Kompakt
und aktuell
2026

Die soziale Pflegeversicherung

Leistungen und Beratungsangebote
der AOK-Pflegekasse

AOK. Die Gesundheitskasse.

Inhalt

Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ 4

Das Begutachtungsverfahren 6

Die Leistungen 8

- Häusliche Pflege 8
- Kombinierte Leistungen 9
- Pflegegeld 9
- Soziale Absicherung der Pflegeperson 10
- Freistellung Beschäftigter für die Pflege 11
- Verhinderungspflege 12
- Tages- und Nachtpflege 12
- Kurzzeitpflege 13
- Entlastungsbetrag 14
- Angebote zur Unterstützung im Alltag 14
- Pflegehilfsmittel 15
- Verbesserung des Wohnumfeldes/ Wohngruppen 15
- Vollstationäre Pflege 16
- Pflegekurse und Selbsthilfegruppen 17
- Digitale Pflegeanwendungen 17

Die Leistungsvoraussetzungen 18

Der versicherte Personenkreis 18

Die Beiträge 19

Beratung und Unterstützung 20

Zukunftspaket Pflege

Pflegebedürftig kann jeder werden – im hohen Alter, aber auch schon in jungen Jahren, etwa durch einen Unfall.

Die soziale Pflegeversicherung hilft seit 1995 den Betroffenen und ihren Angehörigen, die schwierige Lebenssituation zu meistern. Dabei wurden die Leistungen und das Beratungsangebot stetig verbessert, ebenso die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige.

Doch das ganze Pflegesystem steht vor erheblichen Herausforderungen: Immer mehr Men-schen werden pflegebedürftig, während zugleich Fachkräfte fehlen und die Kosten stetig stei-gen. Daher wird über ein „Zukunftspakte Pflege“ diskutiert.

In dieser Broschüre geben wir Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Leistungen der Pflegeversicherung, die Leistungsvoraussetzungen, den versicherten Personenkreis sowie die Beiträge zum 1. Januar 2026.

Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns an. Wie keine andere Kranken- bzw. Pflegekasse sind wir mit qualifizierten Fachkräften da, helfen Ihnen schnell, zuverlässig und kompetent.

Ihre Pflegekasse bei der
AOK. Die Gesundheitskasse.

MUSTER

Der Begriff „Pflegebedürftigkeit"

Leistungen der Pflegeversicherung gibt es nur, wenn „Pflegebedürftigkeit" vorliegt. Dieser Begriff ist seit 2017 so gesetzlich definiert:

„Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens sechs Monate, und mit einer bestimmten Schwere bestehen."

Gut zu wissen
Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen sowie demenziell erkrankte Menschen haben also den gleichen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung wie körperlich beeinträchtigte Menschen. Dies war früher nicht so.

Ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten vorliegt und wie schwer diese ist, wird in sechs pflegefachlich begründeten Bereichen geprüft:

Mobilität
Wechsel der Position im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Erkennen von Personen, Orientieren örtlich und zeitlich, Erinnern an wesentliche Erlebnisse, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
nächtliche Unruhe, Aggressionen, Beschädigen von Gegenständen, Abwehr pflegerischer Maßnahmen, Wahnvorstellungen oder Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage

Selbstversorgung
Waschen und Duschen/Baden, Rasieren, An- und Auskleiden, Zubereiten von Nahrung und Essen, Eingießen von Getränken und Trinken, Benutzen der Toilette

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Einnehmen von Medikamenten, Durchführen von Einreibungen, Kälte- und Wärmebehandlungen, Verbandswechsel, Messen von Blutzucker, Besuchen von Ärzten und anderen Behandlern

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
selbständiges Gestalten des Tagesablaufs, Planen von Aktivitäten, Treffen mit anderen Menschen

MUSTER

Das Begutachtungs-verfahren

Ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt, prüft möglichst zeitnah nach Antragstellung der Medizinische Dienst (MD). Ein Gutachter erstellt eine Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen und ordnet den Betroffenen dann einem Pflegegrad zu. Dieser Grad spielt bei der Höhe einiger Leistungen eine Rolle:

Pflegegrad 1
geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten

Pflegegrad 2
erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten

Pflegegrad 3
schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten

Pflegegrad 4
schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten

Pflegegrad 5
schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Gut zu wissen
Empfiehlt der MD-Gutachter bei der Gesamtbewertung bestimme Pflegehilfsmittel wie Badewannenlifter, Gehhilfen oder Duschstühle, welche für die Selbständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind oder welche die Pflege erleichtern, erhält der Betroffene diese bei Zustimmung ohne ärztliche Verordnung und gesonderten Antrag.

Eine Besonderheit gilt für pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten: Sie werden bei gleicher Beeinträchtigung pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder und erwachsene Pflegebedürftige und bleiben in diesem Pflegegrad bis zu der vorgenannten Altersgrenze.

In der Pflegeversicherung gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege". Das zeigt sich auch hier: Hält der MD-Gutachter eine Rehabilitationsmaßnahme für sinnvoll, weil dadurch Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann, wird diese Maßnahme bei Zustimmung des Betroffenen unmittelbar beantragt.

MUSTER

Die Leistungen

Häusliche Pflege
Pflegebedürftige der Grade 2 bis 5 erhalten körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung durch qualifizierte Fachkräfte in den sechs pflegefachlich begründeten Bereichen wie Mobilität und Selbstversorgung (siehe Seite 4/5).

Daneben wird häusliche Pflegehilfe erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Dazu gehört auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit übernehmen wir die Kosten von ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen für Leistungspakete oder Zeitkontingente bis zu diesen Beträgen im Kalendermonat:

Grad 1	kein Anspruch*
Grad 2	796 €
Grad 3	1.497 €
Grad 4	1.859 €
Grad 5	2.299 €

*Pflegebedürftige in Grad 1 können für die Finanzierung von häuslicher Pflege den sog. „Entlastungsbetrag" aufwenden (siehe Seite 14).

Gut zu wissen
Wird der zustehende Betrag nicht voll ausgeschöpft, können maximal 40 Prozent der Summe für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Dies sind anerkannte Betreuungs- und Entlastungsangebote (siehe Seite 14).

Kombinierte Leistungen
Wird die häusliche Pflege über einen ambulanten Pflegedienst oder eine Sozialstation nur zum Teil in Anspruch genommen, zahlen wir zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld, wenn eine unentgeltlich tätige Pflegeperson zur Verfügung steht.

Pflegegeld
Werden die erforderlichen körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung durch eine unentgeltlich tätige Pflegeperson (z. B. einen Angehörigen) erbracht, zahlen wir Pflegebedürftigen der Grade 2 bis 5 ein Pflegegeld. Dieses beträgt im Kalendermonat maximal:

Grad 1	kein Anspruch
Grad 2	347 €
Grad 3	599 €
Grad 4	800 €
Grad 5	990 €

Nimmt sich die Pflegeperson zur eigenen Erholung eine Auszeit und kommt der Pflegebedürftige in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, wird das Pflegegeld bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt; wird Verhinderungspflege in Anspruch genommen, gibt es das Pflegegeld acht Wochen hälftig (Gemeinsamer Jahresbetrag). Auch ein Reha-Aufenthalt gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ist grundsätzlich möglich.

Wer ausschließlich Pflegegeld bezieht, muss zur Qualitätssicherung einmal im Halbjahr (Grad 4 und 5 auf Wunsch einmal im Vierteljahr) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen dafür zugelassenen Pflegedienst durchführen lassen. Pflegebedürftige in Grad 1 können diesen Beratungsbesuch einmal im Halbjahr freiwillig abrufen. Die Kosten hierfür tragen in allen Fällen wir. Wird die Beratung nicht abgerufen, kann das Pflegegeld gekürzt bzw. entzogen werden.

MUSTER

Soziale Absicherung der Pflegeperson
Wir zahlen Beiträge zur Rentenversicherung für unentgeltlich tätige Pflegepersonen, die regelmäßig, verteilt auf zwei Tage in der Woche, mindestens zehn Stunden pflegen (einen Pflegebedürftigen oder addiert mehrere Pflegebedürftige, die mindestens in Grad 2 sind). Voraussetzung: Sie sind neben der häuslichen Pflege nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig und beziehen keine Vollrente wegen Alters. Haben diese Pflegepersonen ihre Beschäftigung unterbrochen oder aufgegeben, zahlen wir auch Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Und: Sie genießen den Schutz der Unfallversicherung.

Freistellung Beschäftigter für die Pflege
Alle Beschäftigten haben für jede pflegebedürftige Person einen Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung von bis zu zehn Tagen pro Kalenderjahr, um im Akutfall die bedarfsgerechte Pflege für einen nahen Angehörigen zu organisieren bzw. die Versorgung selbst sicherzustellen. Wir übernehmen den Verdienstausfall bis zu 90 Prozent des Nettoeinkommens. Vom sog. „Pflegeunterstützungsgeld" wird jedoch der Arbeitnehmeranteil zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung abgezogen.

Angehörige von Pflegebedürftigen der Grade 2 bis 5 in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten können sich zudem ganz oder teilweise bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen lassen und zur Sicherung ihres Lebensunterhalts ein zinsloses Darlehen aufnehmen. Wenn keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, übernehmen wir die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Angehörige von Pflegebedürftigen der Grade 2 bis 5 in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten können bis zu 24 Monaten ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren. Dies ist die sog. „Familienpflegezeit". Wichtig: Pflegezeit und Familienpflegezeit dürfen gemeinsam 24 Monate je pflegebedürftigem Angehörigen nicht überschreiten.

Wir prüfen Ihre soziale Absicherung – insbesondere als Pflegeperson in der Rentenversicherung (siehe Seite 10) – und beraten Sie individuell.

Gut zu wissen
Die Leistungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege sind im „Pflegezeitgesetz" (PflegeZG) sowie „Familienpflegezeitgesetz" (FPfZG) geregelt. Das Bundesfamilienministerium informiert auf **wege-zur-pflege.de**.

MUSTER

Verhinderungspflege

Gut zu wissen
Seit Juli 2025 steht allen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ein „Gemeinsamer Jahresbetrag" in Höhe von 3.539 € für maximal acht Wochen zur Verfügung. Dadurch ist eine flexible Kombination beider Leistungen sowie eine bedarfsgerechte Entlastung der Pflegesituation möglich.

Kann eine unentgeltlich tätige Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder einem anderen Grund die Pflege eines Pflegebedürftigen der Grade 2 bis 5 vorübergehend nicht übernehmen, kommen wir für die Kosten einer Ersatzpflegeperson auf. Wir zahlen bis zu 3.539 € im Rahmen des „Gemeinsamen Jahresbetrags" für maximal acht Wochen.

Bei einer unentgeltlich tätigen Ersatzpflegekraft (z. B. Verwandte oder Verschwägerte bis zum zweiten Grad) zahlen wir die Kosten in Höhe des zweifachen Pflegeldes nach individuellem Grad. Werden Mehrkosten nachgewiesen, etwa Fahrgeld oder Verdienstausfall, ist eine Erstattung möglich. Voraussetzung: Der „Gemeinsame Jahresbetrag" ist noch nicht ausgeschöpft.

Tages- und Nachtpflege
Kann die häusliche Pflege eines Pflegedürftigen der Grade 2 bis 5 tagsüber oder nachts nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, kommen wir neben der Pflegesachleistung bzw. dem Pflegegeld oder der Kombinationsleistung für die Kosten der teilstationären Pflege in einer entsprechenden Einrichtung auf.

Für die pflegebedingten Aufwendungen, die Betreuung, die medizinische Behandlungspflege sowie die notwendige Beförderung zahlen wir diese Höchstbeträge im Kalendermonat:

Grad 1	kein Anspruch*
Grad 2	721 €
Grad 3	1.357 €
Grad 4	1.685 €
Grad 5	2.085 €

*Hier kann der sog. „Entlastungsbetrag" aufgewendet werden (siehe Seite 14).

Kurzzeitpflege
Kann die häusliche Pflege z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden und reicht die teilstationäre Pflege nicht aus, tragen wir für Pflegedürftige der Grade 2 bis 5 die Kosten für die vorübergehende vollstationäre Unterbringung in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (bei Kindern: in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen). Für die pflegebedingten Aufwendungen sowie die medizinische Behandlungspflege zahlen wir bis zu 3.539 € im Rahmen des „Gemeinsamen Jahresbetrags" für maximal acht Wochen.

Pflegebedürftige in Grad 1 können für die Finanzierung von Kurzzeitpflege den sog. „Entlastungsbetrag" aufwenden (siehe Seite 14).

Gut zu wissen
Lassen sich nach einer Krankenhausbehandlung z. B. die Pflege zu Hause oder eine Kurzzeitpflege nicht sicherstellen, kann die „Übergangspflege im Krankenhaus" in Anspruch genommen werden. Diese Leistung der Krankenversicherung übernehmen wir bis zu 10 Tage.

MUSTER

Entlastungsbetrag/Angebote zur Unterstützung im Alltag
Alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, aber auch Pflegebedürftige in Grad 1, haben einen Anspruch auf einen „Entlastungsbetrag" in Höhe von 131 € im Monat. Dieser muss für bestimmte qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung Pflegender sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung eingesetzt werden. So erstatten wir z. B. Aufwendungen in Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege.

Der „Entlastungsbetrag" kann aber auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Darunter versteht man anerkannte Betreuungsangebote (z. B. besondere Betreuungsgruppen für Demenzkranke oder Tagesbetreuung in Kleingruppen) und Angebote zu Entlastungen (z. B. Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für häusliche Dienstleistungen).

Übrigens: Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, die ihren Sachleistungsanspruch nicht voll ausschöpfen, können maximal 40 Prozent des Betrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden.

Pflegehilfsmittel
Wir kommen für Hilfsmittel auf, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen bzw. ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Dazu zählen z. B. Badewannenlifter, Gehhilfen, Duschstühle oder Pflegebetten. Dies gilt für Pflegebedürftige der Grade 1 bis 5.

Gut zu wissen
Bei zum Verbrauch bestimmen Pflegehilfsmitteln übernehmen wir die Aufwendigen bis zu einem Betrag bis zu 42 € monatlich. Hierzu zählen z. B. Bettschutzeinlagen, Schutzbekleidung wie Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Schutzschürzen und Desinfektionsmittel.

Verbesserung des Wohnumfeldes/Wohngruppen
Viele Pflegebedürftige möchten so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung leben. Wenn Umbaumaßnahmen die Pflege ermöglichen, erheblich erleichtern oder dem Betroffenen die selbständige Lebensführung erlauben, zahlen wir Pflegebedürftigen der Grade 1 bis 5 hierfür bis zu 4.180 € – z. B. für den Einbau einer behindertengerechten Dusche. Bitte informieren Sie sich vor Beginn der Umbaumaßnahme genau. Wir versprechen: Wir prüfen Ihren Antrag zügig!

Mehrere Pflegebedürftige, die keine stationäre Pflege benötigen, können auch eine Wohngruppe gründen und werden dabei finanziell unterstützt. Denn die gemeinsame Betreuung, z. B. durch einen Pflegedienst, spart Zeit und Geld.

Als Anreiz für die Gründung solcher „Pflege-WG's" zahlen wir neben dem zuvor erwähnten Umbauzuschuss (maximal 16.720 € pro WG) zusätzlich pro Person 2.613 € (maximal 10.452 € pro WG und nur solange Fördermittel zur Verfügung stehen). Damit kann die Wohnung altersgerecht umgestaltet werden. Außerdem gibt es für eine Pflegekraft, die auch bei der Organisation des Zusammenlebens hilft, pauschal 224 € monatlich pro „WG-ler" in Grad 1 bis 5.

MUSTER

Vollstationäre Pflege
Wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des Einzelfalles nicht in Betracht kommt, übernehmen wir für Pflegedürftige der Grade 2 bis 5 die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen sowie die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen. Wählen Pflegebedürftige in Grad 1 vollstationäre Pflege, erhalten diese nur einen Zuschuss.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

Grad 1	131 €
Grad 2	805 €
Grad 3	1.319 €
Grad 4	1.855 €
Grad 5	2.096 €

Gut zu wissen
Pflegebedürftige der Grade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedürftigen Aufwendungen. Dieser steigt mit der Dauer des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung. Im ersten Jahr tragen wir 15 Prozent des Eigenanteils, im zweiten Jahr 30 Prozent, im dritten Jahr 50 Prozent und danach 75 Prozent.

Übrigens: Alle Einrichtungen müssen ihren pflegebedürftigen Heimbewohnern zusätzliche Betreuungsangebote (z. B. Vorlesen, Basteln, Spazierengehen, Begleitung zu kulturellen Angeboten) machen. Diese werden direkt mit uns abgerechnet.

Für Pflegebedürftige der Grade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernehmen wir bis zu 278 € des Heimentgelts.

Pflegekurse und Selbsthilfegruppen
Wichtig zunächst einmal: Alle Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen haben einen Anspruch auf Beratung (siehe Rückseite der Broschüre). Sie und andere ehrenamtlich Pflegende können kostenfrei an Schulungen (Präsenz- oder Onlinekurse) teilnehmen, welche sie für den Pflegealltag fit machen. Hier werden Grundfertigkeiten, wie z. B. das Betten und Aufrichten eines Pflegebedürftigen oder die Körperpflege und Ernährung, vermittelt.

Wer lange Zeit einen Pflegebedürftigen betreut, findet in Selbsthilfegruppen Austausch und Motivation. Diese Gruppen können von uns eine finanzielle Unterstützung erhalten.

Digitale Pflegeanwendungen
Programme, die Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegediensten übers Handy oder Internet helfen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, werden unterstützt. Wir übernehmen 40 € monatlich für die digitale Anwendung, weitere 30 € für die Einrichtung, Anleitung und Begleitung etwa durch einen ambulanten Dienst.

MUSTER

Die Leistungs-voraussetzungen

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung müssen schriftlich beantragt werden. Sie werden grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt. Voraussetzung ist, dass zu diesem Zeitpunkt bereits Pflegebedürftigkeit nach dem Gesetz besteht.

Ein Anspruch auf Pflegeleistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens zwei Jahre lang pflegeversichert war (selbst oder als Familienangehöriger).

Der versicherte Personenkreis

Alle, die bei der AOK krankenversichert sind – z. B. Arbeitnehmer/-innen, freiwillige Mitglieder, Auszubildende, Studierende, Rentner/-innen – sind auch automatisch in der AOK-Pflegekasse versichert. Jung und Alt genießen damit den Schutz der sozialen Pflegeversicherung.

Familienangehörige wie Ehegatten/Lebenspartner und Kinder ohne eigenes Einkommen sind analog der Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert.

Gut zu wissen
Wer sich für den eigenen Pflegefall zusätzlich absichern möchte, kann dies vielfältig tun. Für eine private „Pflege-Tagegeld-Versicherung" zahlt der Staat seit 2013 einen Zuschuss von 5 € im Monat bzw. 60 € im Jahr. Diese Förderung ist unabhängig vom Einkommen, aber an Bedingungen geknüpft. Das Bundesgesundheitsministerium informiert auf **bmg.bund.de**.

Die Beiträge

Die Beiträge richten sich nur nach dem Einkommen. Es wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt – diese beträgt im Jahr 2026 bundeseinheitlich 69.750 €.

Der Beitragssatz beträgt seit Januar 2025 3,6 Prozent. Die Beiträge teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils zur Hälfte: Jede Partei zahlt 1,8 Prozent*. Der monatliche Höchstbeitrag (Arbeitnehmeranteil mit einem Kind) beträgt 2026 demnach 104,63 €*.

Seit 2023 genießen kinderreiche Eltern einen Vorteil: Der Basis-Beitragssatz reduzierte sich für jedes berücksichtigungsfähige Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Für Eltern mit mehr als fünf Kindern gibt es keine darüberhinausgehende Reduzierung des Beitrags.

Kinderlose Beschäftigte zwischen 23 und 64 Jahren zahlen dafür schon seit 2005 einen Zuschlag. Er beträgt aktuell 0,6 Prozent.

Durch diese Regelungen soll mehr Gerechtigkeit zwischen kinderlosen und kinderreichen Beitragszahlenden entstehen.

Rentner/-innen müssen den vollen Beitrag alleine tragen. Für Arbeitslose und Umschüler/-innen zahlt ihn die Bundesagentur für Arbeit.

*eine Ausnahme gibt es in Sachsen. Siehe dazu aok.de/pflege

MUSTER

Mit Rat und Tat
immer für Sie da

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen umfassende und schnelle Unterstützung, denn sie müssen oft viel und in kürzester Zeit organisieren.

Wir sind darauf eingestellt. Nicht nur weil es der Gesetzgeber fordert, machen wir jedem Betroffenen binnen zwei Wochen nach Erstantragstellung ein kostenfreies Beratungsangebot mit unseren Pflegefachkräften – am Telefon, in der Geschäftsstelle oder zu Hause. Wir informieren gleichfalls über andere Beratungsstellen wie etwa die Pflegestützpunkte (nicht in Sachsen und Sachsen-Anhalt).

Im Internet haben wir ein Pflegeportal mit Informationen, Navigationshilfen (z. B. Pflegedienst- und Pflegeheimsuche), Bildergalerien sowie Videos eingerichtet. Pflegeleistungen können Sie hier online beantragen. Auch unser Expertenforum „Pflege" finden Sie auf **aok.de/pflege**.

NEU: Für psychisch belastete pflegende Angehörige bieten wir den „Familiencoach Pflege" an. Das Online-Programm will die Psyche der Betroffenen stärken und sie vor Überlastung schützen. Es ist kostenfrei und anonym nutzbar auf **familiencoach-pflege.de**.

Eine Information Ihrer AOK – Die Gesundheitskasse

© Bell Verlag&Medien oHG,
Gutenbergweg 2, 58553 Halver
Gesamtkonzeption: Bell Verlag&Medien oHG, Halver
Bilder: AOK, freepik.com
Stand: Januar 2026, Best.-Nr. 2022

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck sowie Verbreitung jeglicher Art, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung.