



GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG

Pflegereform jetzt umsetzen: Prävention von Pflegebedürftigkeit muss bei den Versicherten ankommen

Berlin/Essen, 19.05.2026: Mehr als 6 Millionen Menschen beziehen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten, hat sich seit 2015 mehr als verdoppelt. Der starke Anstieg der Pflegebedürftigkeit stellt eine große Herausforderung dar, die es mit der Pflegereform zu lösen gilt. Zentrales Ziel sollte die wirksame Prävention von Pflegebedürftigkeit und die nachhaltige Stabilisierung des Gesamtsystems sein.

„Bei allen nachvollziehbaren Diskussionen um die Anhebung der Schwellenwerte, darf die wichtige und immer noch richtige Intention der Pflegereform 2017 nicht aus dem Blick geraten: Wir müssen alles tun, um die Versicherten dabei zu unterstützen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder ihrer Verschlechterung aktiv entgegenzuwirken“, sagt Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund. „Der Medizinische Dienst ist als erster bei den pflegebedürftigen Menschen vor Ort. In der Begutachtungssituation können die Gutachterinnen und Gutachter mit ihrer pflegfachlichen Kompetenz wichtige Impulse zur Prävention, zur Verbesserung der Pflegesituation und zur Entlastung der An- und Zugehörigen geben. Unser Ziel ist es, die Pflegebegutachtung zur bedarfsorientierten und präventiven Impulsberatung weiterzuentwickeln.“

Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, betont: „Der Zugang zur Pflege funktioniert und das ist eine gute Nachricht. Dazu tragen im Wesentlichen auch mehr und bessere Informationen sowie der Abbau von Vorurteilen gegenüber pflegebedürftigen Menschen bei. Aber der starke Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen stellt die Pflegeversicherung vor finanzielle und strukturelle Herausforderungen. Die müssen wir nun endlich angehen und dabei darauf achten, dass in dem solidarischen System auch zukünftig diejenigen Hilfe bekommen, die wirklich darauf angewiesen sind. Zugleich müssen wir die Finanzierbarkeit des Systems endlich zukunftsfest aufstellen.“

Pflegebedürftige setzen meist auf Pflege durch An- und Zugehörige

In der aktuellen Auswertung der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes Bund zeigt sich: Im vergangenen Jahr haben die Gutachterinnen und Gutachter bundesweit mehr als 3 Millionen Versicherte begutachtet: Pflegegrad 1 erhielten 29 Prozent der Antragstellenden; 34,5 Prozent Pflegegrad 2; 11,6 Prozent Pflegegrad 3. 2,6 Prozent bekamen Pflegegrad 4 und 0,9 Prozent Pflegegrad 5. Bei 21,3 Prozent der Antragstellenden lag zum Begutachtungszeitpunkt noch kein Pflegegrad vor.

Weit über die Hälfte der Pflegebedürftigen beantragte Pflegegeld (59,6 Prozent) und setzte so auf Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch An- und Zugehörige ohne professionelle Unterstützung. 11,2 Prozent der Versicherten beantragten ambulante Sachleistungen; 19,3 Prozent eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen. 9,4 Prozent der Versicherten beantragten stationäre Leistungen.

Immer mehr junge Menschen sind pflegebedürftig – Präventionspotenziale besser heben

Die Anzahl der Begutachtungen bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen in den vergangenen zehn Jahren hat sich fast vervierfacht von rund 53.000 Begutachtungen im Jahr 2015 auf über 190.000 im Jahr 2025. Der Anteil der Kinderbegutachtungen an allen Gutachten liegt bei rund 6 Prozent. Die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen sind ADHS und Entwicklungsstörungen. Kinder und Jugendliche werden ebenfalls meistens zu Hause von An- und Zugehörigen ohne professionelle Unterstützung versorgt.

In der Erstbegutachtung liegt aus Sicht des Medizinischen Dienstes großes Potenzial, um einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken und die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich zu erhalten: So empfahlen die Gutachterinnen und Gutachter in 59,4 Prozent der Erstbegutachtungen Heilmittel wie Physio-, Ergo- und Stimmtherapie.

In 43,6 Prozent der Fälle sprachen die Gutachterinnen und Gutachter Empfehlungen für Mobilitätshilfen, Geh-, Bade- und Duschhilfen aus, um das selbstständige Leben in eigener Häuslichkeit zu ermöglichen. Doch oftmals greifen diese Empfehlungen nicht, weil zusätzliche Verordnungen eingeholt werden müssen und pflegende An- und Zugehörige überfordert sind. Das Begutachtungsverfahren ist daher neu zu denken, so dass insgesamt der präventive Charakter besser wirksam werden kann.

Pflegebedürftige ohne professionelle Unterstützung intensiver beraten und unterstützen

Das gilt insbesondere für die Versorgungsarrangements, in denen keine professionelle Pflege eingebunden ist. Hier könnte der Medizinische Dienst durch die Impulsberatung in der Begutachtungssituation auf die Inanspruchnahme geeigneter und erfolgversprechender Maßnahmen der Prävention hinwirken und die Selbstwirksamkeit der antragstellenden Menschen aktivieren. Zudem könnten An- und Zugehörige auf Entlastungs- und Unterstützungsangebote hingewiesen und schwierige Versorgungssituationen adressiert werden.

Vernetzung aller Akteure verstärken, technische Innovationen nutzen

Damit eine solche Impulsberatung greifen kann, ist eine intensivere Vernetzung und beschleunigte Kommunikation aller an der Pflegesituation beteiligten Akteure von der Pflegekasse über den Medizinischen Dienst in den Regionen bis hin zu kommunalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten und Leistungserbringenden notwendig. Zudem gilt es, technische Innovationen in der Begutachtung breiter einzusetzen.

In wissenschaftlichen Projekten zeigt sich z.B., dass die Videobegutachtung sehr gut in der Erstbegutachtung eingesetzt werden könnte. Dies könnte dazu beitragen, Angehörige besser einzubeziehen, die nicht am Ort des Pflegebedürftigen leben und für alle Seiten aufwändige

Wege sparen. Fakt ist aber: Es fehlt sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in den Haushalten der Pflegebedürftigen nach wie vor an verlässlichem Internetzugang.

Pressekontakt:

Medizinischer Dienst Bund, Pressestelle, Michaela Gehms, Tel. 0172 367-8007,
E-Mail: michaela.gehms@md-bund.de

GKV-Spitzenverband, Pressestelle, Jens Ofiera, Tel. 030 206288-4214,
E-Mail: presse@gkv-spitzenverband.de

Pressekonferenz Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und Impulse zur Pflegereform

**Statement Carola Engler,
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Bund**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Berlin, 19. Mai 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Pflege steht angesichts der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit vor großen Herausforderungen: Immer mehr Menschen sind pflegebedürftig, die Anforderungen an das System wachsen; gleichzeitig sind die Strukturen zu überholt, um die Probleme lösen zu können.

Ziel der Pflegereform muss die nachhaltige Stabilisierung der Finanzen sein – das ist klar. Die Reform muss aber auch dazu beitragen, der Prävention von Pflegebedürftigkeit neuen Schub zu geben und die Strukturen grundlegend modernisieren.

Das klare Ziel der Pflegereform 2017, Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und mit Präventionsmaßnahmen wirksam zu begegnen, ist nach wie vor richtig und wichtig. Das sollten wir bei aller nachvollziehbarer Diskussion um die Anhebung der Schwellenwerte nicht aus dem Blick verlieren.

Der Medizinische Dienst in der Region steht am Anfang des Versorgungsprozesses. Die Gutachterinnen und Gutachter vor Ort sind oftmals die ersten professionellen Ansprechpersonen, die Einblick in die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Menschen erhalten.

Sie sehen, welchen Unterstützungsbedarf es gibt und können aus pflegefachlicher Sicht geeignete Maßnahmen empfehlen, um die Versorgungssituation zu verbessern. Sie können Empfehlungen zum Abbau von Barrieren geben, um Stürze zu vermeiden und damit der Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit vorbeugen. Sie können Hilfsmittel wie Rollatoren und Duschhilfen empfehlen, um die Selbstständigkeit in eigener Häuslichkeit zu erhalten. Sie können erkennen, wenn Angehörige mit der Pflege überfordert sind und ihnen Hinweise zu kommunalen Unterstützungsangeboten geben und vieles andere mehr.

Diese Rolle des Medizinischen Dienstes als Impulsgeber für die pflegebedürftigen Menschen und die pflegenden An- und Zugehörigen wollen wir stärker nutzen. Unser Ziel ist es, die Pflegebegutachtung zur bedarfsorientierten, präventiven Impulsberatung weiterzuentwickeln und zu modernisieren. Der Fokus sollte dabei auf den Pflegebedürftigen liegen, die ihre Versorgung mit ihren An- und Zugehörigen allein organisieren – also ohne professionelle Unterstützung durch einen Pflegedienst.

Risikofaktoren beeinflussen Pflegebedürftigkeit – sie ist kein unabwendbares Schicksal

Wichtig ist uns zudem, das Thema Prävention intensiv in den Blick zu nehmen. Pflegebedürftigkeit ist kein unabwendbares, altersabhängiges Schicksal. Pflegebedürftigkeit ist von Risikofaktoren abhängig, die wir beeinflussen können. Diese Faktoren sind: Bluthochdruck, Adipositas, Hörverlust, Rauchen, zu wenig Bewegung, zu viel soziale Isolation und anderes mehr. Das muss mitgedacht und adressiert werden – und zwar gesamtgesellschaftlich: Bund, Länder, Kommunen und jeder Einzelne sind gefordert, tätig zu werden.

Ist Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten, geht es darum, aktiv gegenzusteuern, um die Selbstständigkeit der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten und eine Verschlimmerung zu verhindern. Das ist das Ziel der Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens, für die wir uns bereits heute mit Unterstützung wissenschaftlichen Sachverständigen engagieren.

Nun möchte ich Ihnen anhand aktueller Auswertungen der Begutachtungszahlen 2025 darstellen, wie sich die Pflegebedürftigkeit in Deutschland entwickelt und welche Potenziale sich daraus ergeben.

Danach wird Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, weitere wichtige Impulse zur Pflegereform geben.

Die Pflegebedürftigkeit nimmt zu und wird weiter steigen

Im vergangenen Jahr erhielten erstmals mehr 6 Millionen Menschen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen hat sich seit 2015 mehr als verdoppelt; die Anzahl der jährlichen Pflegebegutachtungen ebenfalls: von 1,6 Millionen Begutachtungen auf über 3,1 Millionen.

Ursache für diese Entwicklung ist nicht nur der demografische Wandel, sondern auch die Pflegereform 2017: Damit wurde das Begutachtungsverfahren grundlegend reformiert: Körperliche, kognitive, psychische und psychiatrische Beeinträchtigungen werden seitdem umfassend bei der Feststellung des Pflegegrades berücksichtigt. Dadurch können auch Menschen mit kognitiven, psychischen und psychiatrischen Einschränkungen einen Pflegegrad erhalten.

Im vergangenen Jahr beantragte mehr als die Hälfte der Antragstellenden Pflegegeld (59,6 Prozent); 11,2 Prozent beantragten ambulante Sachleistungen und

19,3 Prozent Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Sachleistungen. 9,4 Prozent stellten einen Antrag auf vollstationäre Pflege.

Die meisten Versicherten stellen erst dann einen Antrag, wenn bereits erhebliche Beeinträchtigung vorliegen. Schaut man sich die Ergebnisse der Erstbegutachtungen an, so erhielt mehr als ein Drittel der Antragstellenden (34,5 Prozent) Pflegegrad 2; 11,6 Prozent Pflegegrad 3 und 2,6 Prozent Pflegegrad 4. Pflegegrad 5 bekamen knapp 1 Prozent der Antragstellenden und Pflegegrad 1 ein knappes Drittel (29 Prozent).

Bei einem Fünftel (21,3 Prozent) der Antragstellenden lag zum Begutachtungszeitpunkt noch kein Pflegegrad.

Die überwiegende Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen lebt im eigenen Zuhause allein oder mit einer weiteren Person. Sie werden von An- und Zugehörigen versorgt – und zwar oftmals ohne Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes o.ä.

Aus der Begutachtungspraxis und unserer jährlichen Versichertenbefragung wissen wir: Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen fühlen sich oftmals allein gelassen und überfordert. Gerade die Erstbegutachtung bietet die Chance, die Weichen so zu stellen, dass die Versorgungssituation stabilisiert und einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden kann.

Empfehlungen des Medizinischen Dienstes helfen, die Selbstständigkeit zu erhalten

In unserer Auswertung zeigt sich: Mehr als jede zweite pflegebedürftige Person (59,4 Prozent) erhält in der Erstbegutachtung eine Heilmittlempfehlung wie zum Beispiel für Physio-, Ergo- oder Stimmtherapie.

Knapp jede zweite pflegebedürftige Person (43,6 Prozent) erhält in der Erstbegutachtung eine Hilfsmittlempfehlung: Das können Gehhilfen, Dusch- und Badehilfen, Kranken- und Behindertenfahrzeuge und Ähnliches sein.

Aus der Begutachtungspraxis wissen wir jedoch, dass viele Empfehlungen nicht umgesetzt werden, weil die An- und Zugehörigen zusätzlich Verordnungen einholen müssen, damit aber oft überfordert sind.

Deshalb brauchen wir in Zukunft eine intensivere Vernetzung und Kommunikation zwischen Medizinischem Dienst, Pflegekassen, der regionalen Pflegeberatung und den Leistungserbringenden. Das ist eine wichtige Voraussetzung, damit die Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter wirken können.

Anrede,

mit Sorge sehen wir, dass sich die Anzahl der Begutachtungen bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen in den vergangenen zehn Jahren fast vervierfacht hat von 53.000 Begutachtungen im Jahr 2015 auf über 190.000 im Jahr 2025. Der Anteil der Kinderbegutachtungen an allen Gutachten liegt bei rund 6 Prozent.

Hyperkinetische Störungen wie z.B. ADHS und Entwicklungsstörungen sind bei Kindern und Jugendlichen die häufigste pflegebegründende Diagnose. Auch Kinder und Jugendliche werden meistens zu Hause ohne professionelle Unterstützung versorgt.

Bedenkt man zudem, dass mehr und mehr junge Erwachsene z.B. aufgrund psychischer Beeinträchtigungen oftmals lebenslang Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten, stellt dies das Gesamtsystem vor große Herausforderungen. Auch hierfür gilt es Ansätze zu entwickeln, um zu verhindern, dass junge Versicherte ein Leben lang pflegebedürftig bleiben.

Anrede,

der Medizinische Dienst leistet mit der Pflegebegutachtung einen wichtigen Beitrag zu einer möglichst bedarfsgerechten und zeitnahen Versorgung der Versicherten. Wir haben den Anspruch, dies auch in Zukunft zu tun und wir wollen den präventiven und beratenden Ansatz der Pflegebegutachtung im Sinne der Versicherten weiterentwickeln.

Technische Innovationen nutzen, Kommunikationswege beschleunigen

Daran arbeitet der Medizinische Dienst mit Hochdruck und nutzt dafür auch technische Innovationen.

Aus unseren wissenschaftlichen Projekten wissen wir, dass die Videobegutachtung sehr gut in der Erstbegutachtung eingesetzt werden könnte. Dies würde einerseits Wege sparen und das Zuschalten von Angehörigen ermöglichen, die nicht am Ort des Pflegebedürftigen leben. Fakt ist: Es fehlt sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in den Haushalten der (älteren) Versicherten nach wie vor an verlässlichem Internetzugang.

In Fallkonstellationen, in denen die professionelle Pflege bereits eingebunden ist, sollten bereits vorliegende Informationen genutzt werden können. Ganz zentral ist für uns: Es muss sichergestellt sein, dass die Begutachtung weiterhin interessensneutral und unabhängig durch den Medizinischen Dienst erfolgt, um einen bedarfsgerechten Umgang mit den Ressourcen der Solidargemeinschaft zu gewährleisten.

Fazit:

- Pflegebedürftigkeit ist kein unabwendbares Schicksal. Sie ist von beeinflussbaren Risikofaktoren bestimmt. Die gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen zur

Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gilt es zu verstärken.

- Wir wollen die Pflegebegutachtung zur bedarfsorientierten, präventiven Impulsberatung weiterentwickeln. Pflegebedürftige sollten zu Beginn ihrer Pflegebiografie viel intensiver als bisher unterstützt und beraten werden.
- Pflegebegutachtung ist auf die Lebenssituation der Versicherten auszurichten: Der Fokus sollte auf Pflegebedürftigen liegen, die ihre Versorgung ohne professionelle Unterstützung organisieren.
- Der präventive Ansatz der Begutachtung muss wirken können: Die intensive Vernetzung aller am Pflegeprozess beteiligten Akteure gilt es zu intensivieren.
- Digitale Innovationen gilt es für die Begutachtung nutzen: z. B. durch breiteren Einsatz der Videobegutachtung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Pressekonferenz MD Bund – 19.05.2026

Statement Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender GKV-Spitzenverband

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,

lassen Sie mich zu Beginn einen Blick auf die **Finanzen der Pflegeversicherung** werfen, denn die sind akut leider weiter in Not oder um es mit meinen viel zitierten Worten zu sagen: Bei der Pflege brennt die Hütte (weiterhin). Im vergangenen Jahr [2025] hat die Pflegeversicherung zwar mit einem Plus von 10 Millionen Euro gerade so eine schwarze Null geschafft, aber das auch nur, weil sie ein Darlehen über 500 Millionen Euro bekommen hat. Auch für dieses Jahr müssen wir – trotz eines Bundesdarlehens in Höhe von 3,2 Mrd. Euro – mit roten Zahlen rechnen. Und bekanntermaßen werden die Finanzprobleme größer und nicht kleiner, sofern die Politik das Ruder nicht herumreißt. 2027 haben wir in der Pflegeversicherung voraussichtlich einen Finanzierungsbedarf von mindestens 7 Milliarden Euro. Der Pflege läuft die Zeit weg.

Deshalb ist es so wichtig, dass die Politik endlich handelt: Für die kurzfristige Stabilisierung der Pflegeversicherung fordern wir an aller erster Stelle die Rückzahlung der Coronaschulden, die der Bund bei der Pflegeversicherung hat. Da stehen rund 5,2 Milliarden Euro zu Buche.

Dazu kommen die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, welche die Pflegeversicherung jedes Jahr übernimmt. Das ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss daher vom Bund bezahlt werden. Jedes Jahr würde das die Beitragszahlenden in der Pflegeversicherung um rund 5,4 Milliarden Euro entlasten. Tendenz steigend: 2027 werden es voraussichtlich schon 5,9 Milliarden Euro sein und 2028 schon 6,4 Milliarden Euro. Daher ist es dringend notwendig, dass endlich Bundesmittel bereitgestellt und in der Folge anhand der tatsächlichen Ausgaben dynamisiert werden. Die Beitragszahlenden subventionieren auch hier den Bundeshaushalt!

Unterm Strich heißt das: Darlehen sind keine Dauerlösung für die Finanzierung der Pflege. Insgesamt ist die Pflegeversicherung mit Bundesdarlehen in Höhe von 4,2 Milliarden Euro belastet. Ohne Reform drohen spätestens ab 2027 massive Finanzierungslücken.

Eigenanteile

Darüber hinaus schauen wir ganz genau auf die immer weiter steigenden Belastungen für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige im Pflegeheim müssen monatlich im ersten Aufenthaltsjahr mittlerweile im Bundesdurchschnitt über 3.000 Euro aus eigener Tasche bezahlen. Das ist eine Steigerung von 9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Auch dieser Trend ist bedenklich.

Die Pflegeversicherung zahlt hier zwar Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen, um die Pflegebedürftigen zu entlasten. Allein im letzten Jahr hat die Pflegeversicherung dafür über 7 Milliarden Euro ausgegeben. Besonders stark werden dabei Pflegebedürftige entlastet, die länger als 36 Monate in einem Pflegeheim leben. Hier übernimmt die Pflegeversicherung derzeit drei Viertel der pflegebedingten Eigenanteile.

Aber der Druck nimmt immer weiter zu. Völlig unverständlich in diesem Zusammenhang bleibt für mich hier die Hartleibigkeit der Länder, die weiterhin sehr konsequent ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten nicht nachkommen. Die bezahlen stattdessen die Pflegebedürftigen. Das sind immerhin 500 Euro Monat für Monat. Sozialpolitisch unverantwortlich, wie ich finde.

Und zur Wahrheit gehört auch, dass die Entwicklung der Löhne die Eigenanteile weiter in die Höhe treibt. Nach unseren Schätzungen werden die aktuellen Lohnsteigerungen die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Pflege im Durchschnitt um rund 100 Euro im Monat ansteigen lassen. Davon übernimmt die Pflegeversicherung zur Entlastung der Pflegebedürftigen im Durchschnitt rund 40 Euro. Insgesamt führt das zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung von rund 260 Millionen Euro pro Jahr.

Die Politik muss hier endlich Wege aufzeigen, wie sie das Dilemma der steigenden Belastungen für die Pflegebedürftigen lösen will.

Zugang zur Pflege

Lassen Sie mich nun einen Blick darauf werfen, wie sich der Zugang zur Pflege gestaltet. Wir haben jüngst die Ergebnisse eines Gutachtens des IGES-Instituts vorgestellt, die zeigen, dass der Zugang zur Pflege gut funktioniert. Das ist eine gute Nachricht. Dazu tragen im Wesentlichen auch mehr und bessere Informationen sowie der Abbau von Vorurteilen gegenüber pflegebedürftigen Menschen bei.

Aber wir beobachten seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 auch einen starken Anstieg der Leistungsbeziehenden insgesamt. Und das stellt die Pflegeversicherung vor große Herausforderungen. Dieser Entwicklung müssen wir uns stellen. Seit der Reform 2017 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen von drei auf fast sechs Millionen in etwa verdoppelt und das liegt vor allem an der damaligen konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bei der Reform 2017 ist die Politik den Empfehlungen der Wissenschaft seinerzeit nicht gefolgt, sondern hat den Zugang zur Pflege großzügiger gestaltet als vorgeschlagen.

Gerade in einem solidarischen System müssen wir aber darauf achten, dass diejenigen Hilfe bekommen, die wirklich darauf angewiesen sind und das System zugleich finanzierbar bleibt. Die Mittel, die wir zur Verfügung haben, müssen dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Dafür muss der Zugang je nach Bedarf gesichert sein und die zugrundeliegenden Verfahren müssen zielgenauer und settingorientiert weiterentwickelt werden. Vor diesem Hintergrund ist es angemessen, wenn die Politik nun die Frage erörtert, welche Rolle die wissenschaftlich seinerzeit

empfohlene Ausgestaltung heute spielen soll. Ich finde nach über 10 Jahren mit dem neuen Instrument ist es legitim, sich dieser Frage zu stellen.

Eines ist sicher: Selbst, wenn es Änderungen beim Zugang zu Pflegeleistungen geben sollte, werden angesichts der Bevölkerungsentwicklung auch in Zukunft eine zunehmende Anzahl an Menschen Unterstützung professioneller Pflege benötigen. Wir sollten uns also auch verstärkt darum kümmern, dass es in Zukunft genügend Pflegekräfte und pflegerische Angebote gibt, die den steigenden Versorgungsbedarf abdecken können und pflegende An- und Zugehörige begleiten, unterstützen und entlasten.

Prävention

Zum Ende möchte ich einen Aspekt ansprechen, der mir besonders am Herzen liegt: Prävention. Wir müssen Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit stärken. Denn bessere und mehr Prävention kann den Einstieg in die Pflege hinauszögern und bestenfalls verhindern.

Dabei gilt es früh anzusetzen und es den Menschen so einfach wie möglich zu machen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten – also da, wo sie arbeiten und leben. Die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung unterstützen dieses Ziel mit einem breiten Spektrum von Präventionsleistungen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in Betrieben, Kommunen und auch in Pflegeeinrichtungen.

Die Kranken- und Pflegekassen tragen durch ihre Aktivitäten in großem Maß dazu bei, der Prävention einen stärkeren Stellenwert zu geben. Aber die Verantwortung für Prävention geht über den Wirkungsbereich der Kranken- und Pflegekassen hinaus. Sie ist eine Querschnittsaufgabe, die in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verorten ist. Im Sinne des „Health in all Policies“-Ansatzes sind alle Akteure gefordert, ihr Engagement zu intensivieren.

Gesundheit, Pflege, Soziales, Bauwesen und Umwelt – Eine vernetzte Zusammenarbeit aller Bereiche ist notwendig, um die Potenziale für ein gesundes Altern zu heben. Dafür benötigen ältere Menschen Angebote in ihrem direkten Wohnumfeld. Kommunen haben dabei eine Schlüsselrolle. Sie können Lebens- und Begegnungsräume schaffen, die zur Förderung von Gesundheit, Mobilität und Selbstständigkeit im Alter beitragen.

So wäre eine unserer zentralen Forderungen für die Stärkung von Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit, dass auch Bund, Länder und Kommunen verbindliche – auch finanzielle – Beiträge zur Prävention leisten und den Öffentlichen Gesundheitsdienst als zentralen Akteur der Gesundheitsförderung weiter stärken.

Prävention gelingt, wenn Menschen bereits frühzeitig in der nachberuflichen Lebensphase sowie zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit oder bei niedrigen Pflegegraden erreicht und unterstützt werden, um gesundheitliche Ressourcen zu stärken, soziale Teilhabe aufrechtzuerhalten und bis ins hohe Lebensalter zu ermöglichen. Dafür braucht es gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen wie eine altersgerechte Infrastruktur sowie Transparenz über die vielfältigen Angebote aller Akteure.

Fazit

- Finanzen der Pflegeversicherung stabilisieren. Die Zeit drängt.
- Anstieg der Eigenanteile stoppen. Die Pflegebedürftigen sind immer mehr damit überfordert.
- Zugang zur Pflegeversicherung in den Blick nehmen, damit die Pflegeversicherung für die Pflegebedürftigen voll da sein kann.
- Prävention zum gemeinsamen Ziel aller Akteure machen, damit Pflegebedürftigkeit später eintritt.

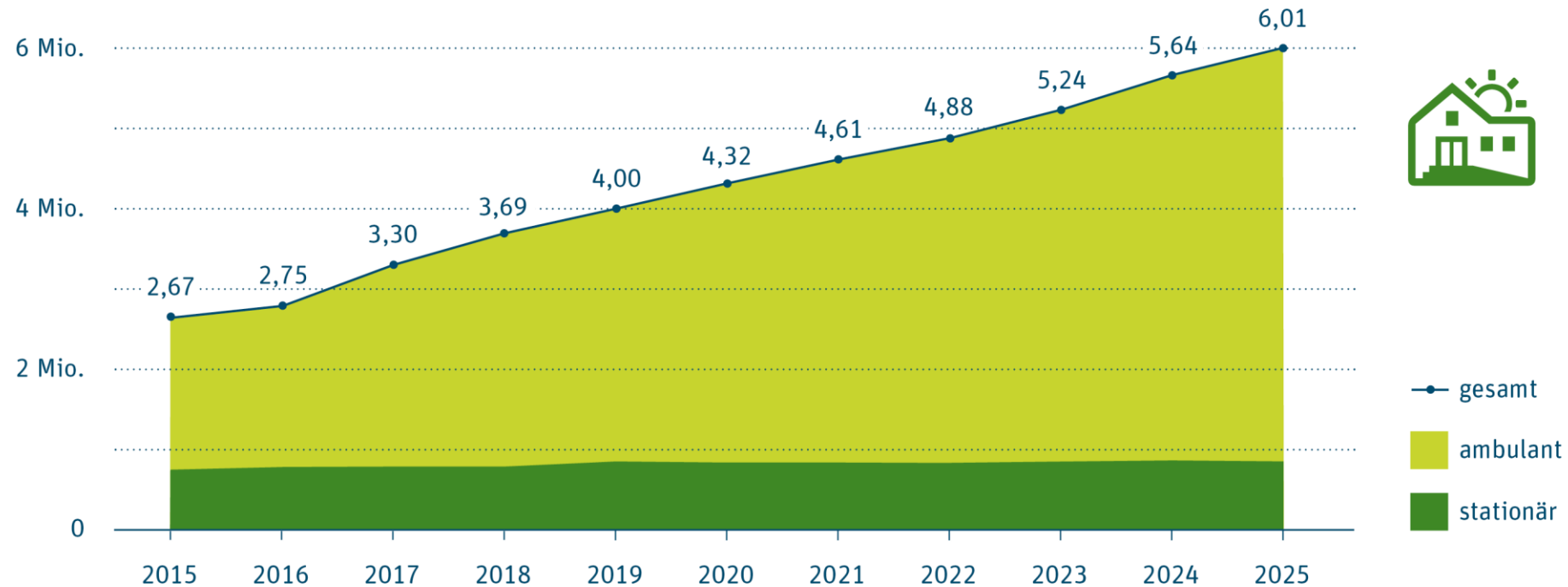
Herzlich willkommen zur Pressekonferenz

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland
- Impulse zur Pflegereform 2026 -

Berlin, 19. Mai 2026

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

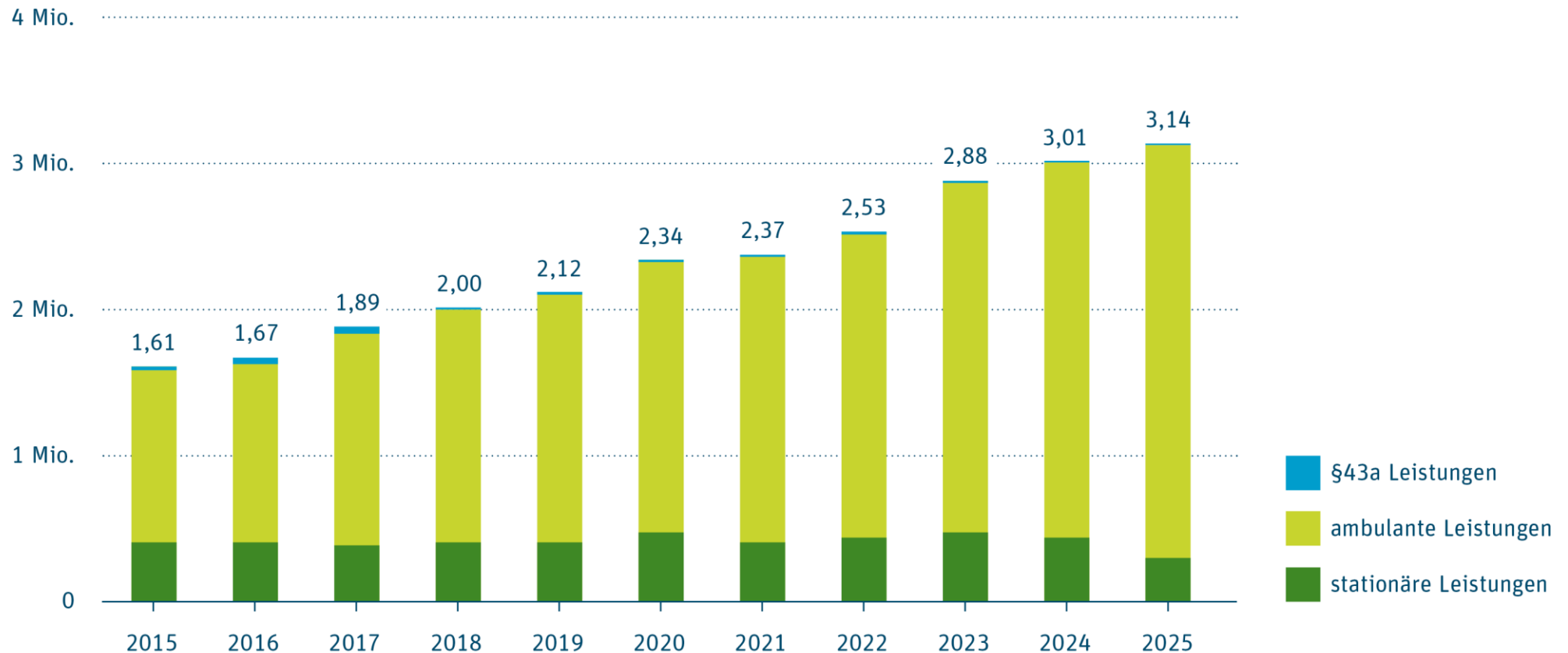
Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger soziale Pflegeversicherung 2015–2025 nach Leistungsart



Quelle: GKV-Spitzenverband und Amtliche Statistik PG 2

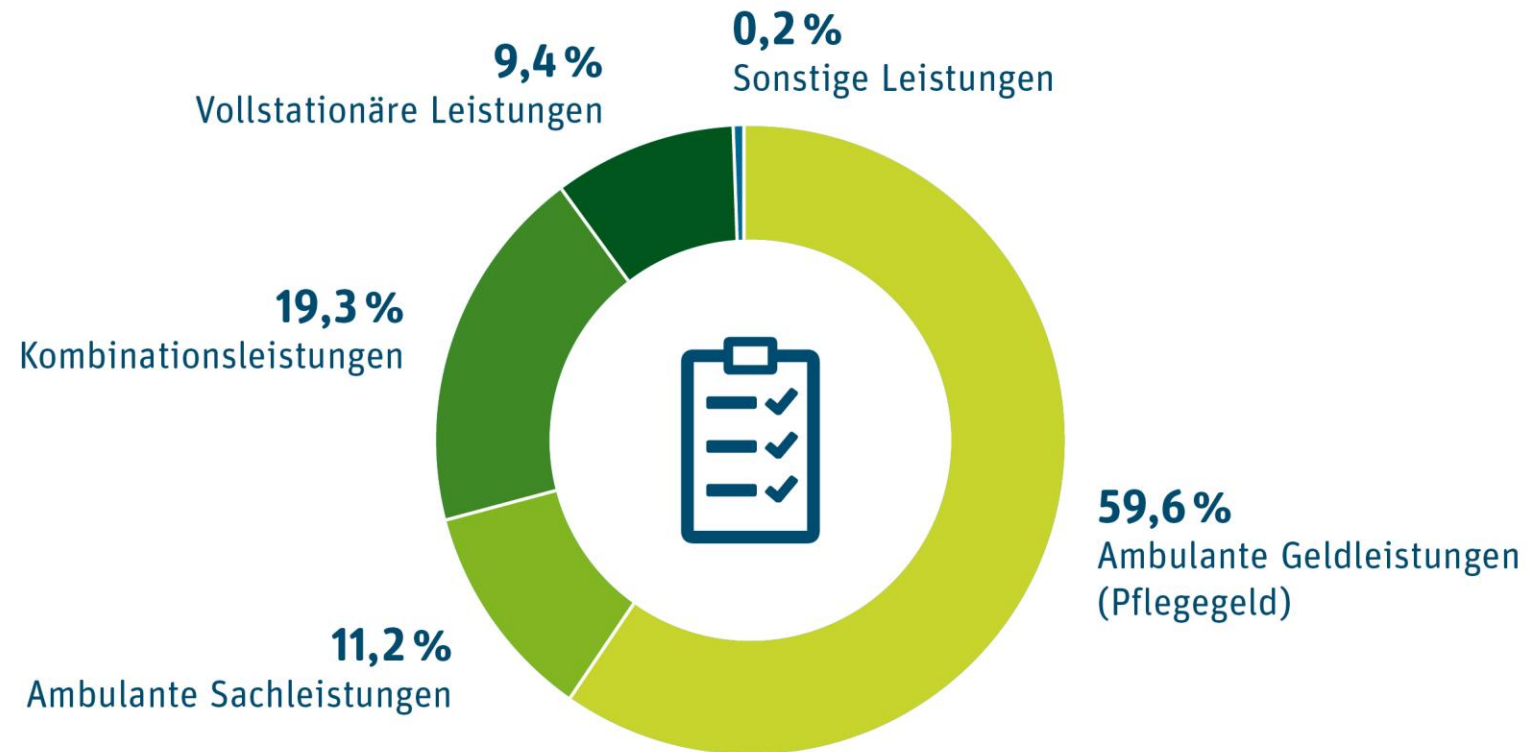
Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Anzahl durchgeführter Pflegebegutachtungen 2015–2025 nach beantragter Leistungsart



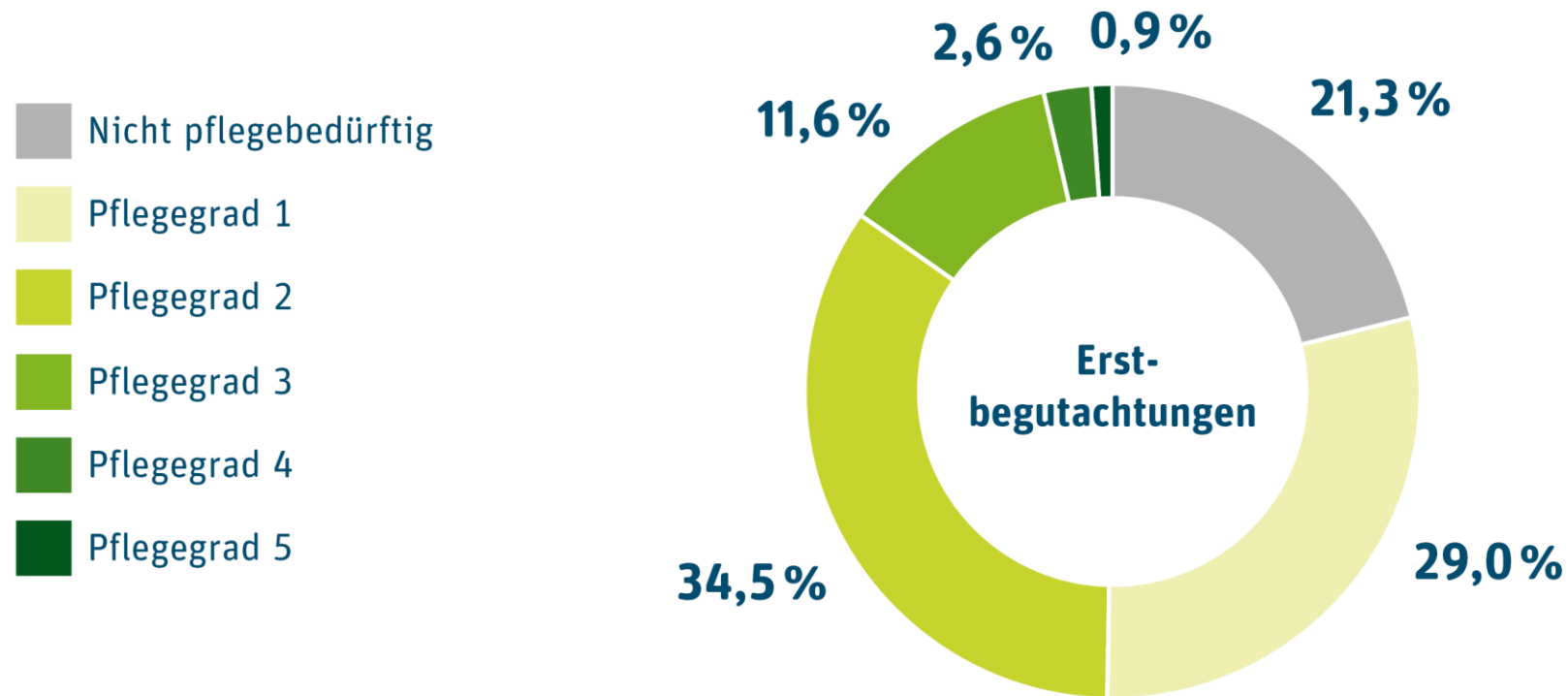
Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Anzahl durchgeführter Pflegebegutachtungen 2025 nach beantragter Leistungsart

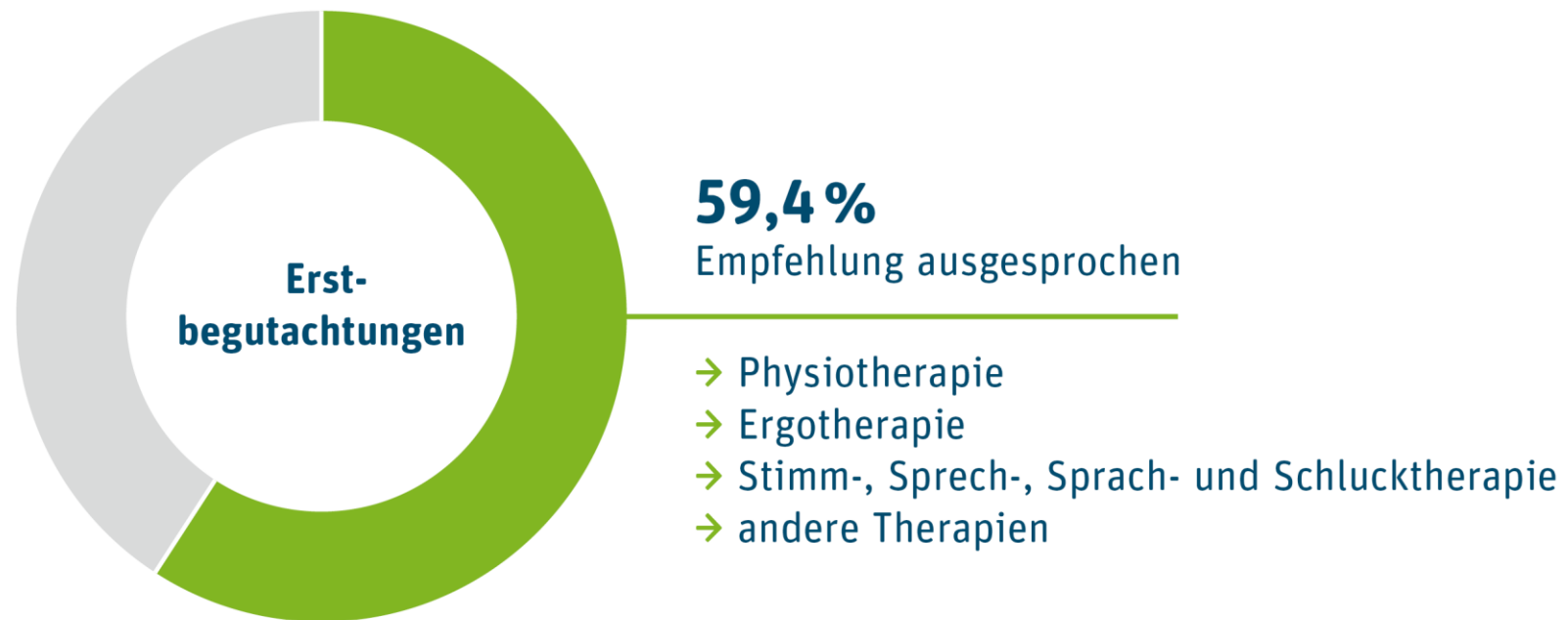


Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Anteile Pflegegradempfehlungen 2025

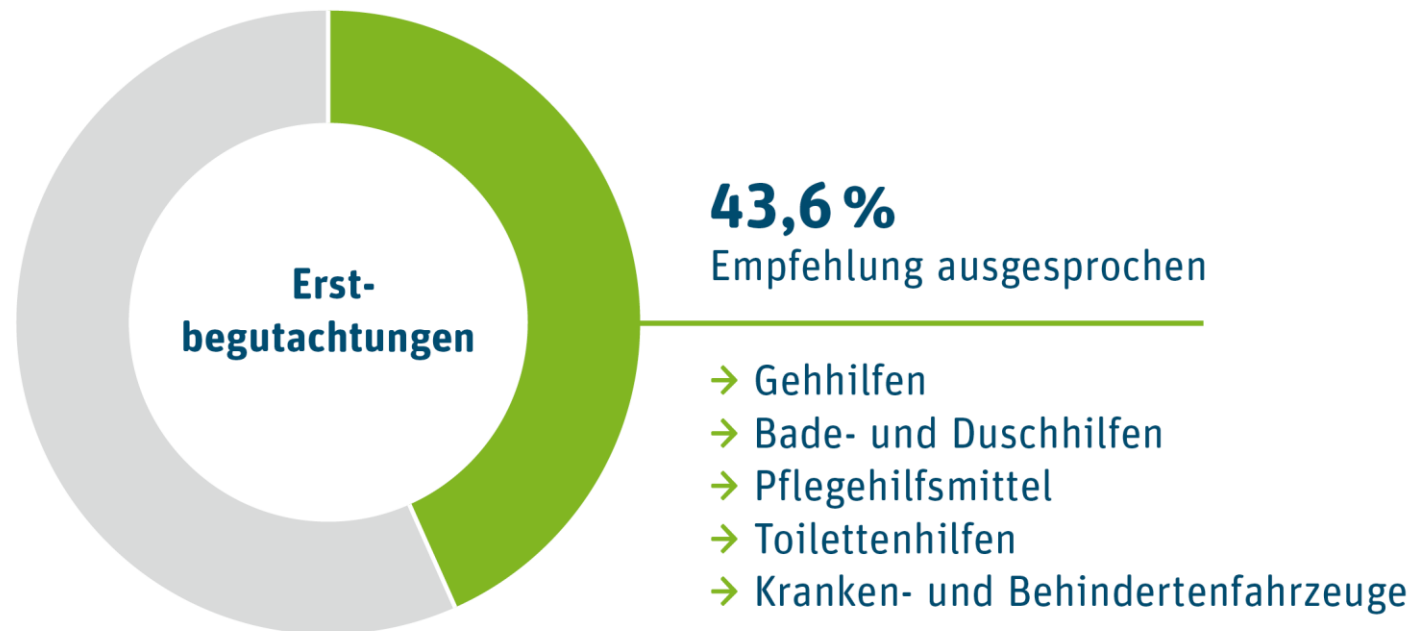


Anteil der Heilmittlempfehlungen



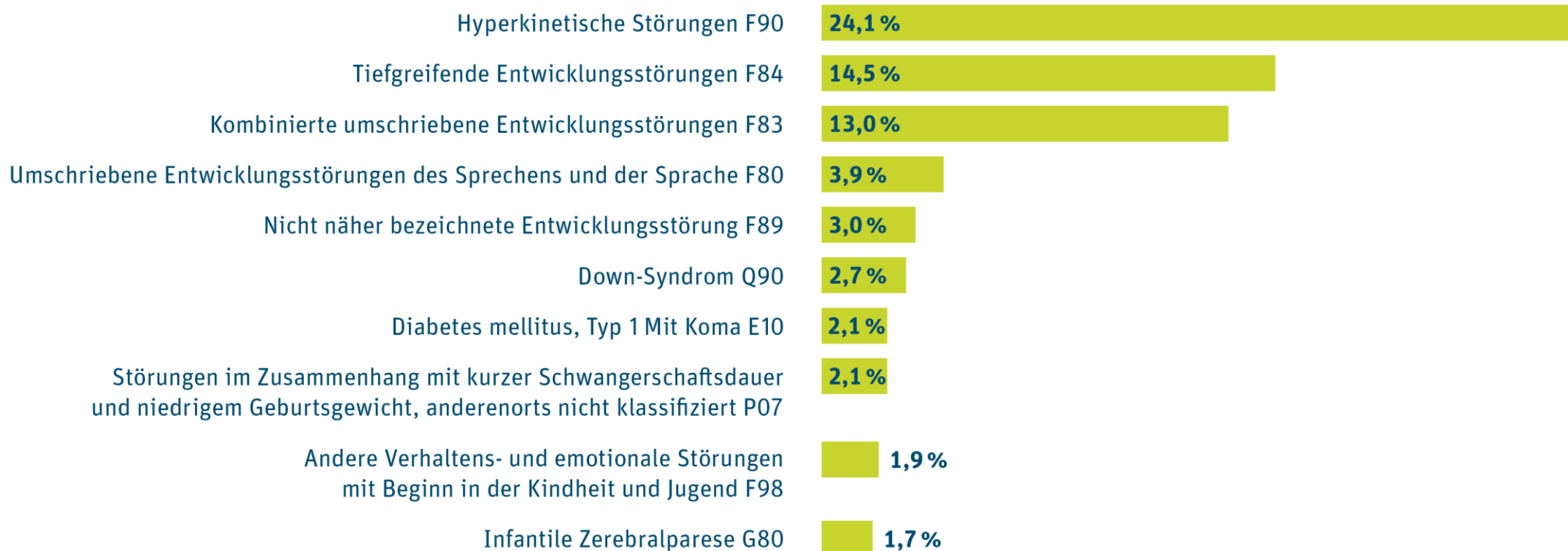
Präventionspotenziale der Pflegebegutachtung

Anteil der Hilfsmittlempfehlungen



Pflegebegründende Diagnosen Kinder und Jugendliche

Anteile der häufigsten pflegebegründenden Diagnosen bei pflegebedürftigen Kindern bis 17 Jahre



Fazit

- Pflegebedürftigkeit ist kein unabwendbares Schicksal. Die gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gilt es zu verstärken.
- Die Pflegebegutachtung muss modernisiert und weiterentwickelt werden. Sie soll bedarfsorientierter und präventiver werden.
- Pflegebegutachtung ist auf die Lebenssituation der Versicherten auszurichten: Der Fokus sollte auf Pflegebedürftigen liegen, die ihre Versorgung ohne professionelle Unterstützung organisieren.
- Der präventive Ansatz der Begutachtung muss wirken können: Die Vernetzung aller am Pflegeprozess beteiligten Akteure gilt es zu intensivieren.
- Digitale Innovationen für die Begutachtung nutzen: z. B. durch breiteren Einsatz der Videobegutachtung.



FAKTENBLATT

Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

31.03.2026, Pressestelle GKV-Spitzenverband

1 Die soziale Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt, um die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Träger der SPV sind die Pflegekassen, die als rechtlich selbstständige Körperschaften öffentlichen Rechts unter dem Dach der Krankenversicherung errichtet wurden.

Die Versicherungspflicht in der SPV umfasst weitestgehend auch alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2 Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung

Die Ausgaben der SPV setzen sich im Wesentlichen aus den Leistungsaufwendungen für Versicherte und den Verwaltungskostenpauschalen für die GKV für die Zurverfügungstellung der räumlichen, sächlichen und personellen Infrastruktur zusammen (§ 46 Abs. 3 SGB XI). Die Einnahmen der SPV bestehen größtenteils aus den Beitragseinnahmen.

Der bei allen Pflegekassen geltende Beitragssatz nach § 55 SGB XI liegt seit dem 1. Januar 2025 bei 3,60 Prozent und wird von der Rente oder dem Arbeitsentgelt einbehalten. Arbeitgebende und Arbeitnehmende tragen diesen paritätisch (Ausnahme in Sachsen, da nur dort der Buß- und Betttag noch als gesetzlicher Feiertag gilt; dort entfallen 2,30 Prozent auf die Arbeitnehmenden und 1,30 Prozent auf die Arbeitgebenden). Kinderlose Mitglieder zahlen nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,60 Prozentpunkten. Seit dem 1. Juli 2023 wird der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung nach der Kinderzahl differenziert. Die Differenzierung dient der Umsetzung eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern im Beitragsrecht der SPV. Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten bis zum fünften Kind unter 25 Jahren mit einem Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet.

Beitragssatzstruktur der SPV seit dem 1. Januar 2025 (Ausnahme Sachsen, s. oben):

Personengruppe	Beitragssatz ab 1. Juli 2025
Mitglied ohne Kinder	4,20 % (Arbeitnehmenden-Anteil: 2,40 %)
Mitglied mit einem Kind (lebenslang)	3,60 % (Arbeitnehmenden-Anteil: 1,80 %)
Mitglied mit zwei Kindern	3,35 % (Arbeitnehmenden-Anteil: 1,55 %)
Mitglied mit drei Kindern	3,10 % (Arbeitnehmenden-Anteil: 1,30 %)
Mitglied mit vier Kindern	2,85 % (Arbeitnehmenden-Anteil: 1,05 %)
Mitglied mit fünf und mehr Kindern	2,60 % (Arbeitnehmenden-Anteil: 0,80 %)

Rentenbeziehende tragen den jeweiligen Beitrag aus der Rente in voller Höhe.

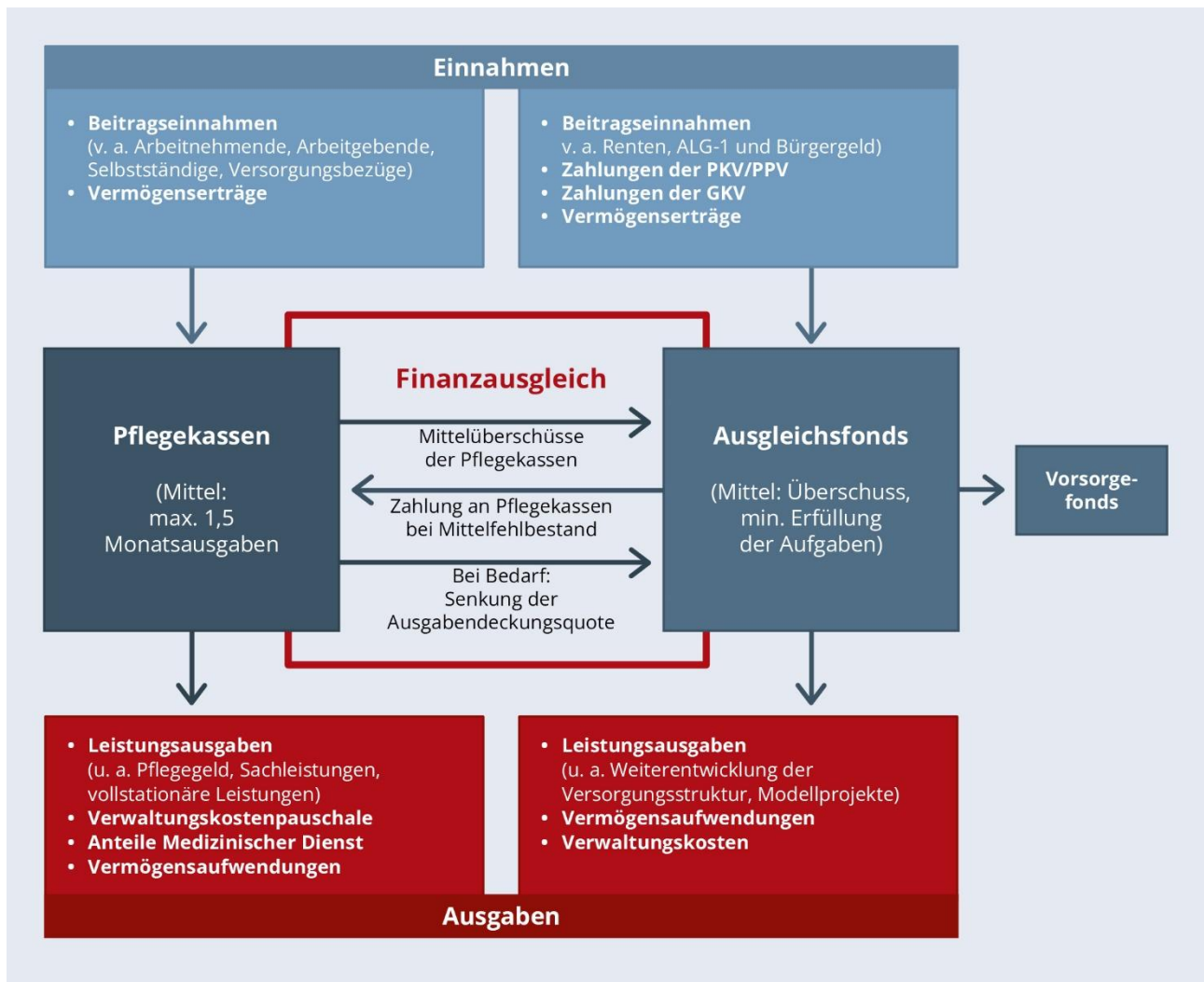
3 Ausgleichsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet das gemeinschaftliche Sondervermögen der SPV nach § 65 SGB XI in einem Ausgleichsfonds. Dieser hat den Charakter einer kassenübergreifenden Schwankungsreserve und Finanzierungsstelle der SPV. Er dient zuvorderst der Durchführung des Finanzausgleichs zwischen den Pflegekassen. Aus Mitteln des Ausgleichsfonds werden ferner verschiedene Förder- und Unterstützungsangebote der SPV finanziert sowie monatliche Zuführungen an den bei der Deutschen Bundesbank gebildeten Pflegevorsorgefonds nach §§ 131 ff. SGB XI geleistet.

4 Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen

Die Ausgaben der Pflegekassen werden nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Daher führt das BAS nach § 67 SGB XI einen monatlichen Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch, der die Liquidität aller Pflegekassen sicherstellen soll. Hierzu melden die Pflegekassen monatlich ihre Einnahmen und Ausgaben sowie den daraus resultierenden Mittelbestand zum Ende des jeweiligen Monats. Der gemeldete Mittelbestand wird mit dem sogenannten Mittel-Soll der Pflegekasse abgeglichen. Das Mittel-Soll setzt sich zusammen aus dem Rücklage-Soll und dem Betriebsmittel-Soll. Das Rücklage-Soll beträgt nach § 64 Abs. 2 SGB XI eine halbe Monatsausgabe nach Haushaltsplan der Pflegekasse (MA). Das Betriebsmittel-Soll darf nach § 63 Abs. 2 SGB XI eine Monatsausgabe nach Haushaltsplan der Pflegekasse nicht überschreiten. Das Mittel-Soll der Pflegekassen beträgt somit in der Regel 1,5 Monatsausgaben (=0,5 MA Rücklage + 1,0 MA Betriebsmittel). Liegt der Mittelbestand einer Pflegekasse am Ende des Monats über dem Mittel-Soll, werden die überschüssigen Mittel bis zum 10. Arbeitstag des Folgemonats an den Ausgleichsfonds abgeführt. Liegt der Mittelbestand am Ende des Monats unter dem Mittel-Soll, wird der Fehlbetrag ebenfalls bis zum 10. Arbeitstag des Folgemonats vom Ausgleichsfonds an die Pflegekasse erstattet.

5 Schaubild zum Finanzausgleich



6 Nicht ausreichende Mittel des Ausgleichsfonds

Im Falle nicht ausreichender Mittel des Ausgleichsfonds zur Erfüllung aller Anforderungen müssen zunächst die Betriebsmittel aller Pflegekassen herangezogen werden. Um eine gleichmäßige Verteilung des Betriebsmittelfehlbestands und der Defizitausgleichslast zu erreichen, reduziert das BAS die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel-Solls für alle Pflegekassen. Eine Senkung der Ausgabendeckungsquote von regulär 1,0 auf 0,7 würde demnach eine Begrenzung des Betriebsmittel-Solls der Pflegekassen auf 70 % einer Monatsausgabe bedeuten. Das Mittel-Soll der Pflegekasse würde in diesem Fall nur noch 1,2 Monatsausgaben betragen (=0,5 MA Rücklage + 0,7 MA Betriebsmittel). Auf diese Weise würden dem Ausgleichsfonds Mittel in Höhe von 30 % einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zugeführt werden. Seit Februar 2025 liegt die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel-Solls nur noch bei 40 % einer Monatsausgabe.

7 Nicht ausreichende Mittel einer Pflegekasse

Wenn Einnahmen- und Ausgabenschwankungen nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können, hat die Pflegekasse den Betriebsmitteln Mittel aus der Rücklage zuzuführen. Reichen auch diese nicht zur Deckung der Zahlungsverpflichtung aus, kann die Pflegekasse eine Liquiditätshilfe aus Mitteln des Ausgleichsfonds beim BAS beantragen.

8 Weitere Vereinbarungen

Gemäß § 66 Abs. 1 Satz 4 SGB XI vereinbart das BAS mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen das Nähere zur Durchführung des Finanzausgleichs. Diese Vereinbarung schließt die Voraussetzungen für die Senkung der Ausgabendeckungsquote mit ein und ist nach § 66 Abs. 1 Satz 5 SGB XI für alle Pflegekassen verbindlich. Die aktuelle Fassung ist unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/ausgleichsfonds/finanzausgleich/> einzusehen. Das BAS kann zudem gemäß § 66 Abs. 2 SGB XI nähere Regelungen zur Durchführung des Zahlungsverkehrs mit der Deutschen Rentenversicherung Bund treffen.

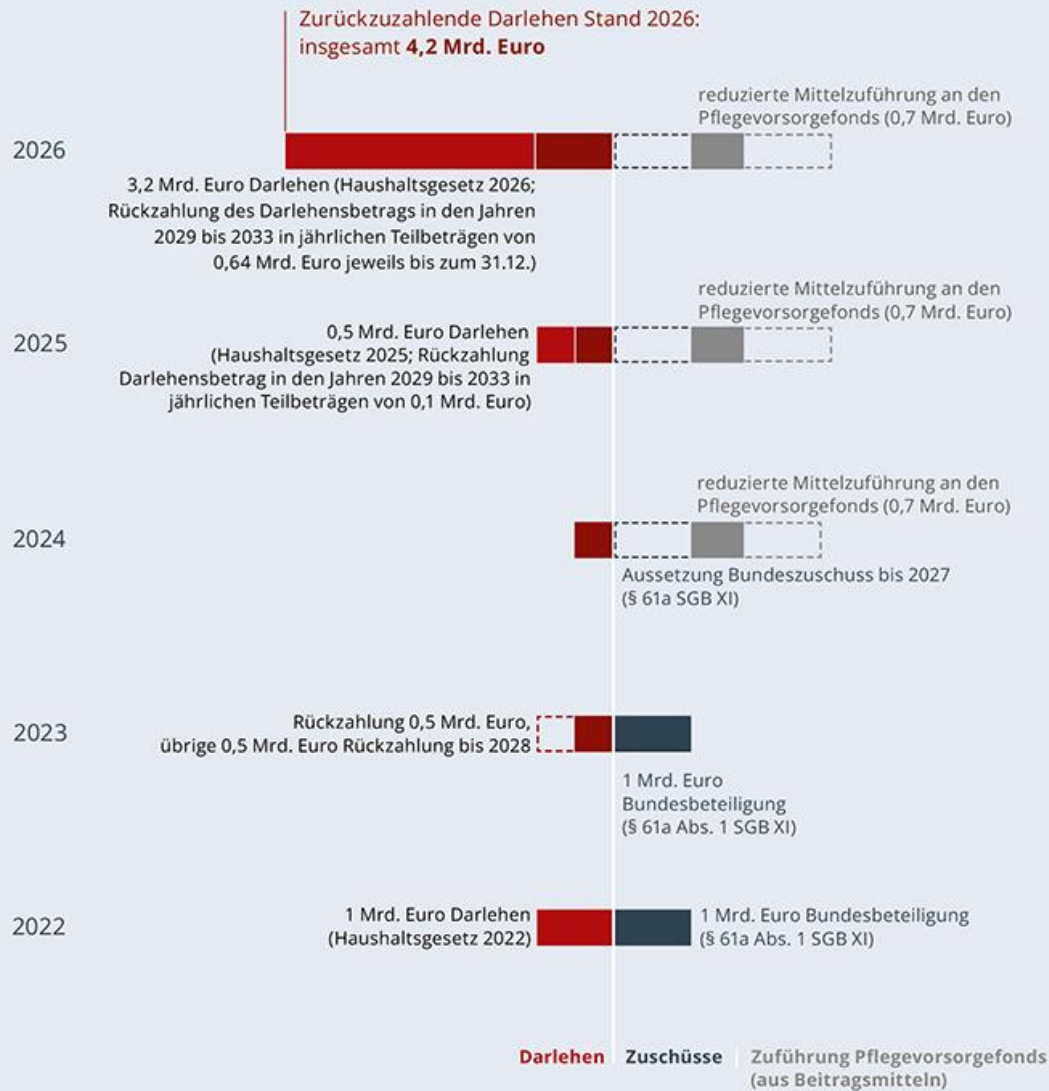
9 Bundesmittel, Darlehen des Bundes und Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung seit dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro an den Ausgleichsfonds (§ 61a Abs. 1 SGB XI). Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2027 wurden jedoch ausgesetzt. Zur Kompensation wurden die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds aus Beitragsmitteln der SPV im gleichen Zeitraum auf 700 Mio. Euro reduziert. Hierdurch verringern sich die Ausgaben der SPV um 1,0 bis 1,5 Milliarden Euro jährlich in den Jahren 2024 bis 2027.

Seit der Coronapandemie greift die Politik immer wieder auf Bundesdarlehen zurück, um die Finanzsituation in der sozialen Pflegeversicherung kurzfristig zu stabilisieren. Ende 2026 wird sich das Gesamtvolumen der vom Bund an die SPV gezahlten Darlehen auf 4,2 Mrd. Euro belaufen. Die Darlehen werden an den Ausgleichsfonds gezahlt und sind von diesem in den Jahren 2028-2033 zurückzuzahlen. Durch diese Rückzahlungsverpflichtung wird sich das Problem der wachsenden Finanzierungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben in dieser Zeit weiter verschärfen.

Die nachfolgende Grafik zeigt deutlich, wie in den vergangenen Jahren eine Darlehensschuld aufgebaut wurde während gleichzeitig die Zuführungen aus den Beitragsmitteln der SPV an den Pflegevorsorgefonds, dessen erklärtes Ziel die mittelfristige Stabilisierung der SPV-Finzen ist, reduziert wurde.

Zuschüsse und Darlehen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV)



Darstellung und Quelle: GKV-Spitzenverband

Informationen zur Pflegebegutachtung



Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie haben bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt. Deshalb hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst beauftragt, ein Gutachten zu erstellen. Der Medizinische Dienst ist der unabhängige Beratungs- und Gutachterdienst, der die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen unterstützt.

Wie findet die Begutachtung statt?

Die Begutachtung findet in der Regel als persönliches Gespräch mit einer Gutachterin oder einem Gutachter des Medizinischen Dienstes statt. Das kann im Hausbesuch, als Telefoninterview oder als Videotelefonat erfolgen. Sie erhalten dafür einen Terminvorschlag.

Bei der Begutachtung stellen die Gutachterinnen und Gutachter fest, wie selbstständig Sie Ihren Alltag gestalten können und wobei Sie Hilfe benötigen. Sie geben im Gutachten auch Empfehlungen ab, wie Ihre Situation verbessert werden kann, etwa durch eine Rehabilitation oder durch ein Hilfsmittel. Das ist zum Beispiel ein Rollator oder ein Stuhl für das Duschen. Vielleicht ist es auch notwendig, Ihr Wohnumfeld anzupassen.

Hat bei Ihnen bereits eine persönliche Begutachtung stattgefunden, kann eine weitere gegebenenfalls ohne Besuch oder Telefonat erfolgen. Das kann zum Beispiel dann sein, wenn sich Ihre Pflegebedürftigkeit verändert hat und dem Medizinischen Dienst die erforderlichen Unterlagen dazu vorliegen. Ein Besuch oder Telefonat ist dann nicht immer notwendig.

Wie läuft eine Begutachtung ab?

Die Gutachterin oder der Gutachter sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Sie möchten einen Eindruck von Ihrer Pflegesituation gewinnen. Beschreiben Sie deshalb, mit welchen Beeinträchtigungen Ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten Sie im Alltag zurechtkommen müssen. Bitten Sie eine vertraute Person, bei der Begutachtung dabei zu sein. So kann sich der Medizinische Dienst ein umfassendes Bild machen. Bitte beachten Sie: Die Begutachtung kann bis zu einer Stunde dauern.

Was ist während der Begutachtung von Menschen mit Demenz zu beachten?

Bei der Begutachtung wendet sich die Gutachterin oder der Gutachter zunächst an die pflegebedürftige Person, auch wenn das Gespräch durch eine Demenzerkrankung beeinträchtigt ist. In der Regel bespricht die Gutachterin oder der Gutachter die aus dem Gespräch gewonnenen Informationen danach mit den anwesenden Personen.

Wie geht es nach der Begutachtung weiter?

Die Ergebnisse und Empfehlungen, auch zum Pflegegrad, werden in einem Gutachten zusammengefasst und an die Pflegekasse gesendet. Ist ein Hilfsmittel notwendig, so wird dies ebenfalls der Pflegekasse mitgeteilt. Sie brauchen keinen gesonderten Antrag zu stellen. Die Pflegekasse sendet Ihnen das Gutachten und den Bescheid über den Pflegegrad zu.

Was ist, wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden sind?

Wenn Sie Einwände gegen die Entscheidung der Pflegekasse haben, können Sie innerhalb einer Frist von einem Monat nach Erhalt des Bescheids Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen.



Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Um den Pflegegrad zu bestimmen, werden sechs Lebensbereiche betrachtet. Eine Übersicht der Bereiche finden Sie auf Seite 3. In jedem Lebensbereich gibt die Gutachterin oder der Gutachter nach vorgegebenen Kriterien eine Anzahl von Punkten, je nachdem, wie viel Unterstützung Sie in Ihrem Alltag benötigen. Diese Punkte fließen unterschiedlich gewichtet in die Gesamtwertung ein. Der Bereich Selbstversorgung erhält zum Beispiel mehr Gewicht als der Bereich Mobilität. Am Ende ergibt sich ein Gesamtpunktwert, von dem der Pflegegrad abgeleitet werden kann.

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade:

- PG 1 Pflegegrad 1: 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte**
(geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- PG 2 Pflegegrad 2: 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte**
(erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- PG 3 Pflegegrad 3: 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte**
(schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- PG 4 Pflegegrad 4: 70 bis unter 90 Gesamtpunkte**
(schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- PG 5 Pflegegrad 5: 90 bis 100 Gesamtpunkte**
(schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten bei der Begutachtung besondere Voraussetzungen. Sie werden einen Pflegegrad höher eingestuft.



Auf einen Blick

So können Sie sich auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes vorbereiten:

- Überlegen Sie vorab, was Ihnen in Ihrem Alltag besondere Schwierigkeiten macht.
- Wobei benötigen und wünschen Sie Unterstützung in Ihrem Alltag?
- Was können Sie in Ihrem Alltag selbstständig ausführen?

Überlegen Sie vor der Begutachtung, wen Sie bitten möchten, dabei zu sein.

- Bitten Sie den Menschen, der Sie hauptsächlich pflegt oder Ihre Situation besonders gut kennt, bei der Begutachtung anwesend zu sein.
- Im Falle einer gesetzlichen Betreuung informieren Sie bitte Ihre Betreuerin oder Ihren Betreuer über die Begutachtung.
- Falls Sie eine Übersetzung in Gebärdensprache benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihre Pflegekasse.
- Wenn Sie nicht ausreichend Deutsch sprechen, sollten Sie sich bei der Begutachtung durch Angehörige, Bekannte oder durch eine Übersetzerin oder einen Übersetzer unterstützen lassen.

Welche Unterlagen werden benötigt?

- Legen Sie bitte – falls vorhanden – Berichte Ihrer Hausärztin oder Ihres Hausarztes, von Fachärzten oder den Entlassungsbericht aus der Klinik bereit. Sollten Sie die Unterlagen nicht vorliegen haben, brauchen Sie diese jedoch nicht extra anfordern.
- Bitte haben Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Hand.
- Falls ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie auch die Pflegedokumentation bereit.





Gut zu wissen

Beim Erfassen des Pflegegrades werden sechs Lebensbereiche betrachtet und unterschiedlich gewichtet:



Mobilität

Wie selbstständig kann sich der Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?
Ist das Fortbewegen in der Wohnung möglich?
Wie sieht es mit Treppensteigen aus?



Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Wie häufig benötigt jemand Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, beispielsweise bei aggressivem oder ängstlichem Verhalten?



Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie findet sich jemand örtlich und zeitlich zurecht? Kann die oder der Betroffene für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann der Mensch Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?



Selbstversorgung

Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, beim An- und Ausziehen?



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

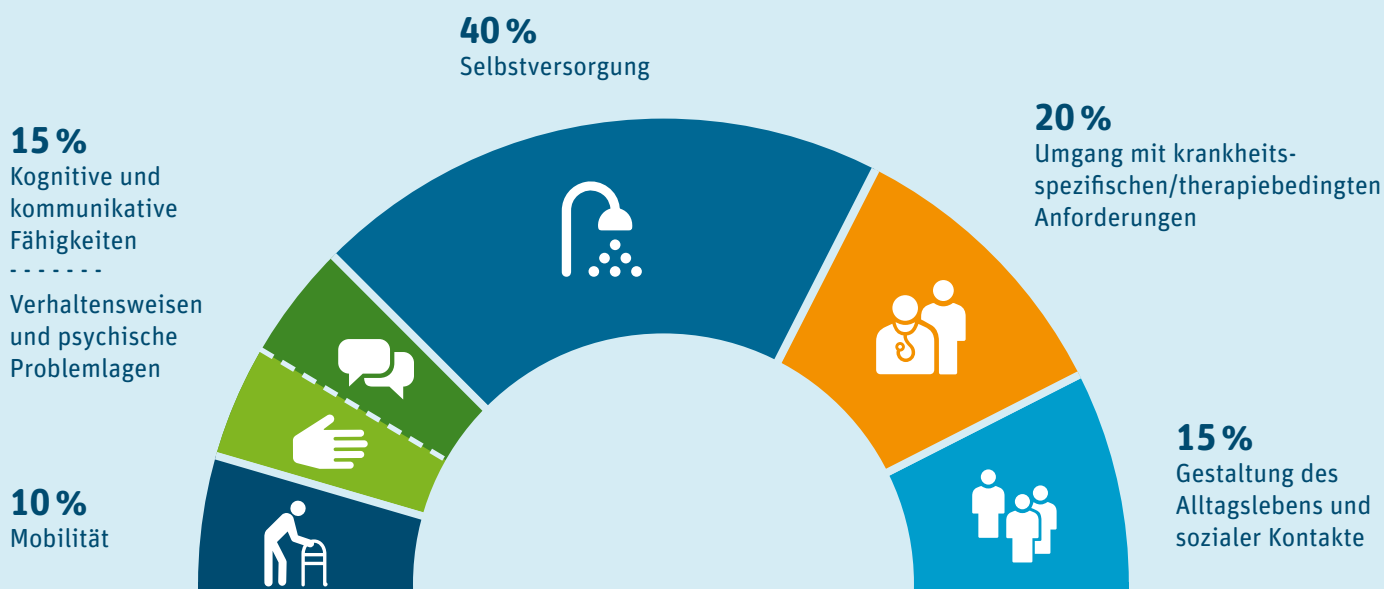
Welche Unterstützung braucht der Mensch im Umgang mit seiner Krankheit und bei Behandlungen? Wie oft ist Hilfe bei Medikamentengabe, Verbandswechsel oder bei Arztbesuchen notwendig?



Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf gestalten und planen oder Kontakte pflegen?

Zudem werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und bei der Haushaltsführung festgestellt. Diese Informationen fließen nicht in die Berechnung des Pflegegrades ein. Sie dienen dem Pflegedienst und der Pflegeberatung zur besseren Planung der Pflege und einer eventuellen Unterstützung im Haushalt.



Weitere Informationen zur Pflegebegutachtung, zu Ihren Rechten sowie zur Verarbeitung personenbezogener Daten finden Sie unter: www.medizinischerdienst.de

Bu bilgileri diğer lisanlarda www.medizinischerdienst.de adresinde bulabilirsiniz

Τις πληροφορίες αυτές θα τις βρείτε σε άλλες γλώσσες στην ιστοσελίδα: www.medizinischerdienst.de

Informacje te w językach obcych znajdują się na stronie internetowej: www.medizinischerdienst.de

Інформацію на других языках Вы можете найти по адресу: www.medizinischerdienst.de

Ove informacije su raspoložive i na drugim jezicima na internet adresi: www.medizinischerdienst.de

Questa informazione è disponibile in altre lingue, al sito: www.medizinischerdienst.de

This information in English can be found at: www.medizinischerdienst.de

Vous trouverez les informations en français sur le site suivant : www.medizinischerdienst.de

Цю інформацію українською мовою Ви можете знайти за посиланням: www.medizinischerdienst.de

تجدون هذه المعلومات باللغة العربية على:
www.medizinischerdienst.de



Hier finden Sie diese Information auch in leichter Sprache: www.medizinischerdienst.de

RECHTSGRUNDLAGEN für die Begutachtungsverfahren sind die §§ 14 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) XI, die §§ 60 ff. SGB I und die Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI.

Eine Information der Medizinischen Dienste.

Stand: Januar 2025