

IKK-RATGEBER

Pflegeversicherung 2011



**Wichtiges zu Leistungen,
Anträgen und Service-Angeboten**

 **IKK** Südwest

Inhalt

Pflegeversichert bei der IKK	3
Kranken- und Pflegeversicherung bei der IKK	4
Pflegeversicherung = Versicherung im Pflegefall	5
Pflegebedürftigkeit – Voraussetzung für Leistungen	6
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	8
Beginn der Leistungen	10
Leistungen bei häuslicher Pflege	11
Leistungen bei vollstationärer Pflege	20
Unterstützung für Pflegepersonen	21
Finanzierung der Pflegeversicherung	25
Sie haben Fragen? – Wir sind für Sie da!	27

Impressum

Herausgeber:

Wende Verlag Moderne Medien, 50226 Frechen
www.ikk-shop.de, info@wende-verlag.de

© Wende Verlag Moderne Medien, Stand: Dezember 2010
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung

Hinweis: Alle Informationen in dieser Broschüre wurden mit großer Sorgfalt zusammengetragen. Eine Haftung können Verlag und Redaktion jedoch nicht übernehmen.

Best.-Nr. 9101 (12.10) – Wende Verlag, Frechen

Pflegeversichert bei der IKK

Als IKK-Versicherter sind Sie in der IKK-Pflegekasse versichert. Ganz unbürokratisch und ohne Antrag.

Die IKK-Pflegekasse bietet Ihnen ein auf Ihre persönliche Pflegesituation zugeschnittenes Leistungsprogramm mit vielfältigen Angeboten zur ambulanten und stationären Pflege, mit der Pflegevertretung im Urlaub der Pflegeperson oder mit Angeboten zur teilstationären Pflege oder Kurzzeitpflege.

Das ist aber noch nicht alles: Z.B. zahlen wir Zuschüsse zur pflegerechten Umgestaltung der Wohnung, stellen Pflegehilfsmittel zur Verfügung und helfen bei dem Antrag.

Auch wenn Sie krank sind und z.B. Ihre Unterlagen nicht selbst abholen können. Wir sind ganz einfach für Sie da, wenn Sie uns brauchen.

Über die Leistungen der IKK-Pflegekasse, darüber, wie Sie einen Antrag stellen, und was wir sonst in Sachen Pflege für Sie und Ihre Angehörigen tun können, informiert Sie diese Broschüre.



Kranken- und Pflegeversicherung bei der IKK

„Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – so lautet der Grundsatz. Jeder gesetzlich Krankenversicherte ist automatisch auch pflegeversichert – ohne zusätzlichen Antrag und ohne zusätzliche Anmeldung. Jeder Versicherte der IKK wird somit vom Beginn bis zum Ende seiner Krankenversicherung zugleich von der IKK-Pflegekasse betreut.

Und sollte Ihre Kranken- und Pflegeversicherung einmal längere Zeit unterbrochen sein, z. B. wegen einer vorübergehenden Auslandsbeschäftigung, ohne dass der deutsche Sozialversicherungsschutz fortbesteht, dann bieten wir Ihnen eine freiwillige Weiterversicherung in der Pflegeversicherung an. Damit erhalten Sie sich Ihre Anwartschaft auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Ihrer Rückkehr aus dem Ausland. Wer also einen längeren Auslandsaufenthalt plant, der sollte vorher mit uns persönlich die Frage des weiteren Versicherungsschutzes klären. Unsere Experten sorgen dafür, dass alles auf den richtigen Weg gebracht wird.

Gesetzlich krankenversichert – privat pflegeversichert

Zulässig ist diese Variante ausnahmsweise bei freiwillig Krankenversicherten. Denn für drei Monate nach Beginn einer freiwilligen Krankenversicherung besteht ein Wahlrecht zur privaten Pflegeversicherung. Ratsam ist die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung aber nicht. Denn Pflegebedürftige benötigen regelmäßige Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Sollte die Zuständigkeitsfrage für eine bestimmte Leistung im Einzelfall einmal unklar sein, bietet die Betreuung aus einer Hand durch die IKK die beste Garantie, dass der Versicherte die Leistung auf jeden Fall erhält. Kompetenzstreit zwischen IKK und IKK-Pflegekasse gibt es nämlich nicht.

Bedenken sollte man zudem, dass auch in der Pflegeversicherung der Grundsatz gilt: „Einmal privat, immer privat!“. Wer der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung freiwillig den Rücken kehrt, dem bleibt der Weg zurück in die Gesetzliche grundsätzlich auf Dauer versperrt.

Pflegeversicherung = Versicherung im Pflegefall

Eine angeborene Behinderung, ein Unfall mit schwersten Krankheitsfolgen oder eine langsam fortschreitende Krankheit können z. B. Ursachen dafür sein, dass ein Mensch seine Alltagssituationen ohne fremde Hilfe nicht oder nicht mehr vollständig bewältigen kann. Erreicht der Hilfebedarf einen gesetzlich bestimmten Mindestumfang, garantiert die Pflegeversicherung eine menschenwürdige Pflege und entlastet den Pflegebedürftigen mit ihren Leistungen auch finanziell.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die Eigenvorsorge ergänzen. Sie befreien den Pflegebedürftigen weder von jeglicher finanzieller Eigenverantwortung noch wird dadurch die Hilfe innerhalb der Familie überflüssig. Die IKK bietet ihren Versicherten jedoch eine kompetente persönliche Beratung zur konkreten Pflegesituation, insbesondere auch dazu, welche Leistungen der Pflegeversicherung im Einzelfall wie am besten zum Wohle des Pflegebedürftigen eingesetzt werden sollten.

Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege

Die IKK unterstützt Sie bei Ihrem Bemühen, sich vor Pflegebedürftigkeit zu bewahren. So stehen IKK-Versicherten allgemein zugängliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auf qualitätsgesicherter Basis zur Verfügung, speziell zu den Bereichen „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressbewältigung/Entspannung“ sowie „Suchtmittelkonsum“.

Zusätzlich zur Gesundheitsförderung des Einzelnen stehen im Mittelpunkt unserer Aktivitäten auch Maßnahmen, die auf gesündere Lebensverhältnisse der Menschen abzielen, sowie die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mit handwerksspezifischen Angeboten. Fragen Sie Ihre IKK nach den aktuellen Angeboten.

Mit unseren medizinischen Leistungen zur Rehabilitation unterstützen wir die ärztliche Therapie, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Schweregrad zu lindern. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können IKK-Versicherte auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ohne Einschränkung erhalten.

Pflegebedürftigkeit – Voraussetzung für Leistungen

Was der Gesetzgeber unter Pflegebedürftigkeit versteht

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung wird nicht bereits bei jedem krankheits- oder behinderungsbedingtem Hilfebedarf angenommen. Vielmehr definiert der Gesetzgeber die Pflegebedürftigkeit so:

„Pflegebedürftig ist derjenige, der wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung

- für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens
- auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate,
- in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf“.

Verrichtungen des täglichen Lebens

Bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens unterscheidet man zwischen den Hilfen bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie denen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung:



Körperpflege

das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren sowie die Darm- und Blasenentleerung;

Ernährung

das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung;

Mobilität

das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;

Hauswirtschaftliche Versorgung

das Einkaufen, Kochen, Reinigen und Beheizen der Wohnung, Spülen, Wechseln sowie Waschen der Wäsche und Kleidung.

Die zeitlichen Voraussetzungen

Der zeitliche Umfang, den ein Pflegebedürftiger an Hilfen benötigt, ist abhängig von der Schwere seiner Erkrankung oder Behinderung, aber auch von der örtlichen Pflegeumgebung. Jeder Pflegebedürftige wird – je nach dem Umfang seines persönlichen Hilfebedarfs – einer von drei Pflegestufen zugeordnet:

Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig

Hilfebedarf mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen der Grundpflege; Gesamtpflegebedarf im Durchschnitt mindestens 1,5 Stunden täglich, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege;

Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig

Hilfebedarf mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten bei der Grundpflege; Gesamtpflegebedarf im Durchschnitt mindestens drei Stunden täglich, davon mindestens zwei Stunden Grundpflege;

Pflegestufe III: schwerst pflegebedürftig

Hilfebedarf bei der Grundpflege ist täglich jederzeit gegeben (rund um die Uhr); regelmäßig besteht auch mindestens einmal in der Nacht (22.00 bis 6.00 Uhr) Hilfebedarf bei der Grundpflege; Gesamtpflegebedarf im Durchschnitt mindestens fünf Stunden täglich, davon mindestens vier Stunden Grundpflege;

In allen drei Stufen wird mehrfach in der Woche ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung gefordert. Dieser fließt in den Gesamtpflegebedarf mit ein.

Dieser Überblick zeigt: Wer weniger als 1,5 Stunden täglich oder ausschließlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigt, der ist nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung.

Übrigens:

Die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit kann auch zeitlich befristet werden. Eine solche Befristung erfolgt in der Regel dann, wenn zwar die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe für mindestens sechs Monate vorliegen, jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass sich der Hilfebedarf z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegestufenrelevant verringert.

Verrichtungsbezogene krankheits-spezifische Pflegemaßnahmen

Im Zusammenhang mit den auf Seite sechs genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind oftmals auch Pflegemaßnahmen erforderlich, die eine pflegfachliche Ausbildung

oder zumindest Anleitung erfordern, wie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse II oder die Einmalkatheterisierung. Sofern bei solchen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen Hilfe erforderlich ist, wird auch dieser medizinische Pflegebedarf unter bestimmten Voraussetzungen bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt.

Dies gilt selbst dann, wenn ein Pflegedienst diese Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu Lasten der Krankenversicherung erbringt. Die IKK berät Sie hierzu gern umfassend.

Pflegebedürftigkeit bei Kindern

Grundsätzlich gilt auch für Kinder derselbe Begriff der Pflegebedürftigkeit. Kinder benötigen jedoch schon altersbedingt Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen. Deshalb wird der Hilfebedarf eines kranken oder behinderten Kindes dem eines gesunden, altersentsprechend entwickelten Kindes im gleichen Alter gegenübergestellt. Nur die Hilfe, die über den natürlichen, altersbedingten Hilfebedarf hinausgeht, ist Pflege im Sinne der Pflegeversicherung. Dabei steht der Hilfebedarf bei der Grundpflege im Vordergrund. Für den Bereich der Hauswirtschaft wird über pauschalierende Regelungen berücksichtigt, dass auch gesunde Kinder regelmäßig keine hauswirtschaftlichen Leistungen erbringen. Da alle Kinder im ersten Lebensjahr eine Rundumversorgung benötigen, wird bei ihnen Pflegebedürftigkeit eher die Ausnahme sein.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Bürokratie ist zwar nicht unsere Sache, doch ohne einige Formalien funktioniert die Pflegeversicherung leider nicht. Auf Ihre IKK ist aber Verlass: Wir helfen, wo wir können, und wir erledigen für Sie, was möglich ist.

Der Antrag

Wer erstmals Leistungen der Pflegeversicherung beantragt, sollte hierfür den besonderen Vordruck benutzen, den die IKK für ihre Versicherten bereithält und den wir Ihnen gern auf Ihre Anfrage zuschicken. Mit dem Vordruck werden einige Daten abgefragt, die wir aus organisatorischen Gründen zwingend für eine rasche Bearbeitung des Leistungsantrags benötigen. Ein ärztliches Attest zur Pflegebedürftigkeit benötigen wir nicht.

**IKK-Vordruck
erleichtert
die Antrag-
stellung**

Das Gutachten

Persönliche
Begutachtung
ist die Regel

Leistungen der Pflegeversicherung kann nur derjenige erhalten, dessen Pflegebedürftigkeit „amtlich“ festgestellt worden ist. Wir holen hierzu ein Gutachten des Medizinischen Dienstes ein. Damit sich der Gutachter (Arzt oder Pflegefachkraft) ein genaues Bild vom individuellen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen machen kann, muss dieser sich auch einen persönlichen Eindruck vom sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen verschaffen, z. B. zur Wohn- und Pflegesituation. Notwendig ist deshalb ein Hausbesuch des Gutachters, der natürlich vorher angekündigt wird. Bei stationärer Pflege kommt der Gutachter ins Pflegeheim. Nur in Ausnahmefällen kann auf den Haus- oder Heimbefuch verzichtet werden.

Zwischen Ihrem Leistungsantrag und unserer Entscheidung zu Ihren Leistungsansprüchen vergeht eine gewisse Zeit, weil die Begutachtung im Interesse des Antragstellers sorgfältig vorbereitet wird. Sollten sich Ihnen in der Zwischenzeit Fragen stellen, beantworten unsere IKK-Berater diese natürlich jederzeit gern persönlich.

Wichtig:

Unsere Bearbeitungszeit geht nicht zu Ihren Lasten. Im Falle der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit leisten wir rückwirkend ab Anspruchsbeginn.

Das Gutachten – Entscheidungsgrundlage für die IKK

Der Gutachter des Medizinischen Dienstes äußert sich zur Pflegebedürftigkeit und zur Pflegestufe. Die IKK-Pflegekasse folgt bei ihrer Entscheidung in der Regel den Empfehlungen des Gutachters. Jeder IKK-Versicherte, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt hat, erhält von uns einen schriftlichen Bescheid mit konkreten Angaben zu seinen Leistungsansprüchen.

Der Gutachter legt regelmäßig auch einen Termin für eine Wiederholungsbegutachtung fest. Die IKK-Pflegekasse veranlasst diese zum angegebenen Zeitpunkt von sich aus. Sollte schon vorher wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein höherer Hilfebedarf eintreten, kann selbstverständlich auch der Pflegebedürftige den Anstoß für eine frühere Wiederholungsbegutachtung geben (uns genügt z. B. ein telefonischer Hinweis).

Pflegeberatung

Die IKK-Pflegekasse wertet jedes einzelne Gutachten des Medizinischen Dienstes genauestens aus. Denn der Gutachter gibt auch Hinweise zu den notwendigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zum Inhalt der benötigten Hilfeleistungen sowie zur Versorgung mit Hilfsmitteln oder zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Die IKK-Berater nutzen diese Hinweise, um Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige persönlich zu ihrer Pflegesituation zu beraten, die Pflege zu organisieren und ggf. bei der Beantragung von Leistungen anderer Leistungsträger behilflich zu sein. Gern bieten wir diese Beratung auch in Ihrem häuslichen Umfeld an.

Diese Form einer umfassenden Pflegeberatung, die seit Jahren zum selbst gewählten Standard der IKK-Pflegekassen gehört, ist seit 1. Januar 2009 Pflicht für alle Pflegekassen. Sofern die zuständigen Landesbehörden dies für erforderlich halten, kann die Pflegeberatung auch als gemeinsame Beratung der an der pflegerischen Versorgung Beteiligten in sog. Pflegestützpunkten angeboten werden. Ob dieses Angebot in Ihrer Region besteht, darüber informieren wir Sie gern persönlich. Rufen Sie uns einfach an.

Beginn der Leistungen

Pflegebedürftige erhalten Leistungen der Pflegeversicherung – unabhängig von der Dauer des Feststellungsverfahrens – ab dem Tag des Eingangs des Antrags bei der IKK, frühestens vom Beginn der Pflegebedürftigkeit an. Lag Pflegebedürftigkeit schon im Monat vor dem Leistungsantrag vor, leistet die IKK-Pflegekasse bereits ab Beginn des Antragsmonats.

Beispiele:

Eintritt der Pflegebedürftigkeit	Tag des Antrags	Beginn des Leistungsanspruchs
6.6.	10.6.	10.6.
1.7.	10.6.	1.7.
6.6.	10.7.	1.7.

Wird bei einer Wiederholungsbegutachtung festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe bereits von einem in der

Vergangenheit liegenden Zeitpunkt an vorlagen, erhalten IKK-Versicherte die höheren Leistungen rückwirkend. Hat sich der Gesundheitszustand verbessert und ist die zutreffende Pflegestufe deshalb niedriger, passt die IKK-Pflegekasse ihre Leistungen zukunftsbezogen an.

Zweijährige Vorversicherungszeit

Weitere Voraussetzung für den Beginn der Leistungen ist der Nachweis einer zweijährigen Vorversicherungszeit. Zu erfüllen ist diese innerhalb von zehn Jahren vor dem Leistungsantrag. Sie braucht nicht „an einem Stück“ zu verlaufen.

Berücksichtigt werden sämtliche Mitgliedszeiten und Zeiten einer Familienversicherung bei einer gesetzlichen Pflegekasse. Zeiten einer privaten Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls angerechnet werden.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Die meisten Pflegebedürftigen erhalten ihre Hilfe im häuslichen Bereich (z.B. im eigenen Haushalt oder dem eines Familienangehörigen oder in einem Altenwohnheim). Wird ein Pflegebedürftiger in einem (von den Pflegekassen zugelassenen) stationären Pflegeheim betreut, stehen die Leistungen der stationären Pflege zu.

**Häusliche
Pflege
überwiegt**

Auch für pflegebedürftige Menschen (mindestens Pflegestufe I), die in speziellen stationären Einrichtungen leben (z.B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen mit angeschlossenen Wohnheim oder Sondereinrichtungen für behinderte Kinder), leistet die IKK-Pflegekasse Zuschüsse bis zu 256 Euro monatlich für die Pflege in der vollstationären Einrichtung. Ergänzend stehen die Leistungen bei häuslicher Pflege für solche Tage zu (ggf. unter Anrechnung des an die stationäre Einrichtung gezahlten Betrages), an denen der behinderte Mensch vorübergehend (z.B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) im häuslichen Bereich betreut wird.



Pflege durch „Profis“ oder „Ehrenamtliche“

Pflegebedürftige können in der häuslichen Pflege wählen zwischen

- der **Pflegesachleistung**, das ist die Hilfe durch Fachpersonal (vornehmlich Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in) eines ambulanten Pflegedienstes (etwa einer Sozialstation oder eines privaten Pflegedienstes),
- dem **Pflegegeld**, dann leisten Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn die Hilfe (diese wird der ehrenamtlichen Pflege zugeordnet) oder
- der **Kombination** aus diesen beiden Leistungen.

Sowohl für die Pflegesachleistung als auch für das Pflegegeld gelten monatliche Höchstwerte:

Pflegestufe	Pflegesachleistung	Pflegegeld
I	bis zu 440 Euro	225 Euro
II	bis zu 1.040 Euro	430 Euro
III	bis zu 1.510 Euro	685 Euro
III (Härtefall*)	bis zu 1.918 Euro	

* Ein Härtefall liegt vor, wenn die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch in der Nacht (22:00 Uhr bis 6:00 Uhr) nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam erbracht werden kann oder Hilfe bei der Grundpflege mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist. Bei Bezug von Pflegegeld gibt es keine Härtefallregelung.

Pflegesachleistungen können von mehreren Pflegebedürftigen, etwa von Nachbarn in einer Wohnanlage oder in Wohngemeinschaften, gemeinsam in Anspruch genommen werden. Dies kann Vorteile für die Pflegebedürftigen bringen. Denn die durch die gemeinsame Pflege entstehenden finanziellen Einsparungen oder die „gewonnene“ Pflegezeit der Pflegekraft können für die Betreuung in der Gemeinschaft genutzt werden. Die IKK-Pflegekasse sichert solche Pflegearrangements mit Pflegediensten oder Einzelpflegekräften vertraglich ab. Sprechen Sie uns an.

Alle Pflegebedürftigen erhalten von der IKK-Pflegekasse eine Liste über ortsansässige Pflegedienste, die von den Pflegekassen für die Pflegesachleistung zugelassen sind. Die IKK-Mitarbeiter beraten auch gern persönlich zu Leistungsinhalten und Kosten für die Pflegesachleistung.

Bei ehrenamtlicher Pflege und dem Bezug von Pflegegeld unterstützen Pflegeprofis die häusliche Pflege durch einen Beratungseinsatz. Dieser ist für alle Pflegebedürftigen verpflichtend

- in den Pflegestufen I und II halbjährlich und
- in der Pflegestufe III vierteljährlich

abzurufen. Hierdurch sollen Pflegende beraten und die Qualität der häuslichen Pflege gesichert werden. Die Kosten für die Beratungseinsätze übernimmt die IKK-Pflegekasse.

IKK-Pflegekasse trägt Beratungskosten

Das Pflegegeld steht im Übrigen für jeden Tag zu, an dem häusliche Pflege geleistet wird. Muss der Pflegebedürftige zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus, erhält er stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder wird er zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu



Hause medizinisch-pflegerisch versorgt, zahlt die IKK-Pflegekasse das Pflegegeld bis zu vier Wochen weiter. Diese Begrenzung der Weiterzahlung auf vier Wochen entfällt bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte (Assistenzkräfte) sicherstellen, sofern dieses sog. Arbeitgebermodell finanziell durch den Sozialhilfeträger unterstützt wird. Bei anderen Unterbrechungen (z. B. Ersatzpflege, Kurzzeitpflege) wird das Pflegegeld – mit Ausnahme des jeweils ersten und letzten Tags der Unterbrechung – vorübergehend ausgesetzt.

Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld

Ergänzen sich Pflegeprofis und Ehrenamtliche bei der Pflege, können die Pflegesachleistung und das Pflegegeld kombiniert werden. Wie die Pflege im Einzelfall aufgeteilt wird, hängt von der konkreten Pflegesituation ab. Wir überlassen diese Entscheidung dem Pflegebedürftigen. Natürlich können dann nicht die Höchstbeträge für beide Leistungen ausgeschöpft werden, sondern nur prozentual. Der Anteil, der bei der Pflegesachleistung (gemessen am Höchstbetrag) bereits verbraucht ist, wird beim Pflegegeld angerechnet. Auch dieses anteilige Pflegegeld wird nach den o. g.

Regelungen für die ersten vier Wochen (in bestimmten Fällen des sog. Arbeitgebermodells unbegrenzt) einer stationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung weitergezahlt.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II nimmt die Pflegesachleistung bis zu 65% des Höchstbetrags von 1.040 Euro in Anspruch. Die IKK-Pflegekasse übernimmt dann die Pflegesachleistungen in Höhe von 676 Euro und zahlt daneben Pflegegeld in Höhe von 35% von 430 Euro, also 150,50 Euro.

Die Ersatzpflege

Ersatzpflege durch Profis oder Laien

Ist die ehrenamtliche Pflegeperson an der Pflege gehindert (z. B. urlaubs- oder krankheitsbedingt), kann der Pflegebedürftige Ersatzpflege beanspruchen. Vorausgesetzt wird eine vorangegangene Pflege im häuslichen Bereich von mindestens sechs Monaten. Dabei muss in dieser Vorpflegezeit allerdings noch keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorgelegen haben. Auch muss nicht dieselbe Pflegeperson die Pflege durchgeführt haben. Diese Vorpflegezeit muss nur bei einer erstmaligen Ersatzpflege, jedoch nicht mehr bei jeder späteren erfüllt sein.

Es gibt viele Möglichkeiten, die Ersatzpflege sicherzustellen. So kann die Fachkraft eines Pflegedienstes ebenso einspringen wie eine andere Laienpflegekraft. Denkbar ist auch die vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen in einer besonderen Einrichtung, etwa einem Wohnheim für pflegebedürftige und behinderte Menschen.

Beispiel:

Für eine dreiwöchige Ersatzpflege berechnet ein Pflegedienst 1.600 Euro. Es werden 1.510 Euro erstattet. Für einen anderen Pflegebedürftigen beziffert sich die Rechnung auf 1.350 Euro für eine 28-tägige Ersatzpflege. Hier werden die kompletten Aufwendungen erstattet. Beide Pflegebedürftigen haben ihren Anspruch auf Ersatzpflege in diesem Kalenderjahr ausgeschöpft – der eine, weil der Höchstbetrag, der andere, weil der Vier-Wochen-Zeitraum abgegolten wurde.

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen erbracht, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert

sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, übernimmt die IKK-Pflegekasse die Kosten für die Pflege pro Kalenderjahr bis zu einem Betrag von 1.510 Euro für bis zu vier Wochen.

Wird die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig durch Pflegepersonen geleistet, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, steht für jeden Tag der Ersatzpflege – bis zu vier Wochen – ein 28stel des maßgeblichen Pflegegeldes zu. Entstehen jedoch durch die Ersatzpflege tatsächliche Aufwendungen (wie Verdienstausschlag, Fahrkosten), werden diese zusätzlich erstattet, zusammen mit dem Tagesbetrag bis zu 1.510 Euro für bis zu vier Wochen. Insbesondere in den Fällen, in denen der Ersatzpflegeperson keine zusätzlichen Aufwendungen entstehen, kann es für den Pflegebedürftigen günstiger sein, auf die Leistung „Ersatzpflege“ zu verzichten und stattdessen weiterhin das Pflegegeld zu beziehen. Dann bleibt der Anspruch auf die Ersatzpflege zunächst erhalten und steht für eine spätere Inanspruchnahme ungeschmälert zur Verfügung.

Wegen der vielen Varianten, die bei der Ersatzpflege möglich sind, ist eine vorherige Beratung durch unsere Experten sinnvoll. Scheuen Sie sich also nicht nachzufragen. Denn wir freuen uns, wenn Sie unser Beratungsangebot nutzen.

Tages- und Nachtpflege

Die Betreuung eines Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich kann kombiniert werden mit einer zeitweisen Unterbringung (tagsüber oder nachts) in einer teilstationären Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, z. B. um die Pflegeperson zu Hause zu entlasten oder wenn bestimmte dort angebotene Pflegeleistungen für den Pflegebedürftigen sinnvoll sind. Je nach Pflegestufe gelten Höchstbeträge:



Pflegestufe I	bis zu	440 Euro monatlich
Pflegestufe II	bis zu	1.040 Euro monatlich
Pflegestufe III	bis zu	1.510 Euro monatlich

**Ersatzpflege
durch nächste
Angehörige**

**Kombination
mit anderen
Leistungen zu-
lässig**

Die Tages- oder Nachtpflege kann mit häuslichen Pflegeleistungen kombiniert werden. Dabei kann insgesamt ein Leistungsbetrag bis zu 150 Prozent des Sachleistungshöchstbetrages in Anspruch genommen werden. Vereinfacht gesagt: Neben dem vollen Anspruch auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld (s. Seite 12) besteht Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege in Höhe von bis zu 50 Prozent der vorgenannten Beträge.

Beispiel 1:

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III

Kosten für die Pflegesachleistung	1.510 Euro
Für die Tages- oder Nachtpflege stehen noch zur Verfügung (50% von 1.510 Euro)	755 Euro

Beispiel 2:

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III

Kosten der Tages-/Nachtpflege	906,00 Euro
Es kann ein Pflegegeld von gezahlt werden (Berechnung: 906 Euro sind 60% von 1.510 Euro; Pflegegeld steht in Höhe von 90% von 685 Euro zu)	616,50 Euro

Auch ein Nebeneinander der Tages- oder Nachtpflege mit der Kombinationsleistung aus Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist möglich.

Kurzzeitpflege

**Kurzzeitpflege
ist Rund-
um-die-Uhr-
Betreuung**

Einrichtungen der Kurzzeitpflege bieten Pflegebedürftigen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Der Aufenthalt in einer solchen Einrichtung ist allerdings nur für vorübergehend vorgesehen, beispielsweise

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, um so den Angehörigen ausreichend Zeit zu geben, sich und das häusliche Umfeld auf die neue Situation vorzubereiten, wenn erstmals Pflegebedürftigkeit festgestellt wird,

oder

- wenn häusliche Pflege für eine vorübergehende Zeit nicht möglich ist (etwa wegen einer Erkrankung der Pflegeperson) oder nicht ausreicht (so bei kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit).

Die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung übernimmt die IKK-Pflegekasse bis zu einem Betrag von 1.510 Euro für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr. Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung (sogenannte „Hotelkosten“) fallen in die Eigenverantwortung. Anders als bei der Ersatzpflege (s. Seite 14) ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch bei der ersten Inanspruchnahme nicht davon abhängig, dass eine Vorpflegezeit erfüllt ist.

Bei Beziehern von Pflegegeld ersetzt die Kurzzeitpflege das bisherige Pflegegeld (Ausnahme: Für den ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege wird Pflegegeld gezahlt). Ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege erschöpft (weil der Höchstbetrag von 1.510 Euro geleistet wurde oder die Leistung länger als vier Wochen andauert), steht das Pflegegeld wieder in voller Höhe zu.

Pflegebedürftige erhalten von uns ein Verzeichnis der Einrichtungen, die für die Kurzzeitpflege zugelassen sind. Eine Besonderheit: Pflegebedürftige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können die Kurzzeitpflegeleistungen auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Pflegebedürftige der Stufen I, II oder III, die im häuslichen Bereich gepflegt werden und die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes wegen demenzbedingten Fähigkeitsstörungen („Altersverwirrtheit“), geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung nicht nur vorübergehend einen mindestens erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen. Dies gilt gleichermaßen für Personen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, die einen mindestens erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Auch wenn erhebliche Pflegebedürftigkeit im eigentlichen Sinne erkennbar nicht vorliegt, kann somit ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung sinnvoll sein.

Leistungsanspruch ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit

Je nach dem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung werden die Leistungen als monatlicher Grundbetrag in Höhe von bis zu 100 Euro oder als erhöhter Betrag von bis zu 200 Euro monatlich zur Verfügung gestellt. Die IKK-Pflegekasse informiert Sie über Ihren Leistungsanspruch schriftlich.

Die Leistung wird nicht – wie das Pflegegeld – zur freien Verwendung ausgezahlt, sondern ist beschränkt auf Aufwendungen für eine Betreuung

- in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (z.B. bei ansonsten ausgeschöpften Höchstbeträgen, s. Seite 15),
- in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (z.B. zur Abgeltung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, s. Seite 16),
- im Rahmen von besonderen Angeboten zugelassener Pflegedienste,
- im Rahmen besonderer anerkannter Angebote (z.B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, familienentlastende Dienste).

Gern nennen wir Ihnen Einrichtungen und Dienste, die berechtigt sind, diese zusätzlichen Betreuungsleistungen zu erbringen.

Die Aufwendungen erstatten wir nach Vorlage entsprechender Nachweise (Quittung genügt). Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht in voller Höhe ausgeschöpft, übertragen wir den Differenzbetrag auf das folgende Kalenderhalbjahr.

Pflegebedürftige mit diesem besonderen Betreuungsbedarf, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, können außerdem zusätzliche, für sie kostenfreie Beratung durch eine professionelle Pflegekraft beanspruchen (Pflegestufen I und II: einmal halbjährlich; Pflegestufe III: einmal vierteljährlich zusätzlich zu dem Grundanspruch, s. Seite 13). Für Versicherte mit entsprechendem Betreuungsbedarf, die nicht als pflegebedürftig anerkannt sind, besteht dieser Beratungsanspruch einmal halbjährlich.

Pflegehilfsmittel

Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnfeldverbesserung helfen bei häuslicher Pflege

Zur Unterstützung und Erleichterung der Pflege in einem Haushalt, aber auch zur Förderung der Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen, können Pflegebedürftige der Stufen I, II oder III erhalten:

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch), monatlich bis zu einem Betrag von 31 Euro, entweder als Sachleistung durch Vertragspartner der IKK-Pflegekasse oder im Kostenerstattungsverfahren;

- technische Pflegehilfsmittel (z.B. Pflegebetten, Bettzurichtungen, Hausnotruf). Der Versicherte steuert ab dem vollendeten 18. Lebensjahr grundsätzlich einen Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten bei, maximal jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel. Der Eigenanteil entfällt bei leihweiser Überlassung eines Pflegehilfsmittels; je nach Einkommenssituation und Belastung auch mit Zuzahlungen im Bereich der Krankenversicherung (z.B. zu Arzneimitteln) ist eine Zuzahlungsbefreiung möglich.
- Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds (z.B. die Verbreiterung der Türen, der Umbau eines Wasch- und Toilettenraums) bis zu einem Höchstbetrag von 2.557 Euro für alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Beurteilung objektiv notwendig sind. Bei der Höhe des Zuschusses werden auch die Einkommensverhältnisse des Pflegebedürftigen berücksichtigt. Als Grundsatz gilt, dass der Pflegebedürftige als Eigenanteil 10% der Kosten der Maßnahme trägt, jedoch höchstens 50% seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Über Ausnahmeregelungen bei Pflegebedürftigen mit niedrigen Einnahmen beraten wir Sie gern individuell.

Auch bei der Auswahl von Pflegehilfsmitteln gilt: Nehmen Sie vorab unsere Beratung in Anspruch. Denn Mehrkosten, die durch eine besondere, pflegerisch nicht notwendige Ausstattung entstehen, darf die IKK-Pflegekasse nicht übernehmen.

Besondere Leistungsform: Persönliches Budget

Behinderte Menschen können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unter bestimmten Voraussetzungen auch als Persönliches Budget in Anspruch nehmen. Dies bedeutet, dass insbesondere die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Agenturen für Arbeit sowie Sozialhilfeträger bestimmte Sachleistungen auf Antrag auch als Geldleistungen oder in Form von Gutscheinen zur Verfügung stellen.



Der behinderte Mensch schließt dabei mit den betroffenen Trägern – ggf. als trägerübergreifendes Persönliches Budget mit allen Trägern gemeinsam – eine Vereinbarung darüber ab, dass er seine individuelle Versorgung mit den zur Verfügung gestellten Geldleistungen/ Gutscheinen in Eigenregie sicherstellt. Wenn Sie dies wünschen, stellen wir Ihnen auch Leistungen der IKK-Pflegekasse als Persönliches Budget zur Verfügung. Wir zahlen dann ggf. das Pflegegeld, bei der Kombinationsleistung das anteilige Pflegegeld (s. Seite 12 f.) sowie den Höchstleistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (s. Seite 18) als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets aus. Alternativ stellen wir Ihnen Gutscheine zur Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen bei zugelassenen Pflegediensten oder in Tages- bzw. Nachtpflegeeinrichtungen zur Verfügung. Sie können mit diesen Leistungsanbietern dann individuelle Absprachen über die Vergütung der Leistungen treffen.

IKK Tipp:

Stellen Sie Ihre Leistungen nicht auf ein Persönliches Budget um, ohne vorher ausführlich mit uns die Vor- und Nachteile erörtert zu haben. Wir beraten Sie hierzu gern.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger seine Hilfe in einem vollstationären Pflegeheim, dann beteiligt sich die IKK-Pflegekasse an den Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung in der

Pflegestufe I	mit bis zu	1.023 Euro monatlich,
Pflegestufe II	mit bis zu	1.279 Euro monatlich,
Pflegestufe III	mit bis zu	1.510 Euro monatlich,
Pflegestufe III (Härtefall)*	mit bis zu	1.825 Euro monatlich.

* Die Härtefalldefinition ist grds. identisch mit der im ambulanten Bereich (s. Seite 12). Zusätzlich wird hier bei der Beurteilung des Pflegezeitaufwandes auch der dauerhaft bestehende Bedarf an medizinischer Behandlungspflege berücksichtigt. Eine Anerkennung als Härtefall setzt jedoch voraus, dass zusätzliche Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sogenannte „Hotelkosten“) trägt der Pflegebedürftige selbst. Der Anteil der IKK-Pflegekasse wird unbürokratisch direkt an das Pflegeheim gezahlt.

Bietet das Pflegeheim zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote für Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, zahlt die IKK-Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen einen Vergütungszuschlag. Auch dies erfolgt – ganz unbürokratisch – in der Direktabrechnung zwischen Pflegeheim und IKK.

Reichen die Beträge der Pflegeversicherung und die eigenen Einkünfte des Pflegebedürftigen nicht aus, um den Heimplatz zu finanzieren, sollte ggf. auch ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden.



Bereits mit der Leistungsbewilligung erhalten Pflegebedürftige eine Auflistung mit den ortsansässigen Pflegeheimen, die von den Pflegekassen für die Versorgung und Betreuung ihrer Versicherten zugelassen sind.

Qualität und Transparenz sind uns wichtig

Wir lassen die Qualität der Pflegeleistungen regelmäßig durch den Medizinischen Dienst prüfen. Seit der Pflegereform 2008 ist gesetzlich klargestellt, dass diese Prüfergebnisse und sonstige für Pflegebedürftige und deren Angehörige wichtige Informationen zu den Leistungsangeboten der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht werden dürfen. Auf unserer Internetseite erhalten Sie aktuelle Informationen, für welche Regionen bereits Prüfergebnisse ins Netz gestellt wurden. Darüber hinaus informieren wir Sie gern persönlich darüber, welche Daten über die Sie interessierenden Pflegeeinrichtungen bereits zur Verfügung stehen.

Unterstützung für Pflegepersonen

Für Pflegepersonen, die ihre Hilfe nicht erwerbsmäßig in einem Haushalt leisten (ehrenamtliche Pflege), bietet die Pflegeversicherung ebenfalls spezifische Leistungen und weitere Vorteile. Unter bestimmten Voraussetzungen

- sind ehrenamtlich Pflegendе gesetzlich rentenversichert,

**Soziale
Sicherung
für Pflege-
personen**

- erhalten ehrenamtlich Pflegende bei ihrer Pflege einen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz,
- können ehrenamtlich Pflegende nach Beendigung der Pflege Tätigkeit besondere Unterstützung beim Wiedereinstieg in das Erwerbsleben erhalten

und

- an für sie kostenfreien Pflegekursen – auch zu Hause – teilnehmen.

Ehrenamtlichkeit entfällt im Übrigen nicht deshalb, weil der Pflegebedürftige das Pflegegeld an seine Pflegeperson weiterreicht. Auch müssen Pflegende nicht befürchten, dass ihnen andere Sozialleistungen (wie Elterngeld oder vorzeitige Altersrente) aus diesem Grund gestrichen werden. Ebenso muss niemand deswegen aus der kostenfreien Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung bei der IKK ausscheiden. Wer allerdings Arbeitslosengeld bezieht, der sollte der Agentur für Arbeit die ehrenamtliche Pflege anzeigen, damit geprüft werden kann, ob weiterhin Vermittlungsfähigkeit vorliegt.

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

**14 Stunden
mindestens
wöchentliche
Pflege**

Wenn Sie – beispielsweise als Angehöriger, Freund oder Nachbar – einen bei der IKK versicherten Pflegebedürftigen regelmäßig und mindestens 14 Stunden wöchentlich ehrenamtlich pflegen, zahlt die IKK-Pflegekasse für Sie für die Dauer der Pflege Rentenversicherungsbeiträge. Das gilt nicht, wenn Sie anderweitig mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig (z. B. als Arbeitnehmer) oder versicherungsfrei in der Rentenversicherung sind (z. B. wegen des Bezugs einer Altersvollrente).

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem wöchentlichen Umfang der Pflege und der Pflegestufe des Pflegebedürftigen. Als Faustformel gilt: Je höher die Pflegestufe und je höher der Zeitaufwand für die wöchentliche Pflege, desto höher sind die von uns gezahlten Beiträge und die dadurch erworbenen späteren Rentenansprüche. Die Höhe der Bemessungsgrundlage, von der wir insgesamt Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben, teilen wir dem Pflegenden mindestens jährlich mit.

Wer es schon vorher genau wissen möchte, der kann die Höhe der Beiträge gern bei uns erfragen. Ihr Vorteil: Auch bei kurzzeitiger Unterbrechung der Pflege – etwa während des Urlaubs – entrichtet die IKK-Pflegekasse die Rentenversicherungsbeiträge weiter.

Eine Bitte an alle ehrenamtlichen Pflegepersonen: Informieren Sie uns über alle Veränderungen, die möglicherweise Einfluss auf die Zahlung und die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge haben, z. B. eine höhere wöchentliche Pflegezeit, eine Verringerung der Pflegezeit durch Aufteilung der Pflege auf mehrere Personen, eine Minderung einer anderweitigen Erwerbstätigkeit auf nicht mehr als 30 Stunden oder eine längerfristige Unterbrechung der Pflege. Das schafft Klarheit und vermeidet nachträgliche Korrekturen.

**IKK bittet um
Mitwirkung**

Übrigens:

Hat ein Pflegebedürftiger zugleich Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge, zahlen wir nur den halben Beitrag. Die andere Hälfte steuert die für den Pflegebedürftigen zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe bzw. der Dienstherr bei. Damit wir diese Stelle über Ihre Rentenversicherungspflicht informieren können, bitten wir Sie, bereits bei der Antragstellung ggf. entsprechende Daten anzugeben (zum Antragsvordruck s. Seite 8).

Unfallversicherung

Ehrenamtlich Pflegende sind für die Dauer der häuslichen Pflege auch unfallversichert. Ein Antrag oder eine zusätzliche Beitragszahlung sind hierfür nicht erforderlich. Den Pflegepersonen stehen dieselben Leistungsansprüche zu wie den anderen Versicherten in der gesetzlichen Unfallversicherung. Zuständig sind die Gemeindeunfallversicherungsträger bzw. Eigenunfallversicherungsträger der Städte.

**Volle Leistungsansprüche bei
Arbeitsunfall**

Wenn Sie während der Pfl egetätigkeit einen Unfall erleiden, liegt ein „Arbeitsunfall“ vor. Sie sollten dann unbedingt einen Unfallarzt (Durchgangsarzt) aufsuchen bzw. bei Behandlung durch Ihren Hausarzt angeben, dass es sich um einen Arbeitsunfall handelt. In diesem Fall entfallen die sonst erforderlichen Eigenbeteiligungen, z. B. im Krankenhaus oder bei den Arzneien.

Arbeitsförderung

Wer seine Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit oder betriebliche Ausbildung wegen der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger für mindestens ein Jahr unterbrochen hat und spätestens ein Jahr danach erwerbstätig sein will, gilt als sogenannter Berufsrückkehrer. Berufsrückkehrer können eine besondere Unterstützung beim Wiedereinstieg in das Erwerbsleben erhalten. Hierzu gehören spezielle Beratungs- und Vermittlungsangebote der Agenturen für Arbeit sowie die Förderung der beruflichen Weiterbildung durch Übernahme der Weiterbildungskosten. Darüber hinaus besteht für Pflegepersonen, die wegen der Pflege von Angehörigen eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgeben, auch die Möglichkeit, auf Antrag den umfassenden Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung durch Zahlung von freiwilligen Beiträgen aufrecht zu erhalten. Nähere Auskünfte erteilen die Agenturen für Arbeit, die auch spezielle Informationsbroschüren für Berufsrückkehrer bereithalten.

Pflegekurse

Angehörige von Pflegebedürftigen, aber auch andere Personen, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren, können kostenfrei an Pflegekursen der IKK-Pflegekasse teilnehmen. Wenn es sinnvoll ist, erhalten Pflegepersonen, die einen IKK-Versicherten pflegen, individuelle Pflegeberatung auch im häuslichen Bereich. Über Einzelheiten zu unserem Kursprogramm informieren wir Sie bei Bedarf gern ausführlicher.

Pflegezeit

Angelehnt an den Anspruch auf Elternzeit sichert das sog. Pflegezeitgesetz seit 01.07.2008 Arbeitnehmern, die nahe Angehörige pflegen oder deren Pflege organisieren müssen, unter bestimmten Voraussetzungen Ansprüche auf – allerdings unbezahlte – Freistellung sowie besonderen Kündigungsschutz gegenüber ihrem Arbeitgeber zu. Dabei wird zwischen dem Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung und einer längerfristigeren Pflegezeit unterschieden.

Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung für bis zu zehn Arbeitstage haben alle Arbeitnehmer, wenn sie für einen pflegebedürftigen

nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege organisieren oder die Pflege selbst übernehmen müssen. Wichtig: Der Arbeitgeber ist unverzüglich über die Arbeitsverhinderung zu informieren. Zu empfehlen ist ferner eine Klärung, ob sich ggf. aus dem Arbeits- oder Tarifvertrag ein Anspruch auf bezahlte Freistellung ergibt.

Arbeitnehmern in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten räumt das Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen ein. Zulässig ist sowohl eine vollständige als auch eine teilweise Freistellung von der Arbeit, um Zeit für die Pflege des Angehörigen zu haben. Die Pflegezeit ist dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor der Inanspruchnahme schriftlich anzuzeigen.

So hilft die IKK:

Die IKK-Pflegekasse stellt Ihnen gerne die im Zusammenhang mit der Beantragung einer Pflegezeit erforderliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen zur Verfügung. Darüber hinaus zahlt die IKK-Pflegekasse während der Pflegezeit ggf. Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Sprechen Sie uns an. Wir beraten Sie gern.

Finanzierung der Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung orientiert sich bei der Finanzierung der Leistungsausgaben an den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Praktiziert wird somit die solidarische Finanzierung, also der soziale Ausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen.

**Solidarische
Finanzierung
sorgt für
sozialen Aus-
gleich**

Der allgemeine Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt 1,95% der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Bei Arbeitnehmern übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge. Nur im Freistaat Sachsen gilt eine Ausnahme. Hier beträgt der Beitragsanteil der Arbeitnehmer 1,475%, der Anteil der Arbeitgeber 0,475% (als Ausgleich dafür, dass in Sachsen der Buß- und Betttag weiterhin Feiertag ist). Die Beiträge für Arbeitslose zahlt die Bundesagentur für Arbeit. Rentner zahlen hingegen den vollen Pflegeversicherungsbeitrag allein.

**Seit 1.1.2005 –
0,25 % Bei-
tragszuschlag
für Kinderlose**

Seit 01.01.2005 wird ein Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 % der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben. Der Zuschlag ist in voller Höhe allein von den Mitgliedern zu tragen. Zur Zahlung verpflichtet sind Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben und nicht Eltern im Sinne des Gesetzes sind. Als Eltern gelten neben den leiblichen Eltern und Pflegeeltern grundsätzlich auch Adoptiv- und Stiefeltern. Die Elterneigenschaft ist gegenüber den beitragsabführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger) bzw. der Pflegekasse nachzuweisen. An den Nachweis stellen wir keine besonderen Anforderungen. Kopien z. B. der Geburtsurkunde oder des Kindergeldbescheids reichen uns vollkommen aus. Wird der Nachweis innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eines Kindes erbracht, können wir die Befreiung vom Beitragszuschlag ab dem Geburtsmonat anerkennen, ansonsten erst mit dem Folgemonat des Nachweises. Die Befreiung gilt dann für beide Elternteile auf Dauer, das heißt sie besteht auch dann fort, wenn die Kinder bereits „auf eigenen Füßen“ stehen. Selbst wenn das Kind verstirbt, gelten die Eltern nicht als kinderlos.

Keine Regel ohne Ausnahmen: Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II sind per Gesetz generell von der zusätzlichen Beitragspflicht ausgenommen. Für Mitglieder, die von einer Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld oder Übergangsgeld erhalten, zahlt die Bundesagentur für Arbeit einen pauschalen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung. Eine Beteiligung der Leistungsbezieher an dem Beitragszuschlag ist grundsätzlich möglich. Nähere Informationen geben die Agenturen für Arbeit.



Sie haben Fragen? – Wir sind für Sie da!

Speziell für unsere Versicherten haben wir IKKmed – das medizinische Service-Telefon für alle Fragen zur Gesundheit eingerichtet.

IKKmed

**0 18 02 /
455 633***

Vielleicht wissen Sie nicht weiter, weil Sie auf dem Beipackzettel Ihres Medikaments etwas nicht verstehen und Ihr Arzt nicht erreichbar ist oder Sie benötigen einen bestimmten Facharzt vor Ort? – Wir helfen Ihnen.

Von 7.00 bis 22.00 Uhr können Sie IKKmed anrufen. Dort werden Sie unsere Fachleute (Ärzte, Apotheker) ganz individuell und persönlich beraten. Dieser Service kann selbstverständlich nicht die Beratung oder Behandlung durch Ihren Arzt ersetzen. IKKmed stellt mit seinen Informationen eine Ergänzung zu den Leistungen Ihres Arztes dar.

Es ist selbstverständlich, dass Ihre Fragen streng vertraulich sind und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Bitte vergessen Sie nicht bei Ihrem Anruf Ihre Versichertenkarte bereitzuhalten.

* 6 Cent/Anruf aus dem deutschen Festnetz
Mobilfunk max. 42 Cent/Minute

