



Pflegebedürftig. Was nun?

Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe

Weitere Informationen zu den
Pflegestärkungsgesetzen, Pflege-
Wissen und Service-Angebote unter:
[www.bundesgesundheits-
ministerium.de/themen/pflege](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege)

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 kompensieren 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 der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen beziehungsweise 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, in einem Hospiz oder während einer ambulanten-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK 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. 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 zeichnet die Pflegegrade aus und wie sind sie gestaffelt?

Fünf Pflegegrade ermöglichen es, Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen auf die jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse abzustimmen.

Die Pflegegrade orientieren sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegeschlüssigen begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegeschlüssigen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert die pflegeschlüssigen Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen in den Begutachtungs-Richtlinien.

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	689 Euro	125 Euro	770 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.298 Euro	125 Euro	1.262 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.612 Euro	125 Euro	1.775 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.995 Euro	125 Euro	2.005 Euro

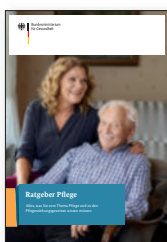
Die aufgeführten Leistungen verstehen sich monatlich.

Erste Schritte – auf einen Blick

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Selbstverständlich können das auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte für Sie übernehmen, wenn Sie sie dazu bevollmächtigen.
2. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten über die Leistungen und Vergütungen 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. Der Anspruch gilt auch für Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegekräfte, 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 Ihnen außerdem eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater, die oder der persönlich für Sie zuständig ist.
Alternativ hierzu kann Ihnen die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, 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.
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 der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
 5. Bitten Sie Ihre Pflegeperson, bei der Begutachtung anwesend zu sein.
 6. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege 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. Bei allen Fragen stehen Ihnen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Ihrer Pflegekasse sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vor Ort zur Verfügung. Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, unter 030/340 60 66-02. Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice unter Fax 030/340 60 66-07 oder per E-Mail an info.gehoerlos@bmg.bund.de
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 0800/101 88 00.

Wo kann ich mich informieren?



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

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie unter **030/3 40 60 66-02**. Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter **Fax 030/3 40 60 66-07** oder per E-Mail an info.gehoerlos@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 **11. aktualisierte Auflage:** Stand Oktober 2018 **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 Wahlwerbbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.