AuviaCare
gemeinsam den Alltag leichter machen

AUSGABE
2026

DER AUVIA CARE PFLEGE-RATGEBER

Pflege verstehen. Alltag leichter machen.

Pflegeleistungen verstehen, Ansprüche einordnen und Unterstützung im Alltag organisieren.



Ein Wegweiser für Pflegebedürftige und Angehörige.

04221 4500168

www.auviacare.de

Stand 20.09.2026 · veröffentlichte Fassung

Orientierung, die im Alltag hilft.

Sie müssen nicht alles auf einmal wissen.

Beginnen Sie bei Ihrer aktuellen Frage. Markieren Sie offene Punkte und notieren Sie, welche Auskunft von der Pflegekasse bestätigt wurde.



Gemeinsam den Alltag leichter machen.

SO FINDEN SIE IHREN EINSTIEG

01 Budget klären

Anspruchsjahr, bekannte Nutzung, offene Rechnungen und bestätigten Kassenstand getrennt notieren.

02 Hilfe organisieren

Zuerst Tätigkeit, Häufigkeit, Zeitfenster und Einsatzort beschreiben; danach Finanzierung klären.

03 Pflegegrad prüfen

Konkrete Einschränkungen im Alltag sammeln, nicht Diagnosen oder einzelne schlechte Tage überbewerten.

04 Angehörige entlasten

Vertretung, Zuständigkeiten und Notfallkontakte planen, bevor eine akute Lücke entsteht.

LESEN. KLICKEN. WIEDERFINDEN.

Das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummern sind anklickbar. „Inhalt“ führt zurück zur Übersicht. Telefonnummer, E-Mail und Webadresse lassen sich ebenfalls direkt öffnen.

Beträge sind gesetzliche Leistungsrahmen – keine Aussage über Ihren persönlichen Kontostand.

Was möchten Sie wissen?

Kapitel 1–10 · Auf die Zeile klicken und direkt weiterlesen.

01 Pflegebedürftigkeit: Es geht um Selbstständigkeit 06
02 Pflegegrade 1 bis 5 im Überblick 07
03 Entlastungsbetrag: Was Sie damit bezahlen können 08
04 Entlastungsbetrag ansparen: Restbeträge und Verfall 09
05 Umwandlungsanspruch: Mehr Alltagshilfe, weniger Pflegegeld? 11
06 Pflegegeld: Voraussetzungen und Verwendung 13
07 Pflegesachleistungen: Ein Rahmen für ambulante Pflege 14
08 Kombinationsleistung: Sachleistung und Pflegegeld zusammen 15
09 Ein gemeinsamer Jahresbetrag für zwei Pflegeleistungen 16
10 Verhinderungspflege: Wenn die Pflegeperson ausfällt 18

Weiter: Kapitel 11–20
Leistungsübersicht
Kontakt · S. 37

Was möchten Sie wissen?

Kapitel 11–20 · Auf die Zeile klicken und direkt weiterlesen.

11 Pflegehilfsmittel: Verbrauchsprodukte und technische Hilfen 20

12 Alltagshilfe oder Pflegedienst: Wer übernimmt welche Aufgabe? 21

13 Angehörige entlasten: Hilfe muss wirklich Zeit freigeben 22

14 Pflegegrad beantragen: Der Weg zur ersten Entscheidung 23

15 Pflegebegutachtung vorbereiten, ohne etwas einzuüben 25

16 Höherstufung beantragen: Veränderungen konkret belegen 26

17 Wie lange dauert ein Pflegeantrag? 27

18 Pflegekassenbudget prüfen: Welche Zahl ist verlässlich? 28

19 Angehörige aus der Ferne unterstützen 30

20 Pflegeberatung: Ansprüche und Versorgung gemeinsam ordnen 31

Zurück: Kapitel 1–10
Checkliste · S. 32
Kontakt · S. 37

Welche Beträge gehören zu welcher Leistung?

Leistungswerte im Überblick · Stand der gelieferten Fachfassung: September 2026

ENTLASTUNGSBETRAG

131 € pro Monat

Pflegegrad 1 bis 5
Für geeignete, erstattungsfähige Leistungen.

Pflegegrad	Pflegegeld / Monat	Sachleistung / Monat
2	347 €	796 €
3	599 €	1.497 €
4	800 €	1.859 €
5	990 €	2.299 €

GEMEINSAMER JAHRESBETRAG

3.539 € pro Jahr

Ab Pflegegrad 2
Gemeinsamer Rahmen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.

Wichtig: Diese Werte addieren sich nicht automatisch zu einem frei verfügbaren Gesamtbudget.

Der Umwandlungsanspruch kann unter seinen Voraussetzungen bis zu 40 Prozent des jeweiligen monatlichen Sachleistungsbetrags einbeziehen. Er kann das anteilige Pflegegeld beeinflussen.

01 Pflegebedürftigkeit: Es geht um Selbstständigkeit

Warum Alter, Diagnose und tägliche Pflegeminuten den Pflegegrad nicht allein bestimmen.



Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung beschreibt gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten. Die Frage lautet nicht nur, wie viele Minuten jemand hilft, sondern was ein Mensch ohne Unterstützung noch bewältigen kann.

Welche Einschränkungen zählen?

Körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen werden berücksichtigt. Dazu können Schwierigkeiten beim Aufstehen und Waschen ebenso gehören wie fehlende Orientierung, regelmäßiger Anleitungsbedarf oder Unterstützung im Umgang mit notwendigen Therapien. Ein Mensch, der körperlich beweglich ist, kann dennoch erheblichen Hilfebedarf haben.

Dauer und Umfang

Der Hilfebedarf muss grundsätzlich auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und in der gesetzlich vorgesehenen Schwere bestehen. Eine kurze Erkrankung ist deshalb nicht automatisch Pflegebedürftigkeit. Für vorübergehende Hilfe können andere Leistungen, etwa der Krankenversicherung, zu prüfen sein.

Alltagsbeispiele statt Etiketten

„Vergesslich“ ist wenig aussagekräftig. Konkreter ist: Eine Person beginnt ohne Erinnerung keine Mahlzeit, verwechselt regelmäßig Tageszeiten oder benötigt Anleitung bei mehreren Schritten der Körperpflege. Beschreiben Sie Häufigkeit und Folgen, ohne Einschränkungen zu übertreiben oder zu verharmlosen.

Was sagt der Pflegegrad aus?

Das Begutachtungsinstrument ordnet den festgestellten Beeinträchtigungen Punkte und Gewichtungen zu. Daraus folgt ein Pflegegrad. Die Zahl ist kein Werturteil über den Menschen und keine starre Vorgabe, wie die Familie ihren Alltag gestalten muss.

Wer hilft bei der Einordnung?

Die Pflegekasse organisiert die Prüfung und bietet Beratung an. Bei akuter Verschlechterung kann zusätzlich medizinische Abklärung notwendig sein. Ein Haushaltshilfe-Anbieter vergibt keine Pflegegrade. AuviaCare bespricht mit Ihnen praktische Unterstützung innerhalb des eigenen Angebots, ohne die Begutachtung vorwegzunehmen.

Quellen: § 14 SGB XI · § 15 SGB XI · § 7a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

02 Pflegegrade 1 bis 5 im Überblick

Was die Abstufungen bedeuten und weshalb jede Versorgung individuell bleibt.



Die fünf Pflegegrade beschreiben unterschiedliche Schweregrade von Beeinträchtigungen. Grundlage ist das gesetzliche Begutachtungsinstrument. Sie sagen etwas über Leistungsansprüche aus, ersetzen aber keinen individuellen Versorgungsplan.

Die Punktgrenzen

Pflegegrad 1 beginnt bei 12,5 und reicht bis unter 27 Gesamtpunkte. Pflegegrad 2 liegt ab 27 bis unter 47,5 Punkten, Pflegegrad 3 ab 47,5 bis unter 70, Pflegegrad 4 ab 70 bis unter 90 und Pflegegrad 5 ab 90 bis 100 Punkten. Besondere Bedarfskonstellationen können eine Zuordnung zu Pflegegrad 5 auch unter 90 Punkten ermöglichen. Für kleine Kinder gelten besondere Regeln.

Was sich mit dem Pflegegrad ändert

Ab Pflegegrad 2 kommen beispielsweise Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen und unter weiteren Voraussetzungen Verhinderungspflege hinzu. Der Entlastungsbetrag ist bei häuslicher Pflege bereits ab Pflegegrad 1 vorgesehen. Die Höhe des Pflegegrads ist nicht bei jeder Leistung der einzige Maßstab.

Nicht zwei Menschen gleichsetzen

Zwei Menschen mit demselben Pflegegrad können sehr unterschiedliche Hilfe benötigen. Bei einer Person stehen körperliche Tätigkeiten im Vordergrund, bei einer anderen Anleitung, Orientierung oder Betreuung. Planen Sie deshalb von den tatsächlichen Aufgaben aus, nicht nur von einer Zahl.

Auswahl der Finanzierung

Pflegegeld, Sachleistung, Umwandlung und Ersatzpflege wirken unterschiedlich. Höhere Höchstbeträge dürfen nicht ohne Prüfung addiert werden. Bereits genutzte Leistungen und mögliche Auswirkungen auf andere Zahlungen müssen mit betrachtet werden.

Wenn sich der Bedarf verändert

Ein veränderter Gesundheitszustand kann eine neue Prüfung rechtfertigen. Notieren Sie konkrete Unterschiede zum letzten Gutachten. Eine Höherstufung wird beantragt und begutachtet; sie erfolgt nicht automatisch durch die Meldung eines höheren Zeitaufwands.

Nächster Schritt

Lesen Sie die Informationen zu Ihrem Pflegegrad und nutzen Sie die Pflegeberatung für die gesamte Versorgung. AuviaCare kann dazu praktische Alltagshilfe ergänzen, bietet aber nicht sämtliche in der Pflegeversicherung vorgesehenen Leistungen selbst an.

Quellen: § 15 SGB XI · § 28a SGB XI · § 36 SGB XI · § 37 SGB XI · § 39 SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

03 Entlastungsbetrag: Was Sie damit bezahlen können

Anspruch, geeignete Angebote und Abrechnung des Entlastungsbetrags verständlich erklärt.



Der Entlastungsbetrag soll den Alltag zu Hause erleichtern. Er steht Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege auch bei Pflegegrad 1 zur Verfügung. Entscheidend ist, wofür eine Leistung eingesetzt wird und ob der Anbieter die nötigen Voraussetzungen erfüllt.

Wie viel steht zur Verfügung?

Der monatliche Anspruch beträgt bis zu 131 Euro. Das ist ein Erstattungsrahmen, keine pauschale zusätzliche Überweisung. Bezahlt werden tatsächlich entstandene, geeignete Kosten. Wer weniger ausgibt, erhält die Differenz nicht als frei verfügbares Bargeld.

Welche Hilfe ist geeignet?

In Betracht kommen unter anderem nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, bestimmte Leistungen ambulanter Pflegedienste sowie Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege. Bei Pflegedienstleistungen gibt es Unterschiede zwischen Pflegegrad 1 und den höheren Pflegegraden: Ab Pflegegrad 2 sind Leistungen der Selbstversorgung hiervon ausgenommen. Ein beliebiger Reinigungsdienst wird nicht allein durch eine Rechnung erstattungsfähig.

Für AuviaCare werden gewünschte Tätigkeit, Anerkennung, Preis und Abrechnungsweg vor Beginn konkret abgeglichen. Die Anerkennung eines Angebots bedeutet nicht, dass jedes vorhandene Budget automatisch ausreicht.

Wie läuft die Abrechnung?

Bei eigener Erstattung bezahlen Sie die Rechnung und reichen geeignete Nachweise bei Ihrer Pflegekasse oder Versicherung ein. Eine Direktabrechnung setzt eine passende Vereinbarung voraus. Lassen Sie sich erklären, welche Leistungen der Anbieter einreicht und welche Kosten bei Ihnen verbleiben. Belege sollten Datum, Art, Umfang und Preis nachvollziehbar ausweisen.

Muss der Betrag zuerst verbraucht werden?

Nein. Der Entlastungsbetrag und der Umwandlungsanspruch sind rechtlich unabhängig. Umwandlung hat jedoch eigene Voraussetzungen und kann das Pflegegeld verändern. Dieselbe Leistung darf nicht doppelt eingereicht werden.

Praktisch vorgehen

Fragen Sie die Pflegekasse nach aktuellem Stand, bereits eingereichten Rechnungen und Resten aus dem Vorjahr. Vereinbaren Sie erst danach, welchen Teil Ihrer Unterstützung dieses Budget abdecken soll. Zusätzliche private Hilfe bleibt möglich. Auch ohne abschließende Budgetauskunft können Sie zunächst ein unverbindliches Gespräch anfragen.

Quellen: § 45b SGB XI · § 45a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

04 Entlastungsbetrag ansparen: Restbeträge und Verfall

Warum Anspruchsjahr und Leistungsdatum beim angesparten Entlastungsbetrag wichtig sind.

VORJAHRESREST

30. Juni

Leistungsdatum beachten.
Anspruchsjahre trennen.

Nicht in jedem Monat wird genau so viel Hilfe benötigt, wie das monatliche Budget ermöglicht. Der Entlastungsbetrag kann angespart werden. Dabei müssen Beträge aus verschiedenen Jahren getrennt betrachtet werden.

Was wird übertragen?

Ein nicht ausgeschöpfter Anspruch aus einem Kalenderjahr kann bis zum Ende des ersten Halbjahres des Folgejahres verwendet werden. Ein Rest aus 2025 ist daher grundsätzlich für geeignete Leistungen bis zum 30. Juni 2026 nutzbar. Ab Juli 2026 lässt sich damit kein neuer Einsatz finanzieren. Die Herkunft des Geldes ist deshalb wichtiger als eine unbeschriftete Gesamtsumme.

Beispiel mit zwei Anspruchsjahren

Angenommen, Ende Dezember bleiben 300 Euro übrig. Im neuen Jahr kommen bei durchgehendem Anspruch monatlich 131 Euro hinzu. Die 300 Euro haben einen anderen Nutzungszeitraum als die neuen Monatsbeträge. Bereits abgerechnete oder noch offene Rechnungen müssen abgezogen werden. Dieses Beispiel beschreibt die Logik, nicht Ihren persönlichen Kontostand.

Anspruchsjahr und Leistungsdatum gehören zusammen.

Weiterlesen · Seite 10

Quellen: § 45b SGB XI

04 Entlastungsbetrag ansparen: Restbeträge und Verfall

WEITERLESEN · TEIL 2



Anspruchsjahr und Leistungsdatum gehören zusammen.

Das Wichtigste im Blick

Was muss bis zum Stichtag geschehen?

Der Nutzungszeitraum betrifft die erbrachte Leistung. Das Datum, an dem ein Brief versendet oder eine Rechnung bezahlt wird, ersetzt kein rechtzeitiges Leistungsdatum. Fragen Sie Ihre Pflegekasse, wie Belege einzureichen sind und wie sie die Zuordnung zu den Anspruchsjahren dokumentiert. Reichen Sie Unterlagen zeitnah ein; eine späte Einreichung schafft keine neue Leistungsberechtigung.

So behalten Sie den Überblick

Führen Sie eine Übersicht mit Anspruchsjahr, bestätigtem Rest, erbrachter Leistung und noch nicht abgerechneten Einsätzen. Stimmen Sie sich ab, wenn mehrere Anbieter beteiligt sind. Ein Kontostand kann veraltet sein, obwohl noch Geld angezeigt wird, weil Rechnungen unterwegs sind.

Was passiert mit nicht genutzten Beträgen?

Nach Ablauf des vorgesehenen Nutzungszeitraums steht der alte Rest für neue Leistungen nicht mehr zur Verfügung. Es gibt keine Barauszahlung als Ersatz. Planen Sie benötigte Unterstützung rechtzeitig, ohne unnötige Leistungen allein wegen eines vermeintlichen Budgets zu bestellen. AuviaCare prüft mit Ihnen den Einsatzbedarf; verbindliche Auskunft über den Leistungsstand erteilt Ihre Pflegeversicherung.

Quellen: § 45b SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

05

Umwandlungsanspruch: Mehr Alltagshilfe, weniger Pflegegeld?

Die 40-Prozent-Grenze richtig verstehen und die Auswirkung auf das Pflegegeld prüfen.

UMWANDLUNG

bis zu 40 %

Zusätzlich durch den freien Sachleistungsrahmen begrenzt.

Ab Pflegegrad 2 kann ein Teil nicht genutzter ambulanter Pflegesachleistungen für nach Landesrecht anerkannte Alltagsunterstützung eingesetzt werden. Diese Möglichkeit heißt Umwandlungsanspruch. Sie erweitert die Verwendung eines bestehenden Leistungsrahmens; sie schafft keinen folgenlosen zusätzlichen Geldtopf.

Wie wird die Obergrenze berechnet?

Maßgeblich sind 40 Prozent des gesetzlichen monatlichen Sachleistungshöchstbetrags für den Pflegegrad, zusätzlich begrenzt durch die tatsächlich ungenutzten Sachleistungen. Die Formel lautet: höchstens der kleinere Betrag aus 40 Prozent des Höchstbetrags und dem noch freien Sachleistungsrahmen. Nicht korrekt wäre: 40 Prozent des Restbetrags.

Bei Pflegegrad 2 beträgt der Sachleistungshöchstbetrag 796 Euro. 40 Prozent davon sind 318,40 Euro. Hat ein Pflegedienst bereits 700 Euro abgerechnet, bleiben jedoch nur 96 Euro für eine mögliche Umwandlung. Pflegeleistungen des Pflegedienstes werden vorrangig abgerechnet.

Welche Wirkung hat die Umwandlung?

Umgewandelte Mittel zählen bei der Kombinationsleistung wie in Anspruch genommene Sachleistung. Der verbleibende Pflegegeldanteil kann deshalb sinken. Wer zuvor das volle Pflegegeld erhalten hat, sollte nicht erwarten, nach einer Umwandlung unverändert denselben Betrag zu behalten. Bereits ausgezahltes Pflegegeld kann bei der Erstattung verrechnet werden.

Weiterlesen · Seite 12

Quellen: § 45a SGB XI · § 36 SGB XI · § 37 SGB XI · § 38 SGB XI

05 Umwandlungsanspruch: Mehr Alltagshilfe, weniger Pflegegeld?

WEITERLESEN · TEIL 2



Mehr Alltagshilfe kann weniger Pflegegeld bedeuten.

Das Wichtigste im Blick

Ein transparentes Beispiel

Bei Pflegegrad 2, einem vollen Anspruchsmonat und ohne weitere Sachleistungen: Ohne Umwandlung beträgt das Pflegegeld bei erfüllten Voraussetzungen 347 Euro. Werden 318,40 Euro, also 40 Prozent des Sachleistungsrahmens, umgewandelt, bleiben rechnerisch 60 Prozent Pflegegeld: 208,20 Euro. Die Differenz beträgt 138,80 Euro. Dafür werden geeignete Alltagsleistungen in Höhe von 318,40 Euro erstattet. Es sind zwei verschiedene Leistungsarten, kein zusätzlicher frei ausgezahlter Gewinn.

Muss vorher der Entlastungsbetrag aufgebraucht sein?

Nein. § 45a Absatz 4 stellt klar, dass beide Möglichkeiten unabhängig voneinander genutzt werden. Jede Rechnung muss dennoch eindeutig einem Abrechnungsweg zugeordnet bleiben. Dieselbe Leistung darf nicht gleichzeitig über beide Wege bezahlt werden.

Vor einer Entscheidung klären

Lassen Sie den Sachleistungsverbrauch aller beteiligten Dienste und die Pflegegeldfolge prüfen. Eine vorherige Antragstellung für die Umwandlung ist gesetzlich nicht erforderlich; für die Kostenerstattung sind geeignete Nachweise notwendig. Besprechen Sie außerdem, welche Beratungsbesuche in Ihrer Konstellation erforderlich sind. AuviaCare klärt den eigenen Leistungsumfang; die Pflegeversicherung entscheidet über Ihren Anspruch und die konkrete Erstattung.

Quellen: § 45a SGB XI · § 36 SGB XI · § 37 SGB XI · § 38 SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

06

Pflegegeld: Voraussetzungen und Verwendung

Wann Pflegegeld gezahlt wird und warum es nicht mit dem Entlastungsbetrag gleichzusetzen ist.

PFLEGEGELD

Pflegegrad 2–5

Selbst organisierte häusliche Pflege.

Pflegegeld unterstützt selbst organisierte häusliche Pflege. Anspruchsberechtigt ist die pflegebedürftige Person, nicht automatisch die helfende Angehörige. Es ersetzt weder eine Beschäftigungsvereinbarung noch sämtliche tatsächlich entstehenden Pflegekosten.

Wer kann Pflegegeld bekommen?

Vorausgesetzt werden Pflegegrad 2 bis 5 und eine in geeigneter Weise selbst sichergestellte häusliche Versorgung. Dazu zählen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, Betreuung und Hilfen im Haushalt. Ein Pflegegrad ohne gesicherte Versorgung genügt nicht.

Monatliche Beträge

Bei einem vollen Anspruchsmonat beträgt das Pflegegeld für Pflegegrad 2 347 Euro, für Pflegegrad 3 599 Euro, für Pflegegrad 4 800 Euro und für Pflegegrad 5 990 Euro. Pflegegrad 1 hat keinen Anspruch auf dieses Pflegegeld. Teilmonate und andere Leistungsbezüge können die Auszahlung verändern.

Wofür wird es verwendet?

Die pflegebedürftige Person organisiert damit ihre Versorgung und kann unterstützenden Menschen eine Anerkennung zukommen lassen. Anders als beim Entlastungsbetrag handelt es sich nicht um einen nur gegen einzelne Rechnungsbelege erstatteten Topf. Trotzdem muss die Pflege gesichert bleiben.

Was mindert den Betrag?

Wer Pflegesachleistungen oder den Umwandlungsanspruch nutzt, kann statt des vollen Betrags anteiliges Pflegegeld erhalten. Der Anteil richtet sich nach der Sachleistungsnutzung, nicht nach einer einfachen Euro-für-Euro-Verrechnung. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege haben zusätzlich eigene Fortzahlungsregeln.

Beratungsbesuche beachten

Nach dem am 18. September 2026 geprüften § 37 sind bei Pflegegeldbezug in Pflegegrad 2 bis 5 halbjährliche Beratungen vorgesehen; Pflegegrad 4 und 5 können sie auch vierteljährlich nutzen. Nicht wahrgenommene erforderliche Beratungen können Kürzungen nach sich ziehen. AuviaCares Alltagshilfe ersetzt keinen gesetzlich vorgesehenen Beratungsbesuch.

Veränderung rechtzeitig klären

Melden Sie relevante Änderungen der Pflegekasse und vergleichen Sie Bescheid, Sachleistungsabrechnung und Auszahlung. Wenn ein Betrag niedriger ausfällt, fragen Sie zunächst nach dem zugrunde liegenden Zeitraum und den angerechneten Leistungen.

Quellen: § 37 SGB XI · § 38 SGB XI · § 45a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

07

Pflegesachleistungen: Ein Rahmen für ambulante Pflege

Was Sachleistungen finanzieren und wie sie sich von privater Alltagshilfe unterscheiden.

SACHLEISTUNGEN

Passende Hilfe.

Leistungen und mögliche Eigenanteile vorher klären.

Pflegesachleistungen sind kein Paket von Gegenständen. Gemeint sind geeignete Leistungen ambulanter Pflege, etwa körperbezogene Pflege, Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Leistungserbringung setzt entsprechende Verträge und Voraussetzungen voraus.

Welche Höchstbeträge gelten?

Bei Pflegegrad 2 stehen monatlich bis zu 796 Euro, bei Pflegegrad 3 bis zu 1497 Euro, bei Pflegegrad 4 bis zu 1859 Euro und bei Pflegegrad 5 bis zu 2299 Euro zur Verfügung. Es werden tatsächlich erbrachte geeignete Leistungen innerhalb des Rahmens abgerechnet. Ein ungenutzter Monatsbetrag wird nicht automatisch angespart oder ausgezahlt.

Was vereinbaren Sie mit dem Pflegedienst?

Besprechen Sie die benötigten Tätigkeiten, deren Häufigkeit und die voraussichtlichen Kosten. Lassen Sie sich erklären, welche Leistungskomplexe oder Zeitansätze verwendet werden und welche Eigenanteile entstehen können. Die Pflegeversicherung deckt nicht zwangsläufig den gesamten individuellen Bedarf.

Warum die Anbieterart wichtig ist

Ein anerkannter Alltagshilfe-Anbieter ist nicht dadurch automatisch ein Pflegedienst mit Versorgungsvertrag für alle Sachleistungen. AuviaCares Angebot umfasst die auf der Website genannten Alltagshilfen. Medizinische Behandlungspflege oder unmittelbare Abrechnung sämtlicher Pflegesachleistungen wird damit nicht zugesagt.

Kombination mit Pflegegeld

Wenn nur ein Teil des Sachleistungsrahmens genutzt wird, kann bei erfüllten Voraussetzungen anteiliges Pflegegeld verbleiben. Nutzt ein Pflegedienst 50 Prozent des Rahmens, bleiben rechnerisch 50 Prozent Pflegegeld. Die unterschiedlichen Höchstbeträge dürfen nicht als gleich große Geldbeträge behandelt werden.

Umwandlung als eigene Möglichkeit

Ab Pflegegrad 2 können geeignete nicht genutzte Mittel teilweise für anerkannte Alltagsunterstützung umgewandelt werden. Die Grenze liegt bei 40 Prozent des Sachleistungshöchstbetrags und dem tatsächlich freien Rahmen. Das wirkt auf das Pflegegeld. Prüfen Sie daher zuerst alle Pflegedienstrechnungen, bevor Sie mit einem verfügbaren Rest rechnen.

Quellen: § 36 SGB XI · § 38 SGB XI · § 45a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

08 Kombinationsleistung: Sachleistung und Pflegegeld zusammen

Wie der prozentuale Pflegegeldanteil entsteht und welche Angaben Sie dafür benötigen.

BEISPIEL · SIEHE TEXT

50 %

Sachleistungsrahmen genutzt



50 % Pflegegeld verbleiben

Häusliche Pflege kann sich auf Angehörige und einen ambulanten Dienst verteilen. Die Kombinationsleistung verbindet deshalb genutzte Sachleistungen mit einem verbleibenden Pflegegeldanteil. Entscheidend ist der prozentuale Verbrauch des Sachleistungsrahmens.

So funktioniert das Verhältnis

Zunächst wird ermittelt, welcher Anteil des monatlichen Sachleistungshöchstbetrags verbraucht ist. Um diesen Prozentsatz wird das volle Pflegegeld vermindert. Ein Sachleistungsverbrauch von 30 Prozent lässt grundsätzlich 70 Prozent Pflegegeld übrig. Es wird nicht derselbe Eurobetrag vom Pflegegeld abgezogen.

Rechenbeispiel

Bei Pflegegrad 2 beträgt der Sachleistungsrahmen 796 Euro und das volle Pflegegeld 347 Euro. Werden 398 Euro Sachleistungen genutzt, sind das 50 Prozent. Unter den übrigen Voraussetzungen bleiben für einen vollen Monat 173,50 Euro Pflegegeld. Nutzt die Person zusätzlich Umwandlung, wird auch diese als Sachleistungsnutzung berücksichtigt.

Welche Daten braucht die Berechnung?

Sie benötigen den Pflegegrad, den maßgeblichen Monat, alle Sachleistungsabrechnungen und eine mögliche Umwandlung. Bereits ausgezahltes Pflegegeld kann zunächst auf einer vorläufigen Berechnung beruhen. Später eingehende Rechnungen können eine Korrektur auslösen.

Nicht jede Kombination funktioniert gleich

Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege und private Zuzahlungen sind nicht einfach weitere Prozentsätze derselben Rechnung. Sie haben eigene Anspruchsbedingungen und teilweise andere Auswirkungen auf das Pflegegeld. Insbesondere darf derselbe Einsatz nicht doppelt eingereicht werden.

Was sollte vereinbart werden?

§ 38 enthält eine Bindung an die gewählte Aufteilung für sechs Monate. Wie eine flexible Abrechnung und notwendige Änderungen in Ihrer Situation gehandhabt werden, sollten Sie vorab mit der Pflegekasse klären. Lassen Sie sich nicht allein auf Grundlage einer mündlichen Schätzung einen festen Eigenanteil zusagen.

Hilfe bei Unklarheiten

Fordern Sie eine nachvollziehbare Berechnung mit Zeitraum, Sachleistungsverbrauch und verbleibendem Anteil an. Eine gute Beratung zeigt sowohl die zusätzliche professionelle Hilfe als auch die veränderte Auszahlung. AuviaCare kann den eigenen geplanten Einsatz beschreiben; die verbindliche Leistungsabrechnung erfolgt durch die Pflegeversicherung.

Quellen: § 38 SGB XI · § 36 SGB XI · § 37 SGB XI · § 45a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

09

Ein gemeinsamer Jahresbetrag für zwei Pflegeleistungen

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege teilen sich einen Leistungsrahmen.

EIN JAHRESRAHMEN

3.539 €

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gemeinsam.

Der gemeinsame Jahresbetrag verbindet die Finanzierung von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. Er kann bei erfüllten Voraussetzungen flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden. Die jeweiligen fachlichen Voraussetzungen bleiben trotzdem bestehen.

Ein Betrag, keine zwei Budgets

Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 stehen insgesamt bis zu 3539 Euro pro Kalenderjahr bereit. Werden beispielsweise 1.200 Euro für erstattungsfähige Kurzzeitpflege eingesetzt, verbleiben rechnerisch höchstens 2.339 Euro für weitere geeignete Leistungen aus diesem Rahmen. Noch offene Abrechnungen können den verfügbaren Betrag weiter vermindern.

Was unterscheidet die beiden Leistungen?

Verhinderungspflege ersetzt eine vorübergehend verhinderte Pflegeperson. Kurzzeitpflege betrifft vorübergehende vollstationäre Pflege, wenn die häusliche Versorgung nicht ausreicht und auch teilstationäre Pflege nicht genügt. Aus der gemeinsamen Finanzierung folgt nicht, dass man die Bezeichnung auf einer Rechnung beliebig wählen darf.

Welche Kosten können daneben entstehen?

Bei Kurzzeitpflege können Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten zusätzlich anfallen. Ein genannter Tagessatz sagt daher allein noch nicht, welchen Anteil die Pflegeversicherung übernimmt.

Fragen Sie nach einer aufgeschlüsselten Kalkulation und gegebenenfalls der ergänzenden Verwendung anderer geeigneter Mittel.

Quellen: § 42a SGB XI · § 39 SGB XI · § 42 SGB XI · § 45b SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

09

Ein gemeinsamer Jahresbetrag für zwei Pflegeleistungen

WEITERLESEN · TEIL 2



Ein gemeinsamer Rahmen – keine zwei getrennten Budgets.

Das Wichtigste im Blick

Planung über das Jahr

Notieren Sie geplante Aufenthalte, bereits gebuchte Ersatzpflege und noch nicht eingereichte Rechnungen. Fragen Sie Anbieter, welchen Betrag sie tatsächlich über den gemeinsamen Jahresbetrag abrechnen wollen. Eine reine Kassenstandsanzeige ist keine Kapazitäts- oder Kostenübernahmegarantie.

Wechsel des Kalenderjahres

Der Rahmen ist auf das Kalenderjahr bezogen. Er funktioniert nicht wie der bis ins erste Halbjahr übertragbare Entlastungsbetrag. Behandeln Sie die beiden Systeme in Ihrer Übersicht getrennt. Vor einem Einsatz über den Jahreswechsel sollten Leistungstage und Kostenzuordnung mit der Pflegeversicherung abgestimmt werden.

Nächster sinnvoller Schritt

Lassen Sie einen aktuellen Verbrauchsstand erstellen und benennen Sie Ihren konkreten Entlastungsbedarf. Die Planung soll eine passende Versorgung ermöglichen, nicht automatisch jeden gesetzlichen Höchstbetrag ausschöpfen.

Quellen: § 42a SGB XI · § 39 SGB XI · § 42 SGB XI · § 45b SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

10

Verhinderungspflege: Wenn die Pflegeperson ausfällt

Voraussetzungen, gemeinsamer Jahresbetrag, Pflegegeld und Erstattungsfrist erklärt.



Wenn eine private Pflegeperson vorübergehend verhindert ist, muss notwendige Versorgung trotzdem organisiert werden. Verhinderungspflege kann die nachgewiesenen Kosten einer geeigneten Ersatzpflege übernehmen. Ein Pflegegrad allein genügt nicht: Es muss tatsächlich ein entsprechender Verhinderungsfall vorliegen.

Für wen kommt sie infrage?

Vorausgesetzt werden mindestens Pflegegrad 2, häusliche Pflege durch eine Pflegeperson und deren Verhinderung wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen. Die frühere sechsmonatige Vorpflegezeit ist für den aktuellen Anspruch keine Voraussetzung mehr. Wird die gesamte Versorgung ausschließlich durch einen Pflegedienst erbracht und fällt keine private Pflegeperson aus, passt diese Leistung nicht ohne Weiteres.

Wie hoch ist das Budget?

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege teilen sich einen gemeinsamen Jahresbetrag von insgesamt bis zu 3539 Euro. Bereits für eine der beiden Leistungen verbrauchte Mittel stehen der anderen nicht nochmals zur Verfügung. Es gibt nicht zweimal 3.539 Euro. Für notwendige Ersatzpflege sieht das Gesetz bis zu acht Wochen je Kalenderjahr vor; stundenweise Fälle sind gesondert zu betrachten.

Wer übernimmt die Ersatzpflege?

Möglich sind geeignete professionelle oder private Ersatzpersonen. Bei nicht erwerbsmäßiger Hilfe durch nahe Angehörige bis zum zweiten Grad oder Haushaltsmitglieder gelten regelmäßig niedrigere Grenzen, grundsätzlich bis zum zweifachen monatlichen Pflegegeld. Nachgewiesene notwendige Aufwendungen können zusätzlich berücksichtigt werden, insgesamt höchstens bis zum gemeinsamen Jahresbetrag.

Quellen: § 39 SGB XI · § 42a SGB XI · § 37 SGB XI · Bundesministerium für Gesundheit: Häusliche Pflege

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

10 Verhinderungspflege: Wenn die Pflegeperson ausfällt

WEITERLESEN · TEIL 2



Der konkrete Verhinderungsfall ist entscheidend.

Das Wichtigste im Blick

Was passiert mit dem Pflegegeld?

Bei tageweiser Ersatzpflege wird ein bisher bezogenes Pflegegeld grundsätzlich für bis zu acht Wochen zur Hälfte weitergezahlt; erster und letzter Tag werden nach der erläuterten Kassenpraxis gesondert behandelt. Bei stundenweiser Verhinderung von weniger als acht Stunden an einem Tag gelten andere Folgen. Maßgeblich ist die Verhinderungszeit der Pflegeperson, nicht allein die Einsatzdauer eines Anbieters.

Frist und Nachweise

Eine vorherige Antragstellung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Für Ersatzpflege im Jahr 2026 muss die Erstattung jedoch spätestens bis 31. Dezember 2027 unter Nachweis der Kosten beantragt werden. Bewahren Sie Anlass, Zeitraum, erbrachte Hilfe und Kosten nachvollziehbar auf. Frühzeitige Klärung vermeidet, dass eine privat vereinbarte Hilfe später nicht erstattet wird.

Was kann AuviaCare beitragen?

Wir prüfen, ob Betreuung, Begleitung oder Haushaltshilfe innerhalb unseres tatsächlichen Angebots den konkreten Ersatzpflegebedarf abdecken können. Medizinische Behandlungspflege bieten wir damit nicht automatisch an. Umfang, Kapazität, Zuständigkeit und Abrechenbarkeit werden vor einer Vereinbarung geklärt.

Quellen: § 39 SGB XI · § 42a SGB XI · § 37 SGB XI · Bundesministerium für Gesundheit: Häusliche Pflege

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

11 Pflegehilfsmittel: Verbrauchsprodukte und technische Hilfen

Welche Kosten die Pflegekasse grundsätzlich übernehmen kann.



Pflegehilfsmittel sollen Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Nicht jedes nützliche Produkt ist automatisch ein Pflegehilfsmittel. Entscheidend sind Bedarf und Zuständigkeit; für manche Hilfsmittel ist die Krankenversicherung zuständig.

Produkte zum Verbrauch

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel können bei erfüllten Voraussetzungen monatlich bis zu 42 Euro übernommen werden. Das ist ein Erstattungsrahmen für geeignete Produkte und keine pauschale zusätzliche Barauszahlung. Kaufen Sie deshalb nicht auf Verdacht große Mengen, bevor die Eignung und Abwicklung geklärt sind.

Technische Hilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Erwachsene leisten grundsätzlich eine Zuzahlung von zehn Prozent, höchstens 25 Euro je Hilfsmittel; mögliche Befreiungen sind gesondert zu prüfen. Lassen Sie sich Einweisung, Wartung und Rückgabe erklären.

Bedarf beschreiben

Notieren Sie die konkrete Schwierigkeit: Welche Handlung ist ohne Hilfe nicht möglich, wer unterstützt dabei und welche vorhandenen Mittel reichen nicht aus? Diese Beschreibung ist hilfreicher als allein ein Produktname aus einem Werbeprospekt. Empfehlungen aus Begutachtung oder Beratung können die Bedarfsklärung unterstützen.

Verträge sorgfältig lesen

Achten Sie bei regelmäßigen Lieferungen auf benötigte Mengen, Anbieterwahl, Kündigung und Eigenkosten. Geben Sie keine pauschalen Bestätigungen für nicht erhaltene Waren ab. AuviaCare verkauft mit dieser Information keine Hilfsmittelpakete; Fragen zur Kostenübernahme richten Sie an Ihre Pflegekasse oder private Pflegeversicherung.

Quellen: § 40 SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

12 Alltagshilfe oder Pflegedienst: Wer übernimmt welche Aufgabe?

Mit einer klaren Aufgabenliste das passende Angebot finden.



Haushaltshilfe, Alltagsbegleitung und ambulante Pflege können sich ergänzen, sind aber nicht austauschbar. Bezeichnungen in Werbeanzeigen reichen nicht aus, um Leistungsumfang oder Abrechnungsberechtigung sicher zu erkennen.

Vom Bedarf ausgehen

Notieren Sie konkrete Tätigkeiten: Wohnung reinigen, einkaufen, zum Termin begleiten, bei der Körperpflege helfen oder eine ärztlich verordnete Maßnahme durchführen. Ordnen Sie diese Aufgaben nicht vorschnell einem beliebigen Anbieter zu. Fragen Sie ausdrücklich, was qualifiziert und vertraglich übernommen werden kann.

Gesetzliche Bereiche unterscheiden

Ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 umfassen bestimmte pflegerische Leistungen durch geeignete Leistungserbringer. Anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a haben einen anderen Rahmen. Eine Anerkennung in einem Bereich ist keine pauschale Zulassung für sämtliche Aufgaben.

Das AuviaCare-Angebot

AuviaCare bietet Haushaltshilfe und Reinigung, Einkäufe und Besorgungen, Begleitung und Betreuung sowie Angehörigenentlastung. Medizinische Behandlung, Körperpflege als Pflegedienstleistung und gesetzlich geregelte Beratungseinsätze werden hier nicht als Unternehmensleistung angeboten.

Zusammenarbeit organisieren

Wenn mehrere Dienste beteiligt sind, klären Sie Zuständigkeiten, Zeiten und Informationswege. Eine Aufgabe sollte weder ungeregelt bleiben noch doppelt abgerechnet werden. Pflegeberatung kann bei der Abstimmung unterstützen. Vergleichen Sie Angebote anhand der tatsächlich benötigten Leistungen und bestätigten Kostenübernahme, nicht allein anhand eines Stundensatzes oder des Wortes „Pflege“ im Namen.

Quellen: § 36 SGB XI · § 45a SGB XI · § 7a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

13 Angehörige entlasten: Hilfe muss wirklich Zeit freigeben

Wie aus einzelnen Einsätzen eine spürbare Entlastung wird.



Entlastung entsteht nicht automatisch dadurch, dass eine weitere Person beteiligt ist. Wenn Sie weiterhin jeden Einkauf organisieren, alle Termine nachtelefonieren und bei jedem Einsatz dabeibleiben müssen, bleibt viel Verantwortung bei Ihnen. Ein guter Anfang ist deshalb die Frage: Welche Aufgabe soll vollständig leichter werden?

Belastung konkret benennen

Schreiben Sie eine Woche lang auf, welche Aufgaben regelmäßig anfallen. Unterscheiden Sie körperliche Hilfe, Haushalt, Begleitung, Organisation und ständige Erreichbarkeit. Markieren Sie anschließend zwei Aufgaben, deren Abgabe am meisten Freiraum schaffen würde. Das ist ein Organisationsvorschlag, kein medizinischer Belastungstest.

Aufgaben vollständig übergeben

„Beim Einkauf helfen“ kann Unterschiedliches bedeuten. Klären Sie Liste, Einkauf, Transport, Einräumen und Belege. Vereinbaren Sie, welche Rückfragen wirklich nötig sind und welche Entscheidungen selbstständig getroffen werden dürfen. Die Wünsche der unterstützten Person gehören ausdrücklich dazu.

Finanzierung passend prüfen

Der Entlastungsbetrag kann geeignete anerkannte Angebote unterstützen. Bei Verhinderung einer Pflegeperson kommt unter weiteren Voraussetzungen Ersatzpflege infrage. Umwandlung und private Ergänzungen können ebenfalls relevant sein. Diese Möglichkeiten dürfen nicht wahllos addiert oder für dieselbe Leistung doppelt abgerechnet werden.

Freie Zeit schützen

Planen Sie die gewonnene Zeit tatsächlich für Erholung, Arbeit oder eigene Termine ein. Vereinbaren Sie einen festen Termin, um die Unterstützung zu überprüfen. Wenn die Belastung trotz Hilfe anhält, nutzen Sie Pflegeberatung und gegebenenfalls persönliche fachliche Unterstützung. AuviaCare bespricht konkrete Alltagsaufgaben; eine medizinische oder psychologische Behandlung gehört nicht zum Angebot.

Quellen: § 45a SGB XI · § 45b SGB XI · § 39 SGB XI · § 7a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

14

Pflegegrad beantragen: Der Weg zur ersten Entscheidung

Vom Antrag bis zum Bescheid: Was Sie selbst vorbereiten können.



Wenn gesundheitliche Einschränkungen die Selbstständigkeit dauerhaft beeinträchtigen, kann ein Antrag auf Pflegeleistungen sinnvoll sein. Es muss nicht erst jede Hilfe ausgefallen sein. Der Antrag startet die Prüfung; er garantiert noch keinen bestimmten Pflegegrad.

Zuständige Stelle finden

Gesetzlich Versicherte wenden sich an ihre Pflegekasse, die bei der Krankenkasse angesiedelt ist. Privat Pflegeversicherte kontaktieren ihren Versicherer. Teilen Sie eindeutig mit, dass Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragen möchten, und lassen Sie den Eingang bestätigen. Unser Muster unterstützt die Formulierung, ersetzt aber keine offiziellen ergänzenden Unterlagen.

Warum der Zeitpunkt wichtig ist

Nach § 33 werden Leistungen auf Antrag gewährt; Beginn und Voraussetzungen müssen zusammenpassen. Wer erst später beantragt, erhält nicht beliebig rückwirkend Leistungen für lange zurückliegende Monate. Dokumentieren Sie deshalb den Antragszeitpunkt, auch wenn noch Unterlagen fehlen.

Ein Antrag startet die Prüfung, nicht die Zusage eines Pflegegrades.

Weiterlesen · Seite 24

Quellen: § 14 SGB XI · § 15 SGB XI · § 18c SGB XI · § 33 SGB XI

14

Pflegegrad beantragen: Der Weg zur ersten Entscheidung

WEITERLESEN · TEIL 2



Ein Antrag startet die Prüfung, nicht die Zusage eines Pflegegrades.

Das Wichtigste im Blick

Was wird geprüft?

Im Mittelpunkt stehen gesundheitlich bedingte Einschränkungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten, grundsätzlich für voraussichtlich mindestens sechs Monate. Geprüft werden etwa Mobilität, Selbstversorgung, Orientierung, krankheitsbezogene Anforderungen und Alltagsgestaltung. Eine Diagnose oder ein hohes Alter allein legt keinen Pflegegrad fest.

Auf den Termin vorbereiten

Notieren Sie konkrete Alltagssituationen: Was gelingt allein, wobei braucht es Anleitung, Aufsicht oder körperliche Hilfe? Legen Sie vorhandene relevante Befunde, Medikamentenplan und Hilfsmittelinformationen bereit. Eine vertraute Person kann mit Ihrem Einverständnis ergänzen, was im Gespräch sonst untergeht.

Danach

Die Pflegekasse entscheidet und übersendet grundsätzlich das Gutachten mit dem Bescheid, sofern Sie nicht widersprochen haben. Prüfen Sie Pflegegrad, Leistungsbeginn und Begründung. Bei Fragen nutzen Sie Pflegeberatung. Hilfe im Haushalt kann unabhängig davon privat angefragt werden; die spätere Kostenerstattung sollte aber nicht vorweggenommen werden.

Quellen: § 14 SGB XI · § 15 SGB XI · § 18c SGB XI · § 33 SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

15 Pflegebegutachtung vorbereiten, ohne etwas einzuüben

Unterlagen und konkrete Alltagssituationen helfen mehr als auswendig gelernte Antworten.



Die Begutachtung soll ein zutreffendes Bild des Unterstützungsbedarfs ergeben. Sie müssen keine Prüfung bestehen. Ziel ist, verständlich zu zeigen, was im Alltag selbstständig gelingt und wo regelmäßig Hilfe nötig ist.

Vor dem Termin sammeln

Legen Sie vorhandene aussagekräftige Befunde, aktuelle Medikamentenangaben, Hilfsmittel und gegebenenfalls Pflegedokumentation bereit. Sie müssen nicht wahllos jeden Arztbrief kopieren. Fragen Sie bei der Terminankündigung, welche Unterlagen konkret benötigt werden und wie das Gespräch durchgeführt wird.

Einen typischen Tag beschreiben

Gehen Sie gedanklich Morgen, Mahlzeiten, Medikamente, Wege, Freizeit und Nacht durch. Notieren Sie auch Erinnern, Beruhigen, Anleiten oder Beaufsichtigen. Unterstützung fällt nicht nur dort an, wo eine Person körperlich angefasst werden muss.

Eine vertraute Person einbeziehen

Wenn Sie möchten, kann jemand teilnehmen, der den Alltag gut kennt. Diese Person sollte ergänzen, nicht an Ihrer Stelle über Sie hinweg sprechen. Bei sensiblen Themen kann nach einer geeigneten Gesprächssituation gefragt werden. Unterschiede zwischen eigener Einschätzung und Beobachtung dürfen sachlich benannt werden.

Gute und schlechte Tage

Beschreiben Sie Schwankungen und deren Häufigkeit. Ein ungewöhnlich guter Tag soll Einschränkungen nicht verdecken; ein besonders schlechter Tag sollte nicht als dauerhafter Normalzustand dargestellt werden. Eigene Aufzeichnungen helfen, das einzuordnen.

Nach dem Gespräch

Notieren Sie offene Punkte und zusätzliche angeforderte Unterlagen. Prüfen Sie später das Gutachten darauf, ob wichtige Sachverhalte erfasst wurden. Ein anderer Pflegegrad als erhofft bedeutet nicht automatisch einen Fehler, kann aber Anlass für Rückfragen oder einen begründeten Rechtsbehelf sein.

Was Sie vermeiden sollten

Keine gefährlichen Tätigkeiten nur zum Vorführen ausprobieren. Keine Fähigkeiten absichtlich schlechter darstellen und keinen Hilfebedarf aus Scham verschweigen. Eine ehrliche, konkrete Beschreibung ist die beste Grundlage für die Entscheidung.

Quellen: § 14 SGB XI · § 15 SGB XI · § 18a SGB XI · § 18c SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

16

Höherstufung beantragen: Veränderungen konkret belegen

Wann eine erneute Prüfung sinnvoll sein kann und welche Unterlagen helfen.



Wenn sich die Selbstständigkeit dauerhaft verschlechtert hat, kann ein Antrag auf einen höheren Pflegegrad sinnvoll sein. Dabei wird nicht nur ein zusätzlicher Zeitbedarf gemeldet, sondern die aktuelle Situation erneut bewertet.

Was hat sich seit dem letzten Gutachten verändert?

Vergleichen Sie konkrete Tätigkeiten: Wird beim Aufstehen mehr Hilfe benötigt? Reicht Erinnerung nicht mehr aus? Sind nächtliche Unterstützung oder Anleitung häufiger geworden? Notieren Sie Beginn, Häufigkeit und Auswirkungen. Eine bloße neue Diagnose sagt noch nicht, wie sie den Alltag verändert.

Den Antrag stellen

Wenden Sie sich an die Pflegekasse beziehungsweise den privaten Versicherer und bitten Sie um erneute Prüfung des Pflegegrads. Lassen Sie den Eingang bestätigen. Unser Muster hilft bei der Formulierung. Es gibt keine Garantie, dass die Prüfung zu einer höheren Einstufung führt.

Unterlagen gezielt ergänzen

Hilfreich können das bisherige Gutachten, neue relevante Befunde, aktuelle Pflegeaufzeichnungen und eigene Alltagsbeobachtungen sein. Stellen Sie Unterschiede nachvollziehbar dar, statt möglichst viele unverbundene Dokumente einzureichen. Fragen Sie nach sicheren Übermittlungswegen.

Was passiert bei der Begutachtung?

Die Bewertung richtet sich nach der aktuellen Selbstständigkeit in den gesetzlichen Bereichen. Sie ist keine automatische Fortschreibung der gewünschten Punktzahl. Auch unveränderte oder verbesserte Fähigkeiten werden berücksichtigt. Lassen Sie sich bei Unsicherheit unabhängig beraten.

Bis zur Entscheidung

Planen Sie notwendige Hilfe, ohne den erwarteten höheren Betrag schon als zugesichert zu behandeln. Klären Sie private Übergangskosten und mögliche andere Hilfen gesondert. Der konkrete Leistungsbeginn hängt von den gesetzlichen Voraussetzungen und der Entscheidung ab.

Bescheid prüfen

Vergleichen Sie die neue Begründung mit Ihren Beobachtungen. Wenn relevante Sachverhalte fehlen, kommen Rückfragen und gegebenenfalls ein fristgerechter Rechtsbehelf in Betracht. Eine neue Verschlechterung nach einem Bescheid kann wiederum eine andere Fragestellung sein als ein Fehler in der damaligen Bewertung.

Quellen: § 14 SGB XI · § 15 SGB XI · § 18c SGB XI · § 33 SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

17

Wie lange dauert ein Pflegeantrag?

Entscheidungsfrist, Ausnahmen und sinnvolle Rückfragen bei Verzögerungen.

REGULÄRE FRIST

25 Arbeitstage

Ausnahmen und Unterbrechungen beachten.

Wenn Hilfe dringend gebraucht wird, ist das Warten auf einen Bescheid belastend. Die Pflegeversicherung sieht Entscheidungsfristen vor. Sie gelten jedoch nicht völlig unabhängig von der konkreten Situation und erforderlichen Mitwirkung.

Die reguläre Frist

Nach § 18c soll die Pflegekasse ihre Entscheidung spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitteilen. Arbeitstage sind nicht einfach Kalendertage. Für bestimmte dringliche Situationen gelten verkürzte Verfahren, etwa in gesetzlich beschriebenen Krankenhaus- oder Hospizkonstellationen.

Was kann den Ablauf verändern?

Zwingend erforderliche fehlende Unterlagen können den Fristlauf unterbrechen. Verzögerungen, welche die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, werden gesondert behandelt. Auch eine neu zu terminierende Begutachtung kann Folgen haben. Fragen Sie deshalb nach dem konkreten Grund statt nur nach einem allgemeinen Bearbeitungsstand.

Eine nachvollziehbare Zeitleiste führen

Notieren Sie Antragseingang, Unterlagenanforderungen, eigene Rücksendungen und Begutachtungstermin. Bewahren Sie Bestätigungen auf. So lässt sich klären, welche Zeitspanne tatsächlich maßgeblich ist.

Geld bei Fristüberschreitung?

Das Gesetz sieht unter bestimmten Voraussetzungen 70 Euro je begonnener Woche der Fristüberschreitung vor. Es gibt Ausnahmen. Daraus folgt keine automatische Leistungsbewilligung und keine pauschale Zahlung allein nach Ablauf von 25 Kalendertagen. Lassen Sie Ihren Fall konkret prüfen.

Bei dringendem Versorgungsbedarf

Teilen Sie der Pflegekasse mit, weshalb eine schnelle Entscheidung nötig ist, und fragen Sie nach dem passenden Verfahren. Ein Krankenhaussozialdienst oder eine Pflegeberatungsstelle kann bei der Organisation unterstützen. Medizinische Notfälle gehören nicht in eine normale Website-Anfrage.

Parallel planen

Sie können bereits Angebote für Alltagshilfe vergleichen. Vermeiden Sie dabei Verträge, deren private Kosten Sie nur aufgrund einer erwarteten rückwirkenden Zusage tragen könnten. Eine unverbindliche Bedarfsklärung ist von einer verbindlichen Bestellung zu unterscheiden.

Quellen: § 18c SGB XI · § 18a SGB XI · § 33 SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

18

Pflegekassenbudget prüfen: Welche Zahl ist verlässlich?

Ansprüche, offene Rechnungen und bereits bestätigte Mittel sauber unterscheiden.

BUDGET KLÄREN

- Anspruch
- Verbrauch
- Offene Rechnungen

Ein gesetzlicher Höchstbetrag ist nicht dasselbe wie ein aktuell verfügbarer Betrag. Wer mehrere Hilfen nutzt, braucht eine Übersicht, die Anspruch, Verbrauch und noch offene Abrechnung trennt.

Vier Fragen statt einer Gesamtsumme

Fragen Sie beim Entlastungsbetrag nach Anspruchsjahr und Übertrag. Für eine Umwandlung zählen der betreffende Monat und die bereits genutzten Sachleistungen. Bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege geht es um den gemeinsamen Jahresverbrauch. Private Bezahlung ist wiederum kein Pflegekassenbudget. Diese Angaben lassen sich nicht sinnvoll zu einem einzigen frei verfügbaren Topf addieren.

Was kann noch fehlen?

Ein Anbieter kann bereits Leistungen erbracht haben, deren Rechnung noch nicht eingegangen ist. Eine Kasse kann einen Beleg prüfen, ohne ihn schon im Verbrauch auszuweisen. Der zuletzt genannte Stand kann deshalb höher sein als der nach Abschluss aller Vorgänge verbleibende Rahmen.

So fragen Sie konkret nach

Nennen Sie den Stichtag und die gewünschte Leistungsart. Bitten Sie um getrennte Angaben zu bestätigtem Anspruch, verbuchten Erstattungen, offenen Vorgängen und gegebenenfalls Resten aus dem Vorjahr. Bewahren Sie die Antwort mit Datum auf. Für sensible Unterlagen nutzen Sie den sicheren Kontaktweg Ihrer Pflegeversicherung.

Quellen: § 45b SGB XI · § 45a SGB XI · § 42a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

18 Pflegekassenbudget prüfen: Welche Zahl ist verlässlich?

WEITERLESEN · TEIL 2



Anspruch ist nicht dasselbe wie Kontostand.

Das Wichtigste im Blick

Eigene Übersicht führen

Erfassen Sie jede Rechnung einmal mit Anbieter, Leistungsdatum, Betrag, vorgesehener Finanzierung und Bearbeitungsstand. Kennzeichnen Sie Schätzungen ausdrücklich als unbestätigt. Die gleiche Rechnung darf nicht gleichzeitig mehreren Budgets als offen zugeordnet werden.

Was geschieht bei AuviaCare?

Eine von Ihnen genannte Zahl ist zunächst eine Angabe, keine freigegebene Kostenübernahme. Wir klären den Einsatz und die vorgesehene Abrechnung. Erst nach Prüfung werden Zusagen und Eigenanteile vereinbart. Eine Website-Anfrage löst keine Budgetgutschrift aus.

Wenn sich Angaben widersprechen

Lassen Sie die Pflegekasse und beteiligte Anbieter denselben Zeitraum vergleichen. Häufig unterscheiden sich Leistungsdatum und Buchungsdatum. Ein transparenter Abgleich ist hilfreicher als die Annahme, einer der Beteiligten müsse zwingend falsch rechnen.

Quellen: § 45b SGB XI · § 45a SGB XI · § 42a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

19

Angehörige aus der Ferne unterstützen

Verlässliche Absprachen sind wichtiger als dauernde Kontrolle.



Auch mit größerer Entfernung lässt sich Unterstützung organisieren. Entscheidend ist, erreichbare Menschen vor Ort und überschaubare Aufgaben miteinander zu verbinden. Häufige Anrufe allein lösen weder einen leeren Kühlschrank noch eine ungeklärte Vertretung.

Gemeinsam eine Kontaktstruktur aufbauen

Notieren Sie mit Einverständnis der unterstützten Person wichtige Kontakte und deren Aufgaben. Wer darf bei Terminänderungen informiert werden? Wer hat tatsächlich Zugang zur Wohnung? Geben Sie Kontaktdaten nicht ungefragt an einen großen Verteiler weiter.

Aufgaben auswählen, die aus der Ferne funktionieren

Terminübersichten, Angebotsvergleiche und die Vorbereitung eines Beratungsgesprächs können oft auf Abstand erledigt werden. Rechnungen und Versicherungsunterlagen sollten nur über abgestimmte sichere Wege geteilt werden. Zugangsdaten gehören nicht in gemeinsame offene Notizen.

Besuchszeiten sinnvoll nutzen

Besprechen Sie bei einem Besuch, was gut funktioniert und wo Hilfe fehlt. Vermeiden Sie, jede persönliche Begegnung auf Kontrolle und Papierarbeit zu reduzieren. Ein konkreter Wochenplan kann zeigen, welche Lücken durch Familie und welche durch externe Unterstützung geschlossen werden sollen.

Ausfälle mitdenken

Klären Sie eine zweite erreichbare Person und einen Plan für kurzfristige Absagen. Ein Alltagsdienst ist kein jederzeit verfügbarer Notrufdienst. Bei komplexen Situationen kann die Pflegeberatung nach § 7a die Beteiligten koordinieren helfen. AuviaCare klärt Einsatzort, Termine und Rückkontakt im konkreten Auftrag, ohne automatisch eine Rundumüberwachung zu übernehmen.

Verlässliche Absprachen statt dauernder Kontrolle.

Quellen: § 7a SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

20 Pflegeberatung: Ansprüche und Versorgung gemeinsam ordnen

Was eine Beratung nach § 7a leisten kann.



Pflegeberatung hilft, eine unübersichtliche Situation in konkrete nächste Schritte zu übersetzen. Es geht um den Unterstützungsbedarf, mögliche Sozialleistungen und eine passende Versorgung. Die gesetzliche Pflegeberatung ist von einem Verkaufsgespräch eines einzelnen Anbieters zu unterscheiden.

Ihr Anliegen vorbereiten

Notieren Sie zuerst, was gerade nicht funktioniert: Versorgung am Morgen, fehlende Entlastung, unklare Rechnungen oder ein bevorstehender Klinikaufenthalt. Ergänzen Sie bestehende Hilfe und offene Entscheidungen. Sie müssen die Namen aller Leistungen nicht schon kennen.

Was wird erarbeitet?

§ 7a sieht unter anderem die Erfassung des Hilfebedarfs, einen individuellen Versorgungsplan und Unterstützung bei dessen Umsetzung vor. Angehörige können mit Zustimmung der berechtigten Person einbezogen werden. Die Beratung soll Leistungen und Beteiligte sinnvoll aufeinander abstimmen.

Eine Zuständigkeit finden

Wenden Sie sich an die Pflegekasse und fragen Sie ausdrücklich nach Pflegeberatung. Örtliche Pflegestützpunkte sind ebenfalls geeignete Anlaufstellen. Privatversicherte erfragen das Beratungsangebot ihrer Pflegepflichtversicherung. Klären Sie, ob ein Gespräch zu Hause, telefonisch oder in einer Beratungsstelle möglich ist.

Mit Ergebnissen weiterarbeiten

Bitten Sie um eine verständliche Zusammenfassung: Wer beantragt was, bis wann, bei welcher Stelle? Halten Sie auch fest, welche Finanzierung noch offen ist. AuviaCare bespricht das eigene Angebot der Alltagshilfe, behauptet mit diesem Artikel aber keine Berechtigung zur gesetzlichen Pflegeberatung. Unabhängige Beratung können Sie nutzen, ohne AuviaCare zu beauftragen.

Quellen: § 7a SGB XI · § 7b SGB XI · § 7c SGB XI

Prüfstand laut Ausgangsfassung: 18.09.2026 · Redaktionsfassung

Gut vorbereitet ins Gespräch mit der Pflegekasse.

Gesprächscheckliste für die Pflegekasse

- [ ] Welcher Betrag ist nach Anspruchsjahr noch verfügbar?
- [ ] Welche Rechnungen sind eingegangen, aber noch nicht verarbeitet?
- [ ] Bis wann muss ein Vorjahresrest genutzt werden?
- [ ] Welche Leistung wurde welchem Budget zugeordnet?
- [ ] Welche Auswirkungen hat eine Kombination auf Pflegegeld oder Sachleistung?
- [ ] Welche Unterlagen oder Belege fehlen?

Tipp: Halten Sie Datum, Ansprechperson und bestätigte Auskünfte auf der nächsten Seite fest.

Zu den Notizen · S. 33

Ihre Fragen. Ihre Notizen.

Für das Gespräch, die Planung und alles, was Sie festhalten möchten.

Datum / Pflegekasse

Ansprechperson

Diese Auskunft wurde bestätigt

Diese Fragen sind noch offen

Meine nächsten Schritte

Quellen zum Nachlesen

Quellenverzeichnis aus der gelieferten Fachfassung. Verlinkungen öffnen die jeweilige Originalquelle; ihre heutige Erreichbarkeit wurde für diese Gestaltung nicht erneut geprüft.

01 **§ 40 SGB XI – Pflegehilfsmittel**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__40.html
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

02 **Pflegehilfsmittel**
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause/pflegehilfsmittel
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

03 **§ 45b SGB XI – Entlastungsbetrag**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__45b.html
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

04 **§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag und Umwandlungsanspruch**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__45a.html
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

05 **§ 36 SGB XI – Pflegesachleistung**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__36.html
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

06 **§ 37 SGB XI – Pflegegeld**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__37.html
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

07 **§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__42a.html
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

08 **Weitere Leistungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag**
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause/weitere-leistungen-und-angebote-zur-unterstuetzung-im-alltag
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

Weitere Primärquellen

Quellenverzeichnis aus der gelieferten Fachfassung. Verlinkungen öffnen die jeweilige Originalquelle; ihre heutige Erreichbarkeit wurde für diese Gestaltung nicht erneut geprüft.

09 **Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung ab 1. Januar 2025**
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegeversicherung_Leistungsbeitraege/Leistungsbeitraege_SPV_ab_1.1.2025.pdf
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

10 **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**
https://www.aok.de/pk/formulare-antraege/leistungen-pflegeversicherung/
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

11 **Kontaktformular für Versicherte**
https://www.aok.de/pk/kontakt/kontaktformular/
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

12 **Pflege-Antrag**
https://www.tk.de/service/form/2077146/pflegeantrag.form
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

13 **So beantragen Sie Pflegeleistungen**
https://www.barmer.de/unsere-leistungen/pflege/antraege-auf-pflegeleistungen-1003510
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

14 **BARMER Kontakt**
https://www.barmer.de/persoenliche-beratung
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

15 **Wie beantrage ich Pflegesachleistungen?**
https://www.dak.de/dak/ihr-anliegen/pflege/pflegesachleistungen/wie-beantrage-ich-pflegesachleistungen_21310
Prüfdatum laut Ausgangsfassung: 20.09.2026

Transparent. Nachvollziehbar. In Ihrem Tempo.

Was dieser Ratgeber leistet

Allgemeine Orientierung – keine individuelle Rechts-, Pflege- oder Anspruchsberatung. Verfügbare Beträge und Erstattungen bestätigt die zuständige Pflegekasse.

Stand und Freigabe

Inhaltlicher Stand der übergebenen Fassung: 20.09.2026. Version: 2026.09-review. Die fachlichen Kapitel sind dort mit Prüfstand 18.09.2026 und Redaktionsstatus „review“ versehen. Vor einer späteren Veröffentlichung ist die redaktionelle Freigabe der vollständigen Fassung erforderlich.

Was bei der Gestaltung geändert wurde

Die 20 Fachkapitel wurden vollständig neu gesetzt. Hinzugekommen sind Bildmotive, eine neu gestaltete Übersicht, klickbare Navigation, ein eigenständiger Kontaktbereich und besser nutzbare Notizseiten. Diese Gestaltung ist keine erneute fachliche oder rechtliche Prüfung.

Markenauftritt

Das AuviaCare-Logo wurde aus der bereitgestellten Originaldatei übernommen.

Herausgeber und Kontakt

AuviaCare UG (haftungsbeschränkt) · Gertrudstr. 49 · 27751 Delmenhorst 04221 4500168 · info@auviacare.de

Zum Ausdrucken geeignet. Auf dem Bildschirm führt ein Klick auf „Inhalt“ jederzeit zurück zur Übersicht.

AuviaCare

gemeinsam den Alltag leichter machen

Inhalt



GEMEINSAM DEN ALLTAG LEICHTER MACHEN

Wir unterstützen Sie im Alltag.

Haushalt & Reinigung · Einkäufe & Besorgungen
Begleitung & Betreuung · Angehörige entlasten

04221 4500168

info@auviacare.de

www.auviacare.de

AuviaCare UG (haftungsbeschränkt)
Gertrudstr. 49 · 27751 Delmenhorst

Zur Website

Einsatzort, Leistungsumfang, Termine und Abrechnung klären wir im persönlichen Gespräch.