



WISSENSRAUM NR. 4

PALLIATIVE CARE 2026 – DAS ARCHITEKTONISCHE FUNDAMENT

Rechtsgrundlagen, Versorgungswege und Entscheidungen am Lebensende

„Ein Haus, das trägt, wenn der Boden unsicher wird.“

AKADEMIE DER WEISHEIT — WISSENSRÄUME

◆ 1. Wenn ein Leben ein Haus braucht

Wer in den letzten Wochen eines Lebens begleitet, merkt schnell, dass es nicht nur um Medizin geht.

Da ist ein Mensch, der Schmerzen hat und vielleicht Angst. Da sind Angehörige, die helfen wollen und nicht wissen, was sie dürfen. Da ist ein Pflegedienst, ein Hausarzt, vielleicht ein Hospizdienst, und irgendwo im Hintergrund eine Pflegekasse, die Anträge verlangt, Fristen setzt und Begriffe verwendet, die niemand je erklärt hat. Was in einem Gespräch am Bett als einfache Frage beginnt, etwa ob die Mutter noch zu Hause bleiben kann, berührt im nächsten Atemzug Leistungsrecht, Vollmachten, Verantwortung und die Frage, wer überhaupt entscheiden darf.

Dieser Wissensraum ordnet diesen Zusammenhang wie ein Gebäude. Gesetze und Richtlinien bilden das Fundament. Die verschiedenen Formen der Versorgung tragen es, die Leistungen der Kassen sichern seine Statik, und im Inneren, geschützt von allem anderen, steht der Wille des Menschen, um den herum das Haus überhaupt gebaut ist. Das Bild ist bewusst gewählt. Ein Haus entsteht nicht, damit man es bewundert, sondern damit jemand darin geschützt wohnen kann. Genauso soll Recht in der Palliativversorgung nicht Hürde sein, sondern Raum, in dem ein Mensch bis zuletzt Mensch bleiben darf.

Hinter den Paragraphen stehen dabei sehr konkrete Fragen, die in diesem Text einzeln durchwandert werden. Ab wann gilt ein Mensch als palliativ? Wer entscheidet über eine Krankenhauseinweisung, wer über die Aufnahme in ein Hospiz? Welche Rolle haben Hausarzt, Pflegefachpersonen und Angehörige? Was dürfen Kinder für ihre Eltern entscheiden, und was nicht? Und was geschieht mit dem Ehepartner, wenn der bisher gemeinsam bewältigte Alltag nicht mehr fortgeführt werden kann?

Der Stand der folgenden Seiten ist der 1. Oktober 2026. Das ist keine Nebensache, denn gerade in diesem Jahr hat sich einiges bewegt. Wo etwas noch im Werden ist, wird es als solches benannt.

„Ein Haus entsteht nicht, damit man es bewundert, sondern damit jemand darin geschützt wohnen kann.“

◆ 2. Palliativ bedeutet nicht automatisch sterbend

Es gibt keinen Tag, an dem ein Mensch offiziell „palliativ“ wird.

Auch das Wort „vorpalliativ“, das im Alltag gelegentlich auftaucht, bezeichnet keine gesetzlich definierte Versorgungsstufe. Palliative Care kann beginnen, wenn eine schwere,

lebensbedrohliche oder lebensbegrenzende Erkrankung einen besonderen Bedarf an Linderung, Unterstützung und vorausschauender Planung hervorruft. Sie kann früh einsetzen und neben krankheitsbremsenden oder lebensverlängernden Behandlungen bestehen. Palliativversorgung bedeutet deshalb weder automatisch den Verzicht auf Therapie noch, dass der Tod unmittelbar bevorsteht. Ihr Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität und die Linderung von Leiden, so versteht es auch die Weltgesundheitsorganisation.

Davon zu unterscheiden sind die engeren Voraussetzungen, die das Sozialrecht für bestimmte Leistungen verlangt. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird von Hausärzten, Fachärzten, Pflegediensten und weiteren Beteiligten getragen, und sie genügt in den meisten Fällen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV, setzt dagegen eine nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung voraus, dazu eine begrenzte Lebenserwartung und einen besonders komplexen Bedarf: schwer beherrschbare Schmerzen etwa, Atemnot, neurologische Symptome, belastende Wunden oder wiederkehrende Krisen. Die Einzelheiten regelt die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Noch enger sind die Voraussetzungen für ein stationäres Hospiz. Die Erkrankung muss fortschreitend und unheilbar sein, und ein Arzt, der Erkrankung, bisherigen Verlauf und aktuellen Bedarf ausreichend kennt, muss die Notwendigkeit schriftlich bestätigen. Im ambulanten Bereich ist das meist der Hausarzt, der behandelnde Facharzt oder ein Palliativmediziner, im Krankenhaus der Stationsarzt oder ein hinzugezogener Palliativmediziner; bei einer fortgeschrittenen Herzerkrankung kämen also der Hausarzt, die Kardiologin oder der behandelnde Krankenhausarzt in Betracht. Nach ihrer fachlich begründeten Einschätzung muss die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder wenige Monate begrenzt sein. Zugleich darf keine akute Diagnostik oder Behandlung nötig sein, die nur im Krankenhaus möglich ist. Das heißt nicht, dass ein Krankenhaus „nichts mehr tun kann“. Es heißt, dass eine stationäre Behandlung gerade nicht notwendig ist oder nicht mehr dem gemeinsam festgelegten Behandlungsziel entspricht. Und es muss feststehen, dass die Versorgung zu Hause, im Pflegeheim oder in einer anderen Einrichtung trotz aller verfügbaren Hilfen nicht mehr sichergestellt werden kann.

„Ein Pflegegrad entsteht dadurch nicht automatisch. Palliativstatus und Pflegegrad gehören zu unterschiedlichen Leistungssystemen.“

◆ 3. Das Fundament: vier Ebenen des Rechts

Nicht alles, was in der Praxis wie eine Regel auftritt, ist Gesetz — und nicht jedes Gesetz erklärt sich selbst.

Wer sich im Recht der Palliativversorgung orientieren will, hilft sich mit einer einfachen Unterscheidung von vier Ebenen. Ganz oben stehen Gesetze und Verordnungen, also unmittelbar geltendes Recht: das Fünfte und das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das Bürgerliche Gesetzbuch, das Strafgesetzbuch, das Pflegezeit- und das Familienpflegezeitgesetz sowie berufs- und arzneimittelrechtliche Vorschriften. Darunter liegen Richtlinien und Verträge, etwa die SAPV-Richtlinie, die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege und die Rahmenvereinbarungen zur Hospizversorgung. Sie konkretisieren Ansprüche und Qualitätsanforderungen und sind für Leistungssysteme und Vertragspartner verbindlich. Eine Ebene tiefer folgen Leitlinien und Expertenstandards: die S3-Leitlinie Palliativmedizin, die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege und fachliche Empfehlungen wie die zur palliativen Sedierung. Sie sind keine Gesetze, können aber für die fachliche Sorgfalt und die Bewertung professionellen Handelns erhebliches Gewicht haben. Ganz unten stehen die Regeln der einzelnen Einrichtung, Standardarbeitsanweisungen, Notfallpläne, Medikationsstandards. Sie übersetzen das Höhere in den Arbeitsalltag und dürfen weder Gesetze noch den Patientenwillen außer Kraft setzen.

Diese Ordnung klingt trocken und wird im Alltag oft zur Erleichterung. Wer weiß, auf welcher Ebene eine Aussage steht, weiß auch, wie viel Gewicht sie hat. Eine hausinterne Anweisung kann kein Gesetz aushebeln, und eine Leitlinie ist eine begründete Empfehlung, kein Verbot. Wo sie im Einzelfall aus guten Gründen verlassen wird, gehört das Abwägen dazu und sollte nachvollziehbar festgehalten sein. Auch die Leitlinien bewegen sich: Die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung gilt seit dem 21. Juli 2026 in der neuen Version 3.0, gültig bis Juli 2031. Sie löst die bisherige Fassung 2.2 ab und widmet den Angehörigen sowie der spirituellen und existenziellen Dimension erstmals eigene Kapitel.

Sechs Gesetzeswerke tragen den größten Teil dessen, was verbindlich geregelt ist. Das Sozialgesetzbuch V trägt die medizinische und spezialisierte Versorgung, SAPV und Hospiz. Das Sozialgesetzbuch XI richtet sich nach dem Pflegegrad und nicht nach der Diagnose. Das Bürgerliche Gesetzbuch ordnet Einwilligung, Patientenverfügung, Vertretung und gerichtliche Genehmigungen. Das Strafgesetzbuch zieht Grenzen bei Schweigepflicht, Freiheitsberaubung und Tötung auf Verlangen. Das Pflegeberufgesetz und die Neuregelungen zur

Befugniserweiterung bestimmen, welche Aufgaben Pflegefachpersonen übernehmen dürfen, und das Betäubungsmittelrecht schreibt streng vor, wie starke Schmerzmittel verordnet, aufbewahrt und nachgewiesen werden. Keines dieser Werke erzählt für sich die ganze Geschichte. Mancher Konflikt am Krankenbett entsteht gerade dort, wo zwei von ihnen verschiedene Fragen beantworten: die eine nach der Leistung, die andere nach der Zuständigkeit, die dritte nach der Erlaubnis.

„Wer weiß, auf welcher Ebene eine Aussage steht, weiß auch, wie viel Gewicht sie hat.“

◆ 4. Wer entscheidet über eine Krankenhauseinweisung?

Eine palliative Erkrankung schließt das Krankenhaus nicht aus — und sie macht es auch nicht zur Pflicht.

Ob eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist, entscheiden die behandelnden Ärzte und letztlich das aufnehmende Krankenhaus. Ob sie durchgeführt wird, entscheidet dagegen im Grundsatz die einwilligungsfähige Person selbst. Auch ein palliativ versorgter Mensch kann einer Einweisung zustimmen oder sie ablehnen, und entscheidend ist, ob die Behandlung dem vereinbarten Ziel entspricht. Eine gut behandelbare Infektion, ein Knochenbruch, eine Blutung oder eine anders nicht beherrschbare Symptomkrise können eine Aufnahme sinnvoll machen. Eine vermeidbare Einweisung kann dagegen unterbleiben, wenn die Beschwerden zu Hause sicher behandelt werden können und das dem Willen des Menschen entspricht.

Man kann sich den Weg einer solchen Entscheidung als kleine Folge von Fragen vorstellen. Ist die Maßnahme überhaupt indiziert? Wenn nicht, unterbleibt sie. Wenn ja: Ist die Person für diese konkrete Entscheidung einwilligungsfähig? Dann entscheidet sie selbst, und ihr aktueller Wille geht allem anderen vor, auch dann, wenn andere ihn für unvernünftig halten. Ist sie es nicht, fragt man, ob eine Patientenverfügung vorliegt und ob sie auf die jetzige Lage passt. Passt sie, ist sie verbindlich umzusetzen. Passt sie nicht oder gibt es keine, wird der mutmaßliche Wille ermittelt, von den Menschen, die zur Vertretung berechtigt sind. Das sind eine bevollmächtigte oder gerichtlich bestellte Vertretung oder, unter bestimmten Voraussetzungen, der Ehepartner. In einem unaufschiebbaren Notfall beginnt man mit dem, was dem mutmaßlichen Willen entspricht, und klärt alles Weitere sofort danach.

Daraus folgt etwas, das Familien oft überrascht. Erwachsene Kinder haben nicht allein aufgrund ihrer Verwandtschaft ein Entscheidungsrecht. Sie dürfen nicht „über den Kopf“ eines einwilligungsfähigen Elternteils hinweg über Krankenhaus, Behandlungsabbruch, Hospiz oder Pflegeheim bestimmen. Umgekehrt darf eine notwendige Behandlung nicht allein deshalb

unterbleiben, weil Angehörige sie ablehnen. Maßgeblich bleiben die medizinische Indikation und der Wille des Patienten.

Darum lohnt es sich, frühzeitig festzuhalten, was gewünscht ist und was nicht: Wiederbelebung, Beatmung, Krankenhauseinweisung, der Umgang mit akuter Atemnot, Schmerzen, Blutungen oder Delir, Bedarfsmedikation und Eskalationswege, erreichbare Ansprechpartner, dazu Patientenverfügung und Vertretungsbefugnis. Ein solcher Notfallplan nimmt der Krise einen Teil ihrer Gewalt, weil nicht erst in der Nacht um drei Uhr entschieden werden muss, was Wochen vorher hätte besprochen werden können.

„Ein Notfallplan nimmt der Krise einen Teil ihrer Gewalt.“

◆ 5. Eine Patientenverfügung ist kein Wunschzettel

Die Patientenverfügung beantwortet die Frage, was geschehen soll. Die Vorsorgevollmacht beantwortet die Frage, wer es tun darf.

Seit der Reform des Betreuungsrechts ist die Patientenverfügung in § 1827 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelt. Sie legt für den Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit fest, in welche medizinisch angezeigten Maßnahmen jemand einwilligt und welche er ablehnt. Sinnvoll sind konkrete Festlegungen zu bestimmten Krankheitssituationen, zu Wiederbelebung, Beatmung, künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Dialyse, Antibiotika, Krankenhauseinweisung sowie zu Schmerz- und Symptomlinderung. Dort kann auch stehen, ob bei anders nicht beherrschbaren Beschwerden bewusstseinsdämpfende Medikamente eingesetzt werden dürfen. Was sie nicht kann: einen Anspruch auf eine Behandlung begründen, die medizinisch nicht angezeigt ist. Offizielle Textbausteine stellt das Bundesministerium der Justiz bereit.

Die Vorsorgevollmacht gibt einer vertrauten Person die Befugnis, an die Stelle des Betroffenen zu treten. Sie sollte ausdrücklich nennen, wofür: Gesundheitssorge, Aufenthalt und Wohnung, Pflege- und Heimverträge, Behörden, Vermögen, Versicherungen, Post. Für besonders risikoreiche medizinische Entscheidungen und für freiheitsentziehende Unterbringungen oder Maßnahmen muss sie schriftlich erteilt sein und diese Befugnisse ausdrücklich erwähnen. Für Bankgeschäfte kann zusätzlich eine Bankvollmacht nötig sein, bei Immobilien oder bestimmten Darlehen können besondere notarielle Formen gelten. Eine Vollmacht ist Verantwortung und keine Erlaubnis, eigene Wertvorstellungen durchzusetzen: Die bevollmächtigte Person ist an den Willen des Vertretenen gebunden.

Dokumente helfen nur, wenn man sie findet. Im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer können Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und ein Widerspruch gegen das Ehegattennotvertretungsrecht eingetragen werden. Das Register verwahrt nicht die Originale, sondern speichert Angaben über vorhandene Verfügungen, Vertrauenspersonen und den Aufbewahrungsort. Behandelnde Ärzte können es bei dringenden Entscheidungen abfragen, die Originale müssen aber weiterhin auffindbar bleiben.

Einen Schritt früher setzt die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an (§ 132g SGB V). Stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern solche vorausschauenden Gespräche anbieten, deren Kosten die Krankenkassen tragen. Sie sind freiwillig. Besprochen werden Behandlungswünsche, Notfallsituationen und Versorgungsziele, auf Wunsch gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen und weiteren Vertrauenspersonen. Das Ergebnis wird dokumentiert und so in die Versorgung übertragen, dass es im Ernstfall auch bei Pflegedienst, Hausarzt und Rettungsdienst ankommt, und es lässt sich mit einer Patientenverfügung verbinden.

„Vorsorge wirkt erst, wenn sie besprochen wurde und auffindbar ist.“

◆ 6. Wer spricht, wenn der Mensch nicht mehr sprechen kann

Wer für einen anderen spricht, spricht nicht für sich selbst.

Viele Angehörige nehmen an, dass sie als Ehepartner, Tochter oder Sohn automatisch für einen kranken Menschen sprechen dürfen. So einfach ist es nicht. Wer wirklich vertreten darf, hängt davon ab, was zuvor geregelt wurde, und jede Form der Vertretung hat ihre eigene Grenze. Die Vorsorgevollmacht vertritt im festgelegten Umfang; für die besonders risikoreichen Entscheidungen, etwa die Ablehnung oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen oder eine freiheitsentziehende Unterbringung, muss die Befugnis ausdrücklich und schriftlich erteilt sein (§ 1820 Absatz 2 BGB). Eine Betreuungsverfügung verleiht allein noch keine Vertretungsmacht. Sie benennt nur Wünsche für den Fall, dass ein Gericht eine rechtliche Betreuung einrichten muss. Die rechtliche Betreuung legt das Gericht auf bestimmte Aufgabenbereiche fest, und sie hebt die Selbstbestimmung nicht auf: Wer einwilligungsfähig ist, entscheidet auch als betreute Person weiter selbst.

Eine Besonderheit entlastet viele Familien. Soll eine bevollmächtigte oder gesetzlich bestellte Vertretung die Einwilligung in eine lebenserhaltende Maßnahme verweigern oder widerrufen, braucht sie dafür grundsätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1829 BGB). Diese

Genehmigung entfällt jedoch, wenn Vertretung und behandelnder Arzt sich einig sind, dass die Entscheidung dem festgestellten Willen des Patienten entspricht (§ 1829 Absatz 4 BGB). Das Gericht wird also vor allem dann gebraucht, wenn über diesen Willen Streit oder Zweifel besteht, und nicht schon deshalb, weil am Lebensende eine schwere Entscheidung ansteht.

Seit 2023 gibt es außerdem das Notvertretungsrecht unter Ehegatten, geregelt in § 1358 BGB. Es ist auf Gesundheitsangelegenheiten und unmittelbar damit zusammenhängende dringende Maßnahmen begrenzt. Der vertretende Ehepartner kann in Behandlungen einwilligen oder sie ablehnen und notwendige Behandlungs-, Krankenhaus- und dringende Pflege- oder Rehabilitationsverträge abschließen. Eine allgemeine Vermögensverwaltung, gewöhnliche Bankgeschäfte, eine umfassende Regelung der Wohnung oder eine auf Dauer angelegte Vertretung umfasst das Recht nicht. Es endet spätestens nach sechs Monaten, es gilt nicht bei Trennung oder wenn der Betroffene widersprochen hat. Es ist eine Brücke, kein Ersatz für die Vorsorgevollmacht.

So wird verständlich, warum die frühe Gesprächsbereitschaft so viel wiegt. Eine Vollmacht, die niemand kennt, nützt wenig; ein Wille, der nie ausgesprochen wurde, muss mühsam rekonstruiert werden. Wer nicht rechtzeitig vorgesorgt hat, ist deshalb nicht rechtlos oder schutzlos. Die Wege können nur länger werden, weil zuerst geklärt werden muss, wer handeln darf. Was zu Lebzeiten geklärt wird, erspart den Menschen, die bleiben, später Zweifel und Schuld.

„Vertretung ist ein Dienst am Willen eines anderen, kein Recht auf eigene Entscheidung.“

◆ 7. Hospiz und Palliativstation: zwei Häuser, zwei Aufgaben

Ein Hospiz ist kein Krankenhaus, und eine Palliativstation ist kein Hospiz.

Das stationäre Hospiz ist für Menschen bestimmt, die keine Krankenhausbehandlung mehr benötigen, aber zu Hause, im Pflegeheim oder in einer anderen Einrichtung nicht ausreichend versorgt werden können. Es ist ein Ort zum Leben in der letzten Lebensphase. Die Palliativstation gehört dagegen zu einem Krankenhaus. Sie behandelt akute, komplexe Symptomkrisen mit dem Ziel, die Person möglichst wieder nach Hause, in ein Pflegeheim oder in ein Hospiz entlassen zu können. Für gesetzlich versicherte Erwachsene gelten dort die üblichen Zuzahlungen von zehn Euro pro Tag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr, sofern keine Befreiung besteht.

In ein Hospiz kommt ein Mensch nicht allein durch die Entscheidung von Angehörigen, Pflegepersonal oder Hausarzt. Mehrere Voraussetzungen müssen zusammenkommen: Die Person wünscht die Hospizversorgung, oder eine Vertretung entscheidet anhand ihres Willens. Ein Vertragsarzt oder Krankenhausarzt bestätigt die medizinische Notwendigkeit schriftlich. Die Voraussetzungen der stationären Hospizversorgung sind erfüllt, das Hospiz hat einen geeigneten freien Platz, und die Krankenkasse erteilt die Kostenzusage. Praktisch beginnt der Weg mit dem Kontakt zu einem Hospiz oder zum Sozialdienst eines Krankenhauses. Dann wird die ärztliche Bescheinigung erstellt, die Verfügbarkeit geklärt, die Unterlagen gehen an die Kasse, und Kostenzusage und Aufnahmetermin werden abgestimmt. Das Hospiz oder der Sozialdienst unterstützt in der Regel dabei. Die Leistung wird zunächst für vier Wochen bestätigt; besteht die Notwendigkeit fort, kann sie verlängert werden, muss aber gegenüber der Kasse erneut begründet werden.

Bei gesetzlich Versicherten zahlt die Krankenkasse nach § 39a Absatz 1 SGB V einen Zuschuss von 95 Prozent des mit dem Hospiz vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes, mögliche Leistungen der Pflegeversicherung werden dabei angerechnet. Die restlichen fünf Prozent muss das Hospiz selbst aufbringen, vor allem durch Spenden und ehrenamtliches Engagement. Das ist kein Eigenanteil des Gastes; für die geförderte Hospizversorgung darf von gesetzlich Versicherten keine Zuzahlung verlangt oder angenommen werden. Bei Privatversicherten gilt die 95-Prozent-Regel nicht unmittelbar in derselben Form. Die private Krankenversicherung übernimmt nach Angaben des PKV-Verbandes auch Leistungen der stationären Hospizversorgung, die Erstattung folgt dem jeweiligen Vertrag, bei Pflegebedürftigkeit beteiligt sich die private Pflegepflichtversicherung, und bei Beihilfeberechtigten kommt die Beihilfestelle hinzu. Vertragliche Selbstbehalte oder nicht voll erstattungsfähige Kosten sollten vor der Aufnahme mit Versicherungen und Hospiz geklärt, schriftliche Kostenzusagen eingeholt werden.

„Ein Hospiz ist ein Ort zum Leben in der letzten Lebensphase.“

◆ 8. Der Weg nach Hause: ambulante Versorgung

Die meisten Menschen möchten dort sterben, wo sie gelebt haben — und es hängt viel daran, ob dieses Zuhause tragfähig ist.

Soll die Versorgung zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung stattfinden, kommen viele Bausteine in Betracht: die hausärztliche oder fachärztliche Palliativversorgung, häusliche Krankenpflege und ambulanter Pflegedienst, die allgemeine ambulante Palliativversorgung, die SAPV, ein ambulanter Hospizdienst mit ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleitern, die

Pflegeberatung und der Pflegestützpunkt, Tagespflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Hilfsmittel und Wohnraumanpassung. Aus diesen Bausteinen entsteht erst im Zusammenspiel ein Netz.

Die SAPV verordnet der behandelnde Vertragsarzt. Auch Krankenhausärzte können sie im Entlassmanagement verordnen, in der Regel für bis zu sieben Tage, und die Verordnung sollte spätestens am dritten auf die Ausstellung folgenden Arbeitstag bei der Krankenkasse vorliegen. Als Teamleistung kann die SAPV beraten, koordinieren und die Versorgung teilweise oder ganz übernehmen; nicht jede Verordnung bedeutet dabei eine Vollversorgung. Bei SAPV-Vollversorgung ist eine zusätzliche häusliche Krankenpflege zur Symptomkontrolle ausgeschlossen, weil sich beides doppeln würde.

Im Zentrum steht häufig die Hausärztin oder der Hausarzt. Sie erkennen Veränderungen und palliativen Bedarf frühzeitig, besprechen Prognose, Behandlungsziele und Patientenwillen, verordnen Medikamente, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und SAPV, bestätigen die Notwendigkeit einer Hospizversorgung, erstellen einen Krisen- und Notfallplan und koordinieren Fachärzte, Pflegedienst, SAPV-Team, Hospizdienst und Krankenhaus. Nach einem Klinikaufenthalt übernehmen sie die weitere Versorgung und informieren die Angehörigen über zu erwartende Veränderungen. Sie entscheiden jedoch nicht allein über den Lebensweg eines Menschen. Ihre Aufgabe ist es, medizinisch zu beraten, Indikationen zu stellen, Risiken zu erklären und gemeinsam mit der betroffenen Person ein realistisches Behandlungsziel zu entwickeln.

Wichtig ist auch, was passiert, wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist. Die Praxis muss eine ärztliche Vertretung verbindlich abstimmen und den Patientinnen und Patienten bekannt geben. Bei schwer kranken Menschen sollten Verordnungen, Medikamente, Kontaktdaten und der Notfallplan rechtzeitig geklärt sein. Fehlt eine Vertretung, helfen die Kassenärztliche Vereinigung oder bei dringendem, nicht lebensbedrohlichem Bedarf der ärztliche Bereitschaftsdienst unter 116117; in lebensbedrohlichen Notfällen gilt die 112. Besteht bereits eine SAPV-Versorgung, ist vorrangig das zuständige SAPV-Team zu kontaktieren.

„Ein Zuhause trägt erst, wenn viele Bausteine zu einem Netz werden.“

◆ 9. Die finanzielle Statik: Pflegeversicherung 2026

Die Pflegeversicherung fragt nicht, wie schwer ein Mensch erkrankt ist, sondern wie viel Selbstständigkeit ihm im Alltag bleibt.

Dieser Satz überrascht viele Angehörige, und er ist doch zentral. Die Leistungen der Pflegeversicherung bemessen sich nicht nach der Schwere der Erkrankung, sondern danach, wie selbstständig ein Mensch im Alltag noch ist. Wer palliativ erkrankt ist, aber vieles noch selbst bewältigt, kann einen niedrigen Pflegegrad haben; ein hoher folgt nicht automatisch aus der Diagnose. Für einen Pflegegrad ist ein gesonderter Antrag bei der Pflegekasse nötig. Befindet sich die Person in einem Hospiz oder wird sie ambulant palliativ versorgt, gilt für die Begutachtung eine verkürzte Frist von fünf Arbeitstagen, damit die Entscheidung nicht länger dauert als die Zeit, die bleibt.

Für die häusliche Versorgung gelten 2026 diese monatlichen Beträge:

Pflegegrad	Pflegegeld (monatlich)	Pflegesachleistung (monatlich)
Pflegegrad 2	347 Euro	bis zu 796 Euro
Pflegegrad 3	599 Euro	bis zu 1.497 Euro
Pflegegrad 4	800 Euro	bis zu 1.859 Euro
Pflegegrad 5	990 Euro	bis zu 2.299 Euro

Das Pflegegeld erhalten Angehörige, die selbst pflegen, die Sachleistung steht für einen ambulanten Pflegedienst bereit. Beides lässt sich kombinieren. Hinzu kommen in allen Pflegegraden der Entlastungsbetrag von 131 Euro im Monat und Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bis zu 42 Euro monatlich. Seit Juli 2025 steht Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 außerdem ein gemeinsamer Jahresbetrag von bis zu 3.539 Euro für Kurzzeit- und Verhinderungspflege zur Verfügung, beide Leistungen jeweils bis zu acht Wochen. Das ist der Spielraum für alle, die eine Auszeit brauchen oder deren Pflegeperson ausfällt.

PFLEGEREFORM IM WERDEN · STAND 1. OKTOBER 2026

Das Bundeskabinett hat am 30. September 2026 den Entwurf des Pflegeeneuordnungsgesetzes (PNOG) beschlossen. Nach den bisher bekannten Eckpunkten sollen unter anderem der Entlastungsbetrag in ein Sozialraumbudget und der gemeinsame Jahresbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege in ein Überbrückungsbudget überführt werden; einzelne Regelungen sollen ab 2027 gelten, weitere erst in späteren Jahren. Das Gesetz ist noch nicht in Kraft: Bundestag und Bundesrat müssen beraten, und Einzelheiten können sich im Verfahren ändern. Bis zur Verkündung gilt das bisherige Recht, die genannten Beträge bleiben unverändert.

„Eine palliative Diagnose ist kein Pflegegrad.“

◆ 10. Grenzen, die schützen

Es gibt Handlungen, die ähnlich aussehen und rechtlich wie ethisch weit auseinanderliegen.

Wer am Lebensende begleitet, begegnet vier Begriffen, die oft vermischt werden. Die Behandlungsbegrenzung heißt, dass eine Maßnahme unterbleibt oder beendet wird, weil sie nicht mehr indiziert ist oder der Patient sie nicht will; sie lässt den natürlichen Sterbeprozess zu und ist zulässig. Die palliative Symptomtherapie, auch mit Sedierung, dient der Linderung von Leiden und nicht dem Eintritt des Todes; sie verlangt Sorgfalt und Einwilligung und wird von medizinischem Personal durchgeführt. Der assistierte Suizid ist seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 2020 nicht mehr nach § 217 des Strafgesetzbuchs strafbar, weil diese Vorschrift für nichtig erklärt wurde. Er ist damit straffrei, aber gesetzlich bislang nicht geregelt, und den letzten Schritt vollzieht die suizidwillige Person selbst. Die Tötung auf Verlangen bleibt nach § 216 strafbar, denn hier führt eine andere Person den Tod herbei.

Bei der palliativen Sedierung lohnt ein genauerer Blick, weil sie am häufigsten missverstanden wird. Sie kommt erst in Betracht, wenn Beschwerden wie Atemnot, Schmerz, Angst oder Unruhe trotz ausgeschöpfter Behandlung nicht ausreichend zu lindern sind, also therapierefraktär bleiben. Tiefe und Dauer richten sich nach dem Symptom und müssen verhältnismäßig sein. Sie braucht die Einwilligung oder, wenn der Mensch nicht mehr äußerungsfähig ist, seinen festgelegten oder mutmaßlichen Willen. Und sie wird fortlaufend überprüft und nachvollziehbar dokumentiert.

Daneben gibt es zwei Bereiche, in denen Pflegende und Ärzte besonders genau hinsehen. Wer in Einrichtungen jemanden unterbringt, durch Bettgitter einschränkt oder Medikamente gibt, die vor allem seine Bewegung hemmen sollen, braucht bei betreuten Personen die Genehmigung des

Betreuungsgerichts. Eine eingewilligte palliative Sedierung allein zur Symptomlinderung ist dagegen keine Freiheitsentziehung. Und im Betäubungsmittelrecht müssen Verordnung, Bedarfsmedikation, Höchstdosis, Mindestabstand und Eskalationsweg absolut eindeutig sein; Bestand und Verbleib sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Eine fachgerechte Opioidtherapie ist von gezielter Tötung klar zu unterscheiden, und gerade deshalb schützt die strenge Form Patienten wie Behandelnde.

„Die strenge Form schützt Patienten und Behandelnde zugleich.“

◆ 11. Die Angehörigen: Verantwortung, die verteilt werden darf

Pflegende Angehörige dürfen helfen. Sie müssen nicht alles allein tragen.

Erwachsene Kinder sollten wissen: Einwilligungsfähige Eltern entscheiden weiter selbst. Ohne Vollmacht besteht kein uneingeschränkter Anspruch auf medizinische Informationen, und eine Vorsorgevollmacht ist Verantwortung, aber keine Erlaubnis, eigene Wertvorstellungen durchzusetzen. Pflege darf auf Geschwister, Pflegedienste, Tagespflege, Hospizdienste und weitere Helfer verteilt werden. Erschöpfung, Schlafmangel, Reizbarkeit, körperliche Beschwerden und sozialer Rückzug sind Warnzeichen, und Entlastung sollte organisiert werden, bevor die Pflegeperson ausfällt. Wenn das Sozialamt für nicht gedeckte Pflegeheimkosten „Hilfe zur Pflege“ leistet, werden Kinder in der Regel erst bei einem jährlichen Bruttoeinkommen von mehr als 100.000 Euro herangezogen; maßgeblich bleibt die individuelle Prüfung.

Wer selbst erwerbstätig ist, hat mehrere gesetzliche Wege der Freistellung, die alle eines gemeinsam haben: Sie sind kein zusätzlicher bezahlter Urlaub. In einer akuten Pflegesituation können Beschäftigte bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernbleiben, unabhängig von der Betriebsgröße (§ 2 Pflegezeitgesetz). Sie müssen den Arbeitgeber unverzüglich informieren, auf Verlangen ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Besteht kein Anspruch auf Lohnfortzahlung, kann bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatz beantragt werden; der Anspruch ist auf insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person und Kalenderjahr begrenzt und wird unter mehreren Angehörigen geteilt. Die Pflegezeit ermöglicht eine vollständige oder teilweise Freistellung bis zu sechs Monaten, der Anspruch gilt bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Für die Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase sind bis zu drei Monate vollständige oder teilweise Freistellung möglich, zu Hause, im Krankenhaus, Pflegeheim oder Hospiz, ohne dass ein Pflegegrad nötig wäre, ebenfalls bei mehr als 15 Beschäftigten. Zur Abmilderung des Einkommensverlusts kann beim Bundesamt für Familie und

zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen beantragt werden; bei kleineren Arbeitgebern kann eine freiwillige Vereinbarung getroffen werden. Die Familienpflegezeit schließlich erlaubt eine teilweise Freistellung bis zu 24 Monaten bei mindestens 15 Wochenstunden, bei Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten. Die verschiedenen Freistellungen lassen sich kombinieren, dürfen zusammen aber grundsätzlich 24 Monate nicht überschreiten.

„Verantwortung heißt nicht, alles allein zu tragen.“

♦ 12. Wer nach dem Tod allein zurückbleibt

Palliativversorgung betrifft nicht nur den erkrankten Menschen.

Häufig bricht nach dessen Tod auch das bisherige Versorgungssystem des Ehepartners weg. Der oder die Zurückbleibende hat oft Jahre lang gepflegt und weiß sich selbst kaum noch versorgt. Auch ein hinterbleibender Ehepartner oder älterer Elternteil darf nicht allein wegen seines Alters oder seiner Hilfebedürftigkeit gegen seinen Willen in ein Pflegeheim gebracht werden. Kann die Person Bedeutung und Folgen der Wohnentscheidung noch verstehen und danach handeln, entscheidet sie selbst. Ist sie dazu nicht mehr in der Lage, braucht die vertretende Person eine ausreichende Vorsorgevollmacht oder muss gerichtlich für die erforderlichen Aufgabenbereiche bestellt sein, und sie muss sich nach den Wünschen, früheren Äußerungen und dem mutmaßlichen Willen richten, nicht nach den eigenen Vorstellungen. Eine gerichtliche Genehmigung ist nicht für jeden Pflegeheimvertrag nötig, wohl aber, wenn die Unterbringung oder einzelne Maßnahmen mit Freiheitsentziehung verbunden sind. Fehlende Entscheidungsfähigkeit erlaubt keine beliebige Unterbringung.

Deshalb sollte schon vor dem Tod des schwer erkrankten Menschen geklärt werden, wie der Ehepartner anschließend leben und versorgt sein kann: mit eigener Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, mit Bank-, Behörden-, Wohnungs- und Postvollmachten, gegebenenfalls einem eigenen Pflegegrad, mit gesicherter Medikamentenversorgung und ärztlicher Betreuung, mit ambulantem Pflegedienst oder Haushaltshilfe, Hausnotruf, Essen auf Rädern und Tagespflege, mit Wohnraumanpassung und, wenn nötig, Kurzzeitpflege oder einer dauerhaften Pflegeeinrichtung. Auch Miete, Einkommen, Hinterbliebenenrente und Sozialleistungen gehören dazu, ebenso Bestattungsvorsorge und digitaler Nachlass. Betreutes Wohnen bedeutet dabei nicht automatisch umfassende Pflege: Mietvertrag, Grundservice, Notruf, Wahlfreiheit des Pflegedienstes, Zusatzkosten und die Versorgung bei zunehmender Pflegebedürftigkeit müssen genau geprüft werden.

Pflegeberatung sollte nicht erst nach dem Zusammenbruch der Versorgung beginnen. Versicherte und, mit ihrer Zustimmung, Angehörige haben Anspruch auf eine individuelle Beratung durch die Pflegekasse oder einen Pflegestützpunkt. Dort kann ein konkreter Versorgungsplan entstehen, der medizinische, pflegerische und soziale Hilfen koordiniert.

„*Fehlende Entscheidungsfähigkeit erlaubt keine beliebige Unterbringung.*“

◆ 13. Die Pflegenden: was sich 2026 geändert hat

Wer begleitet, steht selbst auf einem Boden, den das Recht mit trägt.

Seit dem 1. Januar 2026 ist das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in Kraft. Es schafft die rechtliche Grundlage dafür, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung künftig eigenverantwortlich erbringen können. Welche Leistungen das im Einzelnen sind und unter welchen Voraussetzungen, regeln die vorgesehenen Verträge und Leistungskataloge. Für den vertragsärztlichen Bereich ist eine Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2026 vorgesehen, für die Krankenhausbehandlung bis zum 31. Juli 2027. Die Umsetzung erfolgt also schrittweise und hängt von der nachgewiesenen Qualifikation, dem Versorgungsbereich und den organisatorischen Regelungen ab.

Das stärkt die Rolle der Pflege, hat aber eine klare Grenze. Eine pauschale Berechtigung, ärztliche Verordnungen oder Medikationspläne eigenständig zu verändern, besteht nicht, und ärztlich verordnete Palliativmedikation darf nicht auf eigene Faust begonnen, abgesetzt oder verändert werden. Die gesetzliche Entbürokratisierung ändert auch nichts an der Pflicht, entscheidungsrelevante Angaben festzuhalten: Behandlungsziel, Einwilligungsfähigkeit, Wille, Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten, Absprachen im Team (§ 630f BGB). Wer so dokumentiert, dass die nächste Kollegin sicher übernehmen kann, schützt den Patienten und sich selbst.

„*Wer so dokumentiert, dass die nächste Kollegin sicher übernehmen kann, schützt den Patienten und sich selbst.*“

◆ 14. Der Praxischeck: Fragen vor der Krise

Eine rechtssichere Versorgung entsteht nicht allein durch Paragraphen.

Sie entsteht, wenn medizinische Indikation, Patientenwille, pflegerische Beobachtung, familiäre Möglichkeiten und erreichbare Angebote zusammengeführt werden, und dazu braucht es

Gespräche, bevor die Krise eintritt. Eine einfache Prüfung kann helfen: Ist die medizinische Indikation geklärt und das Behandlungsziel dokumentiert? Ist die Person für diese konkrete Entscheidung einwilligungsfähig? Liegen ein aktueller Wille, eine Patientenverfügung oder ein Notfallplan vor, und ist die Vertretungsbefugnis geprüft? Sind Nutzen, Belastungen und das Recht zur Ablehnung verständlich besprochen? Sind Angehörige nur in dem Umfang beteiligt, der zulässig und gewünscht ist? Sind Bedarfsmedikation, Höchstdosen und Eskalationswege eindeutig, ist das Versorgungsnetz aus SAPV, Hospizdienst und Hilfsmitteln koordiniert, der Notfallplan festgelegt, sind landesrechtliche und interne Vorgaben berücksichtigt? Und ist die Dokumentation so klar, dass jemand anderes sicher übernehmen kann?

Wer nicht weiß, wo er beginnen soll, muss sich nicht allein durch die Zuständigkeiten arbeiten. Zu Hause sind die behandelnde Hausärztin oder der Hausarzt für die medizinische und palliative Einschätzung sowie die Pflegekasse oder ein regionaler Pflegestützpunkt für die kostenlose Pflegeberatung die ersten Anlaufstellen. Privatversicherte können sich an ihre private Pflegepflichtversicherung oder an die compass private Pflegeberatung wenden. Befindet sich die Person im Krankenhaus, sind Sozialdienst oder Palliativdienst die richtigen Ansprechpartner. Ist die Entscheidungsfähigkeit deutlich eingeschränkt und fehlt eine ausreichende Vorsorgevollmacht, berät die örtliche Betreuungsbehörde, und falls nötig entscheidet das Betreuungsgericht über eine rechtliche Betreuung. Bei Konflikten gilt: nicht vorschnell handeln, Ethikberatung, Vertretung oder Betreuungsgericht einbeziehen. Im absoluten Notfall gilt der mutmaßliche Wille.

„Rechtssichere Versorgung entsteht im Gespräch, bevor die Krise eintritt.“

◆ 15. Schluss — Recht als Schutzraum

Am Ende bleibt die Frage, ob alles bedacht wurde, was einem Menschen zusteht.

Es ist kein Zufall, dass sich all das in ein Haus fassen lässt. Auch dort geht es darum, dass etwas trägt, wenn der Boden unsicher wird. Wer sich im Recht der Palliativversorgung auskennt, gewinnt Handlungsspielraum, weil er weiß, was möglich ist, wer zuständig ist und wo Entscheidungen auch dann Bestand haben, wenn sie schwerfallen. Und doch sind die wichtigsten Räume dieses Hauses nicht die, die Gesetze beschreiben. Sie entstehen im Gespräch: Wer soll entscheiden? Was soll im Notfall geschehen? Welche Behandlung ist noch sinnvoll? Wann soll das Krankenhaus aufgesucht werden, ist die Versorgung zu Hause tatsächlich tragfähig, wer entlastet die Angehörigen, und wer sorgt für den Menschen, der nach dem Tod allein zurückbleibt?

Alles Recht dieser Seiten steht letztlich im Dienst eines einzigen Gedankens: dass ein Mensch auch im Sterben nicht zum Gegenstand fremder Entscheidungen wird.

„Gute Palliativversorgung schützt nicht nur das Leben bis zuletzt — sie schützt Selbstbestimmung, Beziehungen und die Menschen, die Krankheit, Pflege und Sterben mittragen.“

∞ Vertiefung & Weiterführung

Wer sich mit den hier berührten Fragen weiter beschäftigen möchte, findet in der Reihe WISSENSRÄUME angrenzende Vertiefungen:

- Wissensraum Nr. 1 — Navigationsatlas Demenz
- Wissensraum Nr. 2 — Der ethische Kompass in der Palliative Care
- Wissensraum Nr. 5 — Systembruch um 20:30 Uhr
- Wissensraum Nr. 7 — Jenseits des Zuhörens: Die Essenz der wahren Präsenz
- Wissensraum Nr. 19 — Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität

◇ Quellen & Denksuren

Dieser Wissensraum versteht sich nicht als wissenschaftliche Abhandlung. Die folgenden Quellen markieren die fachlichen und rechtlichen Denksuren, an die seine zentralen Aussagen anschließen — vor allem die der Kapitel 3 bis 13. Rechtsstand: 1. Oktober 2026.

- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung, insbesondere §§ 37b, 39, 39a, 73d, 112a und 132g. Bundesministerium der Justiz.
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI): Soziale Pflegeversicherung, insbesondere §§ 7a, 18c, 36, 37, 39, 40, 42 und 45b.
- Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII): Sozialhilfe, insbesondere § 94 zur Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger; dazu das Angehörigen-Entlastungsgesetz (Einkommensgrenze 100.000 Euro), Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB): insbesondere §§ 630d, 630f, 1358, 1820, 1827, 1829 und 1831.
- Pflegezeitgesetz (PflegeZG), §§ 2 bis 4, und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG). Zur Praxis: Informationsportal „Wege zur Pflege“ des Bundesfamilienministeriums.
- Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. In Kraft seit 1. Januar 2026. Bundesministerium für Gesundheit.
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) sowie Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, jeweils in der geltenden Fassung.
- GKV-Spitzenverband und maßgebliche Hospizverbände: Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung. Fassung vom 18. November 2024.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband: Bundesmantelvertrag – Ärzte, insbesondere § 17 zur ärztlichen Vertretung.
- Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Version 3.0, Stand 21. Juli 2026, gültig bis 20. Juli 2031, AWMF-Registernummer 128-001OL; ersetzt Version 2.2.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandards.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Palliative care. Fact sheet. Definition von Palliative Care.
- Bundesministerium für Gesundheit: Leistungsbeträge der Pflegeversicherung 2026; Pflegeberatung nach § 7a SGB XI; Begutachtungsfristen; Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG), Referentenentwurf Juni 2026, Kabinettsbeschluss vom 30. September 2026, Gesetzgebungsverfahren offen.
- Bundesministerium der Justiz: Patientenverfügung – Textbausteine und Hinweise. Bundesnotarkammer: Zentrales Vorsorgeregister.
- Verband der Privaten Krankenversicherung: Palliativ- und Hospizversorgung für Privatversicherte; compass private Pflegeberatung; Kassenärztliche Bundesvereinigung: Patientenservice 116117.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung für Patienten und Angehörige.

○ WISSENSRÄUME — Wertschätzung

Die Reihe WISSENSRÄUME ist ein Herzensprojekt — kostenfrei, aber nicht selbstverständlich. Wenn dir die Impulse gefallen haben und du etwas zurückgeben möchtest, freue ich mich über eine freiwillige Spende: [PayPal.me/VossKati](https://www.paypal.me/VossKati)

Danke für deine Wertschätzung. Sie hilft, dass solche Inhalte weiter entstehen dürfen — still, liebevoll und im Dienst der Ganzheit.

△ WISSENSRÄUME — Hinweise

Die WISSENSRÄUME dienen der fachlichen Orientierung, Vertiefung und persönlichen Auseinandersetzung mit Themen aus Gesundheit, Pflege, Palliative Care, Spiritual Care, Psychologie und Philosophie. Sie ersetzen keine individuelle ärztliche, therapeutische, pflegerische oder rechtliche Beratung — bei akuten oder schwerwiegenden Fragestellungen bitte an entsprechend qualifizierte Fachpersonen wenden.

Dieser Wissensraum gibt den Rechts- und Informationsstand vom 1. Oktober 2026 wieder. Gesetze, Leistungsbeträge und Verfahren ändern sich; im Einzelfall beraten Pflegekasse, Pflegestützpunkt, Betreuungsbehörde oder eine Rechtsanwältin bzw. ein Rechtsanwalt.

Wenn dich das Thema persönlich belastet: Die Telefonseelsorge ist rund um die Uhr und kostenfrei erreichbar unter 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222, im Notfall der Notruf 112.