

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es seit 1995 eine gesetzliche Pflege-Pflichtversicherung. Grundlage ist das Elfte Buch – Sozialgesetzbuch (SGB XI). Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die soziale Pflegeversicherung (SPV) geschaffen (§ 1 SGB XI), in der alle versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) einbezogen sind. Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, wenn sie freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI) sind. Träger der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 SGB V) wahrgenommen.

Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung (PPV) abschließen (§ 1 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Die Versicherungspflicht für PKV-Versicherte regelt § 23 SGB XI. Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen u. Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Beihilfe, sind zum Abschluss (§ 23 Abs. 3 SGB XI) einer entsprechenden beihilfekonformen „privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)“ verpflichtet. Die Berliner Landesbeihilfeverordnung – LBhVO – orientiert sich im Kapitel 3 „Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37–40 LBhVO)“ an den entsprechenden Vorschriften im Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI).

Die Veränderungen seit Januar 2024 im deutschen Pflegesystem gehen auf die Pflegereform aus 2023, dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) zurück, das der Bundesrat (BR) in seiner Plenarsitzung am 16. Juni 2023 gebilligt hat. Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin informiert in diesem Info und Info 2/24 über die wesentlichen Änderungen.

1. Pflegebedürftigkeit

§ 14 SGB XI

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

2. Pflegeberatung

§§ 7, 7a, 7b SGB XI || § 37 Absatz 1 LBhVO

Private Versicherungsunternehmen (PKV) mit einer Pflege-Pflichtversicherung haben ihren Versicherten eine individuelle Pflegeberatung und Hilfestellung zu erbringen. Beim erstmaligen Antrag auf Leistungen nach SGB XI oder einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit hat die PKV unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind (§ 7b Absatz 1 i. V. m. Absatz 4 SGB XI). Private Versicherungsunternehmen, die eine Pflege-Pflichtversicherung durchführen, können untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen (§ 7a Absatz 5 SGB XI). Die Versicherungsunternehmen im Verband der Privaten Krankenversicherung erfüllen mit der „compass private pflegeberatung GmbH“, einer Initiative des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband), den Pflegeberatungsanspruch aller Privatversicherten – telefonisch, per Videogespräch und vor Ort.

compass private pflegeberatung GmbH:

> > > Anschrift: [compass private pflegeberatung GmbH](#), Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

> > > Servicenummer: 0800 1018800, montags bis freitags: 8:00 - 19:00 Uhr und samstags: 10:00 – 16:00 Uhr.

3. Antragsverfahren (Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

§ 7 SGB XI

PKV-Versicherte sollten, sobald der Pflegefall eingetreten oder vorauszusehen ist, einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit beim PKV-Versicherungsunternehmen stellen. Die Pflegeversicherung hat die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und weitere Hilfen zu informieren und aufzuklären, dass ein Anspruch auf die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes Medicproof GmbH besteht.

Antragsformulare können bei der PKV angefordert werden bzw. sind im Download-Bereich zu finden. Die Pflegeleistungen werden auch rückwirkend erbracht, frühestens aber vom ersten Tag des Monats der Antragstellung an. Auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen können mit Einwilligung der bzw. des Versicherten die zuständige private Pflegeversicherung benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

4. Begutachtungs-Richtlinien

§ 17 SGB XI

Grundlage der Begutachtung sind die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien). Diese konkretisieren die allgemeinen Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes und legen das Begutachtungsverfahren fest, damit die Begutachtungen in ganz Deutschland nach einheitlichen Regeln durchgeführt werden.

Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die Richtlinien regeln allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten. Die Richtlinien werden regelmäßig überarbeitet. Insbesondere wurden mit dem PUEG die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in bestimmten Fällen regelhaft auch in Form eines strukturierten Telefoninterviews durchführen zu können.

Medizinischer Dienst Bund (KöR)

> > > Anschrift: Medizinischer Dienst Bund (KöR), Theodor-Althoff-Str. 47, 45133 Essen

> > > Richtlinien: <https://md-bund.de/themen/krankenhaus/archiv-begutachtungsleitfaden-md-qualitaetskontroll-richtlinie.html>

5. Medizinischer Dienst für Privatversicherte (Medicproof GmbH)

§§ 18 ff. SGB XI / § 23 Absatz 6 SGB XI

Die Medicproof GmbH ist der medizinische Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in Deutschland. MEDICPROOF ist ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Sitz in Köln und koordiniert mit freiberuflichen Gutachtern die Gutachtenerstellung für privat krankenversicherte Personen. Die privaten Versicherungen entscheiden auf Basis des Medicproof-Gutachtens über die Anerkennung eines Pflegegrads. Die Firma ist das private Pendant zum Medizinischen Dienst (MD) der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Gutachter von Medicproof und MD arbeiten nach den gleichen Richtlinien. Die Medicproof GmbH arbeitet mit unabhängigen Ärzten und Pflegefachkräften auf Honorarbasis zusammen.

Private Krankenversicherungsunternehmen oder andere die Pflegeversicherung betreibende Versicherungsunternehmen sind nach § 23 Absatz 6 SGB XI verpflichtet, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen und die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit des Mitglieds und seiner nach § 25 familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner auf die Wartezeit anzurechnen. Der Medizinische Dienst für Privatpatienten setzt sich mit dem Versicherten schriftlich oder telefonisch in Verbindung, um einen Termin für einen Hausbesuch zur Pflegebegutachtung zu vereinbaren.

Medicproof GmbH:

> > > Anschrift: [Medicproof GmbH](#), Gustav-Heinemann-Ufer 74 A, 50968 Köln

> > > Telefon: +49 221 888 44-0

> > > E-Mail: info@medicproof.de

6. Pflegebegutachtung

§§ 18 ff. SGB XI

Seit 1995 sind die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, PKV-Versicherte mit denselben Maßstäben wie in der „sozialen Pflegeversicherung (SPV)“ in einen Pflegegrad einzustufen und Pflegebedürftigkeit festzustellen. Für die Begutachtung kommen ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in die Wohnung. Wird auf den Hausbesuch verzichtet, ist dies im Gutachten zu begründen. An der Pflegebegutachtung können auch Angehörige, Freunde oder Nachbarn teilnehmen, die pflegerisch bisher unterstützt haben.

Arztberichte, Klinik-Entlassungsberichte, der Medikationsplan sowie die vorhandene Pflege-dokumentation sollten für das Gespräch bereitliegen. Liegen wichtige Informationen zu Beginn des Besuchs bereits vor, kann sich die Gutachterin oder der Gutachter schneller und besser einen Überblick über die Situation verschaffen, um den Pflegebedarf nachvollziehbar zu begründen. Missverständnisse lassen sich so in aller Regel vermeiden.

Um die Pflegebedürftigkeit einzuschätzen, wird in sechs Lebensbereichen - den sogenannten Modulen - der Grad der Selbständigkeit eingeschätzt, in dem die pflegebedürftige Person sich noch selbst ohne fremde Hilfe oder unter Nutzung von Hilfsmitteln versorgen kann. Beurteilt wird, wie stark Selbständigkeit und Fähigkeiten der Versicherten eingeschränkt sind, um deren Alltag zu bewältigen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Selbständigkeit aufgrund von körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen beeinträchtigt ist und welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden. Bewertet wird ausschließlich, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

Das Ergebnis bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist die Einstufung in einen von fünf Pflegegraden. Das Begutachtungsinstrument berücksichtigt körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen bei der Einstufung gleichermaßen.

Nach den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) müssen im Gutachten folgende Angaben enthalten sein:

- vorliegende Fremdbefunde
- pflegerelevante Vorgeschichte
- Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- pflegebegründende Diagnose(n)
- Abschätzung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person in den Modulen 1 bis 6 dargestellt auf der Ebene der gewichteten Punkte
- Zuordnung zu einem Pflegegrad; gegebenenfalls Feststellungen zum Pflegeaufwand der Pflegeperson

Medicproof GmbH:

- > > > Anschrift: [Medicproof GmbH](#), Gustav-Heinemann-Ufer 74 A, 50968 Köln
- > > > Webseite: [Medicproof GmbH – Informationen zur Pflegebegutachtung](#)

7. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

§§ 14, 15 SGB XI

Die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist geregelt in den Begutachtungs-Richtlinien. Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad), der mit Hilfe eines pflegeschlüssig begründeten Begutachtungsinstruments vom Medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherungen – Medicproof GmbH – ermittelt wird.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den sechs Modulen genannten pflegeschlüssig begründeten Kriterien (§ 14 Absatz 2 SGB XI):

1. 10 % Mobilität (Fortbewegung; Treppensteigen; Körperhaltung),
2. 15 % Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (örtliche und zeitliche Orientierung; Entscheidungen treffen),
3. 15 % Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Fremde Hilfestellung),
4. 40 % Selbstversorgung (Körperpflege; Essen; Trinken; Kleidung),
5. 20 % Bewältigung mit krankheitsbedingten Anforderungen (Medikamente; Verband; Arztbesuche; Diät),
6. 15 % Gestaltung des Alltagslebens (Tagesablauf; Kontakte).

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der einzelnen Module berücksichtigt.

Für die jeweiligen Einzelkriterien werden Punkte vergeben und zusammengezählt.

In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Die Bereiche werden entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag unterschiedlich gewichtet. Aus dem Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet. Je höher Ihr Pflegegrad ist, desto höher ist der Leistungsanspruch. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden fünf Pflegegrade einzuordnen:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

8. Pflegegradbescheid der privaten Pflegeversicherung

§ 18 Absatz 3 SGB XI

Die Medicproof GmbH fertigt das Gutachten für die zuständige private Pflegeversicherung. Innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags entscheidet die private Pflegeversicherung hinsichtlich Pflegegrad und Pflegeleistungen und fügt das Gutachten des Medizinischen Dienstes Medicproof bei.

9. Fragen zum Pflegegutachten

Fragen zum Pflegegutachten können über das Servicetelefon der *compass private pflegeberatung GmbH* erörtert werden. *compass* unterstützt die Privatversicherten in Fragen der Versorgungsplanung und zu Leistungen des SGB XI und den angrenzenden Sozialgesetzbüchern, zum Beispiel durch die Vermittlung ambulanter und stationärer Angebote oder haushaltsnaher Dienste.

compass private pflegeberatung:

>>> Service: 0800 1018800, montags bis freitags: 8:00 - 19:00 Uhr und samstags: 10:00 – 16:00 Uhr.

10. Einwände gegen die Pflegegradeinstufung

Einwände gegen die Pflegegradeinstufung sollten der privaten Pflegeversicherung zeitnah schriftlich vorgetragen werden. Zu beachten ist, dass einige private Versicherungsunternehmen eine Frist von einem Monat dafür setzen.

Die private Pflegeversicherung überprüft die Entscheidung und in der Regel wird ein Zweitgutachten erstellt. Entweder erfolgt ein neues Gutachten nach Aktenlage oder ein erneuter Besuch bei der pflegebedürftigen Person. Auch zu dem Folgetermin sollten alle medizinischen Unterlagen bereitgehalten werden, damit sich Medicproof wiederum ein umfangreiches Bild von der Situation machen kann.

Haben die Einwände letztlich keinen Erfolg, bleibt noch die Möglichkeit, eine Klage beim Sozialgericht einzureichen. Die Klage selbst ist beim Sozialgericht kostenlos.

11. Höherstufung des Pflegegrades

§ 18 Absatz 3 ff. SGB XI

Wenn sich die gesundheitliche Situation z. B. durch chronische Krankheiten weiter verschlechtert und mehr Pflege benötigt wird, sollte frühzeitig ein Höherstufungsantrag bei der privaten Pflegeversicherung gestellt werden. Schreitet die körperliche oder psychische Beeinträchtigung schnell voran, können auch Pflegegrade übersprungen werden.

Der Antrag auf Höherstufung des Pflegegrades kann vom Betroffenen selbst, aber auch in Vertretung von den pflegenden Angehörigen oder dem Betreuer gestellt werden. Beantragt werden sollte nur eine „Höherstufung des Pflegegrades“ ohne Vorgabe eines bestimmten Pflegegrades.

Die von der Pflegeversicherung beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über Beeinträchtigungen einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

§ 45 SGB XI || private Pflegeversicherung

Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen haben Anspruch auf kostenlose Pflegekurse gemäß § 45 SGB XI. Grundsätzlich sind Pflegekurse für alle nicht professionellen Pflegepersonen gedacht, die theoretische Grundlagen zur häuslichen Pflege erwerben und konkrete Vorgehensweisen bei der Pflege lernen möchten. Es ist ratsam, frühzeitig einen Pflegekurs zu machen, Betroffene wenden sich an die private Pflegeversicherung oder an die *compass private pflegeberatung*.

compass private pflegeberatung:

>>> Telefon: 0800 101 88 00

Servicenummer compass private pflegeberatung

13. Pflegestützpunkte in Berlin und Brandenburg

§ 7c SGB XI

Für weiteren Klärungsbedarf rund um die Pflege können sich Interessierte an die Pflegestützpunkte in Berlin oder Brandenburg wenden. Die Pflegestützpunkte sind Beratungsstellen in gemeinsamer Trägerschaft (AOK Nordost, BKK Landesverband Mitte, KNAPPSCHAFT, IKK Brandenburg und Berlin, Ersatzkassen, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) sowie der jeweilige Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt des Landes, Land Berlin).

Die Pflegestützpunkte sind neutrale und kostenlose Beratungsstellen für Pflegebedürftige, für von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen, für Menschen mit Behinderung und Angehörige. Die Stützpunkte beraten und unterstützen wohnortnah und individuell bei allen Fragen zur Pflege und führen Informationsveranstaltungen durch.

Pflegestützpunkte:

>>> Webseite: [Pflegestützpunkte in Berlin](#)

>>> Telefon: 0800 5950059 kostenfrei Montag – Freitag 9:00 Uhr – 18:00 Uhr

>>> Webseite: [Pflegestützpunkte in Brandenburg](#)

14. „Pflegetelefon 030 20179131“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gibt im Internet wichtige Hinweise zum Thema Pflege und beantwortet mit dem Pflegetelefon anonym und vertraulich Fragen rund um das Thema Pflege. Das Pflegetelefon ist bundesweit von Montag bis Donnerstag zwischen 9:00 Uhr und 16:00 Uhr erreichbar.

BMFSFJ-Pflegetelefon:

>>> Anschrift: Glinkastraße 24, 10117 Berlin

>>> Telefon: +49 30 20179131 – Pflegetelefon – Beratung und schnelle Hilfe für Angehörige

>>> Webseite: [Wege zur Pflege – Pflegetelefon](#)

15. Änderungen durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz 2023 - PUEG

Der **Deutsche Bundestag (BT)** hat am 26. Mai 2023 in 2./3. Lesung den Gesetzentwurf zur Pflegereform von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (20/6544) mit 377 Stimmen gegen 275 Stimmen bei zwei Enthaltungen verabschiedet und der **Bundesrat (BR)** hat das PUEG in seiner Plenarsitzung am 16. Juni 2023 gebilligt.

In einer Entschließung hat der Bundesrat weitere strukturelle Reformschritte gefordert. U.a. verlangt die Länderkammer eine Reform der Notfallversorgung mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten in die geeignete und medizinisch richtige Versorgungsebene zu steuern und die Krankenhäuser zu entlasten. Personen ohne sofortigen medizinischen Handlungsbedarf sollten die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, die für die Sicherstellung der Notfallversorgung in diesen Fällen verantwortlich ist. Die Länder kritisierten, dass in dem Gesetz eine Regelung enthalten ist, die diesen Zielen entgegenlaufe. Es werde sogar ein Anreiz geschaffen, die Notfallstrukturen der Krankenhäuser jederzeit in Anspruch zu nehmen, obwohl kein sofortiger Behandlungsbedarf besteht. Die Entschließung wurde der Bundesregierung zugeleitet, die selbst entscheidet, wann sie sich mit den Forderungen des Bundesrats befasst. Feste Fristen gibt es hierfür allerdings nicht.

Teile des Gesetzes (BGBl. 2023 I Nr. 155 v. 23.06.2023) sind ab 1. Juli 2023 in Kraft, weitere Teile rückwirkend zum 1. Januar 2023, andere gegen Ende des Jahres oder 2024 bzw. 2025.

- /// Ab 1. Januar 2024 Erhöhung des **Pflegegeldes** um 5 Prozent.
- /// Ab 1. Januar 2024 Erhöhung der **ambulanten Sachleistungen** um 5 Prozent.
- /// Ab 1. Januar 2024 Erhöhung der **Entlastungszuschläge nach § 43c SGB XI** für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 in vollstationären Einrichtungen. Die monatlichen Entlastungsschläge hängen von der Verweildauer in der vollstationären Pflege ab, diese betragen ab Januar 2024 zwischen 15 und 75 Prozent.
- /// Ab 1. Januar 2024 kann das **Pflegeunterstützungsgeld** von Angehörigen künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person auf Antrag in Anspruch genommen werden. Die einmalige Beanspruchung von zehn Arbeitstagen je Pflegebedürftigem entfällt.
- /// Beschäftigte können bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (§ 2 Pflegezeitgesetz, kurzzeitige Arbeitsverhinderung), um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherzustellen.
- /// Zum 1. Januar 2024 steht für **Eltern pflegebedürftiger Kinder und Jugendliche** bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, die dem Pflegegrad 4 oder 5 zugeordnet sind, ein **gemeinsamer Jahresbetrag** für die **Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** von 3.539,00 Euro zu.
- /// Ab 1. Januar 2024 kann die **Verhinderungspflege von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen** für acht Wochen (anstatt bisher sechs Wochen) je Kalenderjahr beansprucht werden.
- /// Zum 1. Januar 2025 Erhöhung **aller Leistungsbeträge der Pflegeversicherung** im häuslichen wie auch im teil- und vollstationären Bereich um 4,5 Prozent.
- /// Zum 1. Januar 2025 steigen auch das **Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungen** mit diesem Schritt nochmals um 4,5 Prozent.
- /// Zum 1. Juli 2025 entfällt die **sechsmonatige Vorpflegezeit** vor der erstmaligen Inanspruchnahme von **Verhinderungspflege**. Damit kann der Anspruch auf Verhinderungspflege – ebenso wie heute bereits der Anspruch auf Kurzzeitpflege – künftig unmittelbar ab Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden.
- /// Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem **gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege** gemäß einem neuen § 42a SGB XI zusammengefasst. Damit steht für die Verhinderungspflege und oder für die Kurzzeitpflege künftig ein kalenderjährlicher Gesamt-leistungsbetrag von bis zu 3.539 Euro zur Verfügung, der flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann.
- /// Zum 1. Januar 2028 sollen sämtliche Leistungsbeträge der **Geld- und Sachleistungen** der Pflegeversicherung regelgebunden in Anlehnung an die Preisentwicklung (Anstieg der Kerninflationsrate in den Jahren 2025 bis 2027) automatisch dynamisiert werden.

16. Gesetzliche Vorschriften (2024)

Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung -

Artikel 1 des Gesetzes vom 26.05.1994 (BGBl. I S. 1014)

zuletzt geändert durch Gesetz vom 26.07.2023 (BGBl. I S. 202) m.W.v. 03.08.2023

Stand: 01.10.2023 aufgrund Gesetzes vom 19.06.2023 (BGBl. I S. 155)

Erstes Kapitel - Allgemeine Vorschriften (§§ 1 - 13)

§ 7b

Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

Artikel 2 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) G. v. 11. Juli 2021 BGBl. I S. 2754;

2022 BGBl. I S. 1025 m.W.v. 20. Juli 2021

(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären. Die Beratung richtet sich nach § 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einhalten. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für

1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
3. die Vergütung.

(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Verarbeitung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur verarbeiten, soweit dies für Zwecke der Beratung nach § 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

Zweites Kapitel - Leistungsberechtigter Personenkreis (§§ 14 - 19)

§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424);

zuletzt geändert durch Artikel 2b G. v. 11.10.2016 (BGBl. I S. 2233) m.W.v. 01.01.2017

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig

kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sich beschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 (BGBl. I S. 2789),
zuletzt geändert durch Artikel 8 G. v. 20.12.2022 (BGBl. I S. 2793) m.W.v. 01.01.2020

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrument ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 18

Beauftragung der Begutachtung

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. I Nr. 155);
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) m.W.v. 01. 10.2023

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten

Gutachterinnen und Gutachter. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum 31. Oktober 2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeiteanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeiteanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

1. wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(4) Die Pflegekassen und die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Für die Pflegekassen und die Krankenkassen gilt § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches entsprechend.

§ 18a

Begutachtungsverfahren

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. I Nr. 155);
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) m.W.v. 01.10.2023

(1) Im Rahmen der Prüfung nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder
2. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.

Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit den Feststellungen nach Satz 1 sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11

Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebots, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. in Bezug auf Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.

(4) Im Übrigen erstreckt sich die Begutachtung auf die im Gutachten gemäß § 18b darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen.

(5) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.

Die Frist nach Satz 1 kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 oder Satz 2 gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(6) Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, so ist

1. eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und
2. der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet.

(7) In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(8) Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(9) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere die Hausärztin oder den Hausarzt, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einwilligung des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

(11) Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend.

Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(12) Für die Gutachterinnen und Gutachter, die von den die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen beauftragt werden, Pflegebedürftigkeit festzustellen und Pflegegrade zuzuordnen, gilt § 23 Absatz 6 Nummer 1.

§ 18b

Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. I Nr. 155);
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) m.W.v. 01.10.2023

- (1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet
1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, sowie
 2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu
 - a) Maßnahmen der Prävention,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,
 - d) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,
 - e) anderen therapeutischen Maßnahmen,
 - f) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
 - g) edukativen Maßnahmen und
 - h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(2) Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Im Umfang des nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b festgestellten Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen.

(3) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich 30. November 2023 zulässig.

§ 18c**Entscheidung über den Antrag, Fristen**

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. I Nr. 155);
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) m.W.v. 01.10.2023

(1) Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3) Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

(4) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt. Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die

Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

§ 19**Begriff der Pflegeperson**

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. I Nr. 155),
zuletzt geändert durch Artikel 8w G. v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) m.W.v. 01.10.2023

Pflegeperson im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Zweiter Abschnitt - Gemeinsame Vorschriften (§§ 29 - 35a)**§ 30****Dynamisierung**

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19.06.2023 (BGBl. I Nr. 155),
in Kraft getreten am 01.07.2023

(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.

(2) Die neuen Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung werden vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

17. Informationen, Beratungen und Broschüren**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**

- > > > Anschrift: Friedrichstraße 108, 10117 Berlin (Mitte)
- > > > Telefon: +49 30 3406066-02 **Bürgertelefon zur Pflegeversicherung**
- > > > Telefon: +49 30 20179131 **Expertenrat beim Pflegetelefon beim BMG**
- > > > Broschüre: [Ratgeber Pflege](#) – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten – (Januar 2022)
- > > > Broschüre: [Pflegeleistungen zum Nachschlagen](#) – (Januar 2023)
- > > > Broschüre: [Ratgeber Demenz](#) – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz – (April 2022)

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege u. Gleichstellung (SenWPGP)

- > > > Anschrift: Oranienstr. 106, 10969 Berlin
- > > > Broschüre: [Pflege kompakt Berlin](#) – Fragen und Antworten zur häuslichen Pflege – (September 2022)

Sozialverband VdK

- > > > Berechnung: [PC-Selbsteinschätzungsbogen](#)
- > > > Broschüre: [VdK-Ratgeber Pflegebegutachtung](#) – (Mai 2022)

Verbraucherzentrale Berlin e. V. – Pflegeberatung

- > > > Anschrift: [Verbraucherzentrale Berlin e. V. – Pflegeberatung](#), Ordensmeisterstraße 15–16, 12099 Berlin
- > > > Broschüre: [Die Pflege-WG für Erwachsene in Berlin](#) – (Februar 2023)