



Pflegebedürftig. Was nun?

Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Gesetzes sind damit Personen erfasst, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Das sind Personen, die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Wo können Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden; dies kann auch telefonisch erfolgen. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung können auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte übernehmen, wenn sie dazu bevollmächtigt werden. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird, beauftragt diese den Medizinischen Dienst (MD) oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen oder Gutachter des Medizinischen Dienstes „MEDICPROOF“.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung ist die Begutachtung durch den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter innerhalb einer

Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde; die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch bei einem Aufenthalt im Hospiz oder während einer ambulant palliativen Versorgung. Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder nach dem Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart, ist eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen.

Was sind Pflegegrade und wie sind sie gestaffelt?

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Es gibt fünf Pflegegrade, die mit Hilfe eines pflegeschlüssigen Begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt werden. Nachdem ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, beauftragt die Pflegekasse den MD oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die angemeldete Begutachtung erfolgt in der Regel im Wohnbereich des Antragstellers.

Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis hin zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Welche Leistungen gibt es?

Im Überblick:

Pflegegrade	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	Leistungsbetrag vollstationär*
Pflegegrad 1			125 Euro	125 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro	724 Euro	125 Euro	770 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.363 Euro	125 Euro	1.262 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.693 Euro	125 Euro	1.775 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	2.095 Euro	125 Euro	2.005 Euro

* Zusätzlich gewährt die Pflegeversicherung ab dem Pflegegrad 2 nach der Verweildauer gestaffelte Leistungszuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil. Diese betragen bis zu 70 Prozent ab einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten und reduzieren den pflegebedingten Eigenanteil erheblich. Die aufgeführten Leistungen verstehen sich monatlich und stellen einen Auszug aus den Leistungen der Pflegeversicherung dar.

Erste Schritte auf einen Blick

1. Setzen Sie oder eine bevollmächtigte Person sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung.
2. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten über die Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie über die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie können diese Liste bei der Pflegekasse auch anfordern, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen stellen.
3. Sie haben darüber hinaus einen Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse. Dieser gilt auch für Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, sofern Sie zustimmen. Die Pflegekasse bietet Ihnen unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Leistungen einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung durchzuführen ist. Die Pflegekasse benennt außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist. Möglich ist auch, dass Ihnen die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eingelöst werden kann. Auf Ihren Wunsch kommt die Pflegeberaterin beziehungsweise der Pflegeberater auch zu Ihnen nach Hause. Wenn es in Ihrer Region einen Pflegestützpunkt gibt, können Sie sich ebenso an diesen wenden. Näheres erfahren Sie bei Ihrer Pflegekasse.

4. Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater bei Ihnen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.
4. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit. Die die Pflegeversicherung betreibenden privaten Versicherungsunternehmen beauftragen den Medizinischen Dienst „MEDICPROOF“ mit der Begutachtung.
5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung anwesend zu sein.
6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege zu Hause längerfristig durch Angehörige durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen wollen.
7. Ist die Pflege zu Hause – gegebenenfalls auch unter Inanspruchnahme des Pflege- und Betreuungsangebots einer örtlichen Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung – nicht möglich, so können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen informieren und beraten lassen.
8. Mehr Informationen erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, bei den Pflegestützpunkten vor Ort oder über die unten aufgeführten Kontaktdaten. Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, www.pkv.de. Die „COMPASS Private Pflegeberatung“ erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer 0800 1018800.



Wo kann ich mich informieren?

Mehr zum Thema Pflege erfahren Sie auf der Website www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege und in kostenfreien Publikationen des Bundesgesundheitsministeriums, zum Beispiel im „Ratgeber Pflege“: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen.

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie unter **030 3406066-02**.

Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums per Videotelefonie unter www.gebaerdentelefon.de/bmg oder per E-Mail an info.gehoerlos@bmg.bund.de, info.deaf@bmg.bund.de. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon.

Impressum: Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, 11055 Berlin, **Druck:** Hausdruckerei des BMAS, Bonn, **Stand:** Januar 2023, 16. aktualisierte Auflage, **Bestell-Nr.:** BMG-P-07053, Papier: Circle Offset Premium white, FSC-zertifiziert, Blauer-Engel-zertifiziert.

Kostenlose Bestellung weiterer Publikationen zur Pflege: E-Mail: publikationen@bundesregierung.de, **Telefon:** 030 182722721, **Fax:** 030 18102722721,

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de.

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 Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.