



Bundesministerium
für Gesundheit



Pflegebedürftig. Was nun?

Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe



Welche Leistungen gibt es?

Überblick:

Pflegegrade	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	Leistungsbetrag vollstationär*
Pflegegrad 1			131 Euro	131 Euro
Pflegegrad 2	347 Euro	796 Euro	131 Euro	805 Euro
Pflegegrad 3	599 Euro	1.497 Euro	131 Euro	1.319 Euro
Pflegegrad 4	800 Euro	1.859 Euro	131 Euro	1.855 Euro
Pflegegrad 5	990 Euro	2.299 Euro	131 Euro	2.096 Euro

** Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung ab dem Pflegegrad 2 folgende nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil im vollstationären Bereich: ab dem ersten Monat 15 Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, nach zwölf Monaten 30 Prozent, nach 24 Monaten 50 Prozent und nach 36 Monaten 75 Prozent. Die aufgeführten Leistungen verstehen sich monatlich und stellen einen Auszug aus den Leistungen der Pflegeversicherung dar.*

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Gesetzes sind damit Personen erfasst, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Schwere bestehen.

Wo können Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden; dies kann auch telefonisch erfolgen. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung können auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte übernehmen, wenn sie dazu bevollmächtigt werden.

Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt worden ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst (MD) oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Privat Versicherte stellen ei-

nen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen oder Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung Medicproof.

Welche Voraussetzung muss für die Leistungsansprüche erfüllt sein?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied in der Pflegeversicherung versichert oder familienversichert gewesen sein.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitations-einrichtung ist die Begutachtung durch den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter innerhalb von fünf Arbeitstagen durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde; die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch bei einem Aufenthalt im Hospiz oder während einer ambulanten palliativen Versorgung.

Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist eine Begutachtung innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Antragseingang durchzuführen.

Was sind Pflegegrade und wie sind sie gestaffelt?

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Es gibt fünf Pflegegrade, die mit Hilfe eines pflegeschonend begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt werden. Nachdem ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt worden ist, beauftragt die Pflegekasse den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die angemeldete Begutachtung erfolgt in der Regel im Wohnbereich der Antragstellerin beziehungsweise des Antragstellers. Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch eine telefonische Begutachtung, die auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, erfolgen, sofern die antragstellende Person zustimmt. Eine telefonische Begutachtung ist insbesondere bei einer erstmaligen Untersuchung oder bei Kindern unter 14 Jahren ausgeschlossen; die weiteren Einzelheiten sind in den Begutachtungsrichtlinien geregelt.

Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis hin zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Erste Schritte auf einen Blick

1. Setzen Sie oder eine bevollmächtigte Person sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung.
2. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten der Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie können diese Liste bei der Pflegekasse auch anfordern, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen stellen.
3. Sie haben darüber hinaus einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse. Dieser Beratungsanspruch gilt auch für Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, sofern Sie zustimmen. Die Pflegekasse bietet Ihnen unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Leistungen einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung durchzuführen ist. Sie können sich auch bereits beraten lassen, wenn eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden soll. Die Pflegekasse benennt außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist. Möglich ist auch, dass Ihnen die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zweiwochenfrist





eingelöst werden kann. Auf Ihren Wunsch kommt die Pflegeberaterin beziehungsweise der Pflegeberater auch zu Ihnen nach Hause. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden. Wenn es in Ihrer Region einen Pflegestützpunkt gibt, können Sie sich ebenso an diesen wenden. Näheres erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse. Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „compass private pflegeberatung GmbH“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater bei Ihnen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

4. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit. Die die Pflegeversicherung betreibenden privaten Versicherungsunternehmen beauftragen den medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung Medicproof mit der Begutachtung.
5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung anwesend zu sein.

6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege zu Hause längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen wollen.
7. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Pflege- und Betreuungsangebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.
8. Mehr Informationen erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, bei den Pflegestützpunkten vor Ort oder über die unten aufgeführten Kontaktdaten. Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, www.pkv.de. Die „compass private pflegeberatung GmbH“ erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer 0800 1018800 oder per E-Mail an info@compass-pflegeberatung.de.

Wo kann ich mich informieren?



Mehr zum Thema Pflege erfahren Sie auf der Website www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege und in weiteren kostenfreien Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

Druck Hausdruckerei BMAS, 53123 Bonn

Stand Januar 2026, 20. aktualisierte Auflage

Bestell-Nr. BMG-P-07053

Papier Circle Offset Premium white,
FSC-zertifiziert, Blauer-Engel-zertifiziert

Kostenlose Bestellung weiterer Publikationen zur Pflege

E-Mail publikationen@bundesregierung.de

Telefon 030 182722721

Fax 030 18102722721

postalisch Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 50 10 54, 18155 Rostock

Website www.publikationen-bundesregierung.de

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie unter **030 3406066-02**.

Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums per Videotelefonie unter www.gebaerdentelefon.de/bmg oder per E-Mail an **info.gehoerlos@bmg.bund.de**.

Weiterführende Informationen

finden Sie auf der Website:

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege