betanet

Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de

Pflegeversicherung

Das Wichtigste in Kürze

Pflegebedürftige jeden Alters können Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei der Pflegekasse erhalten, um ihr Leben so weit wie möglich selbstbestimmt zu gestalten. Die Pflegekasse übernimmt auf Antrag **gesetzlich festgelegte Höchstbeträge** für Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld, ggf. auch in teil- und vollstationären Einrichtungen. Die Pflegeversicherung deckt oft nicht alle Kosten der Pflege. Darüber hinausgehende Leistungen müssen Versicherte aus eigenen Mitteln bezahlen. Pflegeleistungen erhalten Versicherte, die mindestens ein halbes Jahr lang gepflegt werden und die sog. Vorversicherungszeit erfüllen.

Häusliche Pflege der Pflegeversicherung sind alle Leistungen, die Pflegebedürftige zu Hause erhalten.

Werden die Voraussetzungen für Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht erfüllt oder können Eigenanteile nicht bezahlt werden, kann Hilfe zur Pflege vom Sozialamt weiterhelfen.

Allgemeines

Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch Nr. 11 (SGB XI). Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen.

Anträge auf Pflegeleistungen sind bei den Pflegekassen zu stellen, Näheres unter Pflegeantrag.

Die aus der Begutachtung resultierende Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die Pflegebedürftige erhalten.

Die **gesetzliche** Pflegeversicherung tritt für die pflegerische Versorgung von Personen ein, die mindestens für 6 Monate gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten aufweisen und deshalb Hilfe benötigen, Näheres unter Pflegebedürftigkeit.

Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Hilfe soll pflegebedürftige Menschen unterstützen, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte, auch in Form von aktivierender Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Pflegebedürftige können Dienste und Einrichtungen selbst wählen. Dabei haben Leistungen der häuslichen Pflege Vorrang. **Vor** den Leistungen der vollstationären Pflege sollen Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege genutzt werden.

Pflegeleistungen: Was deckt die Pflegeversicherung ab?

Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem. Es umfasst Dienst-, Sach- und Pflegeleistungen

- für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen,
- pflegerischen Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfen bei der Haushaltsführung und
- Kostenerstattung (siehe z.B. unten, Kostenerstattung nach dem Tod der pflegebedürftigen Person).

Die Höchstbeträge für die Leistungen der Pflegeversicherung sind gesetzlich festgelegt. Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass Leistungen der Pflegeversicherung nicht den gesamten Bedarf decken. Darüber hinausgehende Bedarfe an Leistungen müssen von Pflegebedürftigen **selbst** und aus eigenen Mitteln finanziert werden oder können, bei finanzieller Bedürftigkeit, durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege ergänzt oder vollständig erbracht werden.

Wer ist versichert?

Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert war, und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Versicherte **Kinder** erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Bei Personen, die aus der **privaten** in die gesetzliche Pflegeversicherung wechseln mussten, ist die dort ununterbrochene zurückgelegte Versicherungszeit anzurechnen.

Näheres unter Pflegeversicherung > Vorversicherungszeit.

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Versicherungspflicht

Grundsatz: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig (§ 20 Abs. 3 SGB XI).

- **Gesetzliche Krankenversicherung:** In den Schutz der Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.
- **Familienversicherung:** Die Versicherungs**pflicht** besteht auch für Familienversicherte.
- **Freiwillig Versicherte:** Wer **freiwillig kranken**versichert ist und nicht Mitglied der zugehörigen gesetzlichen Pflegekasse werden möchte, muss bei der Pflegekasse einen Befreiungsantrag stellen und einen gleichwertigen privaten Versicherungsschutz nachweisen. Das muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung geschehen. Der Befreiungsantrag ist nicht widerrufbar, außer die freiwillig krankenversicherte Person wird aufgrund veränderter Voraussetzungen wieder zur pflichtversicherten Person (§ 22 SGB XI).
- **Privat Versicherte:** Wer privat krankenversichert ist, muss auch eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung sind oft gleichwertig mit denen der gesetzlichen Versicherung.
- **Sonstige Versicherte:** Pflichtversicherung besteht auch für Personen die nicht gesetzlich oder privat versichert sind, z.B. Personen in Solidargemeinschaften.

Zuschuss zur privaten Pflege-Zusatzversicherung

Da die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten für die Pflege übernimmt, kann eine private Pflegezusatzversicherung sinnvoll sein. Eine unabhängige Beratung ist wichtig, da es drei verschiedene Möglichkeiten der Vorsorge mit jeweils sehr unterschiedlichen Vereinbarungen gibt. Wer eine private Pflege-Zusatzversicherung abschließt, bekommt unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss von monatlich 5 € (sog. Pflege-Bahr). Näheres unter Private Pflegezusatzversicherung.

Beitrag

Gesamtbeiträge, Arbeitgeberanteil, Arbeitnehmeranteil, Arbeitnehmeranteil Sachsen

Die Höhe der Beiträge für die Pflegeversicherung hängt vom Alter und der Kinderzahl ab. Die Arbeitgebenden zahlen kinderzahlunabhängig immer 1,8 %. In Sachsen zahlen sie aber nur 1,3 %, weil nur dort kein Feiertag zur Finanzierung der Pflegeversicherung abgeschafft worden ist, die Arbeitnehmenden zahlen den Rest. Es gelten folgende Beiträge:

Kinderstatus	Gesamtbeitrag	Arbeitnehmeranteil	Arbeitnehmeranteil Sachsen
Kinderlos (ab 23. Geburtstag)	4,2 %	2,4 %	2,9 %
Mit 1 Kind oder vor dem 23. Geburtstag	3,6 %	1,8 %	2,3 %
Mit 2 Kindern (unter 25 Jahren)	3,35 %	1,55 %	2,05 %
Mit 3 Kindern (unter 25 Jahren)	3,1 %	1,3 %	1,8 %
Mit 4 Kindern (unter 25 Jahren)	2,85 %	1,05 %	1,55 %
Mit 5 Kindern (unter 25 Jahren)	2,6 %	0,8 %	1,3 %

Hinweise:

- Wer nur über 25 jährige Kinder hat, behält lebenslang den Beitragssatz von 3,6 % (unabhängig von der Anzahl der Kinder)
- Als Kinder zählen auch Pflegekinder und Stiefkinder.

Kinderlose Versicherte zahlen ausnahmsweise nur 3,6 %, wenn sie

- vor dem 1.1.1940 geboren wurden.
- Grundsicherungsgeld (früher Bürgergeld) beziehen **und** erwerbsfähig sind (Näheres unter Erwerbsminderung).

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

- Wehrdienst oder Zivildienst (sofern er wieder eingeführt werden sollte) leisten. Die Beträge werden von der Einsatzstelle bzw. der Bundeswehr vollständig übernommen.

Nachweis zur Anzahl und zum Alter der Kinder

Für Kinder, die vor dem 1.7.2023 geboren wurden, ist die bisherige Mitteilung zur Elterneigenschaft dauerhaft gültig.

Bei Geburten zwischen dem 1.7.2023 und dem 30.6.2025 war eine einfache Mitteilung ausreichend. Seit 1.7. 2025 ist ein formeller Nachweis nötig, wenn die Daten nicht automatisch vom Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) bestätigt werden können.

Für Kinder, die seit 1.7.2025 geboren wurden, erfolgt der Nachweis digital über den Arbeitgeber oder die Pflegekasse beim BZSt und gilt ab dem Geburtsmonat. Papiernachweise, z.B. Vorlage der Geburtsurkunde, sind nur in Ausnahmefällen zulässig. Ausnahmefälle sind z.B. Kinder, die steuerlich nicht erfasst sind, weil sie im Ausland leben oder Pflegekinder bzw. Adoptivkinder, die nicht oder noch nicht entsprechend steuerlich zugeordnet sind. Wird der Nachweis innerhalb von 3 Monaten nach Geburt eingereicht, gilt er rückwirkend, sonst ab dem Folgemonat. Weitere Details bietet der GKV-Spitzenverband in der Broschüre „Differenzierung der Beitragssätze in der Pflegeversicherung nach Anzahl der Kinder und Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft" unter www.gkv-spitzenverband > Suchbegriff „Elterneigenschaft".

Kostenerstattung nach dem Tod der pflegebedürftigen Person

Bei einigen Leistungen, z.B. Wohnumfeldverbesserung, bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse.

Erben können die Kostenerstattung, z.B. für den Umbau des Wohnraums, die die verstorbene Person nicht mehr erstattet bekommen hat, noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse beantragen.

Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt

Bei einem Auslandsaufenthalt gelten für Leistungen der Pflegeversicherung unterschiedliche Regelungen:

- **Kurzfristig (bis 6 Wochen):** Pflegegeld und Pflegesachleistungen werden weitergezahlt.
- **Langfristig innerhalb EU (Europäische Union)/EWR (Europäischer Wirtschaftsraum)/Schweiz:** Pflegegeld ist möglich, Sachleistungen nur eingeschränkt.
- **Außerhalb EU/EWR/Schweiz:** In der Regel kein Leistungsanspruch, außer bei beidseitigem Abkommen.

Nähere Informationen können Versicherte nachlesen im „Gemeinsamen Rundschreiben zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt" vom GKV-Spitzenverband unter www.gkv-spitzenverband.de > Suchbegriff: „Auslandsaufenthalt". Nach Rückkehr nach Deutschland kann der Anspruch wiederaufleben, wenn Pflegebedürftigkeit weiterhin besteht.

Leistungen

Die vorwiegenden Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind:

Entlastungsbetrag

Ersatzpflege

Familienpflegezeit

Häusliche Pflege Pflegeversicherung

Kombinationsleistung

Kurzzeitpflege

Gemeinsamer Jahresbetrag

Pflegegeld Pflegeversicherung

Pflegehilfsmittel

Pflegende Angehörige > Entlastung

Reha für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige > Sozialversicherung

Pflegesachleistung

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Pflegestützpunkte Pflegeberatung

Pflegezeit

Tages- und Nachtpflege

Vollstationäre Pflege

Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege

Wohnumfeldverbesserung

Wer hilft weiter?

- Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon: 030 3406066-02, Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr.
- Pflegestützpunkte.
- Pflegekassen.
- Fragen zur **privaten** Pflegeversicherung beantwortet die telefonische Pflegeberatung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (Compass Private Pflegeberatung), Telefon 0800 1018800 (kostenfrei), Mo–Fr 8–19 Uhr und Sa 10–16 Uhr.

Verwandte Links

Pflegeleistungen

Ratgeber Pflege

Pflegekassen

Private Pflegezusatzversicherung

Hilfe zur Pflege

Pflegeantrag

Pflegebegutachtung

Rechtsgrundlagen: §§ 1-4, 20, 22, 35, 55 SGB XI

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg