

Die Pflegeversicherung

Antragstellung

Voraussetzungen

Leistungen

Stand: April 2026

Eine Information des Pflegestützpunktes in der Hansestadt Lübeck,
Bereich Soziale Sicherung, Verwaltungszentrum Mühlentor, Kronsfordter Allee 2-6,
Tel. 0451 / 122-4931, 122-4903 oder 122-6448

Die Antragstellung

Bevor Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse stellen.

Sie können das Antragsformular telefonisch anfordern oder den Antrag online auf der Homepage der Pflegekasse stellen. Den ausgefüllten Antrag senden Sie an Ihre Pflegekasse. Diese leitet den Antrag an den Medizinischen Dienst (MD) weiter.

Der Medizinische Dienst bittet Sie schriftlich um das Ausfüllen eines Fragebogens zu Ihrer Pflegebedürftigkeit. Anschließend meldet sich die Gutachterin oder der Gutachter schriftlich oder telefonisch in der Regel zu einem Hausbesuch an. Bei diesem Besuch wird ermittelt, ob die Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit vorliegt und der jeweilige Pflegegrad festgelegt. Ebenfalls werden Empfehlungen zu Erleichterung der Pflege im eigenen Wohnumfeld, zu Hilfsmitteln und zu möglichen Rehabilitationsmaßnahmen gegeben. Bei der privaten Pflegeversicherung wird die Begutachtung durch Medicproof (medizinischer Gutachterdienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen) durchgeführt.

Tipp: Schildern Sie, welche pflegerischen Probleme Ihnen im Alltag Schwierigkeiten bereiten, ohne die Situation zu verharmlosen oder zu beschönigen.

Sorgen Sie dafür, dass eine vertraute Person bei der Begutachtung anwesend ist und halten Sie Krankenunterlagen wie Befunde, ärztliche Atteste, Medikamentenplan etc. bereit, um die Krankengeschichte aufzuzeigen.

Die Pflegekasse schickt Ihnen anschließend einen Bescheid über das Ergebnis der Begutachtung und fügt auch das umfangreiche Gutachten bei. Wurde Ihr Bescheid nicht innerhalb von 25 Werktagen erstellt, zahlt die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70,- EUR an die antragstellende Person.

Sind Sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden, können Sie gegen diesen Bescheid innerhalb von 4 Wochen einen schriftlichen Widerspruch bei Ihrer Pflegekasse einlegen.

Die Voraussetzungen

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße bestehen.

Info: Patienten, die nach einer Krankenhausentlassung oder einer ambulanten Operation nur einige Wochen häuslicher bzw. stationärer Pflege bedürfen und danach wieder ohne Hilfe auskommen, erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung, aber möglicherweise Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 Abs. 1a SGB 5 oder § 39c SGB 5). Beratung hierzu erhalten Sie durch den Sozialdienst im Krankenhaus.

Ermittlung des Pflegegrades

Die Gutachter:innen erheben den Grad der Selbständigkeit in 6 Lebensbereichen (Modulen) und ermitteln unter Anwendung eines gesetzlich vorgegebenen Punkte- und Gewichtungssystems den Pflegegrad.

Es wird danach gefragt, was ein Mensch noch selbst kann und wobei er personelle Hilfe benötigt. Berücksichtigt werden dabei nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch geistige oder seelische Einschränkungen.

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und für die Feststellung eines Pflegegrades sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden 6 Modulen. In jedem Modul werden einzelne Kriterien bewertet.

Es liegen über 60 Einzelkriterien zugrunde, für die jeweils der Grad der Selbständigkeit oder das Ausmaß von Problemen und Hilfebedarfen eingeschätzt wird.

1. Mobilität

- z.B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Umsetzen, Treppensteigen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- z.B. Verstehen und Reden, örtliche und zeitliche Orientierung

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- z.B. nächtliche Unruhe, Wahnvorstellungen, Abwehr pflegerischer Maßnahmen

4. Selbstversorgung

- z.B. Körperpflege, Ernährung, Toilettengang, An- und Ausziehen

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

- z.B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, sich beschäftigen können

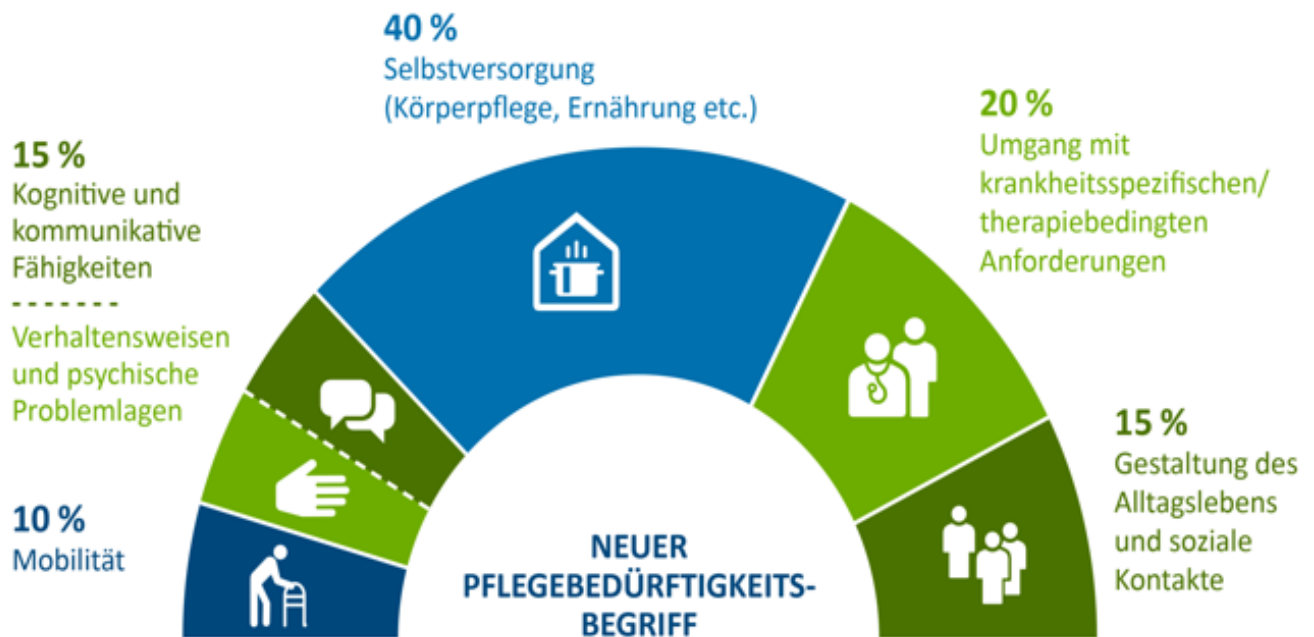
Info: Die Prüfergebnisse weiterer versorgungsrelevanter Informationen zu **Außerhäuslichen Aktivitäten** und zur **Haushaltsführung** gehen nicht in die Ermittlung des Pflegegrades ein. Sie ermöglichen den Pflegeberater:innen der Pflegekassen die Pflegebedürftigen in Bezug auf weitere Angebote oder Sozialleistungen zu beraten und einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen.

Die Bewertung der Einzelkriterien erfolgt mittels einer vierstufigen Skala:

1. Selbständig / eine Fähigkeit ist vorhanden
2. Überwiegend selbständig / eine Fähigkeit ist größtenteils vorhanden
3. Überwiegend unselbständig / eine Fähigkeit ist in geringem Maß vorhanden
4. Unselbständig / eine Fähigkeit ist nicht vorhanden

In Modul 3 und Modul 5 geht es um die Häufigkeit der **Erforderlichkeit personeller Unterstützung**.

Für jedes der begutachteten Kriterien in den einzelnen Lebensbereichen werden je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen Punkte vergeben, zusammengezählt und nach einem bestimmten Rechenschema gewichtet.



Quelle: Medizinischer Dienst: Infoblatt „Informationen zur Pflegebegutachtung“, 2023

Info: Eine Besonderheit ist, dass bei den Modulen 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) nicht beide Werte, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.

Leistungen der Pflegeversicherung

Monatliche Versorgung ambulante Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung		347 €	599 €	800 €	990 €
oder Pflegesachleistung ambulant		796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €
Kombinationsleistung	Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen können miteinander kombiniert werden.				
Tagespflege		721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
Entlastungsbetrag (zweckgebundene Kostenerstattung)	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €

Jährliche Ansprüche					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Gemeinsamer Jahresbetrag Kurzzeitpflege u. Verhinderungspflege		3.539 €	3.539 €	3.539 €	3.539 €
Verhinderungspflege durch Angehörige		694 €	1.198 €	1.600 €	1.980 €

Entlastungsbetrag - Pflegegrad 1 – 5

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 131 € pro Monat. Dieser Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern kann nur zweckgebunden eingesetzt werden. Er dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Bereich der Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung. Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Beträge, die in einem Monat nicht ausgeschöpft werden, können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate übertragen werden. Nicht verbrauchte Beträge können noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Info: Bei Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag ausnahmsweise auch für die Grundpflege (z.B. Unterstützung beim Duschen) durch den ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden.

Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung ab Pflegegrad 2

Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistung, d.h. dem Einsatz eines Pflegedienstes, kann mit dem Bezug von Pflegegeld kombiniert werden.

Tagespflege / Nachtpflege in Kombination mit häuslicher Pflege ab Pflegegrad 2

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der ambulanten Pflegesachleistung oder dem Pflegegeld in dem jeweiligen Pflegegrad in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Gemeinsamer Jahresbetrag für Kurzzeitpflege und Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson ab Pflegegrad 2

In einem Kalenderjahr stehen Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege in Höhe von insgesamt bis zu 3.539,00 Euro für die pflegebedürftige Person zur Verfügung. Beide Leistungsarten können flexibel genutzt werden. **Die in Anspruch genommenen Leistungen werden auf den Gemeinsamen Jahresbetrag angerechnet.**

Für die Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung übernimmt die Pflegekasse pflegebedingte Aufwendungen für die Dauer von bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr. Das bis dahin bezogene monatliche Pflegegeld wird zur Hälfte weitergezahlt.

Bei Verhinderung der Pflegeperson kann für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflegekraft für die häusliche Pflege in Anspruch genommen werden. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen bis zum zweiten Verwandtschaftsgrad sowie durch Personen, die mit der / dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, steht nur der zweifache Betrag des monatlichen Pflegegeldes des jeweiligen Pflegegrades zur Verfügung. Eine Kostenerstattung von bis zu 3.539 € kann aber für zusätzliche Ausgaben, wie z.B. Verdienstausschlag oder Fahrtkosten genutzt werden. Sollte der gemeinsame Jahresbetrag dann nicht aufgebraucht sein, steht der restliche Betrag noch für Verhinderungspflege durch sonstige Personen oder für Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Info: Bei der Inanspruchnahme stundenweiser Verhinderungspflege, d.h. Sie sind weniger als 8 Stunden pro Tag an der Pflege verhindert, wird weder das Pflegegeld gekürzt noch erfolgt eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 8 Wochen.

Zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung		
Pflegekurse für Angehörige und Pflegepersonen	ab Pflegegrad 1	kostenfrei
Grundgebühr für Hausnotruf (unter bestimmten Voraussetzungen)		27 € (monatlich)
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (unter bestimmten Voraussetzungen)		bis zu 42 € (monatlich)
Digitale Pflegeanwendungen (unter bestimmten Voraussetzungen)		bis zu 53 € (monatlich)
Verbesserung des Wohnumfeldes (unter bestimmten Voraussetzungen)		bis zu 4.180 € pro Maßnahme
Beitragszahlungen zur Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung für die Pflegeperson möglich (unter bestimmten Voraussetzungen)	ab Pflegegrad 2	abhängig von Pflegegrad und Einsatz der Pflegeperson

Monatliche Ansprüche vollstationäre Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Sachleistung vollstationär	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

Pflegebedürftige Menschen in vollstationärer Pflege erhalten eine finanzielle Entlastung. Je nach Dauer der vollstationären Pflege wird ein **prozentualer Zuschlag zu dem pflegebedingten finanziellen Eigenanteil** gewährt.

Dauer der vollstationären Pflege	Prozentualer Zuschlag
Im ersten Jahr	15 Prozent
Im zweiten Jahr	30 Prozent
Im dritten Jahr	50 Prozent
Ab dem vierten Jahr	75 Prozent

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Die Pflegekassen übernehmen Aufwendungen für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel wie z.B. Bettschutzeinlagen, Gummihandschuhe, Desinfektionsmittel, Mundschutze bis zu einem Betrag von 42 € monatlich.

Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Zu pflegebedingten Umbaumaßnahmen in der Wohnung können Zuschüsse bis zu 4.180 € gewährt werden. In Wohngruppen ist dieser Zuschuss auf 4 Anspruchsberechtigte begrenzt.

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

Pflegebedürftige Personen in selbstorganisierten Wohngruppen erhalten eine Pauschale von 224 € monatlich pro Bewohner bzw. Bewohnerin zur Finanzierung einer Person, die unabhängig von der individuellen, pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende sowie haushaltsunterstützende Alltagshilfen leistet. Die Zahlung des pauschalen Wohngruppenzuschlags setzt voraus, dass mindestens drei und höchstens zwölf Bewohner bzw. Bewohnerinnen, von denen mindestens drei Bewohner oder Bewohnerinnen pflegebedürftig (Pflegegrad 1 bis 5) sind, in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben.

Für die Gründung einer Wohngemeinschaft sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung für eine barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung vor. Der Betrag ist pro Person auf 2.613 € und pro Wohngruppe auf 10.452 € begrenzt.

Die Angaben sind nicht vollständig und abschließend.

Notizen:
