

Die Leistungen der Pflegeversicherung (Stand 01.01.2026)

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftig sind Personen, die auf Dauer, voraussichtlich mindestens für sechs Monate, gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Maßgeblich dafür sind die in den folgenden sechs Modulen genannten Kriterien:

1. Mobilität:

Positionswchsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:

Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde;

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, Körpernahe Hilfsmittel,
- in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Die Pflegegrade

In jedem Bereich werden je nach Stärke der Beeinträchtigung Punkte vergeben, deren Gewichtung und Summe letztlich über den Pflegegrad entscheidet.

Pflegegrad 1

Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte

Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte

Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte

Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
70 bis unter 90 Gesamtpunkte

Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
90 bis 100 Gesamtpunkte

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Wir beauftragen den medizinischen Dienst (Medicproof GmbH) mit einer Begutachtung der pflegebedürftigen Person. Er ermittelt dabei u. a. den individuellen Grad der Beeinträchtigung und erstellt ein Gutachten.

Begutachtungsfristen

Die Leistungsentscheidung muss nach Antragseingang innerhalb von 25 Arbeitstagen (in besonderen Fällen bereits am 5. bzw. 10. Arbeitstag) erfolgen. Verzögerungsgründe, die der Versicherer nicht zu vertreten hat, unterbrechen die Frist. Bei Verzögerung der Leistungsentscheidung beträgt die Zusatzzahlung 70 EUR je begonnener Woche der Fristüberschreitung.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegesachleistungen

Erfolgt die Pflege durch eine Sozialstation oder einen privaten Pflegedienst, erstatten wir die Kosten der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung pro Monat bei:

- Pflegegrad 1	0 EUR
- Pflegegrad 2	bis 796 EUR
- Pflegegrad 3	bis 1497 EUR
- Pflegegrad 4	bis 1859 EUR
- Pflegegrad 5	bis 2299 EUR

Pflegegeld

Für die Pflege durch ehrenamtliche Pflegepersonen, Angehörige, Bekannte oder Nachbarn, zahlen wir pro Monat bei:

- Pflegegrad 1	0 EUR
- Pflegegrad 2	347 EUR
- Pflegegrad 3	599 EUR
- Pflegegrad 4	800 EUR
- Pflegegrad 5	990 EUR

Bei den Pflegegraden 2 bis 5 ist mindestens einmal halbjährlich ein „Beratungseinsatz“ durch eine Sozialstation, einen privaten Pflegedienst, eine anerkannte Beratungsstelle oder einen Pflegeberater der compass private Pflegeberatung GmbH erforderlich.

Bei diesem Besuch können Tipps für die tägliche Pflege gegeben und Probleme besprochen werden. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich und Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 auch vierteljährlich einen Beratungsbesuch abrufen.

Kombinationsleistung

Die Pflegesachleistung und das Pflegegeld können kombiniert werden. Wird der Höchstsatz für die Pflegesachleistungen nicht erreicht, zahlen wir noch ein anteiliges Pflegegeld.

Ein Beispiel für den Pflegegrad 2:

- entstandene Kosten:
477,60 EUR (= 60 % von 796 EUR)
- anteiliges Pflegegeld:
138,80 EUR (= 40 % von 347 EUR)

Teilstationäre Pflege

Erfolgt die Pflege zusätzlich in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, erstatten wir die Kosten des pflegebedingten Aufwandes und der Fahrtkosten (neben der Pflegesachleistung/dem Pflegegeld) pro Monat bei:

- Pflegegrad 1	0 EUR
- Pflegegrad 2 bis	721 EUR
- Pflegegrad 3 bis	1357 EUR
- Pflegegrad 4 bis	1685 EUR
- Pflegegrad 5 bis	2085 EUR

Außerdem erstatten wir den Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel (mit Hilfsmittelnummer) nach dem Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung stellen wir leihweise zur Verfügung, wenn sie pflegerisch notwendig sind vom Gutachter befürwortet werden.

Werden diese selbst angeschafft, erstatten wir nur die Kosten bis zu der Höhe, die wir mit unseren Kooperationspartnern vereinbart haben.

Gern organisieren wir die Versorgung für Sie oder nennen Ihnen die Kontaktdata unserer Kooperationspartner.

Ihr Vorteil: Es entstehen Ihnen keine Differenzkosten.

Verbrauchshilfsmittel

Verbrauchshilfsmittel erstatten wir pro Monat bis 42 EUR. Hierzu zählen zum Beispiel Windelhosen, Vorlagen und Bettschutzeinlagen.

Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

An den Kosten für die Verbesserungen des Wohnumfeldes beteiligen wir uns bis 4180 EUR, wenn sie vom Gutachter befürwortet werden. Hierzu gehören zum Beispiel ebenerdige Duschen, Treppenlifts, Türverbreiterungen und Handläufe.

Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Für anerkannte digitale Pflegeanwendungen, die im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen gelistet sind und für die eine Vergütungsvereinbarung besteht, können insgesamt 40 EUR und für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu 30 EUR im Kalendermonat erstattet werden.

Ersatzpflege

Der Anspruch auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege ab Pflegegrad 2 beläuft sich auf insgesamt bis zu 3.539 EUR (Gemeinsamer Jahresbetrag) für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Bereits erbrachte Leistungen der Kurzzeitpflege werden angerechnet.

Erfolgt die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig von Verwandten bis zum zweiten Grad oder in häuslicher Gemeinschaft lebender Personen, ist die Erstattung der Aufwendungen auf den 2fachen Betrag des Pflegegeldes des Pflegegrades beschränkt. Zusätzlich können noch Aufwendungen geltend gemacht werden, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind.

Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege und Ersatzpflege ab Pflegegrad 2 beläuft sich auf insgesamt bis zu 3.539 EUR (Gemeinsamer Jahresbetrag) für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Bereits erbrachte Leistungen der Ersatzpflege werden angerechnet. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen und die Ausbildungsumlage erstattet.

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investition können als Entlastungsbetrag erstattet werden, sofern dieser Höchstsatz noch nicht ausgeschöpft wurde.

Außerdem erstatten wir den Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Pflegekurse

Pflegekurse sind eine sinnvolle Hilfe für Pflegepersonen. Die Kosten erstatten wir bis 100 EUR.

Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Wir erstatten die Kosten für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags bis 131 EUR pro Monat. In einem Kalenderjahr nicht verbrauchte Ansprüche werden in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen

Hierbei handelt es sich um Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen:

- der Tages- und Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der ambulanten Pflegedienste*
- landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag

* In den Pflegegraden 2 bis 5 können jedoch keine Leistungen im Bereich der Selbstversorgung erstattet werden.

Besteht noch ein Anspruch auf Pflegesachleistungen, können Angebote zur Unterstützung im Alltag bis zu 40 % des Höchstsatzes des jeweiligen Pflegegrades erstattet werden.

Ambulant betreute Wohngruppen

Bei der häuslichen Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit insgesamt mindestens drei und höchstens 12 Pflegebedürftigen, zahlen wir unter bestimmten Voraussetzungen einen pauschalen Zuschlag von 224 EUR pro Monat.

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Die Neugründung von ambulanten Wohngemeinschaften kann – für jeden Pflegebedürftigen mit einem Betrag von bis zu 2613 EUR (maximal 10452 EUR pro Wohngemeinschaft) – gefördert werden. Weitere Informationen geben wir gerne bei Bedarf.

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben Anspruch auf einen monatlichen Zuschuss von 450 Euro. Dies gilt, wenn sie in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI leben. Mit diesem Zuschuss können sie ihre selbstbestimmte Pflege sicherstellen.

Wichtig zu wissen: Bei dieser ambulanten Versorgungsform stehen nach § 45h SGB XI nicht alle Leistungen der häuslichen Pflege zur Verfügung.

Unfall- und Renten- und Arbeitslosenversicherung

Während der Pflege sind ehrenamtliche Pflegepersonen unter Umständen gesetzlich unfallversichert. Unter bestimmten Voraussetzungen können wir Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen zahlen.

Leistungen im Rahmen des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG)

Wird die bis zu 6-monatige Pflegezeit in Anspruch genommen, können unter bestimmten Voraussetzungen Zahlungen von Beiträgen zur Sozialversicherung durch uns erfolgen.

Pflegeunterstützungsgeld

In einer akuten Pflegesituation können sich nahe Angehörige kurzzeitig von der Arbeit freistellen lassen. Sie haben während der Freistellung unter gewissen Kriterien Anspruch auf Lohnersatzleistungen (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu 10 Tage pro Kalenderjahr.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Vollstationäre Pflege

Bei einer vollstationären Pflege in einem Pflegeheim erstatten wir die Kosten für den pflegebedingten Aufwand einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinischen Behandlungspflege pro Monat pauschal bei:

- Pflegegrad 1	bis	131 EUR
- Pflegegrad 2	bis	805 EUR
- Pflegegrad 3	bis	1319 EUR
- Pflegegrad 4	bis	1855 EUR
- Pflegegrad 5	bis	2096 EUR

Außerdem erstatten wir den Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Weiterhin wird der pflegebedingte Eigenanteil (einschließlich Ausbildungsumlage) begrenzt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 erhalten folgende Leistungszuschläge auf den pflegebedingten Eigenanteil:

- 15 Prozent im ersten Jahr,
- 30 Prozent im zweiten Jahr,
- 50 Prozent im dritten Jahr,
- 75 Prozent ab dem vierten Jahr der vollstationären Pflege.

Pflege in Behinderteneinrichtungen

Bei der Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe erstatten wir ab Pflegegrad 2 15 % des Heimentgeltes – höchstens jedoch 278 EUR – pro Monat.

Besonderheit bei Beihilfeberechtigten (Tarifstufe PVB)

Die Leistungen werden anteilig – je nach Höhe des Beihilfeanspruches – gezahlt.