

Informationsblatt Nr. 2

Kriterien der Pflegebedürftigkeit – Leistungen der Pflegeversicherung

Menschen gelten als pflegebedürftig, wenn sie geistig und körperlich eingeschränkt sind und Hilfe von anderen benötigen. Wenn die Hilfe länger als sechs Monate gebraucht wird, können sie Hilfe durch die Pflegeversicherung erhalten.

Wie stellt man einen Antrag? Wie bekommt man ein Beratungsgespräch?

Das Antragsformular bekommen Sie bei der zuständigen Kranken-/Pflegekasse. Die Pflegekasse gibt Ihnen dann Informationen zur kostenlosen Beratung. Im Pflegestützpunkt beraten wir Sie gerne, bevor Sie den Antrag stellen.

Wann bekommt man den Bescheid?

Die Pflegekasse entscheidet in der Regel innerhalb von 25 Arbeitstagen über die Notwendigkeit der Pflege.

Wie wird der Pflegegrad festgelegt?

Wenn Sie den Antrag gestellt haben, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD). Die Begutachtenden des MD melden sich für einen Hausbesuch an, um zu prüfen, welche Hilfe benötigt wird. Es ist empfehlenswert, dass Freunde, Familie oder Pflegepersonen bei der Begutachtung anwesend sind. Es sollten Unterlagen wie Diagnosen, Medikamentenpläne und Befunde bereitgelegt werden. Dann können die Begutachtenden den Unterstützungsbedarf leichter erkennen. Bei Folgeanträgen kann nach den Unterlagen entschieden werden.

Der Pflegegrad hängt davon ab, wie stark die Person im Alltag beeinträchtigt ist. Es gibt sechs Module, in denen der Grad der Selbstständigkeit bewertet wird. Die Bewertung erfolgt durch ein Punktesystem (siehe Tabelle S. 3). Die sechs Teilbereiche sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Fähigkeit zur Selbstversorgung
5. Eigene Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiel: Die Kriterien im Bereich „Mobilität“ sind Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb der Wohnung und Treppensteigen

Die Leistungen im Überblick 2026

Leistung	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant (privat), monatlich	keine Leistung	347 €	599 €	800 €	990 €
Sachleistung ambulant (Pflegedienst), monatlich	keine Leistung	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €
Entlastungsbetrag, monatlich Infoblatt 4	131 €	131 €	131 €	131 €	131 €
Wohnraumanpassung Infoblatt 16	4.180 €	4.180 €	4.180 €	4.180 €	4.180 €
Kurzzeitpflege jährlich Infoblatt 8	keine Leistung	1.854 €	1.854 €	1.854 €	1.854 €
Verhinderungspflege jährlich Infoblatt 8	Keine Leistung	1.685 €	1.685 €	1.685 €	1.685 €
Tagespflege, monatlich Infoblatt 9	Keine Leistung	712 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
Pflegehilfsmittel Verbrauch, monatlich Infoblatt 17	42 €	42 €	42 €	42 €	42 €
DiPA Digitale Pflegeanwendungen Monatlich Infoblatt 18	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Wohngruppenzuschlag, monatlich Infoblatt 29	224 €	224 €	224 €	224 €	224 €
Pflegeberatung	ja	ja	ja	ja	Ja
Beratungseinsatz zu Hause	½ jährlich freiwillig	½ jährlich verpflichtend	½ jährlich verpflichtend	½ jährlich verpflichtend	½ jährlich verpflichtend
Pflegekurse für Pflegende	ja	ja	ja	ja	Ja
Stationär (Pflegeheim), monatlich Infoblatt 11	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €

Hausnotrufsystem

Die Pflegekasse bezahlt unter bestimmten Voraussetzungen ein Grundpaket für den Hausnotruf, siehe [Informationsblatt 19](#).

Wie wird der Pflegegrad bewertet?

Die Gutachter ordnen die Kriterien in einem Punktesystem. Die Summe der Punkte ergibt den Pflegegrad (PG).

Gewichtete Punkte:

Von **0 bis 12,4** Punkte wird **kein Pflegegrad**,
von **12,5 bis 26,9** Punkte wird **Pflegegrad 1**,
von **27 bis 47,4** Punkte wird **Pflegegrad 2**,
von **47,5 bis 69,9** Punkte wird **Pflegegrad 3**,
von **70 bis 89,9** Punkte wird **Pflegegrad 4**,
von **90 bis 100** Punkte wird **Pflegegrad 5** anerkannt.

Der Medizinische Dienst informiert die Pflegekasse über das Ergebnis des Gutachtens. Anschließend erhält der Antragssteller eine Zu- oder Absage. Innerhalb eines Monats kann man der Entscheidung widersprechen.

Beratungseinsatz zu Hause

Die Empfänger von Pflegegeld müssen sich beraten lassen, und zwar bei Pflegegrad 2 bis 5 halbjährlich. Pflegedienste übernehmen diese Aufgabe. Die Beratung soll die Pflegequalität sichern und praktische Unterstützung bieten. Die Kosten werden von der Pflegekasse übernommen. Wenn die Beratung nicht in Anspruch genommen wird, kann das Pflegegeld gekürzt oder bei Wiederholung sogar weggenommen werden. Adressen von Pflegediensten erhalten Sie bei den Pflegestützpunkten.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Die Pflegebedürftigen entscheiden selbst, wer ihnen helfen soll. Wenn nur Freunde und Familie helfen, sollte das Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse überweist dann monatlich entsprechend dem festgestellten Pflegegrad. Wenn ein Pflegedienst beauftragt wird, kann er mit der Pflegekasse abrechnen. Natürlich können Pflegebedürftige auch gemeinsam Hilfe von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn (Geldleistung) und Pflegediensten (Sachleistung) in Anspruch nehmen (Kombinationsleistung).

Unter bestimmten Voraussetzungen bezahlt die Pflegekasse auch ein Grundpaket für den Hausnotruf. Weitere Informationen finden Sie im [Informationsblatt 19](#).

Umwandlung von Leistungen

40% der ambulanten Sachleistung können in anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden. Das macht statt der Grundpflege eine Betreuung und Hilfen im Haushalt möglich. Weitere Informationen finden Sie im [Informationsblatt 4](#).

Gerne beraten Sie die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes

Kostenlose Servicenummer 0800 5950059

www.pflegestuetzpunkteberlin.de

Träger der Pflegestützpunkte sind das Land Berlin sowie die Pflege- und Krankenkassen in Berlin