

# ***Merkblatt***

## ***Pflegeversicherung***



### ➤ **Was ist die Pflegeversicherung?**

Die Pflegeversicherung wurde zur sozialen Absicherung des Risikos bei Pflegebedürftigkeit als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung, d.h. jeder Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist zugleich in die Soziale Pflegeversicherung einbezogen.

Mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz sind die Leistungen der Pflegeversicherung nochmals angepasst worden. Ab dem 01. Januar 2017 werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren eingeführt.

### ➤ **Wie erhalte ich Leistungen aus der Pflegeversicherung?**

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, muss zunächst bei der zuständigen Pflegekasse ein Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit gestellt werden. Die Pflegekasse beauftragt daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter, beim Antragsteller zu Hause eine Begutachtung vorzunehmen. Diese wird durch einen Mitarbeiter des MDK, entweder Arzt oder Pflegefachkraft durchgeführt. In besonderen Fällen kann die Erstbegutachtung auch im Krankenhaus erfolgen.

Während der Begutachtung werden gemäß den Begutachtungsrichtlinien Fragen gestellt und körperliche Funktionen überprüft, um sich ein Gesamtbild von der Lebenssituation und vom Hilfebedarf des Antragstellers zu machen.

### ➤ **Wie wird das Einstufungsverfahren durchgeführt?**

Während der Begutachtung werden gemäß dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) Fragen gestellt, um sich ein Gesamtbild von der Lebenssituation, den vorhandenen Ressourcen und von der individuellen Problemlage des Antragstellers zu machen. Im Vordergrund stehen dabei die individuelle Selbstständigkeit und die individuellen Ressourcen des Antragstellers.

### ➤ **Welche Hilfebedarfe werden bei der Begutachtung berücksichtigt?**

Beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden gleichermaßen körperliche, geistige und psychische Einschränkungen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Dabei muss es sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, mindestens für sechs Monate, bestehen.

Bei der Begutachtung werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Menschen in sechs verschiedenen Bereichen /Modulen beurteilt:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der Gutachter oder die Gutachterin des Medizinischen Dienstes (MDK) wird sich ansehen, wie selbständig jemand ist und welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Erst aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in den 6 Modulen erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

Wer bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezieht, muss keinen neuen Antrag auf Feststellung des neuen Pflegegrades stellen. Die Überleitung in die neuen Pflegegrade erfolgt automatisch. Dabei gilt, dass Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet werden und Menschen mit geistigen Einschränkungen automatisch in den übernächsten Pflegegrad.

➤ **Welche Leistungen erhalte ich aus der Pflegeversicherung?**

➤ **Leistungen bei häuslicher Pflege**

Es gibt drei Möglichkeiten, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen.

• **Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)**

Der Pflegebedürftige erhält von der Pflegekasse ein Pflegegeld, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

Pflegegrad 2	316,00 €
Pflegegrad 3	545,00 €
Pflegegrad 4	728,00 €
Pflegegrad 5	901,00 €

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, bei Pflegegrad 2 und 3 mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch einen anerkannten Pflegedienst abzurufen. Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegepersonen.

• **Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) (§ 36 SGB XI)**

Hat der Pflegebedürftige keine Angehörigen oder Nachbarn, die seine Pflege sicherstellen können, hat er Anspruch auf die Hilfe eines professionellen ambulanten Pflegedienstes als Sachleistung. Die Pflegekasse bezuschusst je Kalendermonat die Pflegeeinsätze des Pflegedienstes in folgender Höhe:

Pflegegrad 2	689,00 €
Pflegegrad 3	1.298,00 €
Pflegegrad 4	1.612,00 €
Pflegegrad 5	1.995,00 €

• **Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) (§ 38 SGB XI)**

Bei der Kombinationsleistung teilen sich eine vom Pflegebedürftigen selbst beschaffte Pflegeperson und ein Ambulanter Pflegedienst die Pflege. Die Pflegekasse bezuschusst die Einsätze des Pflegedienstes als Sachleistung (s. unter b), und der Pflegebedürftige erhält für die Pflegeperson evtl. auch noch ein anteiliges Pflegegeld (s. unter a), wenn der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden sollen, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

➤ **Unterstützung im Alltag nach § 45 a SGB XI und Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI**

Alle Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, haben einen Anspruch auf einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden und kann für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung eingesetzt werden.

Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- ambulanten Pflegediensten, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag

auftreten.

Die Kostenerstattung wird auf Antrag von der Pflegekasse gewährt. Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Pflegebedürftige mit mindestens dem Pflegegrad 2, die Pflegesachleistungen erhalten, können den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag - maximal aber 40 % des hierfür vorgesehenen Leistungsbetrages - für Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden.

#### ➤ **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**

Die Pflegekasse übernimmt bei Verhinderung der privaten Pflegeperson durch Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen längstens für sechs Wochen im Kalenderjahr die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege. Voraussetzung für die Leistung der Pflegekasse ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Die Leistungen der Pflegekasse können bis zu **1.612 €** im Kalenderjahr betragen. Auch wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während der Verhinderungspflege weitergewährt.

Der Leistungsbetrag kann zudem um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege, also auf insgesamt bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, durchgeführt, sind die Aufwendungen der Pflegekasse auf den Betrag des Pflegegeldes (entsprechend des festgestellten Pflegegrades) für bis zu 6 Wochen beschränkt.

#### ➤ **Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§§ 38 a, 45 e SGB XI)**

Damit Pflegebedürftige und Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz möglichst lange in einer häuslichen Umgebung bleiben können, wird die Gründung von neuen Wohnformen, wie z.B. Senioren-Wohngemeinschaften und Pflege-Wohn-Gemeinschaften gefördert. Als Anreiz für die Gründung ist pro Bewohner ein einmaliger Betrag von bis zu **2.500 €**, jedoch **maximal 10.000 €** je Wohngruppe vorgesehen. Die Förderung kann, z.B. für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet werden. Der Betrag wird zusätzlich zur Förderung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 GB XI) gewährt.

Weiter werden für eine Betreuungskraft, die in der Wohngruppe das Zusammenleben organisiert, pauschal **214 € monatlich** pro Bewohner gezahlt.

Voraussetzung ist, dass die Wohngruppe mindestens zwei und höchstens 11 weitere Personen umfasst und die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen gewährleistet ist.

➤ **Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)**

Jeder Pflegebedürftige hat Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht von der Krankenkasse oder von anderen Leistungsträgern bezuschusst werden.

Die Leistungen der Pflegekasse für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel betragen bis zu **40,00 € pro Monat**.

➤ **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)**

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können finanzielle Zuschüsse gewährt werden. Zu den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gehören z.B. technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen wiederhergestellt wird.

Pro Umbaumaßnahme werden Zuschüsse bis zu **4.000 €** gewährt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, ist der Gesamtbetrag auf 16.000 € begrenzt.

Weitere Informationen erhalten Sie auch über die Wohnberatung im Kreiskrankenhaus Meckernich:

**Ansprechpartner:**

Frau Wollersheim, Herr Dirks  
Tel.: 02443/17-1970

**Telefonische Beratung:**

Mo. - Do.: 9.00 Uhr - 16.00 Uhr  
Fr.: 9.00 Uhr - 13.00 Uhr

**Sprechstunde:**

Di.: 9.00 Uhr - 12.00 Uhr  
Do.: 14.00 Uhr - 16.00 Uhr

➤ **Leistungen bei teil- und vollstationärer Pflege**

• ***Ansprüche bei Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)***

Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Die Pflegekasse übernimmt bei der teilstationären Pflege je Kalendermonat folgende Aufwendungen:

Pflegegrad 2	689,00 €
Pflegegrad 3	1.298,00 €
Pflegegrad 4	1.612,00 €
Pflegegrad 5	1.995,00 €

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden.

• ***Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)***

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege, wenn die Pflegeperson, z.B. durch Krankheit oder Urlaub ausfällt und vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.  
Die Pflegekasse bezuschusst die pflegerischen Aufwendungen bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 € pro Kalenderjahr. Auch wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege weitergezahlt.

Der Leistungsbetrag kann um bis zu **1.612 €** aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf bis zu **3.224 €** im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

- **Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)**

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt.

Die Pflegekasse übernimmt monatliche Aufwendungen für Pflegebedürftige der

Pflegegrad 1	125,00 €
Pflegegrad 2	770,00 €
Pflegegrad 3	1.262,00 €
Pflegegrad 4	1.775,00 €
Pflegegrad 5	2.005,00 €

➤ **Rentenbeiträge für Pflegepersonen**

Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche, pflegt, ist gesetzlich rentenversichert.

➤ **Wer hilft bei Fragen zur Pflegeversicherung und bei Fragen zu Leistungsanbietern im Kreis Euskirchen weiter?**

Bei Fragen zu den Leistungen der Pflegeversicherung wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Pflegekasse. Dort wird man Ihnen weiterhelfen.

**Sollten Sie noch weitere Fragen zu Leistungsanbietern haben, wenden Sie sich an den:**

Kreis Euskirchen  
Abt. 50 - Soziales  
Jülicher Ring 32  
53879 Euskirchen

**Ansprechpartner:**

Zentrales Informationsbüro Pflege (Z.I.P.) und Pflegestützpunkt

Tel.: 02251/15-521 und 15-927

Fax: 02251/15-70521 und 15-70927

E-Mail: [pflegestuetzpunkt@kreis-euskirchen.de](mailto:pflegestuetzpunkt@kreis-euskirchen.de)

**Servicezeiten:**

Mo. - Do.: 8.30 Uhr - 15.30 Uhr

Fr.: 8.30 Uhr - 12.30 Uhr,

Internet:

<http://www.kreis-euskirchen.de>

„Heimfinder NRW“ (freie Plätze):

<https://heimfinder.nrw.de/>