

12.05.2026

Sozialrechtliche Informationen – kompakt

Wichtig

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir als pädagogisches Team keine verbindliche Rechtsberatung und/oder medizinische bzw. therapeutische Aussagen erbringen und dass wir immer auch eine rechtliche Beratung oder Vertretung durch zugelassene Anwält*innen (vorzugsweise Fachanwält*innen für Sozialrecht) empfehlen. Betrachten Sie unsere Hinweise darum als grundsätzliche Hinweise.

Verhinderungspflege: neue Frist für Erstattungsanträge

Seit dem 01.01.2026 gilt für die Verhinderungspflege eine neue Frist zum Einreichen von Erstattungsanträgen. **Ein Erstattungsantrag muss jetzt spätestens bis zum 31.12. des auf die Leistung folgenden Kalenderjahres bei der Pflegekasse eingehen.** Ist eine Verhinderungspflege also z. B. in 2025 erbracht worden, muss die Erstattung bis zum 31.12.2026 bei der Pflegekasse beantragt werden.

Verhinderungspflege: rückwirkende Ansprüche für die Jahre 2022–2024

Bis zum 31.12.2025 galt: Verhinderungspflege konnte für die letzten 4 Jahre rückwirkend geltend gemacht werden. Bis zu diesem Zeitpunkt bestanden demnach ggf. noch **rückwirkende Ansprüche, die durch die Neuregelung erloschen sind.** Dies betrifft die Jahre 2022 bis 2024. Der Gesetzgeber hat bei der Neuregelung versäumt, eine Übergangsregelung zu schaffen, nach der die Ansprüche aus den Jahren 2022-2024 noch bestehen bleiben. Ob diese Übergangsregelung noch geschaffen wird, bleibt abzuwarten.

Falls Sie noch offene Erstattungsansprüche für die Verhinderungspflege aus den Jahren 2022-2024 haben und die Erstattung abgelehnt wird, legen Sie Widerspruch ein und weisen Sie darauf hin, dass die Pflegekasse ihrer Informationspflicht vor Inkrafttreten der neuen Frist nicht nachgekommen ist.

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Seit dem 01.07.2025 werden die Jahresbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem sogenannten Gemeinsamen Jahresbetrag (oder auch Entlastungsbudget) in Höhe von 3.539 € zusammengefasst.

Was ändert sich durch den Gemeinsamen Jahresbetrag?

- Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege können bis zu einem maximalen Zeitraum von jeweils 8 Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden, bis der Betrag in Höhe von 3.539 € ausgeschöpft ist.
- Beide Leistungen sind nach wie vor in getrennten Paragraphen geregelt und haben unterschiedliche Zwecke und Formen.
- Die Vorpflegezeit von 6 Monaten bei der Verhinderungspflege entfällt.
- Ist die Ersatzpflegeperson bei Verhinderungspflege mit Ihrem Kind bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert oder lebt sie mit in der häuslichen Gemeinschaft, ist die jährliche Leistung der Verhinderungspflege auf den **2-fachen Betrag** des Pflegegeldes des jeweiligen Pflegegrades beschränkt. Fahrtkosten und Verdienstausschluss werden in diesem Fall zusätzlich bis zum Erreichen von 3.539 € erstattet.

Hospizpflege wird nachrangig erbracht

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 27 Jahren haben Anspruch auf Hospizpflege nach § 39a SGB V, sofern ärztlich bescheinigt wurde, dass eine lebenslimitierende Erkrankung vorliegt. Mit der Hospizpflege können 28 Tage im Jahr in personell und fachlich sehr gut ausgestatteten Kinder- und Jugendhospizen gebucht werden, um Entlastung für die ganze Familie zu schaffen.

Es ist jedoch zu beachten, dass Leistungen der Pflegeversicherung zuvor aufgebraucht werden, sofern sie vorhanden sind. Das heißt, dass **bei einem Aufenthalt in einem Kinder- und Jugendhospiz vorrangig**

- der **Gemeinsame Jahresbetrag** als Kurzzeitpflege in zu dem Zeitpunkt bestehender Höhe, maximal 3.539 € und/oder
- die **Leistungen der stationären Pflege** bis zu ihrem Höchstbetrag (2.096 € monatlich bei Pflegegrad 5)

verbraucht werden, bevor die Krankenkasse die restlichen Kosten über die Hospizpflege übernimmt (bis auf 5%, die das Hospiz selbst aufzubringen hat).

Bitte beachten Sie aus diesem Grund bei Planungen von Aufenthalten in Kinder- und Jugendhospizen, dass diese Ihren Gemeinsamen Jahresbetrag und damit Ihre Mittel für Kurzzeit- und Verhinderungspflege vollständig aufbrauchen können. Falls im betreffenden Kalenderjahr schon Verhinderungspflege erbracht wurde, lassen Sie sich diese erstatten, bevor Sie einen Antrag auf Hospizpflege stellen.

Außerdem ist zu beachten, dass das Pflegegeld für die Dauer dieser Aufenthalte teilweise zu 50% (während der Finanzierung über den Gemeinsamen Jahresbetrag) und teilweise gar nicht (während der Finanzierung über die stationäre Pflege oder über Hospizpflege) weitergezahlt wird.

Für einige Kinder- und Jugendhospize gelten andere Finanzierungsmodelle. Sprechen Sie mit der Einrichtung Ihres Vertrauens.

Anspruch auf Auskunft über verbrauchte Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist nach § 108 SGB 11 dazu verpflichtet, ihren Versicherten Auskünfte über verbrauchte Leistungen und abgerechnete Kosten zu geben. Der Umfang dieser Auskünfte umfasst:

- einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten,
- Stände selbst verbrauchter bzw. abgerechneter Leistungen,
- Abrechnungen durch Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste) inklusive Abrechnungsunterlagen.

Eine solche Aufstellung können sie auch automatisch jedes Kalenderhalbjahr erhalten. Beantragen Sie hierfür

- gem. § 108 Abs. 1 SGB 11 Auskunft über die in den letzten 18 Monaten in Anspruch genommenen Leistungen und die dadurch entstandenen Kosten sowie
- einmal pro Halbjahr die regelmäßige Übersicht über in Anspruch genommene Leistungen und die dadurch entstandenen Kosten einschließlich der in § 108 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB 11 benannten Detailinformationen zu den abgerechneten Leistungen.
- Geben Sie – falls gewünscht – an, dass Sie Ihren Online-Bereich nicht nutzen und bitten Sie um Zusendung der o. g. Auskünfte und Detailinformationen auf dem Postweg.

Mündliche Ablehnungen der Pflegekassen

Wenn Sie einen Antrag bei der Pflegekasse gestellt haben, kann diese ihre Entscheidung in schriftlicher, elektronischer oder mündlicher Form mitteilen. In bestimmten Fällen darf die Entscheidung nur schriftlich mitgeteilt werden wie z. B. bei Entscheidungen zum Pflegegrad oder auch Empfehlungen des Medizinischen Dienstes zu Leistungen der Medizinischen Rehabilitation.

Sollten Sie telefonisch von der Pflegekasse über eine Ablehnung Ihres Antrags informiert werden, empfehlen wir Ihnen, im Telefonat eine schriftliche Entscheidung bei der Pflegekasse anzufordern. Bei einer mündlichen Ablehnung ist oft keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, die besagt, dass Sie innerhalb von vier Wochen Widerspruch einlegen können – der Anspruch auf Widerspruch besteht dennoch.

Tipp: Wenn Sie nicht in die Kontaktaufnahme per Telefon eingewilligt haben, darf die Pflegekasse Sie nicht telefonisch kontaktieren. Die Bekanntgabe einer mündlichen Ablehnung sollte hiermit ausgeschlossen sein, falls Sie nicht selbst telefonisch bei der Pflegekasse nachfragen. Sollten Sie bereits in die telefonische Kontaktaufnahme eingewilligt haben, können Sie diese jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Entlastungsbetrag für ehrenamtlich Helfende aus der Nachbarschaft nutzen

Bekannte, Freundinnen und Freunde oder Menschen aus der Nachbarschaft können eine wertvolle Unterstützung im Pflegealltag sein. Um Ihnen eine Aufwandsentschädigung im Rahmen des Entlastungsbetrags (§ 45b SGB 11) zahlen zu können, müssen die Helfenden als „Angebot zur Unterstützung im Alltag“ anerkannt sein. Die Anerkennungsvoraussetzungen sind in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich. Eine gute Übersicht bietet die Seite „Pflege-Dschungel“: pflege-dschungel.de/nachbarschaftshilfe-2025

Inkontinenzversorgung: Keine Patientenerklärungen unterschreiben

Viele Versicherte machen die Erfahrung, dass Ihnen Hilfsmittel zur Versorgung von Inkontinenz nicht in ausreichender Qualität und Menge zur Verfügung gestellt werden. Die Mehrkosten (Differenz von der „Kassen-Versorgung“ zu ihrer gewünschten Versorgung) sollen sie selbst zahlen. Hierfür gibt es von den Leistungserbringern (Sanitätshäusern, etc.) zum Teil Formulare mit Bezeichnungen wie „Patientenerklärung“ oder „Mehrkosten-erklärung“:

Der BVKM e. V. (Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V.) empfiehlt, diese nicht zu unterschreiben. Stattdessen sollten Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse auf ihrem Versorgungsanspruch bestehen. Die Krankenkasse ist verpflichtet, geeignetes Inkontinenzmaterial in ausreichender Menge zur Verfügung zu stellen.

Rechtliche Rahmenbedingungen, Tipps für Betroffene und Musterbegründungen stellt der BVKM e. V. auf seiner Website zum kostenfreien Download zur Verfügung: bvkm.de/ratgeber/inkontinenzversorgung/

Krankenhausbegleitung – Bescheinigung über medizinische Notwendigkeit vorab erhalten

In der Krankenhausbegleitungsrichtlinie (KHB-RL) ist geregelt, dass Begleitpersonen bei Krankenhausaufenthalten mit aufgenommen werden können. Die hierfür benötigte ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit erhalten Sie auf zwei Wegen:

- Vom vertragsärztlichen Personal des Krankenhauses in der akuten Aufnahmesituation oder
 - Von Ihrer hausärztlichen Praxis unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt.
- Die Bescheinigung ist dann für die Dauer von 2 Jahren gültig.

Gut zu wissen: Eine Begleitperson muss nicht zwangsläufig stationär mit aufgenommen werden. Die Begleitung kann auch in Form einer ganztägigen Anwesenheit (8 Stunden täglich zuzüglich An- und Abreise) erfolgen.

Quellen:

www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1067

www.g-ba.de/downloads/62-492-2951/KHB-RL_2022-08-18_iK-2022-11-01.pdf

Krankengeld bei stationärer Mitaufnahme

Es besteht ein Anspruch auf **Krankengeld für Eltern**, wenn diese während einer stationären Behandlung ihres Kindes z. B. im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommen werden müssen.

Der Anspruch besteht **für die gesamte Dauer der Mitaufnahme, wenn diese „medizinisch notwendig“ ist** und soll den Verdienstaufschlag des Elternteils ausgleichen.

- Höhe des Kinderkrankengelds: ca. 90 % des regelmäßig erzielten Nettoeinkommens, maximal jedoch 135,63 € pro Tag
- Leistungspflichtig ist die Krankenkasse des begleitenden Elternteils.
- Bei Kindern unter 9 Jahren wird von einer medizinischen Notwendigkeit grundsätzlich ausgegangen. Kinder bis 12 Jahre und Kinder mit Behinderungen, die auf Hilfe angewiesen sind, benötigen eine ärztliche Bescheinigung der Klinik.

Um das Krankengeld während der stationären Mitaufnahme zu erhalten, stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse nach § 45 Abs. 1a Sozialgesetzbuch (SGB) 5.

Dieser Anspruch **wird häufig auch Kinderkrankengeld genannt** und ist nicht zu verwechseln mit dem herkömmlichen (Kinder-)Krankengeld, das der häuslichen Betreuung eines kranken Kindes dient und auf eine bestimmte Anzahl von Tagen begrenzt ist.

In aller Kürze

- Das **Pflegegeld** wird bei stationären Aufenthalten der pflegebedürftigen Person in einem Krankenhaus oder einer Rehaklinik **bis zu 8 Wochen** weitergezahlt.
- Bei Personen mit PG 4 oder 5, die Pflegegeld beziehen, sind **Beratungsbesuche nur noch halbjährlich** verpflichtend (und bleiben weiterhin vierteljährlich möglich, wenn dies der Wunsch der Versicherten ist).
- **Vereinfachter Zugang zu Hilfsmitteln** seit dem 01.03.2025: Kinder und Jugendliche, die in einem SPZ behandelt werden, sowie erwachsene Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen, die in einem MZEB behandelt werden, sollen künftig einfacher erforderliche Hilfsmittel genehmigt bekommen. Empfiehlt das SPZ oder MZEB ein Hilfsmittel, so ist von einer medizinischen Notwendigkeit auszugehen und die Krankenkasse muss den Antrag ohne Prüfung genehmigen.

Wichtig

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, **dass wir als pädagogisches Team keine verbindliche Rechtsberatung erbringen** und dass wir immer auch eine rechtliche Beratung oder Vertretung durch zugelassene Anwälte*innen (vorzugsweise Fachanwält*innen für Sozialrecht) empfehlen. Betrachten Sie unsere Hinweise darum als grundsätzliche Hinweise.

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet, gleichwohl sind sie unverbindlich. Irrtümer können nicht ausgeschlossen werden. Des Weiteren können seit Erstellung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Deshalb wird keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen wird ausgeschlossen.

Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich jederzeit gerne an uns. Wir unterstützen Sie gerne bei weiterer Recherche.

Lumia Stiftung

Telefon 05 11 – 70 03 17 44

info@lumiastiftung.de