

Erste Gesundheit.

hkk

Auf Dauer gut versorgt.

Die hkk-Pflegeversicherung



Inhalt

Pflegeversichert bei der hkk	3
Kranken- und Pflegeversicherung bei der hkk	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
Neu ab 1.1.2012: Die Familienpflegezeit	25
Finanzierung der Pflegeversicherung	29
Kennen Sie schon hkk med?	31



Impressum

Herausgeber:

hkk – Erste Gesundheit.

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

Best.-Nr. 9101 (11.11) – Wende Verlag, Frechen

Pflegeversichert bei der hkk

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

Die hkk-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: Zum Beispiel zahlen wir Zuschüsse zur pflegegerechten 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 hkk-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.

Ihre hkk – Erste Gesundheit.

Kranken- und Pflegeversicherung bei der hkk

„Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – so lautet der Grundsatz. Jeder gesetzlich Krankenversicherte ist automatisch auch pflegeversichert – ohne zusätzlichen Antrag und ohne zusätzliche Anmeldung. Jeder Versicherte der hkk wird somit vom Beginn bis zum Ende seiner Krankenversicherung zugleich von der hkk-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 3 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 regelmäßig Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Sollte die Zuständigkeitsfrage für eine bestimmte Leistung im Einzelfall mal unklar sein, bietet die Betreuung aus einer Hand durch die hkk die beste Garantie, dass der Versicherte die Leistung auf jeden Fall erhält. Kompetenzstreit zwischen hkk und hkk-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 hkk 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 hkk unterstützt Sie bei Ihrem Bemühen, sich vor Pflegebedürftigkeit zu bewahren. So stehen hkk-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, so die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mit handwerksspezifischen Angeboten. Fragen Sie Ihre hkk 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 hkk-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 behinderungsbedingten 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 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) 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 3 Pflegestufen zugeordnet:

Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig

Hilfebedarf mindestens 1 x täglich für wenigstens 2 Verrichtungen der Grundpflege; Gesamtpflegebedarf im Durchschnitt mindestens 1,5 Stunden täglich, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege;

Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig

Hilfebedarf mindestens 3 x täglich zu verschiedenen Tageszeiten bei der Grundpflege; Gesamtpflegebedarf im Durchschnitt mindestens 3 Stunden täglich, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege;

Pflegestufe III: schwerst pflegebedürftig

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 im Durchschnitt mindestens 5 Stunden täglich, davon mindestens 4 Stunden Grundpflege;

In allen 3 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 6 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 6 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind oftmals auch Pflegemaßnahmen erforderlich, die eine pflegefachliche 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 hkk 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 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 hkk 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 hkk für ihre Versicherten bereithält und den wir Ihnen gern auf 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.

**hkk-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 Heimb Besuch 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 hkk-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 hkk

Der Gutachter des Medizinischen Dienstes äußert sich zur Pflegebedürftigkeit und zur Pflegestufe. Die hkk-Pflegekasse folgt bei ihrer Entscheidung in der Regel den Empfehlungen des Gutachters. Jeder hkk-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 hkk-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).

**hkk wertet
Gutachten sorg-
fältig aus**

Pflegeberatung

Die hkk-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 hkk-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 hkk-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 hkk, frühestens vom Beginn der Pflegebedürftigkeit an. Lag Pflegebedürftigkeit schon im Monat vor dem Leistungsantrag vor, leistet die hkk-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.

**hkk schöpft
Leistungs-
rahmen aus**

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

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

2-jährige Vorversicherungszeit

Weitere Voraussetzung für den Beginn der Leistungen ist der Nachweis einer 2-jährigen Vorversicherungszeit. Zu erfüllen ist diese innerhalb von 10 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.

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 hkk-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.

**Häusliche
Pflege
überwiegt**



Pflege durch „Profis“ oder „Ehrenamtliche“

hkk respektiert
Wunsch des
Pfleger-
bedürftigen

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 450 Euro	235 Euro
II	bis zu 1.100 Euro	440 Euro
III	bis zu 1.550 Euro	700 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 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 hkk-Pflegekasse sichert solche Pflegearrangements mit Pflegediensten oder Einzelpflegekräften vertraglich ab. Sprechen Sie uns an.

Alle Pflegebedürftigen erhalten von der hkk-Pflegekasse eine Liste über ortsansässige Pflegedienste, die von den Pflegekassen für die Pflegesachleistung zugelassen sind. Die hkk-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 hkk-Pflegekasse.

**hkk-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 hkk-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 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 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 1.100 Euro in Anspruch. Die hkk-Pflegekasse übernimmt dann die Pflegesachleistungen in Höhe von 715 Euro und zahlt daneben Pflegegeld in Höhe von 35 % von 440 Euro, also 154 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 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.

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 3-wöchige Ersatzpflege berechnet ein Pflegedienst 1.600 Euro. Es werden 1.550 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 4-Wochen-Zeitraum abgegolten wurde.

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen erbracht, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in

häuslicher Gemeinschaft leben, übernimmt die hkk-Pflegekasse die Kosten für die Pflege pro Kalenderjahr bis zu einem Betrag von 1.550 Euro für bis zu 4 Wochen.

Wird die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig durch Pflegepersonen geleistet, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, steht für jeden Tag der Ersatzpflege – bis zu 4 Wochen – ein 28stel des maßgeblichen Pflegegeldes zu. Entstehen jedoch durch die Ersatzpflege tatsächliche Aufwendungen (wie Verdienstaufschlag, Fahrkosten), werden diese zusätzlich erstattet, zusammen mit dem Tagesbetrag bis zu 1.550 Euro für bis zu 4 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.

**Ersatzpflege
durch nächste
Angehörige**

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	450 Euro monatlich
Pflegestufe II	bis zu	1.100 Euro monatlich
Pflegestufe III	bis zu	1.550 Euro monatlich

**Kombination
mit anderen
Leistungen
zulässig**

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.

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

Beispiel 1:

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III

Kosten für die Pflegesachleistung	1.550 Euro
Für die Tages- oder Nachtpflege stehen noch zur Verfügung (50% von 1.550 Euro)	775 Euro

Beispiel 2:

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III

Kosten der Tages-/Nachtpflege	930 Euro
Es kann ein Pflegegeld von gezahlt werden (Berechnung: 930 Euro sind 60 % von 1.550 Euro; Pflegegeld steht in Höhe von 90 % von 700 Euro zu)	630 Euro

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 hkk-Pflegekasse bis zu einem Betrag von 1.550 Euro für bis zu 4 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 1.550 Euro geleistet wurde oder die Leistung länger als 4 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 hkk-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 Demenzzranke, 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: 1x halbjährlich; Pflegestufe III: 1 x 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 Wohnumfeldverbesserung 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 hkk-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 hkk-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 hkk-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.

hkk 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 hkk-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	1.550 Euro monatlich,
Pflegestufe III (Härtefall)*	mit bis zu	1.918 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 (so genannte „Hotelkosten“) trägt der Pflegebedürftige selbst. Der Anteil der hkk-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 hkk-Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen einen Vergütungszuschlag. Auch dies erfolgt – ganz unbürokratisch – in der Direktabrechnung zwischen Pflegeheim und hkk.

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

Auf unserer Internetseite www.hkk.de/pflegelotse steht Ihnen mit dem "hkk Pflegelotsen" ein Informationssystem zur Verfügung, welches einen schnellen Überblick über geeignete ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen ermöglicht. Sie können nach Ort, Postleitzahl und speziellen Angeboten suchen. Der hkk Pflegelotse stellt Angaben über die Größe, Kosten, Ausstattung, Lage sowie Anschriften zur Verfügung. Darüber hinaus werden Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtungen – die so genannten Pflegenoten – dargestellt. Die Prüfergebnisse werden laufend erweitert und optimiert. Der hkk Pflegelotse ermöglicht eine erste Orientierung und einen schnellen Überblick, ersetzt jedoch in keinem Fall eine ausführliche Pflegeberatung.

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

**Soziale
Sicherung
für Pflege-
personen**

- » sind ehrenamtlich Pflegenden gesetzlich rentenversichert,

- » 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 hkk 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 hkk versicherten Pflegebedürftigen regelmäßig und mindestens 14 Stunden wöchentlich ehrenamtlich pflegen, zahlt die hkk-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 hkk-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.

**hkk 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 Leistungs-
ansprüche 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 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 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 hkk-Pflegekasse teilnehmen. Wenn es sinnvoll ist, erhalten Pflegepersonen, die einen hkk-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 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.

So hilft die hkk:

Die hkk-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 hkk-Pflegekasse während der Pflegezeit ggf. Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Sprechen Sie uns an. Wir beraten Sie gern.

Neu ab 1.1.2012: Die Familienpflegezeit

Belegt ist durch Umfragen, dass sich Pflegebedürftige überwiegend wünschen, im häuslichen Bereich möglichst von nahen Angehörigen gepflegt zu werden, die diese Pflegeaufgabe auch gern übernehmen möchten. Für berufstätige Angehörige ist eine unbezahlte Pflegezeit für sechs Monate (s. o.) häufig aber keine geeignete Alternative, weil sie auf ihr Einkommen nicht verzichten können.



Das neue Familienpflegezeitgesetz soll Berufstätigen eine weitere Möglichkeit eröffnen, die Pflege eines Angehörigen im häuslichen Bereich zu leisten bzw. zu unterstützen. Ziel ist, familiäre Pflege trotz weiterer beruflicher Tätigkeit zu stärken.

Hinweis:

Arbeitnehmer können eine Familienpflegezeit nicht gesetzlich durchsetzen. Erforderlich ist eine schriftliche Vereinbarung mit dem Arbeitgeber auf freiwilliger Basis. Die hkk-Pflegekasse stellt den Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen aus; diesen Nachweis benötigt der Arbeitgeber für seine Unterlagen.

Aufstockung des Entgeltausfalls während der Pflegezeit

Wer als Arbeitnehmer, um einen Angehörigen im häuslichen Bereich zu pflegen, seine reguläre Arbeitszeit reduziert und damit Arbeitsentgelt einbüßt, erhält für die Dauer der Pflege, längstens für 24 Monate, von seinem Arbeitgeber einen finanziellen Ausgleich (= Aufstockungsbetrag). Als Faustformel gilt, dass 50 Prozent des Ausfallentgelts (grundsätzlich errechnet aus den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Familienpflegezeit) weiter gezahlt werden. Die verringerte Arbeitszeit muss aber mindestens noch 15 Stunden wöchentlich betragen.

Finanziert wird der Aufstockungsbetrag entweder

- » aus einem Wertguthaben, das der Arbeitnehmer vor Beginn der Pflegephase aus seinem erarbeiteten Arbeitsentgelt zugunsten des Aufbaus eines Wertguthabens angespart hat (um hiermit spätere Arbeitsfreistellungen oder Arbeitszeitreduzierungen zu finanzieren) oder
- » aus einem Wertguthaben, das sich während der Pflegephase zunächst negativ entwickelt und das dann im Anschluss an die Familienpflegezeit wieder auszugleichen ist, indem bei voller Arbeitsleistung der während der Pflegephase geleistete Aufstockungsbetrag wieder einbehalten wird.

Überwiegend wird wohl die zweite Variante in der Praxis die Regel sein, weil Pflegesituationen oft nicht vorher planbar sind sondern unvorhergesehen auftreten.

Und so könnte es in der Praxis aussehen:

Vorpflegephase	Pflegephase	Nachpflegephase
Volle Arbeitszeit	Halbe Arbeitszeit	Volle Arbeitszeit
100 % Arbeitsentgelt	50 % Arbeitsentgelt plus 25 % als Aufstockungsbetrag = 75 % Arbeitsentgelt	75 % Arbeitsentgelt 25 % Arbeitsentgelt zum Ausgleich des negativen Wertguthabens

Während der Pflegephase, längstens für 24 Monate, und der Nachpflegephase erhält der Arbeitnehmer Arbeitsentgelt in Höhe von 75 % des vor Beginn der Familienpflegezeit erzielten Arbeitsentgelts.

Hinweis:

Beträgt die reduzierte wöchentliche Arbeitszeit während der Pflegephase nicht mehr als 30 Stunden, kann trotz des verringerten Arbeitsentgelts mit der Familienpflegezeit ein höherer Rentenanspruch erworben werden. Denn auch in diesem Fall zahlt die hkk-Pflegekasse für die familiäre, nicht erwerbsmäßige häusliche Pflege für die Pflegeperson unter den üblichen Voraussetzungen Rentenversicherungsbeiträge (s. Seite 22).

Zinsloses Darlehen für Arbeitgeber

Können die Aufstockungsbeträge während der Pflegephase nicht aus einem schon vorher aufgebauten Wertguthaben entnommen werden, sondern müssen über ein negatives Wertguthaben finanziert werden, kann der



Arbeitgeber für diese Vorfinanzierung ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familien und zivilgesellschaftliche Aufgaben beanspruchen. Der Arbeitgeber hat seinem Antrag an dieses Bundesamt die schriftliche Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer mit den gesetzlich bestimmten Inhalten vorzulegen. Nähere Auskünfte zum Verfahren, auch zur Rückzahlung des Darlehens in der Nachpflegephase, erteilt das Bundesamt für Familien und zivilgesellschaftliche Aufgaben.

Familienpflegezeitversicherung



Werden die Aufstockungsbeträge während der Pflegephase durch ein negatives Wertguthaben vorfinanziert, lässt sich nicht ausschließen, dass dieses während der Nachpflegephase nicht mehr ausgeglichen werden kann, z. B. durch den Tod oder den Eintritt von Berufsunfähigkeit des Arbeitnehmers.

Dieses Risiko ist durch eine Familienpflegezeitversicherung abzusichern, die der Arbeitnehmer abschließen muss. Die Versicherungsprämie ist unabhängig vom Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand der versicherten Person (das ist der Arbeitnehmer) und ohne eine Risikoprüfung festzusetzen. Auch der Arbeitgeber kann diese Versicherung auf freiwilliger Grundlage auf die Person des Arbeitnehmers abschließen. Gleiches gilt für das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, wobei kostengünstigere Gruppenversicherungsverträge genutzt werden können.

Arbeitsrechtliche Regelungen

Während der Familienpflegezeit darf Ihnen nicht gekündigt werden

Während der Familienpflegezeit und der Nachpflegezeit darf der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis in aller Regel nicht kündigen. Nur ausnahmsweise ist dies zulässig, allerdings nur mit Zustimmung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde, etwa des Integrationsamtes. Entfallen die Voraussetzungen für die Familienpflegezeit vorzeitig, z. B. weil der Pflegebedürftige in ein stationäres Pflegeheim aufgenommen wird, kann der Arbeitnehmer zur ursprünglichen Arbeitszeit auch vorzeitig zurückkehren.

Sofern sich die Arbeitszeit in der Nachpflegezeit verringert (und damit ein niedrigeres Arbeitsentgelt erzielt wird als in der Vorpflegezeit), ist der Arbeitgeber dennoch berechtigt, den in der Familienpflegezeit geleisteten Aufstockungsbetrag in unveränderter Höhe vom Arbeitsentgelt einzubehalten. Der Einbehaltungsbetrag vermindert sich nur bei Verringerung der Arbeitszeit infolge Kurzarbeit. Die Nachpflegephase verlängert sich dann entsprechend.

Kann der Aufstockungsbetrag in der Nachpflegezeit nicht einbehalten werden, weil der Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis gekündigt hat, erlangt der Arbeitgeber einen Zahlungsanspruch zum Ausgleich des negativen Wertguthabens gegenüber dem Arbeitnehmer in Höhe entsprechender Raten, es sei denn, der Arbeitgeber kann seine Ansprüche sofort mit einem Abfindungsanspruch des Arbeitnehmers aufrechnen. Liegen die Voraussetzungen vor, dass die Familienpflegezeitversicherung den Fehlbetrag auszugleichen hat, gehen deren Verpflichtungen dem Anspruch des Arbeitgebers gegenüber dem Arbeitnehmer vor. Der Ausgleichsanspruch des Arbeitgebers entfällt, sollte er aus betrieblichen Gründen das Arbeitsverhältnis (mit Zustimmung der zuständigen Stelle) gelöst haben.

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 Ausgleich

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 Betrag 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.

Seit 1.1.2005 – 0,25 % Beitragszuschlag für Kinderlose

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, Personen, die seit dem 1.7.2011 den neuen freiwilligen Wehrdienst leisten, 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.



Kennen Sie schon hkk med?

hkk med ist die medizinische Beratungshotline der hkk – exklusiv für unsere Kundinnen und Kunden. Fachlich versiert, individuell für Sie. Das Expertenteam von hkk med steht Ihnen täglich 24 Stunden zur Verfügung. Darüber hinaus bieten wir Ihnen regelmäßig Sonderaktionen zu bestimmten Gesundheitsthemen an.

Spezielle Informationen bekommen Sie auch über das »hkk Elterntelefon« und das »hkk Sporttelefon«.

Für 6 Cent pro Anruf erhalten Sie unter der Nummer **0180 2 992990*** kompetente Antworten auf Ihre Fragen rund um die Gesundheit. Alles was Sie brauchen ist Ihre hkk-Versichertennummer. Natürlich behandeln unsere Experten alle Angaben vertraulich.

Immer in Ihrer Nähe!

Persönliche Beratung – hkk-Geschäftsstellen und -Servicepunkte



In unseren Geschäftsstellen sind wir persönlich für Sie da. Informationen zum Kassenwahlrecht bekommen Sie auch in den Servicepunkten. Adressen, Öffnungszeiten und Telefonnummern finden Sie unter **www.hkk.de**

Schnell und kompetent am Telefon – hkk-ServiceLine



Montags bis freitags erreichen Sie uns persönlich von 8 bis 20 Uhr in der ServiceLine. Unter den Telefonnummern **0421 3655-0** und **0180 1 455255*** bekommen Sie eine individuelle Beratung. Ein Fax können Sie uns unter **0421 3655-3700** und **0180 1 455555*** schicken.

Rund um die Uhr – hkk im Internet



Bequem von zu Hause oder unterwegs finden Sie unter **www.hkk.de** alle Informationen für Ihre Gesundheit und viele Extras. Nutzen Sie als hkk-Kunde auch die Vorteile unserer Internetfiliale. Sie erhalten dort exklusive Angebote und wertvolle Tipps. Möchten Sie uns eine E-Mail schreiben? Unter **info@hkk.de** nehmen wir jederzeit Ihre Fragen, Anregungen, Ideen und Ihre Kritik entgegen.

hkk Erste Gesundheit.

Martinstraße 26
28195 Bremen

www.hkk.de