

DER PFLEGEPILOT

Ausgabe 02/2026

Das Magazin des LWP

Verein Leben Wohnen Pflege im Alter e. V.

(gemeinnütziger Verein)



AKTUELLES	Seite
Pflegeneuordnungsgesetz (PGNO)	2
Verbraucherschutzzentrale kontra Verordnung des Senats von Berlin	9

AUS DER PRAXIS	
Berücksichtigung von Pflegegrad und Schwer- behinderung im Wohngeld	Mitglieder
Verborgene Milliardenhilfe: Warum viele Pfl- gebedürftige auf wichtige Leistungen verzichten	15
Pflegegrad abgelehnt – Warum viele Wider- sprüche erfolgreich sind	23

WER WEISS DENN SOWAS?	
Wenn der Durst auf der Strecke bleibt	Mitglieder
Sepsis – eine Blutvergiftung?	Mitglieder + Website

IN KÜRZE	
Kontostandsermittlung – die Lebensader für Betreuungs- und Entlastungsleistungen	27
Informationen zum Pflegepiloten auf unserer Website	Mitglieder
Einzugszeiten der Mitgliedsbeiträge	Mitglieder

Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG): Kurzfassung der wichtigsten Aussagen

Kernaussage

Der Referentenentwurf zum PNOG soll die Pflegeversicherung finanziell stabilisieren und Leistungen vereinfachen. Kritiker sehen jedoch die Gefahr, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige wichtige finanzielle Spielräume verlieren – insbesondere durch die Abschaffung bzw. Integration der bisherigen Verhinderungspflege in neue Budgetstrukturen.



1. Wegfall der bisherigen Verhinderungspflege

Die bisherige stundenweise Verhinderungspflege (bis zu 3.539 € jährlich) dient vielen Familien als eigenständiger Entlastungspuffer.

Geplante Änderung:

- Die bisherige Verhinderungspflege geht weitgehend in neue Budgets auf.
- Ein separat verfügbares Entlastungsinstrument entfällt.
- Entlastungsleistungen müssen künftig häufiger aus allgemeinen Pflegebudgets finanziert werden.

Kritik:

Dadurch sinkt die Flexibilität für pflegende Angehörige, obwohl die Leistungen formal nicht vollständig gestrichen werden.

2. Neues Entlastungsbudget ersetzt das Pflegegeld

Das bisherige Pflegegeld wird künftig als **Entlastungsbudget** bezeichnet.

Pflegegrad	Entlastungsbudget pro Monat	pro Jahr
PG	Monat	Jahr
PG 2	386 €	4.632 €
PG 3	638 €	7.656 €
PG 4	889 €	10.668 €
PG 5	1.079 €	12.948 €

Kritische Bewertung

Die Jahresbeträge sind zwar höher als das ehemalige Pflegegeld, aber die Verhinderungspflege fällt weg.

Folge:

Pflege, Vertretungspflege und Entlastung müssen künftig stärker aus demselben Budget finanziert werden.

3. Sozialraumbudget steigt

Das bisherige Betreuungs- und Entlastungsbudget von 131 € monatlich wird angehoben.

Personengruppe Bisher Künftig

Erwachsene 131 € ⇒ 175 €

Unter 25 Jahre 131 € ⇒ 300 €

Bewertung

Die Erhöhung ist positiv, ersetzt aber die bisherige
Verhinderungspflege nicht.



4. Neues Überbrückungsbudget

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wird ein **Überbrückungsbudget** eingeführt (zu vergleichen mit der ehemaligen Kurzzeitpflege).

Pflegegrad Jährlicher Höchstbetrag

PG 2–3 bis 1.855 €

PG 4–5 bis 2.285 €

Zweck

- Ausfall der Pflegeperson (Dafür zieht man in der jetzigen Gesetzeslage noch die Verhinderungspflege heran.)
- Akute Krisen
- Übergangssituationen

Kritik

Das Budget ist auf Notfälle ausgerichtet und ersetzt keine frei planbare Entlastung wie die bisherige stundenweise Verhinderungspflege.

5. Rentennachteile für pflegende Angehörige

Der Entwurf sieht eine Reduzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige vor.

Zusätzlich soll die bisherige Flexi-Renten-Gestaltung eingeschränkt werden.

Bewertung

Pflege durch Angehörige bleibt gewünscht, wird rentenrechtlich jedoch künftig schwächer abgesichert.

Gesamtbewertung

- Wegfall des eigenständigen Verhinderungspflege-Puffers
- Weniger finanzielle Flexibilität für Familien
- Kürzungen bei der rentenrechtlichen Anerkennung pflegender Angehöriger

Fazit

Die zentrale Kritik am PNOG lautet: **Leistungen werden nicht unbedingt direkt gekürzt, aber bisher eigenständige Ansprüche werden in gemeinsame**

Budgets überführt. Dadurch könnten Pflegebedürftige und pflegende Angehörige faktisch weniger Handlungsspielraum haben. Besonders betroffen wären Familien, die bislang die stundenweise Verhinderungspflege als flexible Entlastungsmöglichkeit nutzen. Gleichzeitig werden die Rentenansprüche pflegender Angehöriger reduziert.

Pflegeneuordnung? Nein – sie verhindert, was Pflege stärkt.



Hier sind die wichtigsten Zeitpunkte der geplanten Reform:

- **1. Januar 2027 (Hauptinkrafttreten):** Einführung des neuen Entlastungsbudgets (ersetzt das

bisherige Pflegegeld), des Sozialraumbudgets und der neuen Sachleistungsbudgets.

- **1. Januar 2028 (Pflegebegleitung):** Die bisherige Pflegeberatung wird durch die neue, präventionsorientierte Pflegebegleitung ersetzt.
- **1. Juli 2028 (Dynamisierung):** Erstmals sollen Leistungen jährlich an die Inflationsentwicklung angepasst werden.

Da es sich bislang um einen **Referentenentwurf** handelt, sind die Regelungen noch nicht endgültig beschlossen.

PS: Einen ausführlichen Artikel finden Sie unter „Aktuelles“ auf unserer Website
WWW: lwp-online.eu

Ute Brach / Olaf Gniza

Verbraucherschutzzentrale kontra Verordnung des Senats von Berlin

Viele Pflegebedürftige in Deutschland nutzen die sogenannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Diese Leistungen sind ein zentra-

les Instrument, um Menschen mit Unterstützungsbedarf ein würdevolles Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Für uns als Institution bedeutet dies jedoch keineswegs ein freies Agieren, sondern vielmehr eine streng regulierte Tätigkeit – eingebettet in klare gesetzliche und verordnungsrechtliche Vorgaben, von jedem Bundesland anders verfasst.



Im Land Berlin sind diese Anforderungen in einer spezifischen Verordnung des Senats detailliert

festgelegt. Diese Verordnung ist kein bürokratisches Beiwerk, sondern Ausdruck eines ernsthaften Qualitätsanspruchs an die Versorgung vulnerabler Menschen. Der GKV-Spitzenverband hat zur Abrechnung des Erstgespräches ein bundesweites, einheitliches Abrechnungsformular entwickelt, welches von uns genutzt werden muss und über welches die klare “Anzeige” der Aufnahme von Leistungen und durch welchen Leistungserbringer erfolgt.

Erstens: Bevor ein Alltagshelfer überhaupt die Häuslichkeit betreten darf, ist ein ausführliches Erstgespräch verpflichtend. Dieses Gespräch ist keineswegs ein oberflächlicher Austausch, sondern folgt klar definierten Qualitätsanforderungen. Es wird durch eine examinierte Pflegefachkraft durchgeführt und umfasst bei uns unter anderem die Erfassung von Sturzrisiken, Ödembildungen, Anzeichen sozialer Isolation, kognitiven Einschränkungen sowie möglichen Dehydrationszuständen.

Zweitens: Dieses Erstgespräch darf ausschließlich durch examinierte Pflegefachkräfte erfolgen. Diese Vorgabe ist nicht zufällig, sondern notwendig, um fachlich fundierte Einschätzungen treffen zu können.

Drittens: Im Rahmen dieses Gesprächs wird geklärt, ob der Leistungsempfänger die Kosten selbst tragen möchte oder ob eine Abtretungserklärung erfolgen soll, sodass die Abrechnung direkt über die Institution läuft.

Viertens: Es wird überprüft, ob ein Notfallkontakt vorhanden ist, und entsprechende Daten werden erhoben.

All diese Maßnahmen verfolgen ein klares Ziel: die Einschätzung, ob der Pflegebedürftige in seiner aktuellen Lebenssituation ausreichend versorgt ist – oder ob weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Sollte Letzteres der Fall sein, sind wir nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, entsprechende Maßnahmen unverzüglich einzuleiten.

Vor diesem Hintergrund wirkt es nahezu befremdlich, wenn die Verbraucherschutzzentrale öffentlich Positionen vertritt, die in direktem Widerspruch zu diesen Vorgaben stehen.

So wird dort unter anderem die Auffassung vertreten, dass ein derart qualifiziertes Erstgespräch nicht mehr vergütet werden sollte. Diese Position ignoriert nicht nur den fachlichen Aufwand, sondern stellt implizit auch die Notwendigkeit professioneller Einschätzungen infrage.



VSZ



Ebenso irritierend ist die vorsichtige “Warnung” davor, dass Institutionen direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Als Argument wird angeführt, dass eine private Rechnungsstellung eine bessere Kontrollmöglichkeit für Pflegebedürftige biete. Wer einen Pflegegrad erhält, ist häufig an mehreren Leiden erkrankt, ist also multimorbid! Schaut man hinter die Kulissen – in die Realität - stellt man fest, dass die Morbidität auch oftmals kognitive Auswirkungen zeigt. Die Betroffenen sind mit der Zahlung der Rechnung an den Leistungserbringer und anschließender selbstständiger Forderung der finanziellen Begleichung durch die eigene Pflegekasse, schlichtweg überfordert!

Die Argumentation zur besseren Kontrolle bei Selbstzahlung ist – bei aller gebotenen Sachlichkeit – kaum haltbar. Denn die Verordnung des Berliner Senats verpflichtet uns ausdrücklich dazu, den Pflegebedürftigen im Nachgang eine Kopie der Leistungsdokumentation zur Verfügung zu stellen. Transparenz ist also bereits systemisch verankert.



Der Vorschlag der Verbraucher-schutzzentrale ver-
kennt damit nicht
nur die bestehen-
den Kontrollme-
chanismen, son-
dern verlagert zu-
sätzlich bürokrati-
schen Aufwand

auf Menschen, die ohnehin bereits belastet sind.

Es entsteht der Eindruck, dass hier Empfehlungen formuliert werden, die mit der praktischen Realität der Versorgung nur wenig gemein haben. Die Diskrepanz zwischen regulatorischer Grundlage und verbraucherpolitischer Empfehlung ist dabei nicht nur bemerkenswert, sondern auch problematisch.

Wir als Institution sind daher nicht nur irritiert, sondern ehrlich gesagt erschüttert über diese Form der Beratung und Bearbeitung. Sie wirkt losgelöst von

der Versorgungspraxis, ignoriert bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen und unterschätzt die Komplexität pflegerischer Versorgung erheblich.

Fazit: Verbraucherschutz ist wichtig – aber er darf nicht an der Realität vorbeigehen. Wer Empfehlungen ausspricht, sollte die Praxis kennen. Und wer die Praxis kennt, weiß: Qualität, Sicherheit und Transparenz entstehen nicht durch Vereinfachung, sondern durch klare, fachlich fundierte Strukturen.

AUS DER PRAXIS

Sabine Konschak

Verborgene Milliardenhilfe: Warum viele Pflegebedürftige auf wichtige Leistungen verzichten

Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland bietet deutlich mehr Unterstützung, als viele Betroffene wissen. Trotzdem werden jedes Jahr Milliardenbeträge an möglichen Leistungen nicht genutzt.

Häufig liegt das nicht daran, dass kein Anspruch besteht, sondern daran, dass das System kompliziert wirkt und viele Menschen ihre Möglichkeiten schlicht nicht kennen.



Besonders ältere Menschen, pflegende Angehörige und alleinlebende Pflegebedürftige verzichten dadurch oft unbewusst auf finanzielle Hilfen und praktische Unterstützung im Alltag.

Eine der am häufigsten vergessenen Leistungen ist der sogenannte Entlastungsbetrag. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 erhalten im Jahr 2026 monatlich 131 Euro beziehungsweise 1.572 Euro pro Jahr. Das Geld kann beispielsweise für Haushaltshilfen, Einkaufsdienste, Arztbegleitungen oder Alltagsbegleiter genutzt werden. Viele Betroffene wissen nicht, dass nicht genutzte Beträge noch bis zum 30. Juni des Folgejahres verwendet werden können.

Auch Pflegehilfsmittel bleiben häufig ungenutzt. Für die häusliche Pflege übernimmt die Pflegekasse bis zu 42 Euro monatlich für Produkte wie Handschuhe, Desinfektionsmittel oder Bettschutzeinlagen. Viele Anbieter liefern diese Hilfsmittel inzwischen direkt nach Hause und rechnen unkompliziert mit der Pflegekasse ab.

Besonders wichtig sind außerdem Zuschüsse für den barrierefreien Umbau der Wohnung. Bereits ab Pflegegrad 1 können bis zu 4.180 Euro pro Maßnahme übernommen werden, etwa für Treppenlifte, barrierefreie Duschen oder Rampen. Leben mehrere pflegebedürftige Personen im selben Haushalt, sind insgesamt sogar Zuschüsse bis zu 16.720 Euro möglich. Entscheidend ist allerdings, dass der Antrag vor Beginn der Umbauarbeiten gestellt wird.

Viele Menschen glauben außerdem, sie müssten sich zwischen Pflegegeld und professioneller Unterstützung durch einen Pflegedienst entscheiden. Tatsächlich erlaubt die Pflegeversicherung eine Kombination beider Leistungen. Dadurch können Angehörige weiterhin selbst pflegen und gleichzeitig professionelle

Hilfe erhalten. Gerade diese sogenannte Kombinationspflege schafft oft eine spürbare Entlastung im Alltag.



Hinzu kommen Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Dafür stehen im Jahr 2026 insgesamt rund 3.539 Euro zur Verfügung. Diese Unterstützung hilft beispielsweise, wenn pflegende Angehörige krank werden, Urlaub benötigen oder vorübergehend entlastet werden müssen.

Auch kostenlose Pflegekurse für Angehörige gehören zu den wenig bekannten Angeboten der Pflegeversicherung. Dort lernen Familien unter anderem den richtigen Umgang mit Demenz, rückschonendes

Heben und praktische Pflegeechniken. Teilweise finden diese Schulungen sogar zu Hause statt.

Ein weiteres Problem betrifft die Einstufung des Pflegegrades. Fachleute beobachten häufig, dass Betroffene ihre Einschränkungen beim Gutachtertermin unbewusst herunterspielen. Dadurch fallen Pflegegrade oft niedriger aus als eigentlich möglich wäre. Eine sorgfältige Dokumentation von Beschwerden, Arztberichten und Alltagseinschränkungen kann deshalb entscheidend sein.

Besonders schwierig ist die Situation häufig für Erwerbsminderungsrentner und Menschen mit geringem Einkommen. Steigende Lebenshaltungskosten, Pflegeausgaben und gesundheitliche Belastungen führen dazu, dass viele auf zusätzliche Unterstützung angewiesen sind. Gerade deshalb wird Wissen über Pflegeleistungen immer wichtiger.

Das eigentliche Problem liegt heute weniger im fehlenden Angebot als vielmehr im Informationsmangel. Viele Menschen erfahren erst zufällig oder durch Beratung, welche Hilfen ihnen zustehen. Wer jedoch Entlastungsbetrag, Pflegehilfsmittel, Wohnungsanpassung und Ersatzpflege sinnvoll kombiniert, kann

jedes Jahr mehrere tausend Euro zusätzliche Unterstützung erhalten.

Die Pflegeversicherung bietet damit weit mehr Möglichkeiten, als viele vermuten. Voraussetzung ist jedoch, dass Betroffene ihre Ansprüche kennen und rechtzeitig nutzen.



Lassen Sie sich gern in unserem Beratungszentrum unterstützen!

Übersicht: siehe die nächsten beiden Seiten.

Leistung / Unterstützung	Höhe der Leistung 2026	Wer hat Anspruch	Wichtige Hinweise	Praktische Tipps
Pflegegeld	Pflegegrad 2: 347 € monatlich Pflegegrad 3: 599 € Pflegegrad 4: 800 € Pflegegrad 5: 990 €	Pflegebedürftige mit häuslicher Pflege	Leistungen regelmäßig prüfen	Kombination mit Pflegesachleistungen möglich
Pflegesachleistungen (Pflegedienst)	Pflegegrad 2: 794 € monatlich Pflegegrad 3: 1.497 € Pflegegrad 4: 1.693 € Pflegegrad 5: 2.095 €	Pflegebedürftige zuhause	Monatliche Nutzung kontrollieren	Kann anteilig mit Pflegegeld kombiniert werden
Entlastungsbetrag	131 € monatlich 1.572 € pro Jahr	Pflegegrad 1–5	Nicht genutzte Beträge bis 30.06.2027 nutzbar	Für Haushaltshilfe, Begleitung oder Alltagsunterstützung
Pflegehilfsmittel	42 € monatlich 504 € pro Jahr	Pflegegrad 1–5	Antrag möglichst vor Nutzung stellen	Oft kostenlose Lieferung über Sanitätshaus oder Apotheke
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Bis 4.180 € pro Maßnahme Bis zu 16.720 € pro Haushalt	Pflegebedürftige zuhause	Antrag unbedingt vor Umbau stellen	Zuschüsse für Treppenlift, barrierefreie Dusche, Rampen

Leistung / Unterstützung	Höhe der Leistung 2026	Wer hat Anspruch	Wichtige Hinweise	Praktische Tipps
Kurzzeit- und Verhinderungs-pflege	Bis etwa 3.539 € jährlich	Pflege-grad 2–5	Flexible Nutzung nach Bedarf	Unterstützung bei Urlaub, Krankheit oder Ausfall der Pflegeperson
Tages-, Nacht- und Demenzbetreuung	Je nach Pflegegrad unterschiedlich	Pflege-grad 2–5	Vorherige Antragstellung empfohlen	Beratung über Pflegekasse oder Pflegestützpunkt sinnvoll
Pflegekurse für Angehörige	Kostenfrei	Angehörige und Pflegepersonen	Laufend verfügbar	Praktische Schulungen zu Pflege, Demenz und Mobilität
Steuerliche Freibeträge	Grundfreibetrag 2026: 12.348 €	Rentner und Erwerbsminderungsrentner	Gilt für das Steuerjahr 2026	Mögliche steuerfreie Hinzuerdienste prüfen
Pflegegrad erhöhen / Widerspruch	Je nach Pflegegrad deutlich höhere Leistungen möglich	Pflegebedürftige	Widerspruch innerhalb eines Monats nach Bescheid	Arztberichte und Pflegedokumentation sammeln

Pflegegrad abgelehnt – warum viele Widersprüche erfolgreich sind

Tipps für mehr Erfolg beim Pflegegrad-Widerspruch

- ◆ Gründliche Vorbereitung
- ◆ Widerspruch detailliert begründen
- ◆ Anwalt / fachliche Unterstützung suchen
- ◆ Neue Gutachten als Beleg beifügen
- ◆ Widerspruch fristgerecht einreichen

Wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird, hoffen viele Familien auf schnelle Unterstützung durch die Pflegekasse. Umso größer ist der

Schock, wenn der

beantragte Pflegegrad abgelehnt oder deutlich zu niedrig eingestuft wird. Was viele Betroffene jedoch nicht wissen: Ein Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse ist häufig erfolgreich.

Nach Angaben von Sozialverbänden werden jedes Jahr tausende Bescheide nach einem Widerspruch korrigiert. Der Grund liegt oft darin, dass der tatsächliche Unterstützungsbedarf im Begutachtungstermin nicht vollständig erfasst wurde.

Der entscheidende Hausbesuch

Ob jemand einen Pflegegrad erhält, entscheidet in der Regel ein Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD). Bei privat Versicherten übernimmt dies Medic Proof. Beim Hausbesuch wird geprüft, wie selbstständig die betroffene Person noch im Alltag ist – etwa beim Anziehen, Waschen, Essen oder bei der Orientierung. Viele Angehörige erleben die Begutachtung jedoch als stressige Ausnahmesituation. Pflegebedürftige versuchen häufig, besonders selbstständig zu wirken. Manche schämen sich für ihre Einschränkungen oder „reißen sich zusammen“. Dadurch entsteht schnell ein falscher Eindruck.

Hinzu kommt: Der Termin dauert oft nur kurz. Einzelne Probleme oder Belastungen des Pflegealltags bleiben dabei leicht unerwähnt.

Besonders Demenz wird oft unterschätzt

Ein häufiger Streitpunkt betrifft Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen. Während körperliche Einschränkungen meist sichtbar sind, werden kognitive Probleme im Alltag oft unterschätzt.

Viele Angehörige berichten, dass die betroffene Person zwar noch allein laufen kann, jedoch ständige Betreuung, Erinnerung oder Beaufsichtigung notwendig ist. Dieser Betreuungsaufwand fließt ebenfalls in die Bewertung eines Pflegegrades ein.

Gerade bei beginnender Demenz kommt es deshalb häufig zu erfolgreichen Widersprüchen.

Geben Sie sich nicht zufrieden

Zweifeln Sie zunächst immer das Gutachten an!

Die Gutachten werden durch Auftragnehmer der Pflegekassen erstellt und halten sich bedauerlicherweise allzu häufig nicht an die Regeln des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)!

Abgesehen davon können die Gutachter(innen) sich lediglich in einer Momentaufnahme ein Bild vom Hilfebedarf machen.

Fordern Sie daher immer das Gutachten an und nehmen Sie unabhängige Hilfe in Anspruch, wenn Sie Fragen dazu haben!



Warum sich ein Widerspruch lohnt

Ein ablehnender Bescheid bedeutet nicht automatisch, dass kein Anspruch besteht. Häufig enthalten Gutachten Fehler oder wichtige Einschränkungen wurden nicht ausreichend berücksichtigt.

In der Praxis zeigt sich immer wieder:

- Arztberichte fehlen,
- Medikamente oder psychische Belastungen werden nicht ausreichend gewertet

- der tatsächliche Zeitaufwand der Angehörigen wird unterschätzt
- einzelne Bewertungsbereiche werden unvollständig abgefragt oder dokumentiert.

Nach einem Widerspruch wird eine erneute Prüfung und/oder eine zweite Begutachtung durchgeführt.

Fristen beachten

Gegen den Bescheid der Pflegekasse

can innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Dafür genügt zunächst ein kurzes Schreiben. Die ausführliche Begründung kann später nachgereicht werden.



Hilfreich sind:

- ein Pflegetagebuch
- eine eigene Pflegegradberechnung, z. B. mit dem Pflegegradrechner bei www.pflege.de
- aktuelle Arztberichte
- Angaben von Angehörigen

- eine genaue Beschreibung des tatsächlichen Alltags.

Ratsam und wichtig ist vor allem auch, sich beim Begutachtungstermin nicht „besser darzustellen“, sondern offen über bestehende Probleme zu sprechen.

IN KÜRZE

Ute Brach

Kontostandsermittlung – die Lebensader für Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Das Wort klingt unscheinbar, beinahe bürokratisch trocken – und ist doch von existenzieller Bedeutung: die Kontostandsermittlung im Rahmen der Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Wer sie vernachlässigt, riskiert nicht weniger als finanzielle Unsicherheiten, Missverständnisse zwischen Leistungserbringern – und im ungünstigsten Fall eine unerwartete Privatrechnung.

Beginnen wir sachlich, wie es sich gehört.

Was umfasst § 45b SGB XI überhaupt?

Der Gesetzgeber formuliert das erfreulich großzügig.
Abgerechnet werden können unter anderem:

- Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Betreuungsleistungen
- Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige
- Hilfe bei der Haushaltsführung
- Begleitung bei Alltagsaktivitäten
- sowie weitere anerkannte niedrigschwellige Unterstützungsangebote

Kurzum: Alles, was den Alltag erleichtert, darf aus diesem Topf finanziert werden – solange es anerkannt ist.

Und genau hier beginnt das Problem.

131 Euro – und viele Hände

Denn: Dieses Budget ist begrenzt.

131 € pro Monat. Nicht mehr.

Gleichzeitig können mehrere Leistungserbringer parallel tätig sein.

Ein klassisches Szenario:

- Anbieter A unterstützt im Haushalt
- Anbieter B übernimmt Betreuung
- Anbieter C begleitet außer Haus

Alle arbeiten – alle leisten – alle rechnen ab.

Doch das Budget bleibt unverändert bei 131 €.

Die entscheidende Frage lautet daher zwangsläufig:

👉 Wer bezahlt die Leistungen, die darüber hinausgehen?

HÄUSLICHE PFLEGE 2026					
PFLIEGEGELD & PFLIEGESACHLEISTUNGEN					
pro Monat nach Pflegegrad					
	1	2	3	4	5
Pflegegeld	-	347 €	693 €	693 €	990 €
Pflegesachleistung max.	-	796 € ¹	1.497 € ¹	1.689 € ¹	2.299 € ¹
Entlastungsbetrag	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €
¹Entlastungsbetrag kann unter bestimmten Voraussetzungen für diese Leistung verwendet werden.					

Die Realität: Streit, Zeitverlust und Unsicherheit

Was folgt, ist selten elegant:

- Diskussionen zwischen Leistungserbringern
- Zeitaufwendige Klärungen mit Pflegekassen
- Unsicherheit beim Pflegebedürftigen
- und nicht selten die stille Sorge:
„Kommt da jetzt eine Rechnung auf mich zu?“

Die Antwort lautet leider: *möglicherweise „ja“*,

denn rechtlich ist die Lage eindeutig:

Wer mehr Leistungen in Anspruch nimmt als gedeckt sind, muss die Differenz privat tragen.

Die Lösung: Kontostandsermittlung

Hier kommt sie ins Spiel – die oft unterschätzte, aber entscheidende Maßnahme:

die regelmäßige Kontostandsermittlung

Wir als Institution haben uns dazu entschieden, diesen Prozess aktiv zu unterstützen – obwohl wir es nicht müssten.

Zweimal jährlich fordern wir den Kontostand bei den Pflegebedürftigen ab:

- **Im Februar**

→ um zu prüfen, welche Restmittel aus dem Vorjahr noch verfügbar sind, welche noch bis zum 30.06. des Folgejahres genutzt werden können (z.B. verfügbare Mittel aus 2025 können noch bis 30.6.2026 genutzt werden)

- **Im Juli**

→ um Klarheit zu schaffen, nachdem Altbeträge verfallen sind und nur noch das aktuelle Budget zählt



Diese Systematik ist nicht nur sinnvoll – sie ist essenziell, um finanzielle Überraschungen zu vermeiden.

Die ernüchternde Realität

Und dennoch:

- bis März: Rückmeldungen von **nur 27 %** der Pflegebedürftigen

- nach mehrfacher Erinnerung: **44 %**

Mit anderen Worten:

👉 **Mehr als die Hälfte der Betroffenen (Pflegebedürftigen) reagiert nicht.**

Das ist – bei aller Höflichkeit – bemerkenswert.

Ein notwendiger Perspektivwechsel

An dieser Stelle sei eines klar betont:

Die Verantwortung für das Budget liegt **nicht** bei uns als Leistungserbringer.

Sie liegt beim Pflegebedürftigen.

Wenn mehr Leistungen genutzt werden, als gedeckt sind, entsteht eine private Zahlungsverpflichtung. So einfach – und so unromantisch – ist das.

Unsere Kontostandsermittlung ist daher keine Pflichtleistung, sondern:

👉 **eine aufwendige Serviceleistung unsererseits!**

Eine Lebensader, wenn man so will.

Konsequenzen – sachlich, aber bestimmt

Da diese Unterstützung jedoch nur dann funktioniert, wenn sie auch angenommen wird, ziehen wir nun klare Konsequenzen:

- ohne Kontostandmeldung
→ erfolgt die Leistungserbringung **nur im Rahmen der 131 €**
- unabhängig vom tatsächlichen Bedarf
- sollten dennoch Differenzen entstehen
→ erfolgt eine **Privatrechnung**
- und falls erforderlich
→ wird der Anspruch **rechtlich durchgesetzt**

Das mag streng klingen. Ist aber letztlich nichts anderes als die logische Fortsetzung eines Systems, das auf Eigenverantwortung basiert.

Fazit – mit einem Augenzwinkern

Die Kontostandsermittlung ist kein bürokratischer Selbstzweck.

Sie ist:

- ein Schutzschild vor finanziellen Überraschungen,
- ein Instrument zur fairen Abrechnung
- und ein Garant für Transparenz.

Oder, etwas weniger akademisch formuliert:

👉 Wer seinen Kontostand kennt, schläft ruhiger.

👉 Wer ihn ignoriert, bekommt Post.

Und die ist bekanntlich selten unterhaltsam.

Öffnungszeiten

Mo/Mi 10 – 13 Uhr
Di Hausbesuche
Do 14 – 17 Uhr
Fr nach Vereinbarung

Telefonzeiten

Mo/Mi 10 – 13 Uhr
Die 12 – 15 Uhr
Do 14 – 17 Uhr
Fr 10 – 12 Uhr

Anwesenheit im Beratungszentrum Mark-Twain-Straße 5

Ansprechpartner	Fachgebiet	zu den Telefonzeiten:
Ute Brach	Vorsitzende, Pflegeberaterin	Mo, Mi, Do
Monika Baresel	Leiterin Pflege	Mo, Mi
Margitta Gniza	Mitgliederverwaltung	Di, Do
Simone Rossow-Tretin	Pflegeberaterin	Mo, Mi, Do + Hausbesuche
Karolina Kowalska	Pflegeberaterin	Hausbesuche
Sabine Konschak	Pressesprecherin, Marketing/PR	Mo, Do
Barbara Gruschwitz	Buchhaltung	Mi, Fr
Yvonne Herbst	Sachbearbeiterin	Mo, Fr

Impressum

Inhalt: Dipl. Pflegepädagogin Ute Brach (Vorsitzende und V.i.S.d.P), RA Meike Steiner und andere

Layout: Sabine Konschak

Verein Leben, Wohnen und Pflege im Alter e.V.

Amtsgericht Berlin-Charlottenburg, VR 3523 3B

Beratungsstützpunkt: Mark-Twain-Str. 5, 12627 Berlin

Telefon: 030/814 549 – 100

E-Mail: info@lwp-online.eu

Website: www.lwp-online.eu

Bild: freepik.com