

# DAIMLER



Daimler Betriebskrankenkasse

[Pflegeversicherung](#)

# Inhalt

<b>Pflegeversichert bei der BKK</b> .....	3
<b>Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK</b> .....	4
Freiwillig krankenversichert – privat pflegeversichert .....	4
<b>Die Ziele der Pflegeversicherung</b> .....	5
Prävention und Rehabilitation .....	5
<b>Der Versicherungsfall: „Pflegebedürftigkeit“</b> .....	6
Verrichtungen des täglichen Lebens .....	6
Die zeitlichen Voraussetzungen .....	7
Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegetmaßnahmen .....	8
Pflegetbedürftigkeit bei Kindern .....	8
<b>Feststellung der Pflegebedürftigkeit</b> .....	9
Der Leistungsantrag .....	9
Pflegetbedürftigkeit muss „amtlich“ sein .....	9
Das Gutachten – Entscheidungsgrundlage für die BKK .....	10
Pflegetberatung .....	10
<b>Beginn der Leistungen</b> .....	11
2-jährige Vorversicherungszeit .....	11
<b>Leistungen bei häuslicher Pflege</b> .....	12
Pfleget durch „Profis“ oder „Ehrenamtliche“ .....	12
Kombination: Pflegesachleistung und Pflegetgeld .....	14
Die Ersatzpfleget .....	15
Tages- und Nachtpfleget .....	16
Kurzzeitpfleget .....	17
Zusätzliche Betreuungsleistungen .....	18
Pflegethilfsmittel .....	19
Besondere Leistungsform: Persönliches Budget .....	20
<b>Leistungen bei Pflege im Pflegeheim</b> .....	21
Qualität und Transparenz sind uns wichtig .....	22
<b>Unterstützung für Pflegepersonen</b> .....	22
Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen .....	23
Unfallversicherung .....	24
Arbeitsförderung .....	24
Pflegetkurse .....	25
Pflegetzeit .....	25
<b>Soziale Beiträge</b> .....	26

## Impressum

### Herausgeber:

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

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

**Best.-Nr. 9102** (12.10) – Wende Verlag, Frechen

## Pflegeversichert bei der BKK

Niemand wünscht sich, sie einmal zu brauchen, doch alle fühlen ein Stück mehr Sicherheit, wenn sie das persönliche Versicherungspaket vervollständigt: die Pflegeversicherung. BKK-Versicherte können zudem auf kompetente Beratung und unbürokratische Hilfe vertrauen, sollte Pflegebedürftigkeit drohen oder eintreten.



Denn die BKK-Pflegekasse geht auf die persönliche Pflegesituation ein und berät individuell, mit welchen Leistungen der Pflegeversicherung man die bestmögliche Hilfe im Pflegefall erhält.

Wer sich gern einen allgemeinen Überblick verschaffen möchte über die Leistungen der Pflegeversicherung

- bei ambulanter und stationärer Pflege einschließlich teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege,
- zur Vertretung der Pflegeperson im Urlaub oder zu den ergänzenden Leistungen, wie
- Pflegehilfsmittel,
- Zuschüsse zur pflegerechten Umgestaltung der Wohnung und
- zur sozialen Sicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen,

für den ist diese Broschüre genau richtig. Selbstverständlich sind unsere Mitarbeiter jederzeit auch gern zu einem persönlichen Beratungsgespräch bereit.

## Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK

Bei der BKK krankenversichert zu sein bedeutet auch, dort pflegeversichert zu sein. Denn die Pflegeversicherung folgt stets der Krankenversicherung – ohne zusätzlichen Antrag und ohne zusätzliche Anmeldung. Jeder bei der BKK Krankenversicherte wird somit aus einer Hand sowie unter demselben Dach in dem wichtigsten Lebensbereich, der Gesundheit, umfassend betreut.

Und einen speziellen Vorteil bietet die BKK-Pflegekasse all denjenigen, deren Kranken- und Pflegeversicherung einmal längere Zeit unterbrochen sein sollte, z. B. wegen einer vorübergehenden Beschäftigung im Ausland, ohne dass der deutsche Sozialversicherungsschutz fortbesteht. Möglich ist dann eine freiwillige Weiterversicherung in der Pflegeversicherung, um die Anwartschaft auf Leistungen der Pflegeversicherung nach der Rückkehr aus dem Ausland zu erhalten.

### **Freiwillig krankenversichert – privat pflegeversichert**

Das Gesetz lässt diese Variante bei freiwillig Krankenversicherten ausnahmsweise zu, befristet für 3 Monate nach Beginn einer freiwilligen Krankenversicherung. Unser Rat aber ist: Kranken- und Pflegeversicherung sollte man nicht trennen, sondern besser in einer Hand belassen. Denn die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung bilden häufig eine Einheit. Wer in beiden Bereichen seiner BKK vertraut, hat die Garantie, notwendige Leistungen in jedem Fall ohne Kompetenzstreit zu erhalten – entweder von der BKK oder der BKK-Pflegekasse.

Auch in der Pflegeversicherung gilt der Grundsatz: „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. Eine bittere Erfahrung, die insbesondere Menschen im fortgeschrittenen Alter immer wieder machen müssen.

# Die Ziele der Pflegeversicherung

Die Ursachen dafür, dass ein Mensch seine Alltagssituationen ohne fremde Hilfe nicht oder nicht mehr vollständig bewältigen kann, können vielschichtig sein, etwa eine angeborene Behinderung, ein Unfall mit schwersten Krankheitsfolgen oder eine langsam fortschreitende Krankheit. Nicht jeder Hilfebedarf soll aber schon durch Leistungen der Pflegeversicherung ausgeglichen werden. Dies würde die Belastbarkeit unseres sozialen Sicherungssystems überfordern. Erreicht der Hilfebedarf jedoch einen gesetzlich bestimmten Mindestumfang, sorgt die Pflegeversicherung für eine menschenwürdige Pflege und entlastet den Pflegebedürftigen mit ihren Leistungen auch finanziell.



Die Leistungen der Pflegeversicherung machen die Eigenverantwortung jedoch nicht entbehrlich. Sie befreien den Pflegebedürftigen weder vom Einsatz eigener finanzieller Mittel, noch wird dadurch die Hilfe innerhalb der Familie überflüssig. Gerade deshalb ist eine Beratung zur persönlichen Pflegesituation besonders wichtig. Wir freuen uns, Ihnen den Beratungsservice eines kompetenten Expertenteams bieten zu können, das Ihnen gern hilft, für Sie die beste Lösung zu finden.

## Prävention und Rehabilitation

Was wir leisten können, um unsere Versicherten vor Pflegebedürftigkeit möglichst zu bewahren, das leisten wir auch – z. B. mit unseren allgemein zugänglichen Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung auf qualitätsgesicherter Basis, speziell zu den Bereichen „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressbewältigung/Entspannung“ sowie „Suchtmittelkonsum“. Ergänzend haben wir ebenso weitere Bereiche fest im Blick, um gesündere Lebensverhältnisse für die Menschen zu verwirklichen, etwa mit unserem hohen Engagement bei der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz.

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

## Der Versicherungsfall „Pflegebedürftigkeit“

Der Gesetzgeber definiert den Begriff „Pflegebedürftigkeit“, also den Versicherungsfall im Sinne der Pflegeversicherung, 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 6 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) und 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**

Jeder Pflegebedürftige wird – je nach dem Umfang seines Hilfebedarfs, der von der Schwere seiner Erkrankung oder Behinderung, aber auch von der örtlichen Pflegeumgebung abhängig ist – einer von 3 Pflegestufen zugeordnet:

**Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig**

Hilfebedarf bei der Grundpflege mindestens 1 x täglich für wenigstens 2 Verrichtungen; Gesamtpflegebedarf\*<sup>1)</sup> im Durchschnitt mindestens 1,5 Stunden täglich, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege.

**Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig**

Hilfebedarf bei der Grundpflege mindestens 3 x täglich zu verschiedenen Tageszeiten; Gesamtpflegebedarf\*<sup>1)</sup> im Durchschnitt mindestens 3 Stunden täglich, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege.

**Pflegestufe III: schwerstpflegebedürftig**

Hilfebedarf bei der Grundpflege ist täglich jederzeit gegeben (rund um die Uhr), regelmäßig besteht auch mindestens 1 mal in der Nacht (22.00 Uhr bis 6.00 Uhr) Hilfebedarf bei der Grundpflege; Gesamtpflegebedarf\*<sup>1)</sup> im Durchschnitt mindestens 5 Stunden täglich, davon mindestens 4 Stunden Grundpflege.

\*<sup>1)</sup> In allen 3 Stufen wird mehrfach in der Woche ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung gefordert. Zusammen mit der Grundpflege bildet dieser den Gesamtpflegebedarf.

Dieser Überblick zeigt: Wer „nur“ 45 Minuten Hilfe bei der Grundpflege benötigt oder wessen Gesamtpflegebedarf weniger als 1,5 Stunden täglich beträgt oder wer ausschließlich hauswirtschaftliche Hilfe erhält, 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 6 Monate vorliegen, jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass sich der Hilfebedarf z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegestufenrelevant verringert.

## **Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen**

Im Zusammenhang mit den auf Seite 6 f. 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 BKK 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 1. Lebensjahr eine Rundum-Versorgung benötigen, wird bei ihnen Pflegebedürftigkeit eher die Ausnahme sein.



## Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Ganz ohne Formalien funktioniert die Pflegeversicherung leider nicht. Wenn schriftliche Anträge unbedingt notwendig sind, senden wir Ihnen gern Antragsvordrucke zu und helfen beim Ausfüllen weiter.

### **Der Leistungsantrag**

Wer erstmals Leistungen der Pflegeversicherung beantragt, benutzt hierfür am besten den besonderen Vordruck, den die BKK für ihre Versicherten bereithält und den Sie gern auch telefonisch bei uns anfordern können. Mit diesem Vordruck werden einige Daten abgefragt, die wir aus organisatorischen Gründen zwingend für eine rasche Bearbeitung des Leistungsantrags benötigen. Das Attest eines Arztes zur Pflegebedürftigkeit ist nicht notwendig.

### **Pflegebedürftigkeit muss „amtlich“ sein**

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 BKK-Berater diese natürlich jederzeit gern persönlich. Wichtig für Sie: Unsere Bearbeitungszeit geht nicht zu Ihren Lasten. Im Falle der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit leisten wir rückwirkend ab Anspruchsbeginn.

## **Das Gutachten – Entscheidungsgrundlage für die BKK**

Der Gutachter des Medizinischen Dienstes äußert sich zur Pflegebedürftigkeit und zur Pflegestufe. Die BKK-Pflegekasse folgt bei ihrer Entscheidung in der Regel den Empfehlungen des Gutachters. Jeder BKK-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 BKK-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 BKK-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 BKK-Berater nutzen diese Hinweise, um Pflegebedürftige wie 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 BKK-Pflegekasse 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

Leistungen der Pflegeversicherung erhält ein Pflegebedürftiger – unabhängig von der Dauer des Feststellungsverfahrens – grundsätzlich ab dem Tag des Eingangs des Antrags bei der BKK, frühestens vom Beginn der Pflegebedürftigkeit an. War die Pflegebedürftigkeit schon vor dem Antragsmonat eingetreten, beginnen die Leistungen bereits mit dem 1. Tag dieses Monats.

### Beispiele:

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

### 2-jährige Vorversicherungszeit

BKK-Leistungen gibt es ohne Wartezeiten vom 1. Tag des Versicherungsschutzes an. Für die Leistungen der BKK-Pflegekasse fordert das Gesetz jedoch eine 2-jährige Vorversicherungszeit innerhalb von 10 Jahren vor dem Leistungsantrag. Diese braucht nicht „an einem Stück“ zu verlaufen. Als Vorversicherungszeiten zählen sämtliche Mitgliedszeiten und Zeiten einer Familienversicherung bei einer gesetzlichen Pflegekasse, unter bestimmten Voraussetzungen aber auch Versicherungszeiten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

## Leistungen bei häuslicher Pflege



Rund 70 % der Pflegebedürftigen erhalten ihre Hilfe im häuslichen Bereich (z. B. im eigenen Haushalt oder in dem eines Familienangehörigen oder in einem Altenwohnheim). Etwa 30 % der Pflegebedürftigen werden in einem Pflegeheim betreut.

### Pflege durch „Profis“ oder „Ehrenamtliche“

Pflegebedürftige können in der häuslichen Pflege wählen zwischen

- der **Pflegesachleistung**, das ist die Hilfe durch Fachpersonal (z. B. 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 (ehrenamtliche Pflege, Fachausdruck „nicht erwerbsmäßige Pflege“), 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 €	225 €
II	bis zu 1.040 €	430 €
III	bis zu 1.510 €	685 €
III – Härtefall *)	bis zu 1.918 €	

\*) 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 6 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 BKK-Pflegekasse sichert solche Pflegearrangements mit Pflegediensten oder Einzelpflegekräften vertraglich ab. Sprechen Sie uns an.

Ortsansässige Pflegedienste sind in entsprechenden Listen der Pflegekassen aufgeführt, die alle Pflegebedürftigen für ihren jeweiligen örtlichen Einzugsbereich erhalten. Über Leistungsinhalte und Kosten der Pflege beraten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BKK-Pflegekasse gern ausführlich.

Leisten Familienangehörige oder andere dem Pflegebedürftigen nahe stehende Personen die Pflege und wird deshalb Pflegegeld bezogen, unterstützen Pflegeprofis die häusliche Pflege. Denn alle Pflegebedürftigen, die das Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, Beratung durch Pflegeprofis in Anspruch zu nehmen. Ein solcher Beratungseinsatz ist von Pflegebedürftigen

- der Pflegestufen I und II halbjährlich und
  - der Pflegestufe III vierteljährlich
- abzurufen.

Zweck dieser Einsätze von Pflegeprofis ist unter anderem, Pflegende zu beraten und die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern. Die Kosten für die Beratungseinsätze übernimmt die BKK-Pflegekasse.

**Übrigens:** Pflegebedürftige mit einem besonderen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung (siehe Seite 18), die ausschließlich Pflegegeld beziehen, können eine zusätzliche, für sie ebenfalls kostenfreie, Beratung durch eine professionelle Pflegekraft beanspruchen (Pflegestufen I und II: 1x halbjährlich; Pflegestufe III: 1 x vierteljährlich).

Das Pflegegeld steht im Übrigen für jeden Tag zu, an dem häusliche Pflege geleistet wird. Muss der Pflegebedürftige zur stationären Behandlung in ein Kranken-

haus, 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 BKK-Pflegekasse das Pflegegeld bis zu 4 Wochen weiter. Diese Begrenzung der Weiterzahlung auf 4 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: Pflegesachleistung und Pflegegeld**

Eine sinnvolle Pflegevariante ist die arbeitsteilige Pflege durch Pflegeprofis (z. B. bei Pflegehandlungen, die eher Fachkompetenz erfordern) und durch Ehrenamtliche (z. B. bei Pflegehilfen mit geringeren Anforderungen und bei der hauswirtschaftlichen Hilfe). Die Entscheidung, wie die häusliche Pflege letztlich organisiert wird, überlassen wir dem Pflegebedürftigen. Werden Pflegesachleistung und Pflegegeld kombiniert, können natürlich nicht die Höchstbeträge für beide Leistungen ausgeschöpft werden. Vielmehr wird der prozentuale Anteil, der bei der Pflegesachleistung (gemessen am Höchstbetrag) bereits verbraucht ist, beim Pflegegeld angerechnet. Auch dieses anteilige Pflegegeld wird nach den o.g. Regelungen für die ersten 4 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 € in Anspruch. Die BKK-Pflegekasse übernimmt dann die Pflegesachleistungen in Höhe von 676 € und zahlt daneben Pflegegeld in Höhe von 35 % von 430 €, also 150,50 €.

## Die Ersatzpflege

Kann die ehrenamtliche Pflegeperson die häusliche Pflege vorübergehend nicht leisten (z. B. wegen Krankheit oder Urlaub), steht dem Pflegebedürftigen Ersatzpflege zu. Vorausgesetzt wird – allerdings nur bei erstmaliger Ersatzpflege – eine vorangegangene Pflege im häuslichen Bereich von mindestens 6 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.

Als Ersatzpflegekräfte können erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen einspringen (z. B. Pflegekräfte eines zugelassenen Pflegedienstes) oder andere Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn. Eine weitere Möglichkeit ist die vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen in einer besonderen Einrichtung, etwa einem Wohnheim für Pflegebedürftige und behinderte Menschen.

### Beispiel:

Für eine Ersatzpflege von 22 Tagen durch eine professionelle Pflegekraft berechnet ein Pflegedienst 1.600 €. Es werden 1.510 € erstattet. Bei einem anderen Pflegebedürftigen leistet ein Nachbar an 28 Tagen Ersatzpflege und erhält hierfür vom Pflegebedürftigen 1.350 €. Diese Kosten werden in voller Höhe erstattet. Beide Pflegebedürftige haben ihren Anspruch auf Ersatzpflege in diesem Kalenderjahr verbraucht – der eine, weil der Höchstbetrag, der andere, weil der 4-Wochen-Zeitraum ausgeschöpft wurde.

Übernehmen Pflegeprofis oder entferntere Verwandte, Freunde oder Nachbarn die Ersatzpflege, erstattet die BKK-Pflegekasse von den Pflegekosten pro Kalenderjahr bis zu 1.510 € für bis zu 4 Wochen.

Leisten nahe Familienangehörige (Verwandte bzw. Verschwägerter jeweils bis zum 2. Grad oder Personen, die mit dem Pflegebedürftigen eine häusliche Gemeinschaft bilden) die Ersatzpflege, steht für jeden Tag der Ersatzpflege bis zu 4 Wochen  $\frac{1}{28}$ stel des Pflegegeldes zu, das dem Pflegebedürftigen vorher für die etatmäßige Pflegeperson gezahlt worden war.

Höhere Aufwendungen für eine solche Ersatzpflegeperson (z. B. für Verdienstausfall, Fahrkosten) werden aber zusätzlich erstattet, zusammen mit dem Tagesbetrag bis zu 1.510 € für bis zu 4 Wochen. Ist jedoch nur der Tagesbetrag erstattungsfähig, kann es für den Pflegebedürftigen günstiger sein, auf die Leistung „Ersatzpflege“ zu verzichten und stattdessen wie zuvor Pflegegeld zu beziehen. Dann bleibt der Anspruch auf die Ersatzpflege zunächst in voller Höhe erhalten – für eine spätere Ersatzpflege mit vielleicht wesentlich höheren Kosten, wenn die etatmäßige Pflegeperson einmal unvorhergesehen ausfällt. Dazu beraten wir Sie gern.

### Tages- und Nachtpflege

Bei Pflegebedürftigen, die zeitweise – zur Entlastung der häuslichen Pflegeperson – in einer teilstationären Pflegeeinrichtung betreut werden, meistens tagsüber, manchmal auch in der Nacht, übernehmen wir die Kosten für die Pflege, die medizinische Behandlungspflege sowie die soziale Betreuung. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (so genannte Hotelkosten) trägt der Pflegebedürftige. Es gelten folgende Höchstbeträge:

<b>Pflegestufe I</b>	bis zu	440 € monatlich
<b>Pflegestufe II</b>	bis zu	1.040 € monatlich
<b>Pflegestufe III</b>	bis zu	1.510 € monatlich

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

#### Beispiele:

##### **Pflegebedürftiger der Pflegestufe III**

Kosten für die Pflegesachleistung 1.510 €

Für die Tages- und Nachtpflege stehen noch (50 % von 1.510 €) zur Verfügung 755 €

##### **Pflegebedürftiger der Pflegestufe III**

Kosten der Tages- und Nachtpflege 906,00 €

Es kann ein Pflegegeld von 616,50 € gezahlt werden (Berechnung: 906 € sind 60 % von 1.510 €; Pflegegeld steht in Höhe von 90 % von 685 € zu).

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

## **Kurzzeitpflege**

Einrichtungen der Kurzzeitpflege bieten Pflegebedürftigen eine 24-stündige Betreuung. Der Name drückt bereits aus, dass der Aufenthalt in einer solchen Einrichtung nur vorübergehend ist. Typische Fälle für eine Kurzzeitpflege sind:

- der Aufenthalt nach vorangegangener stationärer 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 (weil z. B. die Pflegeperson ausfällt) oder nicht ausreicht (so bei einem kurzfristigen Krankheitsschub mit erheblich gesteigertem Hilfebedarf).

Die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung übernimmt die BKK-Pflegekasse bis zu einem Betrag von 1.510 € für bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr. Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung (so genannte Hotelkosten) fallen in die Eigenverantwortung. Anders als bei der Ersatzpflege (siehe Seite 14) ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch bei der ersten Inanspruchnahme nicht davon abhängig, dass eine Vorpflegezeit erfüllt ist.

Für die Dauer einer Kurzzeitpflege kann nebenher kein Pflegegeld gezahlt werden (ausgenommen sind hiervon der erste und der letzte Tag). Ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege ausgeschöpft (weil der Höchstbetrag von 1.510 € geleistet oder Kurzzeitpflege für 4 Wochen zur Verfügung gestellt wurde), 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.



Je nach dem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung werden die Leistungen als monatlicher Grundbetrag in Höhe von bis zu 100 € oder als erhöhter Betrag von bis zu 200 € monatlich zur Verfügung gestellt. Die BKK-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, siehe Seite 16),
- in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (z. B. zur Abgeltung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, siehe Seite 17),
- im Rahmen von besonderen Angeboten zugelassener Pflegedienste,
- im Rahmen besonderer anerkannter Angebote (z. B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, familienentlastende Dienste, Tagesmutter-Modelle, Gerontopsychiatrische Zentren).

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: 1 x halbjährlich; Pflegestufe III: 1 x vierteljährlich zusätzlich zu dem Grundanspruch, siehe Seite 13). Für Versicherte mit entsprechendem Betreuungsbedarf, die nicht als pflegebedürftig anerkannt sind, besteht dieser Beratungsanspruch 1 x halbjährlich.

### **Pflegehilfsmittel**

Zur Unterstützung und Erleichterung der häuslichen Pflege, aber auch zur Förderung der Selbstständigkeit können Pflegebedürftige der Stufen I, II oder III erhalten:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch), monatlich bis zu einem Betrag von 31 €; entweder als Sachleistung durch Vertragspartner der BKK-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 € 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.
- Zusätzlich beteiligen wir uns an Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes mit Zuschüssen (z. B. wenn Türen verbreitert werden müssen oder ein Wasch- und Toilettenraum umgebaut werden muss).

Unser Zuschuss beträgt bis zu 2.557 € für alle Maßnahmen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt 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 BKK-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 BKK-Pflegekasse als Persönliches Budget zur Verfügung.

Wir zahlen dann ggf. das Pflegegeld, bei der Kombinationsleistung das anteilige Pflegegeld (siehe Seite 14) sowie den Höchstleistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (siehe Seite 19) 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.

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 Pflege im Pflegeheim

Bei Pflegebedürftigen, die ihre Hilfe in einem vollstationären Pflegeheim erhalten, leistet die BKK-Pflegekasse zu den Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung in der

<b>Pflegestufe I</b>	bis zu	1.023 € monatlich
<b>Pflegestufe II</b>	bis zu	1.279 € monatlich
<b>Pflegestufe III</b>	bis zu	1.510 € monatlich
<b>Pflegestufe III – Härtefall *)</b>	bis zu	1.825 € monatlich

\* Die Härtefalldefinition ist grds. identisch mit der im ambulanten Bereich (siehe Seite 12). Zusätzlich wird hier bei der Beurteilung des Pflegezeit-aufwandes 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 (so genannte Hotelkosten) fallen in die finanzielle Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen. Unseren Anteil an den Pflegekosten überweisen wir direkt an das Pflegeheim. Bietet das Pflegeheim zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote für Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, zahlt die BKK-Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen einen Vergütungszuschlag. Auch dies erfolgt – ganz unbürokratisch – in der Direktabrechnung zwischen Pflegeheim und BKK.

Reichen die Beträge der Pflegeversicherung und die Finanzmittel des Pflegebedürftigen nicht aus, um den Heimplatz zu finanzieren, sollte ergänzende Hilfe beim Sozialamt beantragt werden – möglichst vor der Aufnahme im Pflegeheim.

Bereits mit der Leistungsbewilligung erhalten Pflegebedürftige eine Liste mit den ortsansässigen Pflegeheimen, die Vertragspartner der BKK-Pflegekasse 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 [www.bkk.de](http://www.bkk.de) 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

Solange Familienangehörige oder andere dem Pflegebedürftigen nahe stehende Personen ehrenamtliche Pflege leisten, bietet die Pflegeversicherung auch für sie Leistungen. So sind ehrenamtlich Pflegenden unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich rentenversichert, erhalten bei ihrer Pflege einen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz und können nach Beendigung der Pflegetätigkeit Leistungen zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben beanspruchen. Zusätzlich zu dieser sozialen Sicherung sind sie berechtigt, an für sie kostenfreien Pflegekursen teilzunehmen

Ehrenamtlich bleibt eine Pflege auch dann, wenn der Pflegebedürftige das Pflegegeld seiner Pflegekasse an seine Pflegeperson weiterreicht.

Auch müssen Pflegenden nicht befürchten, dass ihnen andere Sozialleistungen (wie Elterngeld oder vorzeitige Altersrente) aus diesem Grund gestrichen werden oder dass sie deswegen aus der kostenfreien Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung bei der BKK ausscheiden. Wer allerdings eine laufende Geldleistung der Agentur für Arbeit bezieht (etwa Arbeitslosengeld), der sollte der Agentur für Arbeit die ehrenamtliche Pflege anzeigen. Diese kann dann prüfen, ob der Pflegenden weiterhin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittlungsfähig ist.

## Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

Wird die ehrenamtliche Pflege regelmäßig und mindestens 14 Stunden wöchentlich geleistet, zahlt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen für die Dauer der Pflege Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson. Voraussetzung ist, dass diese nicht noch anderweitig mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig (z. B. als Arbeitnehmer) oder nicht versicherungsfrei in der Rentenversicherung (z. B. wegen des Bezugs einer Altersvollrente) ist.

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 gezahlten Beiträge und die dadurch erworbenen späteren Rentenansprüche.

Mindestens einmal jährlich erhält jede rentenversicherte Pflegeperson von der Pflegekasse eine Auflistung über die für sie gezahlten Rentenversicherungsbeiträge.

Wir geben aber auch gern jederzeit Auskunft über Versicherungszeit und gezahlte Rentenversicherungsbeiträge. Ihr Vorteil: Auch bei kurzzeitiger Unterbrechung der Pflege – etwa während des Urlaubs – entrichtet die BKK-Pflegekasse die Rentenversicherungsbeiträge weiter.

Veränderungen bei der ehrenamtlichen Pflege haben möglicherweise Einfluss auf die Zahlung und die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge, so z. B. eine höhere wöchentliche Pflegezeit oder eine Verringerung der Pflegezeit durch Aufteilung der Pflege auf mehrere Personen, die Minderung einer



anderweitigen Erwerbstätigkeit auf nicht mehr als 30 Stunden oder eine längerfristige Unterbrechung der Pflege. Über solche Veränderungen sollte deshalb die Pflegekasse frühzeitig informiert werden. Das schafft Klarheit und vermeidet nachträgliche Korrekturen.

Bei Pflegebedürftigen, die zugleich Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, zahlen wir nur den halben Beitrag zur Rentenversicherung. 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 Leistungsantrag siehe Seite 9).

## **Unfallversicherung**

Ehrenamtlich Pflegende sind für die Dauer der häuslichen Pflege auch unfallversichert, und zwar ohne Antrag oder eine zusätzliche Beitragszahlung. Die Pflegepersonen können dieselben Leistungen erhalten wie die anderen Versicherten in der gesetzlichen Unfallversicherung. Zuständig sind die Gemeindeunfallversicherungsträger bzw. Eigenunfallversicherungsträger der Städte.

Bei einem Unfall, den ehrenamtlich Pflegende während der Pfllegetätigkeit erleiden, handelt es sich um einen „Arbeitsunfall“. Sie sollten deshalb unbedingt einen Unfallarzt (Durchgangsarzt) aufsuchen bzw. bei Behandlung durch den Hausarzt angeben, dass ein Arbeitsunfall vorliegt. In diesem Fall entfallen die üblichen Eigenbeteiligungen, z. B. im Krankenhaus oder bei Arzneien.

## **Arbeitsförderung**

Wer seine Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit oder betriebliche Ausbildung wegen der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger für mindestens 1 Jahr unterbrochen hat und spätestens 1 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 Versiche-

rungsschutz 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**

Angehörigen von Pflegebedürftigen, aber auch anderen Personen, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren, bieten wir die Teilnahme an für sie kostenfreien Pflegekursen an. Solch ein Kurs kann sogar im häuslichen Bereich stattfinden, sollte dies im Hinblick auf die persönliche Pflegesituation sinnvoll sein.

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 10 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 6 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 10 Arbeitstage vor der Inanspruchnahme schriftlich anzuzeigen.

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

## Soziale Beiträge

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.



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 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 3 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.



