



Pflegebedürftig. Was nun?

Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe

www.bundesgesundheitsministerium.de



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. Dort werden Sie zu allen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehenden Fragen in für Sie verständlicher Weise unterrichtet, beraten und über Ihre Ansprüche aufgeklärt. Der individuelle Anspruch auf Pflegeberatung ist gesetzlich verankert. Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes hat die Pflegekasse dem Antragstellenden entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen, auf Wunsch auch zu Hause, anzubieten oder – alternativ dazu – einen Gutschein auszustellen, der bei einer qualifizierten Beratungsstelle zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb dieser Frist eingelöst werden kann. Den ersten Schritt kann auch ein bevollmächtigter Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter machen. Privat Krankenversicherte sollten sich an das private Krankenversicherungsunternehmen wenden.

Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Stellen Sie einen Antrag bei der Pflegekasse. Diese beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit. In der Regel kommt der Gutachter zu Ihnen nach Hause und empfiehlt danach der Pflegekasse die Pflegestufe. Bevor der Gutachter kommt, sollten Sie ein Pfl egetagebuch mit genauen Zeitangaben führen und aufschreiben, in welchen Bereichen Sie Hilfe benötigen (zum Beispiel beim Waschen, Anziehen, Essen). Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung. Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem Versicherungsunternehmen; die Begutachtung erfolgt dort durch MEDICPROOF.

Wie lange dauert es, bis Antragsteller einen Bescheid ihrer Pflegekasse erhalten?

Eine Pflegekasse muss spätestens fünf Wochen nachdem ein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bei ihr eingegangen ist, dem Antragsteller die Entscheidung über

Leistungen schriftlich mitteilen. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch verkürzte Begutachtungsfristen gelten. Zum Beispiel ist die Begutachtung spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn ein Antragsteller sich im Krankenhaus befindet und es zur Sicherstellung seiner ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung notwendig ist, dass eine Begutachtung noch im Krankenhaus stattfinden muss.

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 Zeitaufwand beträgt täglich mindestens 1,5 Stunden, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege (der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe brauchen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Zeitaufwand beträgt mindestens drei Stunden, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege (der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) 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. Im Rahmen der Pflegestufe III gibt es darüber hinaus bei außergewöhnlich hohem Pflegebedarf eine Härtefallregelung.

Je nach Pflegestufe unterscheiden sich die Leistungen der Pflegekasse. Auch Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen (sogenannte Pflegestufe 0), können, neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen von bis zu 100 bzw. 200 Euro monatlich, Leistungen erhalten. Seit 1.1.2013 werden folgende **monatliche** Leistungen für Pflegebedürftige in den drei Pflegestufen sowie für Versicherte in der so genannten Pflegestufe 0 gewährt:

Pflegegeld nach Pflegestufen (in Euro) 2014

Pflegestufe 0	120,00
Pflegestufe I	235,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	305,00
Pflegestufe II	440,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	525,00
Pflegestufe III	700,00

Ambulante Pflegesachleistungen (in Euro) 2014

Pflegestufe 0	225,00
Pflegestufe I	450,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	665,00
Pflegestufe II	1.100,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1.250,00
Pflegestufe III	1.550,00
Härtefall	1.918,00

Vollstationäre Leistungen pauschal (in Euro) 2014

Pflegestufe I	1.023,00
Pflegestufe II	1.279,00
Pflegestufe III	1.550,00
Härtefall	1.918,00

Wer leistet die Hilfe?

Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen müssen. Ist die Pflege zu Hause – ggf. auch unter Zuhilfenahme des Betreuungsangebots in einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, muss ein geeignetes Pflegeheim gefunden werden. Dies sind Fragen, für deren Beantwortung Sie sich Zeit und kompetente Beratung nehmen müssen. Seit Juli 2008 können Beschäftigte bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben, um die Pflege zu organisieren. Wer sich mehr Zeit nehmen und sich erst einmal um den pflegebedürftigen Angehörigen kümmern möchte, kann zudem Pflegezeit in Anspruch nehmen: bis zu sechs Monate unbezahlt.

Wo bekommt man Beratung und Unterstützung?

Bei Pflegebedarf sind Pflegekassen und Pflegestützpunkte die zentralen Anlaufstellen. Sie beraten Betroffene über schnelle Hilfe und organisieren diese. Die Pflegekasse gibt Ihnen Auskunft, ob und wo sich ein Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe befindet.

Erste Schritte – auf einen Blick

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Auch ein Familienangehöriger oder guter Bekannter kann das für Sie übernehmen, wenn Sie ihn dazu bevollmächtigen.
2. Wenn Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
3. Führen Sie ein Pflage tagebuch darüber, bei welchen Ver richtungen geholfen werden muss und wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK oder durch andere un abhängige Gutachter.
4. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachter an wesennd zu sein.
5. Sofern Sie es einschätzen können, teilen Sie Ihrer Pflege kasse bei der Antragstellung mit, ob Sie zu Hause oder in einem Pflegeheim gepflegt werden möchten.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege längerfristig durch Ihre Angehörigen durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf Hilfe, z.B. eines ambulanten Pflegedienstes, zurückgreifen müssen.
7. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, berät Sie Ihre Pflege kasse über geeignete Pflegeheime.
8. Bitten Sie Ihre Pflegekasse oder den Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe, Ihnen zum Kostenvergleich eine Liste der zu gelassenen ambulanten Pflegedienste bzw. stationären Pflegeeinrichtungen zu geben und Sie über niedrigschwellige Angebote zur Entlastung bei der Versorgung zu beraten.

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, können Sie sich an die Pflegeberatung Ihrer Pflegekasse oder an einen Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe wenden. Privat Versicherte können sich an ihr Krankenversicherungsunternehmen oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, wenden.

Mehr Informationen zum Thema Pflege erhalten Sie auch über das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Gesundheit unter: **030/340 6066-02**

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

Impressum

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin
Gestaltung: Atelier Hauer & Dörfler GmbH
Foto: Julia Baier **Druck:** Druckerei im BMAS
6. aktualisierte Auflage: Stand Januar 2014
Erstauflage: Juni 2008
Bestell-Nr.: BMG-P-07053

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030/18 272 2721 **Fax:** 030/18 10 272 2721
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock