



Pflegebedürftig. Was nun?

Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe

Wer ist pflegebedürftig?

Pflegebedürftig ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei den alltäglichen Dingen im Leben in erheblichem oder höherem Maße Hilfe braucht und vieles nicht mehr allein bewerkstelligen kann – dauerhaft oder voraussichtlich für wenigstens sechs Monate. Ist dies der Fall, sollten Sie sich an Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse wenden, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind. Privat Krankenversicherte sollten sich an ihre private Krankenversicherung wenden.

Wo wird geholfen?

Der individuelle Anspruch auf Pflegeberatung ist gesetzlich verankert. Die Pflegekasse hat dem Antragstellenden zunächst entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen, auf Wunsch auch zu Hause, anzubieten oder einen Gutschein auszustellen, der bei einer qualifizierten Beratungsstelle ebenfalls innerhalb dieser Frist eingelöst werden kann. Den Antrag kann auch eine von Ihnen bevollmächtigte Person stellen.

Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Stellen Sie einen Antrag bei der Pflegekasse. Die angemeldete Begutachtung erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachter meist zu Hause. Bevor die Gutachterin oder der Gutachter kommt, sollten Sie ein Pflegetagebuch mit genauen Zeitangaben führen und aufschreiben, in welchen Bereichen Sie Hilfe benötigen. Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrer Versicherung. Die Begutachtung übernimmt in diesem Fall der Medizinische Dienst der privaten Krankenversicherung, MEDICPROOF.

Wie lange dauert es, bis Antragsteller die Entscheidung ihrer gesetzlichen Pflegekasse erhalten?

Die gesetzliche Bearbeitungsfrist beträgt für die Pflegekasse ab Eingang des Antrags 25 Arbeitstage. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitations- einrichtung, hat die Begutachtung innerhalb einer Woche zu erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung

erforderlich ist, die Inanspruchnahme von Pflegezeit beim Arbeitgeber angekündigt oder mit ihm eine Familienpflegezeit vereinbart wurde. Die Wochenfrist gilt auch, wenn der Antragsteller ambulant palliativ versorgt wird oder sich in einem Hospiz befindet. Eine zweiwöchige Begutachtungsfrist gilt, wenn sich die betroffene Person in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit mit ihm vereinbart wurde.

Was sind die Pflegestufen?

Die Gutachter des MDK oder andere unabhängige Gutachter prüfen im Auftrag der Pflegekassen, welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt, und ermitteln gleichzeitig, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz besteht.* Dies kann Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen betreffen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege (der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich Hilfe brauchen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege (der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens dreimal täglich Hilfe brauchen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

* Ab 2017 werden die Pflegestufen durch neue Pflegegrade und ein neues Begutachtungsinstrument ersetzt. Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich dann nach dem Grad der Selbstständigkeit. Dabei werden körperliche, kognitive und psychische Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe brauchen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Zeitaufwand beträgt mindestens fünf Stunden; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen. Im Rahmen der Pflegestufe III gibt es darüber hinaus bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand eine Härtefallregelung.

Welche Leistungen gibt es?

Liegt Pflegebedürftigkeit vor (Pflegestufen I bis III), gewährt die Pflegeversicherung abhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit sowie der gewählten Versorgungsform verschiedene Leistungen. Auch Personen mit einer dauerhaft erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz (z. B. Demenzerkrankte), die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen (sogenannte „Pflegestufe 0“), können Leistungen erhalten. Leistungen der Pflegeversicherung sind beispielsweise das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen, Leistungen bei Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege, Leistungen bei vollstationärer Pflege, Pflegehilfsmittel, Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, der Wohngruppenzuschlag sowie zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Auskunft hierzu gibt Ihnen ihre Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen.

Pflegegeld für häusliche Pflege (in Euro)	ohne Demenz	mit Demenz
„Pflegestufe 0“		123,00
Pflegestufe I	244,00	316,00
Pflegestufe II	458,00	545,00
Pflegestufe III	728,00	728,00

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege (in Euro)	ohne Demenz	mit Demenz
„Pflegestufe 0“		231,00
Pflegestufe I	468,00	689,00
Pflegestufe II	1.144,00	1.298,00
Pflegestufe III	1.612,00	1.612,00
Härtefall	1.995,00	1.995,00

Leistungen bei vollstationärer Pflege (in Euro)	ohne Demenz	mit Demenz
„Pflegestufe 0“		0,00
Pflegestufe I	1.064,00	1.064,00
Pflegestufe II	1.330,00	1.330,00
Pflegestufe III	1.612,00	1.612,00
Härtefall	1.995,00	1.995,00

Die aufgeführten Leistungen verstehen sich monatlich.

Erste Schritte – auf einen Blick

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Auch eine von Ihnen bevollmächtigte Person kann das für Sie übernehmen. Eine Bevollmächtigung sollte sich immer auf eine Person beziehen, der Sie absolut vertrauen, z. B. einen Familienangehörigen.
2. Wenn Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
3. Sofern Sie es einschätzen können, teilen Sie Ihrer Pflegekasse direkt bei der Antragstellung mit, ob Sie zu Hause oder in einem Pflegeheim versorgt werden möchten.
4. Führen Sie ein Pflegetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen Ihnen geholfen werden muss und wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK oder andere Gutachterinnen und Gutachter.
5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter anwesend zu sein.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen oder durch Pflegepersonen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf Hilfe, z. B. eines ambulanten Pflegedienstes, zurückgreifen wollen.
7. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Angebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflege – nicht möglich, können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.
8. Bitten Sie Ihre Pflegekasse oder den Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe, Ihnen zum Kostenvergleich eine Liste der zugelassenen ambulanten Pflegedienste bzw. stationären Pflegeeinrichtungen zu geben und Sie über Angebote zur Entlastung bei der Versorgung zu beraten.

Für mehr Informationen wenden Sie sich an Ihre Pflegekasse oder an einen Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe. Privat Versicherte können sich an ihr Krankenversicherungsunternehmen oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, wenden. Die COMPASS Private Pflegeberatung erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer 0800 / 101 88 00.

Wo kann ich mich informieren?

Weitere Informationen zum Thema Pflege erhalten Sie über das Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums unter **0 30 / 3 40 60 66-02** oder über den neuen Pflegeleistungshelfer auf **www.bundesgesundheitsministerium.de**. Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter **Fax 0 30 / 3 40 60 66-07** oder per E-Mail an **info.gehoerlos@bmg.bund.de**.

Impressum: Herausgeber Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin **Druck:** Hausdruckerei des BMAS, Bonn **8. aktualisierte Auflage:** Stand April 2016
Bestell-Nr.: BMG-P-07053 **Kostenlose Bestellung weiterer Publikationen zur Pflege E-Mail:** publikationen@bundesregierung.de **Telefon:** 0 30 / 18 272 272 1 **Fax:** 0 30 / 18 10272 2721
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.