

## BERATUNGSSTANDPUNKT

### ZU DEN KOSTEN IN VOLLSTATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN<sup>1</sup>

#### Zusammenfassung

Vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung muss ein schriftlicher Vertrag zwischen der Einrichtung und der zukünftigen Bewohner:in geschlossen werden, in dem die Leistungen und die Kosten aufgelistet sind. Die Kosten setzen sich zusammen aus:

- Pflegevergütung
- Unterkunft und Verpflegung
- Investitionskosten
- Ausbildungsumlage

Die Finanzierung wird sowohl von der Bewohner:in als auch von der Pflegekasse getragen. Voraussetzung ist ein Pflegegrad. Will die Pflegeeinrichtung die Kosten erhöhen, muss sie dies schriftlich begründen, detailliert aufschlüsseln und der Vertragspartner:in mitteilen.

#### Problemlage

Die Kostenberechnungen, die durch einen Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung entstehen - einschließlich der Regelungen zur Kostenübernahme durch Kostenträger - sind für Laien nicht einfach nachzuvollziehen. Die Kosten für eine Heimunterbringung können zudem im Laufe des Aufenthalts steigen. Für die in der Pflegeeinrichtung lebende Person bzw. deren gesetzliche Vertreter:innen ist nicht immer eindeutig, ob eine Kostenerhöhung angemessen und damit zu akzeptieren ist.

#### Inhalt

- » Sachverhalt
- » Kosten in vollstationären Pflegeeinrichtungen - wer zahlt was?
  - » Pflege, Betreuung, medizinische Behandlungspflege und Ausbildungsumlage
  - » Unterkunft und Verpflegung
  - » Investitionskosten
  - » Zusatzleistungen
- » Wann darf die vollstationäre Pflegeeinrichtung die Kosten erhöhen?
- » Kündigungsrecht
- » Weiterführende Informationen

---

<sup>1</sup> Die Begriffe „vollstationäre Pflegeeinrichtung“, „Pflegeeinrichtung“ und „Heim“ werden in diesem Beratungsstandpunkt jeweils in einheitlicher Bedeutung verwendet.



## Sachverhalt

Grundsätzlich muss die Pflegeeinrichtung vor Vertragsabschluss ihrer vorvertraglichen Informationspflicht nachkommen. Hierbei muss sie u. a. ihr Leistungsangebot und die damit verbundenen Kosten gegenüber den künftigen Bewohner:innen darlegen. Im Vorgespräch und im Vertrag müssen die einzelnen Posten gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG) gesondert aufgeführt werden. Die Angaben zu den Entgelten für die jeweiligen Leistungen werden getrennt nach:

- » Überlassung des Wohnraums
- » Pflege- oder Betreuungsleistungen
- » Verpflegung (wenn diese Teil der Betreuungsleistung ist)
- » einzelne weitere Sonderleistungen
- » gesondert berechenbare Investitionskosten
- » Gesamtentgelt

Bei Vertragsbeginn werden immer die Kosten zugrunde gelegt, die der Bewohner:in zu diesem Zeitpunkt für die Leistungen der Pflegeeinrichtung insgesamt entstehen. Die Kosten für die Bewohner:innen können im Laufe des Aufenthaltes steigen. Die Gründe dafür und das Verfahren bei Kostensteigerungen werden ab S. 8 dargestellt.

## Kosten in vollstationären Pflegeeinrichtungen - wer zahlt was?

### Pflege, Betreuung, medizinische Behandlungspflege & Ausbildungsumlage

In der sog. Pflegesatzvereinbarung werden Art, Inhalt, Umfang und Kosten für die Leistungen der Pflegeeinrichtung vereinbart, für welche diese eine Vergütung beansprucht. Diese Vereinbarung wird zwischen der jeweiligen Pflegeeinrichtung, den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern geschlossen. Die folgenden Leistungen sind Gegenstand der Vereinbarung:

- » Pflegeleistungen,
- » Betreuung,
- » medizinische Behandlungspflege (soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht).

Die Pflegesatzvereinbarungen werden in der Regel jährlich neu verhandelt und entsprechend angepasst (§§ 84, 85 SGB XI). Sie sind maßgeblich für die Höhe der Kostenübernahme durch die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger. Nicht berücksichtigt werden in der Vereinbarung Aufwendungen, die nicht in die Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung fallen.



### Gut zu wissen

Im Pflegesektor werden, anders als in den meisten anderen Branchen, die Kosten für die Ausbildung des Personals grundsätzlich auf die einzelnen Bewohner:innen einer Einrichtung umgelegt (§ 82a SGB XI). Einrichtungen, die ausbilden, sind entsprechend teurer als Einrichtungen, die dies nicht tun. In Nordrhein-Westfalen und einigen anderen Bundesländern wird daher von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Kosten aller Auszubildenden in der Pflege auf die Bewohner:innen aller Pflegeeinrichtungen im entsprechenden Bundesland umzulegen. Alle Bewohner:innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen in NRW zahlen daher gleichermaßen einen vom Land festgelegten Betrag in einen Fonds ein, aus dem die Ausbildungen refinanziert werden. Weil derzeit zwei Systeme der Ausbildung gleichzeitig existieren, ist es auch möglich, dass zwei Kostenpositionen zur Ausbildungsfinanzierung abgerechnet werden.

#### *Leistungen der Pflegekasse bei vollstationärer Pflege*

Abhängig vom Pflegegrad leistet die Pflegekasse monatlich folgende Beträge für Pflege, Betreuung, medizinische Behandlungspflege und Ausbildungskosten (§§ 43, 84 SGB XI):

Leistungsart	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Stationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	131 € Entlastungs- betrag	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

#### *Der „Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“ und die Ermittlung seiner Höhe*

Früher stieg der über die Leistung der Pflegeversicherung hinausgehende Anteil der Heimbewohner:in an den Pflegekosten mit zunehmendem Pflegegrad stärker als die Leistung der Pflegeversicherung. Zur Abhilfe wurde der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) geschaffen. Der EEE bezeichnet den Anteil an den **Pflegekosten** in Pflegeheimen, der über die Leistungsbeträge der Pflegekasse hinausgeht und daher von den Bewohner:innen selbst bezahlt werden muss. Zur Ermittlung des Eigenanteils werden zunächst die Pflegekosten aller Bewohner:innen der Pflegegrade 2 bis 5 um die Leistung der Pflegeversicherung vermindert. Daraus ergibt sich der für die Pflege zu zahlende Eigenanteil je Bewohner:in. Die Summe der Eigenanteile **aller** Heimbewohner:innen wird nun durch die Anzahl der Heimbewohner:innen geteilt. Der so ermittelte Durchschnittswert ist der für alle Heimbewohner:innen der Pflegegrade 2 bis 5 in gleicher Höhe zu zahlende Eigenanteil. Der EEE variiert zwischen den Einrichtungen.



### *Der Zuschuss zum Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und die Berechnung seiner Höhe*

Um pflegebedürftige Personen in der vollstationären Versorgung finanziell zu entlasten, gewährt die Pflegeversicherung seit dem **01.01.2022** auf der Grundlage des “Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung” (GVWG) einen Zuschuss zum EEE, der zum 01.01.2024 noch einmal erhöht wurde. Dabei handelt es sich um einen Anspruch der pflegebedürftigen Person gegenüber der Pflegekasse. Eine gesonderte Beantragung ist nicht erforderlich, da die Pflegeeinrichtung der Pflegekasse den Zuschuss in Rechnung stellt. Die Pflegeeinrichtung stellt der pflegebedürftigen Person lediglich den verbleibenden Eigenanteil nach Abzug des pflegegradabhängigen Leistungsbetrages (siehe Tabelle, S. 3) sowie des Leistungszuschusses zum EEE in Rechnung.

Die Höhe des Zuschusses berechnet sich einerseits nach der tatsächlichen Dauer der Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Versorgung in der Pflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI und andererseits nach der Höhe des pflegebedingten Eigenanteils einschließlich der Ausbildungsumlage. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 sowie pflegebedürftige Personen, die in nicht zugelassenen Einrichtungen bzw. Einrichtungen (ohne Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI) leben, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschuss.



#### Gut zu wissen

Die Berechnung des Leistungszuschusses erfolgt **nicht** auf der Grundlage des tatsächlich gezahlten einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE), sondern auf der Grundlage des Eigenanteils, der sich aus den pflegegradabhängigen pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage abzüglich des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI ergibt. Hierdurch können sich Abweichungen ergeben, die im Bereich von Centbeträgen liegen.

#### **Zuschuss zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen (§ 43c SGB XI) ab 01.01.2024:**

Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung	Zuschuss auf den Eigenanteil
Bis zu 12 Monaten	15 %
Mehr als 12 Monate	30 %
Mehr als 24 Monate	50 %
Mehr als 36 Monate	75 %



### Die Berechnung der Aufenthaltsdauer

Für die Berechnung der Aufenthaltsdauer sind die tatsächlichen Zeiträume des Leistungsbezuges nach § 43 SGB XI in Monaten ausschlaggebend. Monate, in denen nur teilweise Leistungen bezogen wurden, werden als volle Monate angerechnet. Auch Unterbrechungen des Leistungsbezuges sowie in der Vergangenheit liegende Zeiträume werden auf die Gesamtdauer angerechnet. Ebenso ist es unerheblich, ob zwischenzeitlich die Pflegekasse gewechselt wurde oder ein Umzug in eine andere Pflegeeinrichtung erfolgte. Es gehen alle Monate, in denen ab Erreichen des Pflegegrades 2 Leistungen nach § 43 SGB XI in Anspruch genommen wurden, in die Berechnung ein. Die Berechnung der Aufenthaltsdauer geschieht durch die Pflegekasse.

Zeiten der Kurzzeitpflege i. S. d. SGB XI (bei fehlender Pflegebedürftigkeit, SGB V), Hospizleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V oder außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 37c Abs. 3 SGB V fließen **nicht** in die Berechnung der Leistungsdauer ein, da in diesen Zeiten kein pflegebedingter Eigenanteil gezahlt wird.

### Weitere Informationen hierzu:

[Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI](#)

### Ein Rechenbeispiel für den Zuschuss:

Beispieleinrichtung	Berechnung des Zuschusses nach Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes			
	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Kosten für Pflege + Ausbildungsumlage pro Monat	2.417,25 €	2.931,25 €	3.467,25	3.708,25 €
Eigenanteil nach Pflegegrad	1.612,25 €	1.612,25 €	1.612,25 €	1.612,25 €
15%	241,84 €	241,84 €	241,84 €	241,84 €
30%	483,68 €	483,68 €	483,68 €	483,68 €
50%	806,13 €	806,13 €	806,13 €	806,13 €
75%	1.209,19 €	1.209,19 €	1.209,19 €	1.209,19 €



## Gut zu wissen



- » Bei Abwesenheitszeiten über drei Tage hinaus reduziert sich der zu zahlende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen um 25 %. Da die Höhe des Leistungszuschlags an die Höhe des pflegebedingten Eigenanteils gebunden ist, reduziert sich auch die Höhe des Zuschlags. Der reduzierte Zuschlag wird bei Abwesenheit bis zum Ende der Leistungspflicht nach 42 Tagen gezahlt (§ 87a Abs. 1 SGB XI).
- » Mit einer Höherstufung in die Pflegegrade 2-5 erhöhen sich auch die pflegebedingten Eigenanteile und damit auch die Höhe des Leistungszuschusses ab dem Datum der Höherstufung. Die pflegegradbedingte Pauschale der Pflegeversicherung für den erhöhten Pflegegrad wird für den gesamten Monat gezahlt, in dem die Höherstufung erfolgt.
- » Beim Wechsel von Pflegegrad 1 (ohne Anspruch auf Leistungszuschuss) in einen höheren Pflegegrad (mit Anspruch auf Leistungszuschuss) werden für die Berechnung des prozentualen Leistungszuschlags, der an die Dauer des Leistungsbezugs nach § 43 SGB XI geknüpft ist, die Zeiten des vollstationären Aufenthaltes mit Pflegegrad 1 mitgerechnet.
- » Bei Einzug, Auszug oder Tod der pflegebedürftigen Person wird zur Berechnung des Leistungszuschlags die Anzahl der in dem Monat in der vollstationären Einrichtung verbrachten Tage zugrunde gelegt.
- » Da die Gewährung des Leistungszuschlages an die Zeiten der Beanspruchung von Leistungen nach § 43 SGB XI (vollstationäre Versorgung) gebunden ist, haben Bewohner:innen von ambulanten Wohnformen (z.B. Wohngemeinschaften) keinen Anspruch.

Beihilfeberechtigte Personen (z.B. nach beamtenrechtlichen Vorschriften) in den Pflegegraden 2-5 erhalten den Leistungszuschuss zur Hälfte.

## Unterkunft und Verpflegung

Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind für alle Bewohner:innen eines Heims gleich und sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen. Sie variieren zwischen den Heimen.

## Gut zu wissen



Wird ein:e Bewohner:in dauerhaft und vollständig mittels einer Sonde ernährt, dürfen keine Kosten für die Verpflegung berechnet werden. Die enterale Ernährung ist eine ärztlich angeordnete Behandlung und somit eine Leistung der Krankenkasse. Erhält die Bewohner:in zusätzlich zur enteralen Ernährung Verpflegung (z.B. Getränke), muss keine volle Verpflegungspauschale gezahlt werden (BGH AZ III ZR 371/03 und Az. III ZR 68/03, § 87 SGB XI).



## Investitionskosten

Investitionskosten stellen einen eigenen Kostenfaktor bei der Finanzierung von vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. Sie dienen der Refinanzierung der Kosten, die für die Nutzung des Gebäudes und für Anlagegüter anfallen, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendig sind (§ 82 Abs. 2 SGB XI). Die Investitionskosten gliedern sich in Kostenbestandteile, deren Höhe sich nach Bezugsgrößen richtet. Sind Aufwendungen für Investitionen durch öffentliche Förderungen nicht vollständig gedeckt, darf die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den pflegebedürftigen Personen gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (§ 82 Abs. 3 SGB XI). In NRW sind das die Landschaftsverbände Rheinland (LVR) oder Westfalen-Lippe (LWL). Das für die Pflegeversicherung zuständige Ministerium regelt die Ermittlung förderungsfähiger Aufwendungen (APG DVO NRW).

Reichen das eigene Einkommen und Vermögen sowie die Leistungen der Pflegekasse nicht aus, um die Heimkosten zu decken, kann in NRW für die Investitionskosten Pflegewohngeld beim Sozialhilfeträger beantragt werden. Der sogenannte Elternunterhalt wird beim Pflegewohngeld nicht hinzugezogen, das heißt, Kinder müssen nicht für ihre Eltern aufkommen. Das Einkommen von nicht getrenntlebenden Eheleuten, Partner:innen eingetragener Lebenspartnerschaften sowie eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften findet allerdings Berücksichtigung (§ 14 Abs. 4 APG).



### Gut zu wissen

Kann die pflegebedürftige Person ihren Anteil durch das eigene Einkommen und Vermögen nicht oder nicht vollständig decken, kommt der Sozialhilfeträger in Form von „Hilfe zur Pflege“ (§§ 61-66a SGB XII), unter bestimmten Bedingungen, für diese Kosten auf.

Einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben:

- Personen mit Pflegegrad 2-5, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt und die die Kosten nicht aus eigenen Mitteln und vorrangigen Leistungsquellen wie der Pflegeversicherung decken können.
- Personen, die keine ausreichende Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung vorweisen können (mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten zehn Jahre).



Ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer vollstationären Pflege ist das gesamte Einkommen zur Deckung der Heimkosten einzusetzen. Ist die Antragsstellern:in verheiratet und verbleibt der/die Partner:in in der gemeinsamen Wohnung, wird ein individueller Einkommenseinsatz gefordert, der den Bedarf der in der Häuslichkeit verbliebenen Ehepartner:in berücksichtigt.

Auch das Vermögen ist bis zum Erreichen des Vermögensfreibetrages zur Deckung der Heimkosten einzusetzen.

Andere Sozialleistungen ersetzen die „Hilfe zu Pflege“ nicht immer, sie können auch anteilig angerechnet werden. Das trifft zum Beispiel auf Blindenhilfe gem. § 72 SGB XII zu.

**Achtung:** Nicht geförderte Einrichtungen dürfen ihre Investitionskosten den Bewohner:innen ohne vorherige Prüfung durch die zuständige Landesbehörde in Rechnung stellen. Sie haben lediglich eine Mitteilungspflicht gegenüber den Landschaftsverbänden (§ 82 Abs. 4 SGB XI).

### Zusatzleistungen

Nimmt eine Bewohner:in darüber hinaus Zusatzleistungen in Anspruch, sind diese selbst zu tragen (§ 88 SGB XI). „Zusatzleistungen“ sind Angebote der Pflegeeinrichtung, die über die Leistungen hinausgehen, die in den Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern vereinbart sind. Das können beispielsweise die Reparatur persönlicher Gegenstände, Verpflegung nach individuellen Wünschen oder besonders komfortabel ausgestattete Zimmer sein.

## Wann darf die vollstationäre Pflegeeinrichtung die Kosten erhöhen?

Will die Pflegeeinrichtung die Kosten erhöhen, ist das nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Diese werden im Folgenden skizziert.

### Änderung der bisherigen Berechnungsgrundlage

Eine Pflegeeinrichtung kann eine Erhöhung des Entgelts verlangen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage durch gestiegene Kosten (§ 9 WBG) verändert. Die Erhöhung kann nur erfolgen, wenn dies vorher in einer Pflegesatzverhandlung vereinbart wurde. Ursachen für die Erhöhung können sein:

- » im Bereich der Pflege- und Betreuungsleistungen:





*gestiegene Personal- und Lohnkosten, z. B. aufgrund neuer Tarifabschlüsse oder Einstellung von mehr Personal*

- » im Bereich der Kosten für Wohnen und Verpflegung:  
*gestiegene Sachkosten, z.B. Energie- oder Lebensmittelkosten*
- » im Bereich der Investitionen:  
*z. B. notwendige Sanierungen*

Welche Formalia gelten, wenn die Pflegeeinrichtung die Kosten erhöhen will?

- » Die beabsichtigte Kostenerhöhung muss in schriftlicher Form mitgeteilt werden.
- » Die Mitteilung muss fristgerecht, d.h. spätestens vier Wochen vor der Erhöhung, erfolgen.
- » In der Mitteilung muss der Zeitpunkt genannt werden, ab wann die Erhöhung verlangt wird.
- » In der Mitteilung müssen die Gründe für die Kostenerhöhung unter Angabe des Umlagemaßstabes detailliert erläutert werden.
- » Die bisherigen Kosten und die verlangten Kosten müssen vergleichbar nebeneinander aufgeführt werden.
- » Bewohner:innen muss das Einsichtsrecht in die Kalkulationsgrundlagen gegeben werden.
- » Das erhöhte Entgelt und die Erhöhung selbst müssen angemessen sein (§ 9 WBG, § 82 SGB XI).

**Tipp:** Die Angemessenheit bemisst sich in erster Linie an den Marktpreisen, die sich aus dem Vergleich mit anderen Einrichtungen ergeben (sog. externer Vergleich). Informationen hierzu sind auf der [Internetseite der BIVA erhältlich](#). Erhalten Bewohner:innen Leistungen der Pflegeversicherung oder Sozialhilfe, gilt das Entgelt, das im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen nach dem SGB XI und SGB XII zwischen der Pflegeeinrichtung und den Sozialleistungsträgern neu ausgehandelt wurde, als vereinbart und angemessen (§ 7 WBG i.V.m. §85 und §87 SGB XI).



### Gut zu wissen

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen dürfen nicht ohne Zustimmung ihrer Bewohner:innen eine höhere Vergütung verlangen. Die Zustimmung kann schriftlich erfolgen oder auch indem die Bewohner:in die Kosten regelmäßig anweist. Es stellt eine unangemessene Benachteiligung der Bewohner:innen dar, wenn die Einrichtungen in ihren Verträgen eine einseitige Entgelterhöhung ohne Zustimmung der Bewohner:innen vorsehen. Dies urteilte 2016 der Bundesgerichtshof (BGH, AZ III ZR 279/15). Erst wenn die Bewohner:in die gewünschte Entgelterhöhung ablehnt, kann diese von Seiten des Betriebs per Klage gerichtlich eingefordert werden. Hier werden die Berechtigung der Kostenerhöhung und die Angemessenheit der Erhöhung geprüft.



## Kündigungsrecht

Kann oder möchte ein:e Bewohner:in die erhöhten Kosten nicht aufbringen, hat sie ein Sonderkündigungsrecht und kann den Vertrag sofort kündigen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 WBVG). Die Einrichtung kann den Vertrag nicht einseitig abändern. (§ 12 Abs. 1 Satz 3 WBVG). Die Pflegeeinrichtung kann Bewohner:innen also nicht kündigen, wenn diese der Erhöhung nicht zustimmen. Dem:der Bewohner:in steht das Recht auf Prüfung der Erhöhung zu. Erst wenn die Person die gewünschte Entgelterhöhung ablehnt, kann der Betreiber der Pflegeeinrichtung diese per Klage gerichtlich einfordern (BGH Az. III ZR 279/15, Juni 2016).

Das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz NRW finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/die-landesinitiative/>

### Weitere hilfreiche Links:

[Sozialgesetzbuch \(SGB\) - Elftes Buch \(XI\) - Soziale Pflegeversicherung](#)

[Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen](#)

[Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige](#)

[BGH-Urteil, Aktenzeichen: III ZR 279/15](#)

[Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und nach § 92 SGB XI](#)

[BIVA-Pflegeschatzbund](#)

[Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene](#)



## Impressum

### Herausgeber:

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz - *Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW*

im Kuratorium Deutsche Altershilfe  
KDA gGmbH, Regionalbüro Köln  
Gürzenichstraße 25, 50667 Köln

Tel. 030/221 82 98 -27

E-Mail: [info@rb-apd.de](mailto:info@rb-apd.de)

Website: [www.alter-pflege-demenz-nrw.de](http://www.alter-pflege-demenz-nrw.de)

Instagram: [@alterpflagedemenz](https://www.instagram.com/alterpflagedemenz)

YouTube: <https://www.youtube.com/@alterpflagedemenznrw>

© 2024

### Verantwortlich für die Inhalte:

Kompetenzgruppe Pflegeberatung

Weitere Informationen zur Kompetenzgruppe und deren Ansprechpartner:innen finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/pflegeberatung>

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

