

FAMILIENGUIDE / 01

Nach der Klinik. Ihr nächster Schritt.

Der 72-Stunden-Fahrplan mit Checklisten, gesetzlichen Grundlagen und vier Vorlagen. Von Sebastian Schugar, Inhaber von Thalpos Pflegevermittlung.



KI-generierte Illustration. Keine Darstellung einer betreuten Familie.

Die fünf Fragen für heute

- ☐ Welche Hilfe braucht Ihr Angehöriger beim Aufstehen und beim Toilettengang?
- ☐ Sind Medikamente, notwendige Behandlungspflege und Hilfsmittel tatsächlich verfügbar?
- ☐ Wer übernimmt die Unterstützung heute und in der ersten Nacht?
- ☐ Wer koordiniert den Übergang in der Klinik und wer ist zu Hause erreichbar?
- ☐ Welche Versorgungslücke muss sofort mit Station, Praxis oder Kasse geklärt werden?

72 Stunden sind ein Organisationsplan, keine Liefer- oder Bewilligungsgarantie. Beginnen Sie möglichst vor der Entlassung. Bei Lebensgefahr 112; bei dringenden, nicht lebensbedrohlichen Beschwerden außerhalb der Praxiszeiten, die nicht bis morgen warten können: 116117.

FAMILIENGUIDE / 02

Die ersten drei Tage

Die Aufgaben laufen teilweise parallel. Planen Sie ab jetzt; warten Sie mit dringenden Punkten nicht bis zum nächsten Zeitfenster. Gesetzliche Arbeitstage, Wochenenden und Feiertage werden gesondert betrachtet.

0-24 Stunden | Versorgung klären

- ☐ Station / Entlassmanagement: Bedarf und offene Versorgung festhalten.
- ☐ Medikamente, Hilfsmittel, ersten Pflegebesuch und erste Nacht abstimmen.
- ☐ Pflegekasse kontaktieren. Bei akuter Arbeitsverhinderung Arbeitgeber sofort informieren.

24-48 Stunden | Zusagen bestätigen

- ☐ Lieferung, Aufbau, Einweisung und tatsächlichen Dienstbeginn bestätigen lassen.
- ☐ Antragseingang, Unterlagen und Voraussetzungen einer Eilprüfung klären.
- ☐ Pflegeunterstützungsgeld unverzüglich beantragen; fehlende Nachweise nachreichen.

48-72 Stunden | Alltag ordnen

- ☐ Praxis / Pflegedienst: Weiterbehandlung und Folgetermine abstimmen.
- ☐ Aufgaben, Pausen und erreichbare Personen in der Familie verteilen.
- ☐ Offene Punkte nachfassen. Erforderliche Überbrückung fachlich klären.

Eine Person behält den Überblick

Koordination: _____ Telefon: _____

Entlassung: _____ Nächste Rückmeldung: _____

Gut zu wissen

Sagen Sie ehrlich, was Ihre Familie übernehmen kann. Eine Anfrage an einen Dienst oder Lieferanten ist noch keine bestätigte Versorgung. Bei medizinisch unsicherer Situation holen Sie sofort fachlichen Rat ein.

FAMILIENGUIDE / 03

Hebel 1: Hilfsmittel

Sprechen Sie das unmittelbar notwendige Hilfsmittel bereits in der Klinik an. Der Rahmen: § 39 Abs. 1a und § 33 SGB V sowie § 6a Hilfsmittel-Richtlinie. Ein Pflegegrad ist für den Anspruch über die Krankenversicherung keine allgemeine Voraussetzung.

Vom Bedarf zur nutzbaren Versorgung

Schritt	Was bestätigt werden muss
Bedarf / Verordnung	Medizinische Erforderlichkeit, geeignetes Gerät, Entlassdatum
Kasse / Vertragspartner	Zuständigkeit, eventuell nötige Genehmigung, mögliche Zuzahlung
Lieferung	Tag, Zeitfenster, Stockwerk, Zugang und Person zum Öffnen
Aufbau / Einweisung	Sichere Nutzung, Bedienung und Kontakt bei Störung

Für das Telefonat

„Welche Hilfsmittel braucht mein Angehöriger unmittelbar nach der Entlassung? Bitte prüfen Sie die Verordnung im Entlassmanagement. Wer stimmt mit uns Genehmigung, Lieferung und Einweisung ab?“

Die Sieben-Tage-Regel

Verbrauchshilfsmittel werden grundsätzlich für bis zu sieben Kalendertage nach Entlassung verordnet. Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können bei erforderlicher längerer Versorgung darüber hinaus genutzt werden. Ein Pflegebett muss deshalb nicht nach sieben Tagen zurück.

Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach Entlassung aufgenommen, verliert die Entlassverordnung ihre Gültigkeit. Frühzeitig mit Lieferant und Kasse klären.

Offene Zusagen notieren

Hilfsmittel: _____ Verordnung vom: _____

Lieferant / Telefon: _____

Genehmigung: _____ Lieferung: _____

Aufbau / Einweisung: _____ Rückfrage am: _____

Gut zu wissen

Eine Verordnung garantiert weder die Bewilligung eines bestimmten Geräts noch eine Lieferung vor der Entlassung. Bedarf, Kosten und sichere Überbrückung im konkreten Fall klären. Vorlage auf Seite 8.

Hebel 2: Pflegegrad

Den Antrag bei der Pflegekasse des Angehörigen möglichst sofort stellen. Eingang nachweisen. Der Hilfebedarf muss voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen; Sie müssen nicht erst sechs Monate warten (§ 14 SGB XI).

Verfahren	Frist und Bedingungen
Regulär	Schriftliche Entscheidung grundsätzlich binnen 25 Arbeitstagen ab Antragseingang (§ 18c Abs. 1).
Klinik / stationäre Reha	Begutachtung spätestens am fünften Arbeitstag, wenn eine der Eilvoraussetzungen des § 18a Abs. 5 vorliegt.
Zu Hause	Zehn Arbeitstage für die Begutachtung unter den Voraussetzungen des § 18a Abs. 6: angekündigte Pflegezeit oder vereinbarte Familienpflegezeit.

Was die Eilprüfung in der Klinik voraussetzt

Es gibt Hinweise, dass die Begutachtung in der Einrichtung für die Weiterversorgung erforderlich ist. Oder Pflegezeit wurde dem Arbeitgeber angekündigt. Oder Familienpflegezeit wurde vereinbart. Weitere besondere Zugänge bestehen bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung. Nicht jeder Klinikaufenthalt genügt automatisch.

Die erste Eilempfehlung kann auf Pflegebedürftigkeit und mindestens Pflegegrad 2 begrenzt sein. Eine abschließende Begutachtung folgt. Die Pflegekasse muss nach Eingang der Empfehlung unverzüglich schriftlich entscheiden. Eine bestimmte Einstufung ist nicht garantiert.

70 Euro bei Fristüberschreitung?

§ 18c Abs. 5 sieht unter seinen Voraussetzungen 70 Euro je begonnener Woche vor. Ausnahmen, nicht von der Kasse zu vertretende Verzögerungen und fehlende zwingend erforderliche Unterlagen beachten. Bitten Sie um Prüfung; rechnen Sie nicht mit pauschalem Sofortgeld.

Für Ihre Akte

Antragseingang: _____ Bestätigt durch: _____

Eilgrund / Nachweis: _____

Fehlende Unterlagen / eingereicht am: _____

Gut zu wissen

Die kurze Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG ist von Pflegezeit und Familienpflegezeit zu unterscheiden. Bei Vertretung passenden Nachweis beifügen. Vorlage auf Seite 9.

Hebel 3: Zeit gewinnen

In einer akut aufgetretenen Pflegesituation können Beschäftigte unter den Bedingungen des § 2 PflegeZG bis zu zehn Arbeitstage fernbleiben, um die Pflege eines nahen Angehörigen zu organisieren oder sicherzustellen.

1. Arbeitgeber unverzüglich informieren

- ☐ Verhinderung und voraussichtliche Dauer mitteilen. Änderungen zeitnah nachmelden.
- ☐ Auf Verlangen ärztliche Bescheinigung oder Bescheinigung einer Pflegefachperson vorlegen.
- ☐ Mit Personalstelle klären, ob andere Regeln oder Vereinbarungen eine Lohnfortzahlung vorsehen.

2. Verdienstausschlag gesondert klären

Ohne entsprechende Entgeltfortzahlung kommt Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI infrage. Unverzüglich bei der Pflegekasse oder privaten Pflegeversicherung des pflegebedürftigen Angehörigen beantragen, nicht bei der eigenen Krankenkasse.

- ☐ Bescheinigung und angeforderte Entgeltdaten beifügen oder zeitnah nachreichen.
- ☐ Mit Geschwistern abstimmen: zusammen höchstens zehn Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld je Kalenderjahr für denselben Angehörigen.

3. Schutz korrekt einordnen

Der besondere Kündigungsschutz nach § 5 PflegeZG beginnt mit der Ankündigung beim Arbeitgeber, frühestens zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn, und gilt bis zum Ende der Arbeitsverhinderung oder Freistellung. Behördlich zugelassene Ausnahmen sind möglich. Er ist nicht absolut.

Gut zu wissen

Keine eigene Krankmeldung verwenden, wenn Sie wegen der Pflegeorganisation fehlen. Die Klinikentlassung allein erfüllt nicht automatisch alle Voraussetzungen. Für Selbstständige und Beamte gelten teilweise andere Regeln. Vorlagen auf Seiten 10 und 11.

FAMILIENGUIDE / 06

Welche Hilfe passt jetzt?

Für gesetzlich Versicherte kommen je nach Bedarf verschiedene Leistungen infrage. Prüfen lassen heißt noch nicht bewilligt. Kostenträger, Beginn und Eigenkosten jeweils klären.

Situation	Mögliche Leistung zur Prüfung
Medizinische Versorgung zu Hause	Häusliche Krankenpflege, § 37 SGB V, etwa für notwendige Behandlungspflege
Vorübergehend Grundpflege / Haushalt, kein Pflegegrad 2-5	§ 37 Abs. 1a SGB V bei schwerer Krankheit / akuter Verschlimmerung unter den gesetzlichen Bedingungen
Diese häusliche Hilfe reicht nicht, kein Pflegegrad 2-5	Kurzzeitpflege über die Krankenkasse, § 39c SGB V
Anschlussleistung nach Klinik fehlt	Übergangspflege nach § 39e SGB V prüfen; Teil 2 der Serie enthält eine eigene Vorlage
Bereits Pflegegrad 2-5	Passende ambulante Pflegeleistungen oder Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI mit Pflegekasse besprechen

Wenn die Versorgung offenbleibt

Vor Entlassung: Station und Entlassmanagement über die konkret fehlende Leistung informieren. Krankenkasse einbeziehen und eine sichere Überbrückung prüfen lassen.

Bereits zu Hause: Behandelnde Praxis / Pflegedienst kontaktieren und offene Unterstützung fachlich beurteilen lassen. Bei Lebensgefahr 112. Bei dringenden Beschwerden außerhalb der Praxiszeiten, die nicht bis morgen warten können: 116117.

Kein Rückruf: Zuständige Person und Rückmeldetermin erfragen, Gespräche dokumentieren. Patientenfürsprache, Klinik-Beschwerdemanagement oder Pflegeberatung können unterstützen.

Gut zu wissen

Privat Versicherte stimmen den Umfang mit Versicherer und gegebenenfalls Beihilfestelle ab. Eine privat beschaffte Betreuungskraft ist nicht automatisch eine Kassenleistung. Hilfs- und Pflegedienste brauchen tatsächlich verfügbare Kapazität.

FAMILIENGUIDE / 07

Übergabe und Kontakte

Patientin / Patient: _____ Entlassung: _____

Koordinierende Person / Telefon: _____

- ☐ Entlassbrief, aktueller Medikamentenplan und erforderliche Verordnungen liegen vor.
- ☐ Medikamente verfügbar; Unklarheiten mit Station, Praxis oder Apotheke geklärt.
- ☐ Erster Dienstbesuch und benötigte Leistung bestätigt; Vertretung bekannt.
- ☐ Hilfsmittel geliefert, aufgebaut und erklärt; Zugang, Schlüssel und Transport geklärt.
- ☐ Essen, Trinken, Toilettengang und sichere Unterstützung für die erste Nacht organisiert.
- ☐ Folgetermin, Ansprechperson und fachliche Hinweise bei Verschlechterung bekannt.

Ihr Kontaktbogen

Stelle / Person	Name, Telefon, Rückmeldung am
Station / Entlassmanagement	_____ _____
Krankenkasse / Pflegekasse	_____ _____
Hausarztpraxis / Pflegedienst	_____ _____
Hilfsmittellieferant / Familie	_____ _____

Noch offen

Aufgabe: _____ Verantwortlich: _____ Bis: _____

Aufgabe: _____ Verantwortlich: _____ Bis: _____

Keine Medikamente oder Dosierungen eigenständig ändern. Lassen Sie sich Transfers und Geräte erklären.
Gesundheitsdaten nur an zuständige Empfänger und über geeignete Wege weitergeben.

Anschlussversorgung und Hilfsmittel klären

An Klinik / Entlassmanagement. Nur tatsächlichen Bedarf nennen. Keine automatische Bewilligung oder Entlassungssperre.

An das Entlassmanagement und die behandelnde Station

[Krankenhaus, Station, zuständige Person]

Kopie an: [zuständige Krankenkasse, falls sinnvoll]

Datum: [Datum]

Patientin / Patient: [Name, Geburtsdatum]

Entlassung vorgesehen am: [Datum]

Bitte um Klärung der Anschlussversorgung und Hilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Versorgung nach der Entlassung ist nach der bisherigen fachlichen Einschätzung folgende Unterstützung erforderlich:

[Bedarf konkret beschreiben, bestätigte Informationen verwenden.]

Bislang fehlen folgende Leistungen oder verbindliche Zusagen:

[Hilfsmittel, notwendige Pflege, Medikamente oder weitere offene Punkte.]

Die Familie kann tatsächlich folgende Hilfe übernehmen:

[Aufgaben und Zeiten; Grenzen offen benennen.]

Bitte prüfen Sie die erforderlichen Verordnungen im Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V und stimmen Sie die Anschlussversorgung mit den zuständigen Stellen ab. Für Hilfsmittel bitten wir um Klärung von Kostenträger, gegebenenfalls Genehmigung, Lieferung, Aufbau und Einweisung.

Bitte teilen Sie uns die zuständige Ansprechperson und einen Rückmeldetermin mit. Falls die notwendige Anschlussleistung nicht rechtzeitig verfügbar ist, bitten wir um Prüfung einer geeigneten Überbrückung, gegebenenfalls auch nach § 39e SGB V.

Erreichbar unter: [Telefon]

Mit freundlichen Grüßen

[Patientin / Patient oder vertretungsberechtigte Person]

[Bei Vertretung: passenden Nachweis beifügen]

Platzhalter ersetzen. Eine Kopie und geeigneten Empfangs- oder Versandnachweis aufbewahren.

FAMILIENGUIDE / 09

Pflegeleistungen beantragen und Eilprüfung ansprechen

An Pflegekasse / private Pflege-Pflichtversicherung. Bei vorhandenem Pflegegrad den Antrag passend abändern.
Eilgrund nur bei tatsächlichen Voraussetzungen einsetzen.

An die Pflegekasse / private Pflege-Pflichtversicherung
[Name und Anschrift]

Datum: [Datum]

Versicherte Person: [Name, Geburtsdatum, Versichertennummer]

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
Bitte um Prüfung einer beschleunigten Begutachtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung und die Feststellung eines Pflegegrades für [Name].

Nach der derzeitigen Einschätzung besteht folgender Hilfebedarf:
[Tatsächliche Einschränkungen, Unterstützung und voraussichtliche Dauer.]

Aktueller Aufenthaltsort: [Krankenhaus / Reha / Zuhause]
Vorgesehene Entlassung: [Datum, falls bekannt]

Bitte prüfen Sie, ob die Voraussetzungen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Abs. 5 oder 6 SGB XI erfüllt sind. Für diese Prüfung ist folgende Tatsache relevant:
[Nur Zutreffendes einsetzen: Begutachtung in der Einrichtung für die Anschlussversorgung erforderlich; angekündigte Pflegezeit; vereinbarte Familienpflegezeit. Belege beifügen, soweit vorhanden.]

Bitte bestätigen Sie den Antragseingang und teilen Sie mir mit, welche Unterlagen noch benötigt werden und welche Frist im konkreten Fall gilt.

Erreichbar unter: [Telefon, zuständige Kontaktperson]
Mit freundlichen Grüßen
[Versicherte Person oder vertretungsberechtigte Person]
Anlagen: [verfügbare Nachweise, Vertretungsnachweis]

Platzhalter ersetzen. Eine Kopie und geeigneten Empfangs- oder Versandnachweis aufbewahren.

Arbeitgeber über akute Arbeitsverhinderung informieren

An Arbeitgeber / Personalstelle. Unverzügliche Mitteilung, kein Urlaubsantrag und keine eigene Krankmeldung.

An [Arbeitgeber / Personalstelle]

Datum: [Datum und Uhrzeit]

Beschäftigte Person: [Name, Personalnummer]

Mitteilung nach § 2 PflegeZG

Sehr geehrte Damen und Herren,

wegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation bei meinem / meiner [naher Angehöriger, Verwandtschaftsverhältnis] bin ich an der Arbeitsleistung verhindert.

Ich muss eine bedarfsgerechte Pflege organisieren beziehungsweise die pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen.

Die Verhinderung beginnt voraussichtlich am [Datum] und dauert voraussichtlich bis [Datum; benötigte Arbeitstage angeben, höchstens zehn].

Über Änderungen der voraussichtlichen Dauer informiere ich Sie unverzüglich. Eine ärztliche Bescheinigung oder Bescheinigung einer Pflegefachperson lege ich auf Verlangen vor.

Bitte bestätigen Sie den Eingang. Bitte teilen Sie mir mit, ob eine Entgeltfortzahlung nach den für mein Arbeitsverhältnis geltenden Regeln besteht. Für den gegebenenfalls erforderlichen Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld benötige ich die von der Pflegeversicherung angeforderten Entgeltdaten.

Erreichbar für organisatorische Rückfragen: [Telefon]

Mit freundlichen Grüßen

[Name]

Platzhalter ersetzen. Eine Kopie und geeigneten Empfangs- oder Versandnachweis aufbewahren.

Pflegeunterstützungsgeld beantragen

An Pflegeversicherung des Angehörigen. Diese Anfrage ersetzt nicht alle von der Stelle verlangten Formulare und Nachweise.

An die Pflegekasse / private Pflegeversicherung
des pflegebedürftigen nahen Angehörigen
[Name und Anschrift]

Datum: [Datum]

Pflegebedürftige Person: [Name, Geburtsdatum, Versichertennummer]

Antragstellende beschäftigte Person: [Name, Anschrift, Kontakt]

Verwandtschaftsverhältnis: [Angabe]

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich unverzüglich Pflegeunterstützungsgeld für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG.

Ich organisiere für meinen / meine [naher Angehöriger] wegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege beziehungsweise stelle die pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicher.

Zeitraum der Arbeitsverhinderung: [Datum bis Datum, Arbeitstage]

Arbeitgeber: [Name, Kontakt]

Entgeltfortzahlung: [zutreffende Angaben nach Klärung mit Arbeitgeber]

Weitere Angehörige mit beantragten / bezogenen Tagen für dieselbe Person im laufenden Kalenderjahr: [Angaben, gegebenenfalls noch zu klären]

Die ärztliche Bescheinigung oder Bescheinigung einer Pflegefachperson [liegt bei / wird nachgereicht]. Bitte nennen Sie mir noch erforderliche Nachweise, Ihr Antragsformular und den geeigneten Übermittlungsweg. Fehlende Unterlagen reiche ich zeitnah nach.

Mit freundlichen Grüßen

[Name der antragstellenden beschäftigten Person]

Anlagen: [Bescheinigung, Entgeltnachweis, weitere verlangte Unterlagen]

Platzhalter ersetzen. Eine Kopie und geeigneten Empfangs- oder Versandnachweis aufbewahren.

Nachlesen. Weiterplanen.

Originalquellen und offizielle Informationen, geprüft am 5. Oktober 2026. Die verlinkten Normen sind im PDF anklickbar.

Entlassmanagement: § 39 Abs. 1a SGB V

Hilfsmittel: § 33 SGB V

Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA, insbesondere § 6a

Pflegebedürftigkeit: § 14 SGB XI

Begutachtung: § 18a SGB XI

Entscheidung und Fristen: § 18c SGB XI

Akute Arbeitsverhinderung: § 2 PflegeZG

Kündigungsschutz: § 5 PflegeZG

Pflegeunterstützungsgeld: § 44a Abs. 3 SGB XI

Häusliche Krankenpflege: § 37 SGB V

Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad 2-5: § 39c SGB V

Übergangspflege: § 39e SGB V

Kurzzeitpflege: § 42 SGB XI

Pflegeberatung: § 7a SGB XI

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116117.de

Der Guide auf Ihrer Website

thalpos.de/links: Artikel, PDF und bearbeitbare Vorlagen

Teil 2: Übergangspflege und eigene Vorlage

Wenn die medizinische Versorgung geklärt ist

Für Gesellschaft, Haushalt und Begleitung kann eine Betreuungskraft im Zuhause helfen. Thalpos Pflegevermittlung bespricht Bedarf, Wohnsituation und passende Auswahl mit Ihnen. Behandlungspflege bleibt Aufgabe geeigneter Fachkräfte; Beginn hängt von Verfügbarkeit ab.

Telefon: 069 42602735 | Fax: +49 69 42690970
info@thalpos.de | thalpos.de/pflegevermittlung/

Allgemeine Orientierung, keine medizinische oder rechtliche Einzelfallberatung. Die Vorlagen ersetzen keine fachliche Bescheinigung oder Leistungsentscheidung. Keine Garantie für vollständige Versorgung innerhalb von 72 Stunden.