



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-Neuausrichtungsgesetzes hat die Pflegekasse dem Antragstellenden entweder einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen auf Wunsch zu Hause anzubieten oder – wenn dies nicht möglich ist – einen Gutschein auszustellen, der bei einer qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann. Diesen 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) mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit. In der Regel kommt der Gutachter des MDK zu Ihnen nach Hause. Dieser empfiehlt der Pflegekasse die Pflegestufe. Bevor der MDK kommt, sollten Sie ein Pflegetagebuch 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 prüfen im Auftrag der Pflegekassen welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt und ermitteln gleichzeitig, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Dies kann Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen betreffen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe 1** (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 2** (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 3** (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 3 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 1 erfüllen (so genannte Pflegestufe 0), können, neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen von 100 bzw. 200 Euro monatlich, Leistungen erhalten. Ab 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 EUR) 2013

Pflegestufe 0	120,00
Pflegestufe 1	235,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	305,00
Pflegestufe 2	440,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	525,00
Pflegestufe 3	700,00

Ambulante Pflegesachleistungen (in EUR) 2013

Pflegestufe 0	225,00
Pflegestufe 1	450,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	665,00
Pflegestufe 2	1.100,00
Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1.250,00
Pflegestufe 3	1.550,00
Härtefall	1.918,00

Stationäre Leistungen pauschal (in EUR) 2013

Pflegestufe 1	1.023,00
Pflegestufe 2	1.279,00
Pflegestufe 3	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 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 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. In den Pflegestützpunkten unterstützen Pflegeberater bei der Organisation der Pflege.

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) mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
3. Führen Sie ein Pfl egetagebuch darüber, bei welchen Verrichtungen geholfen werden muss und wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK.
4. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung durch den MDK anwesend zu sein.
5. Sofern Sie es einschätzen können, teilen Sie Ihrer Pflegekasse 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 eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen müssen.
7. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, berät Sie Ihre Pflegekasse über geeignete Pflegeheime.
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 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, Kommunikationsstab (Öffentlichkeitsarbeit), 11055 Berlin
Gestaltung: Atelier Hauer & Dörfler GmbH
Foto: Julia Baier **Druck:** Druckerei im BMAS
5. aktualisierte Auflage: Stand November 2012
Erstauflage: Juni 2008

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

Bestell-Nr.: BMG-P-07053
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 0 18 05 / 77 80 90* Fax: 0 18 05 / 77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
 Postfach 481009, 18132 Rostock

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.