > **Pflegegeld** kombiniert werden.

Entlastungsbetrag

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

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

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die der oder dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der **> Kurzzeitpflege**, Leistungen der zugelassenen Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstehen.

Werden Sachleistungen in einem Monat nicht in Anspruch genommen, besteht die Möglichkeit, diese für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bis zur Höhe von 40 Prozent umzuwandeln (Umwandlungsanspruch).

Soweit der Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.



Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, wird also nicht mit den anderen Leistungsansprüchen verrechnet.

Einheitlicher Entlastungsbetrag
für alle Pflegegrade (1–5)

Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Verhinderungspflege	
	durch nahe Angehörige	durch sonstige Personen
	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	
Pflegegrad 1	–	–
Pflegegrad 2	474 (1,5-Faches von 316)	1.612
Pflegegrad 3	817,50 (1,5-Faches von 545)	1.612
Pflegegrad 4	1.092 (1,5-Faches von 728)	1.612
Pflegegrad 5	1.351,50 (1,5-Faches von 901)	1.612

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

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

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

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

Ist der nahe Angehörige erwerbsmäßig tätig, können ebenfalls bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

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

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für die > **Kurzzeitpflege** (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten. Zudem wird während der Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen > **Pflegegeldes** weitergezahlt.

Bis zu 6 Wochen Verhinderungspflege
= mehr Erholung für Pflegende

Pflegeunterstützungsgeld

Pflegebedürftigkeit	Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung
in Graden	bis zu insgesamt 10 Tagen
Pflegegrade 1–5	90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten; 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem einmaligem Einkommen in den letzten 12 Monaten. Kappung auf 70 % der Beitragsbemessungsgrenze.

Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte, die für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Wohngruppenschlag

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1–5	214 Euro

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

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben zusätzlich zu den anderen Leistungen Anspruch auf einen monatlichen Wohngruppenschlag,

- wenn sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen leben, von denen mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind und Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Pflegekombinationsleistungen, den Umwandlungsanspruch und/oder den Entlastungsbetrag haben, und
- wenn sie zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe oder in einer gemeinsamen Wohnung leben und
- wenn eine Person (unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung) durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen und

- wenn keine Versorgungsform, einschließlich teilstationärer Pflege, vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für die > **vollstationäre Pflege** vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Den Wohngruppenzuschlag können auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben.

Stärkere Unterstützung von Pflege-WGs

= Leistungen auch schon für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1

Anschubfinanzierung

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

Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen, sogenannten Pflege-WGs, sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung vor.

Voraussetzungen:

- Anspruch auf **> Wohngruppenzuschlag** muss bestehen
- Finanzierung wird nur an die an der Gründung beteiligten Pflegebedürftigen geleistet

Der Betrag ist pro Person auf 2.500 Euro und pro Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt. Die Leistung gibt es auch für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1.

Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln bestehen zusätzlich.

Stärkere Unterstützung von Pflege-WGs

= Leistungen auch schon für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximaler Zuschuss je Maßnahme
Pflegegrad 1–5	4.000 Euro
Pflegegrad 1–5 wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen	16.000 Euro

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

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

Die Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bestehen auch neben der **> Anschubfinanzierung** für Wohngruppen.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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

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

Technische Hilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Bei der Zuzahlung muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, übernehmen. Werden technische Pflegehilfsmittel leihweise überlassen, entfällt die Zuzahlung. Typische technische Hilfsmittel sind Notrufsysteme, Pflegebetten und Aufrichtehilfen oder Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung. Die Pflegekassen prüfen die Notwendigkeit der Anschaffung.

Soziale Absicherung der Pflegeperson

Pflegebedürftigkeit in Graden	Zahlung von Rentenversiche- rungsbeiträgen für Pflege- personen	Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosen- versicherung für Pflegepersonen	Zuschüsse zur Kranken- und Pflege- versicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit
	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Ostdeutschland)	€ monatlich (Ostdeutschland)	bis zu € monatlich Krankenversicherung/ Pflegeversicherung
Pflegegrad 1	–	–	160,94/31,67
Pflegegrad 2	156,44 (144,13)	38,94 (35,88)	160,94/31,67
Pflegegrad 3	249,14 (229,54)	38,94 (35,88)	160,94/31,67
Pflegegrad 4	405,57 (373,67)	38,94 (35,88)	160,94/31,67
Pflegegrad 5	579,39 (533,82)	38,94 (35,88)	160,94/31,67

Wer sich dazu entschieden hat, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, dem bietet die Pflegeversicherung auch Unterstützung.



Es gilt:

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

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden.

Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 unter bestimmten Voraussetzungen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfllegetätigkeit.

Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert.

Beschäftigte, die nach den Maßgaben des Pflegezeitgesetzes (für die Dauer von bis zu sechs Monaten) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflegepflichtversicherung.

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

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

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

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

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

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

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

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

Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit	Leistungen
in Graden	maximale Leistungen
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2–5	pro Kalenderjahr: 1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen

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

Viele Pflegebedürftige sind nur eine begrenzte Zeit auf **> vollstationäre Pflege** angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für diesen Fall gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht, also maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet. Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt.

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

Stationäre Pflege

Leistungen bei vollstationärer Pflege

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

Die Pflegeversicherung zahlt bei dauerhafter vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

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

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

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

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 2–5	266 Euro

Wenn Pflegebedürftige sich in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen aufhalten, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten für die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe von zehn Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 266 Euro monatlich.

Die Pflegebedürftigen haben darüber hinaus Anspruch auf ungekürztes
> **Pflegegeld**, anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Übergangspflege für Menschen ohne Pflegegrad

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen der Krankenversicherung. Diese Versorgungslücke hat das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt geschlossen. Es wurde ein neuer Anspruch auf **> Kurzzeitpflege** als Leistung der Krankenkassen eingeführt.

Seit dem 1. Januar 2016 haben Versicherte für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden. Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht ein Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege mit einem Betrag von bis zu 1.612 Euro jährlich. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgestellt wurde.

Pflegeleistungen im Überblick

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich ¹	–	
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ¹	–	
Verhinderungspflege²	durch nahe Angehörige ³	–	
	durch sonstige Personen ⁴	–	
Kurzzeitpflege⁵	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁶	–	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	–	
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege⁷	Leistungsbetrag bis zu € monatlich	125	
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214	

Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
316	545	728	901
689	1.298	1.612	1.995
474 (1,5-Faches von 316)	817,50 (1,5-Faches von 545)	1.092 (1,5-Faches von 728)	1.351,50 (1,5-Faches von 901)
1.612	1.612	1.612	1.612
1.612	1.612	1.612	1.612
689	1.298	1.612	1.995
125	125	125	125
214	214	214	214

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal bis zu € monatlich	125	
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu € monatlich	40	
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	Aufwendungen in Höhe von bis zu		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁸	je nach bezogener Leistungsart bis zu € monatlich (Ostdeutschland)	–	
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen⁹	€ monatlich (Ostdeutschland)	–	

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
770	1.262	1.775	2.005
10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich			
40	40	40	40
100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel, zu leisten. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei, zur Verfügung gestellt.			
4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)			
156,44 (144,13)	249,14 (229,54)	405,57 (373,67)	579,39 (533,82)
38,94 (35,88)	38,94 (35,88)	38,94 (35,88)	38,94 (35,88)

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2019 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung ¹⁰	160,94
	Pflegeversicherung	31,67
Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung	bis zu 10 Arbeitstage	

- 1 Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.
- 2 Während der Verhinderungspflege wird für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 3 Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten und so weiter) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe Fußnote 4) kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- 4 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.
- 5 Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.
- 6 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
160,94	160,94	160,94	160,94
31,67	31,67	31,67	31,67
90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten; 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem einmaligem Einkommen in den letzten 12 Monaten. Kappung auf 70 % der Beitragsbemessungsgrenze.			

7 Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch).

8 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat.

9 Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor der Pflegeetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte.

10 Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 0,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.

Informations- und Serviceangebote

Magazin „Im Dialog“

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

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder dauerhaft abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Pflege finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Pflegeleistungs-Helfer

Der Pflegeleistungs-Helfer ist eine interaktive Anwendung auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit. Er zeigt, welche Pflegeleistungen Sie in Ihrer persönlichen Situation nutzen können. Sie finden ihn unter:

www.pflegeleistungs-helfer.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 182722721

Fax: 030 18102722721

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

Website: Online-Bestellungen und aktuelles Publikationsverzeichnis unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Broschüre

„Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten“

Der Ratgeber Pflege bietet einen Überblick über das Thema Pflege und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflege.

Bestell-Nummer: BMG-P-07055



Broschüre „Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz“

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

Bestell-Nummer: BMG-P-11021



Faltblatt „Pflegebedürftig. Was nun?“

Das Faltblatt „Pflegebedürftig. Was nun?“ hilft bei den ersten Schritten im Pflegefall.

Bestell-Nummer: BMG-P-07053



Broschüre
**„Ratgeber Krankenhaus. Was Sie zum Thema
Krankenhaus wissen sollten“**

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

Bestell-Nummer: BMG-G-11074

Weitere Informationsangebote

Bürgertelefon

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



Bürgertelefon zur Krankenversicherung

030 / 340 60 66-01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

030 / 340 60 66-02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention

030 / 340 60 66-03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

030 / 340 60 66-07 Telefax

030 / 340 60 66-08 ISDN-Bildtelefon

info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons in Rostock. Das Bürgertelefon wird von der Telemark Rostock betrieben, die personenbezogene Daten nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung und vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt.

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

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

Gestaltung, Layout und Satz

Scholz & Friends GmbH, Berlin

Druck

Bonifatius GmbH, Paderborn

Stand

6. aktualisierte Auflage, Stand: Oktober 2019

Kostenlose Bestellung dieses Ratgebers unter:

E-Mail: publikationen@
bundesregierung.de
Telefon: 030 182722721
Fax: 030 18102722721
Schriftlich: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Bestell-Nummer: BMG-P-11025



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

