

✓ LEISTUNGEN

Ratgeber Pflege

Alles Wichtige im Überblick



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

niemand kann sich so richtig vorstellen, das unabhängige und selbstbestimmte Leben in den eigenen vier Wänden nicht mehr wie gewohnt führen zu können. Und dann passiert es doch: Plötzlich oder eher schleichend merkt man, dass man selbst, der Partner oder die Eltern ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung, die seit ihrem Bestehen kontinuierlich weiterentwickelt wurden, stellen sicher, dass Sie die dann ggf. erforderliche Unterstützung erhalten. Einen Überblick hierüber möchten wir Ihnen mit dieser Broschüre geben.

Hierbei sprechen wir nicht nur Pflegebedürftige an, sondern auch die Personen im persönlichen Umfeld. Auf diese Weise ist die Broschüre nicht nur für den konkret Ratsuchenden geeignet, sondern auch für jeden, der einen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung gewinnen möchte. Darüber hinaus stehen Ihnen natürlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Pflegekasse für weitere Informationen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre hkk

Herausgeber und Verlag:

inside partner
Verlag und Agentur GmbH
Am Bahndamm 9
48739 Legden

info@inside-partner.de
www.inside-partner.de

© inside partner

Stand: Januar 2023

Inhalt

Pflege und Pflegeversicherung bei der hkk	5
Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung	5
Rehabilitation vor Pflege	6
Förderung privater Vorsorge	6
Vorversicherungszeit und Leistungsbeginn	6
Pflegebedürftigkeit	7
Definition der Pflegebedürftigkeit	7
Sechs Einstufungskriterien	8
Fünf Pflegegrade	10
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	12
Antrag auf Pflegeleistungen	12
Gutachten	13
Leistungsbescheid	13
Häusliche Pflege	14
Pflegesachleistungen	14
Zusammenlegen („Poolen“) von Pflegesachleistungen	15
Pflegegeld	15
Kombinationsleistung	16
Pflegegeld bei vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen	16
Entlastungsleistungen	17
Verhinderungspflege	17
Pflegehilfsmittel, „technische Hilfen“, Verbesserung des Wohnumfeldes	18
Leistungen für Wohn- und Selbsthilfegruppen	19
Tages- und Nachtpflege	19
Kurzzeitpflege	20

Kombination von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	21
Leistungen der Behindertenhilfe	21
Stationäre Pflege	22
Vollstationäre Pflege	22
Leistungen der Pflegeversicherung	23
Das richtige Pflegeheim finden	25
Leistungen für pflegende Angehörige	27
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	27
Pflegezeit	27
Familienpflegezeit	29
Soziale Sicherung	29
Schulungen	31
Finanzierung der Pflegeversicherung	32
Beitragsverteilung	32
Beitragsbemessungsgrenze	32
Private Pflege-Pflichtversicherung	32
Pflegebedürftigkeit – was nun?	34
Checkliste	34



Pflege und Pflegeversicherung bei der hkk

Die Pflegeversicherung soll allen Pflegebedürftigen Hilfe leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Pflege angewiesen sind. Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind hierbei Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens im Umfang einer geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bestehen.

Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung

Alle pflichtversicherten und freiwillig versicherten Mitglieder der hkk sind „automatisch“ Mitglied in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Diese bezahlt sowohl Leistungen der häuslichen Pflege als auch alle Formen der stationären Pflege (Tages- u. Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege). Pflegebedürftige haben hierbei die Wahl, welche der Leistungen sie in Anspruch nehmen möchten.

Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt und welcher der fünf Pflegegrade gilt, entscheidet die hkk-Pflegekasse aufgrund einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) oder einen von ihr beauftragten unabhängigen Gutachter (s. Seite 13).

Rehabilitation vor Pflege

Bei einem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung oder der Durchführung einer Pflegeberatung wird zunächst geprüft, ob und ggf. welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Sollte ein Rehabilitationsbedarf festgestellt und ggf. eine medizinische Rehabilitation durchgeführt werden, hat dies jedoch keine Auswirkungen auf die Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit.

Förderung privater Vorsorge

Obwohl die hkk-Pflegekasse umfangreiche Leistungen zur Verfügung stellt, entstehen im Pflegefall finanzielle Lücken, die aus eigenen Mitteln geschlossen werden müssen. Aus diesem Grunde werden seit einigen Jahren private Pflegezusatzversicherungen staatlich gefördert („Pflege-Bahr“). Gefördert werden hierbei Pflege-Tagegeld-Versicherungen, die für jeden Pflegegrad Geldleistungen zur Verfügung stellen.

Bei einer Eigenleistung von mindestens 10,00 Euro monatlich beträgt die staatliche Förderung 5,00 Euro monatlich. Diese 5,00 Euro werden als Zuschuss direkt an das Versicherungsunternehmen gezahlt, ohne dass sich der Versicherte darum kümmern muss.

Die staatliche Förderung wird ab Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt und ist einkommensunabhängig. Die Versicherungsunternehmen müssen jede Person aufnehmen, die einen Anspruch auf die staatliche Förderung hat. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt; auch Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge sind nicht erlaubt.

Vorversicherungszeit und Leistungsbeginn

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss eine so genannte „Vorversicherungszeit“ erfüllt werden. Erst wenn man mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten zehn Jahre in der Pflegeversicherung versichert ist, kann man Leistungen beanspruchen. Diese werden nur auf Antrag zur Verfügung gestellt, und zwar grundsätzlich vom Tag der Antragstellung (s. Seite 13).

Pflegebedürftigkeit

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte pflegebedürftig sein.

Definition der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und in welchem Umfang er deshalb Hilfe benötigt. Hierbei ist unerheblich, ob die Selbstständigkeit aufgrund von körperlichen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen beeinträchtigt ist. Zu bewerten ist allein, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.





Sechs Einstufungskriterien

Zur Feststellung des Pflegegrades wird sich ein Gutachter des MD oder ein von der hkk-Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter zunächst ansehen, welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten vorliegen. Hierbei werden sechs verschiedene Bereiche beurteilt:

- 1. *Mobilität*** (z. B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)
- 2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*** (z. B. örtliche und zeitliche Orientierung)
- 3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*** (z. B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)
- 4. *Selbstversorgung*** (z. B. Körperpflege, Ernährung)
- 5. *Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*** (z. B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuch)
- 6. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte*** (z. B. Gestaltung des Tagesablaufs)



Entsprechend der Beeinträchtigungen wird eine festgelegte Punktzahl vergeben. Grundsätzlich gilt: Je schwerwiegender die Beeinträchtigung, desto höher ist die Punktzahl. Die innerhalb der Bereiche vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen hierbei unterschiedlich stark in den Pflegegrad ein:

1.	Mobilität	10 %
----	-----------	------

2. + 3.	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (der höhere der beiden Werte wird berücksichtigt)	15 %
---------	--	------

4.	Selbstversorgung	40 %
----	------------------	------

5.	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %
----	---	------

6.	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %
----	--	------

Fünf Pflegegrade

Aus dem Umfang der Beeinträchtigungen in den einzelnen Lebensbereichen und dem entsprechenden Punktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ermittelt und hieraus der Pflegegrad abgeleitet.

Pflegegrad	Definition	Punktwert
1	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	12,5 bis unter 27 Punkte
2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	27 bis unter 47,5 Punkte
3	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	47,5 bis unter 70 Punkte
4	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	70 bis unter 90 Punkte
5	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90 bis 100 Punkte

Eine Besonderheit besteht bei Pflegebedürftigen, die einen speziellen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen. Diese werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Eine solche Bedarfskonstellation liegt nur bei der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vor.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.



Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Voraussetzung für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit.

Antrag auf Pflegeleistungen

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss der Pflegebedürftige zunächst einen Antrag bei der Pflegekasse stellen. Wurde eine entsprechende Vollmacht erteilt, kann der Antrag auch durch Angehörige oder Nachbarn gestellt werden. Nach erstmaliger Antragsstellung bietet die Pflegekasse dem Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang einen Beratungstermin an (s. Seite 32).



Da Pflegeleistungen – sofern die Voraussetzungen erfüllt sind – frühestens ab Antragstellung bezogen werden können, ist es wichtig, diesen rechtzeitig zu stellen. Als Zeitpunkt der Antragstellung gilt der Tag des Eingangs bei der Pflegekasse. Geht der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ein, können Leistungen ab Beginn des Monats der Antragstellung bezogen werden.

Gutachten

Sobald der Antrag gestellt wurde, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dies geschieht in der Regel im Rahmen eines zuvor angemeldeten Hausbesuchs.

Bei diesem Besuch wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs festgelegten Bereichen ermittelt (s. Seite 8). Zugleich werden auch die Möglichkeiten geprüft, die Selbstständigkeit durch Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahmen zu erhalten oder wiederherzustellen.

Auch spricht der Gutachter Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln aus, die für die Erhaltung bzw. Unterstützung der Selbstständigkeit wichtig oder pflegeerleichternd sind. Ist der Versicherte einverstanden, so gilt diese Empfehlung gleichzeitig als Antrag auf Hilfs- und Pflegehilfsmittel bei der Pflegekasse. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Die Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet.

Für die Begutachtung gelten bundesweit einheitliche Begutachtungs-Richtlinien.

Leistungsbescheid

Die hkk-Pflegekasse teilt dem Versicherten das Ergebnis über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und deren Ausmaß schriftlich mit. Zugleich wird der Umfang der beantragten Leistungen mitgeteilt. Darüber hinaus erhält der Versicherte mit dem Bescheid eine Kopie des kompletten Pflegegutachtens einschließlich der Rehabilitations- und Präventionsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wird.

Häusliche Pflege

Pflege in der häuslichen Umgebung hat Vorrang vor einer Unterbringung im Heim. Aus diesem Grund bilden die Leistungen der häuslichen Pflege einen Schwerpunkt in der Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung bezahlt Leistungen der häuslichen Pflege, wenn der Pflegebedürftige in seinem eigenen Haushalt oder einem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, gepflegt wird. Dabei können Pflegebedürftige entscheiden, ob sie Pflegesachleistungen (Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienste, die von der Pflegekasse bis zu bestimmten Höchstgrenzen direkt bezahlt werden) oder Geldleistungen (Pflegegeld, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse ausgezahlt wird) in Anspruch nehmen möchten. Die Ansprüche stehen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zu. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können sich Leistungen des Pflegedienstes (auch körperbezogene Pflegemaßnahmen) in Höhe von bis zu 125,00 Euro monatlich erstatten lassen (sog. Entlastungsbetrag).

Pflegesachleistungen

Ambulante Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Das Leistungsangebot der Pflegesachleistungen umfasst insbesondere körperbezogene Pflegemaßnahmen (z. B. Körperpflege oder Ernährung), pflegerische Betreuungsmaßnahmen (z. B. das Aufrechterhalten einer Tagesstruktur oder Spaziergänge in der näheren Umgebung) sowie Hilfen bei der Haushaltsführung (z. B. Kochen oder Einkaufen).



Zusammenlegen („Poolen“) von Pflegesachleistungen

Ein möglichst selbstbestimmtes Leben im Alter ist der Wunsch vieler Menschen – und aus diesem Grund finden alternative Lebens- und Wohnformen (z. B. Senioren-WGs) immer mehr Zulauf.

Um dem Rechnung zu tragen, haben Pflegebedürftige die Möglichkeit, ihre Ansprüche auf Pflegesachleistungen mit den Ansprüchen anderer Pflegebedürftiger „zusammenzulegen“ und hieraus gemeinsam Leistungen zu beziehen. So können sich z.B. Bewohner einer Senioren-WG oder Nachbarn, die in einem Haus oder einer Straße wohnen, eine Pflegekraft teilen. Die hierdurch erzielten Einsparungen (z.B. nur eine statt mehrerer Anfahrten des Pflegedienstes) können dann für Leistungsverbesserungen genutzt werden.

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2. Die Höhe des Pflegegeldes bemisst sich nach dem festgestellten Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegebedürftige kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgende und betreuende Person weiter. Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht nur, wenn der Pflegebedürftige seine Pflege in geeigneter Weise durch eine Pflegeperson sicherstellt.

Wer ausschließlich Pflegegeld erhält, muss mindestens einmal halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw. mindestens einmal vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen Pflegeeinsatz von einem professionellen Pflegedienst oder Pflegeberater der Pflegekasse durchführen lassen. Die Kosten dieses Beratungsbesuches bezahlt die Pflegekasse. Beratungsbesuche können nicht nur von einem zugelassenen Pflegedienst durchgeführt werden, sondern auch von den durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten neutralen und unabhängigen Beratungsstellen.

Auch Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, sowie Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen. Die Kosten werden ebenfalls von der Pflegekasse bezahlt.

Leistungsbeträge bei häuslicher Pflege – monatlich in Euro

Pflegegrad	2	3	4	5
Pflegesachleistungen	Seit 01.01.2022			
Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	724,00	1.363,00	1.693,00	2.095,00
Pflegegeld	316,00	545,00	728,00	901,00

Kombinationsleistung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können auch die so genannte Kombinationsleistung wählen, d. h. die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld jeweils anteilig beanspruchen. In diesem Fall vermindert sich das Pflegegeld anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Beispiel	
Pflegebedürftiger	Pflegegrad 2
Höchstbetrag Pflegesachleistung	724,00 Euro
Höchstbetrag Pflegegeld	316,00 Euro
Durch ambulanten Pflegedienst erbrachte Pflegesachleistung (= 40 % des Höchstbetrages)	289,60 Euro
Verbleibender Anspruch auf Pflegegeld (= 60 % des Höchstbetrages)	189,60 Euro

Pflegegeld bei vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme des Pflegebedürftigen wird das Pflegegeld während der ersten vier Wochen weitergezahlt.

Entlastungsleistungen

Alle Pflegebedürftigen haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von bis zu 125,00 Euro monatlich. Dieser Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen,
- Leistungen der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Bei letzterem handelt es sich vor allem um Betreuungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen) oder Entlastungsangebote (z. B. Pflege- oder Alltagsbegleiter, Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen).

Sofern der monatliche Betrag von 125,00 Euro nicht ausgeschöpft wird, kann er angespart werden. Restbeträge eines Kalenderjahres können noch bis zum 30.06. des Folgejahres abgerufen werden.

Zusätzlich zu dem Entlastungsbetrag können unter bestimmten Voraussetzungen bis zu 40 % des Leistungsbetrags der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Von dieser Möglichkeit können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Gebrauch machen. Eine vorherige Beantragung der Verwendung der Pflegesachleistungen ist nicht erforderlich.

Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs, einer Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, übernimmt die Pflegekasse bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege für längstens sechs Wochen und höchstens 1.612,00 Euro im Kalenderjahr. Dieser Anspruch kann um bis zu 806,00 Euro aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege auf bis zu 2.418,00 Euro erhöht werden.

Bei einer Ersatzkraft, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebt oder mit ihm bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist, wird die Verhinderungspflege in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes vergütet. Darüber hinaus können Aufwendungen wie z. B. Fahrkosten oder Verdienstausfall geltend gemacht werden. Zusammen mit dem Pflegegeld können diese in Höhe von bis zu 1.612,00 Euro bzw. 2.418,00 Euro vergütet werden. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wurde. Während der Verhinderungspflege wird zusätzlich das bisher gezahlte Pflegegeld zur Hälfte weitergewährt. Die Verhinderungspflege kann auch für kurze Auszeiten (bis zu 8 Stunden täglich – z. B. für einen Arztbesuch, ein Zusammentreffen mit Freunden oder einen Gang zum Friseur) in Anspruch genommen werden. Bei Nutzung dieser stundenweise Verhinderungspflege wird das bisher gezahlte Pflegegeld weitergezahlt.

Pflegehilfsmittel, „technische Hilfen“, Verbesserung des Wohnumfeldes

Die Pflegekasse trägt für alle Pflegebedürftigen auch Kosten für Pflegehilfsmittel und „technische Hilfen“, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung des Pflegebedürftigen beitragen. Bei Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe, Bettschutz), übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von monatlich 40,00 Euro.

Bei allen Pflegehilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, sowie den „technischen Hilfen“ (z. B. Pflegebetten) haben Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 % der Kosten, höchstens jedoch 25,00 Euro je Verordnung, zu tragen. In besonderen Härtefällen können sie von der Eigenbeteiligung befreit werden.

Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (z. B. Türvergrößerung, Treppenlifter) gehören ebenfalls zu den Leistungen der Pflegekasse. Die Zuschüsse sind auf 4.000,00 Euro je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, wird der Betrag von 4.000,00 Euro je Pflegebedürftigen gezahlt. Insgesamt darf jedoch ein Betrag von 16.000,00 Euro nicht überschritten werden.



Leistungen für Wohn- und Selbsthilfegruppen

Die Gründung ambulanter Wohngruppen wird mit einem Zuschuss von 2.500,00 Euro je Versicherten unterstützt. Die Förderung erhält nur jemand, der als pflegebedürftig gilt (Pflegegrad 1 bis 5). Je Wohngruppe beträgt der Gesamtbetrag maximal 10.000,00 Euro. Mit dem Zuschuss können notwendige Umbaumaßnahmen für die altersgerechte und barrierearme Umgestaltung der Wohnung mitfinanziert werden.

Beschäftigt die Wohngruppe (maximal zwölf Bewohner, davon mindestens drei Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 1) eine zur Aufgabenerbringung beauftragte Person, wird zusätzlich eine zweckgebundene Pauschale von 214,00 Euro monatlich je Pflegebedürftigen von der Pflegekasse gezahlt.

Tages- und Nachtpflege

Wenn ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 bis 5 in seinem Haushalt „nicht ausreichend“ gepflegt werden kann, übernimmt die Pflegekasse im Rahmen bestimmter Höchstbeträge die Kosten für eine teilstationäre Pflege in einer zur Tages- und Nachtpflege zugelassenen Einrichtung.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Betreuung, die medizinische Behandlungspflege und den Transport in die Einrichtung. Kosten für die Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen, können aber im Rahmen der Entlastungsleistungen von der Pflegekasse erstattet werden.

Zusätzlich kann der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen und Pflegegeld in vollem Umfang bis zu den jeweiligen Höchstbeträgen beanspruchen.

Leistungsbeträge bei teilstationärer Pflege – monatlich in Euro

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

Kurzzeitpflege

Sofern die Pflege im häuslichen Umfeld vorübergehend nicht möglich ist (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson) oder nicht bzw. nicht mehr sichergestellt werden kann, und die Pflege eines ambulanten Pflegedienstes oder einer Tagespflege-Einrichtung nicht mehr ausreicht, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Anspruch auf die Leistungen der Kurzzeitpflege. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können sich etwaige Kosten der Kurzzeitpflege im Rahmen des Entlastungsbetrages (125,00 Euro monatlich) erstatten lassen. In besonderen Fällen, wie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, kann auch ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege gegenüber der Krankenkasse bestehen.

Die Kurzzeitpflege ist eine Art vollstationäre Pflege in einer speziellen Einrichtung. Der Pflegebedürftige wird hier – wie in einem „vollstationären Pflegeheim“ – vollstationär versorgt und gepflegt. Die Pflegekassen übernehmen im Kalenderjahr (jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember) grundsätzlich für bis zu acht Wochen die Kosten für den pflegebedingten Aufwand im Rahmen der Kurzzeitpflege, bis zu einem Höchstbetrag von 1.774,00 Euro. Dieser Betrag kann ggf. um nicht verwendete Mittel der Verhinderungspflege (bis zu 1.612,00 Euro) auf bis zu 3.386,00 Euro erhöht werden.

Die Pflegekasse darf diesen Betrag jedoch nur dann zahlen, wenn die Kurzzeitpflege-Einrichtung einen Versorgungsvertrag mit ihr abgeschlossen hat. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Das bisher bezogene Pflegegeld wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt.

Ist eine geeignete Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht vorhanden, kann die Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder ähnlichen Einrichtungen durchgeführt werden. Dadurch sollen die betroffenen Pflegebedürftigen in besonders auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Einrichtungen betreut werden.

Eine weitere Möglichkeit zur Überbrückung der Zeit bis zur Heimaufnahme ist die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, kurz „Verhinderungspflege“ genannt. Die Einzelheiten hierzu finden sich auf Seite 17.

Kombination von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Die Leistungen der Kurzzeitpflege sind auf acht, die Leistungen der Verhinderungspflege auf sechs Wochen je Kalenderjahr begrenzt. Für die Verhinderungspflege können bis zu 1.612,00 Euro und für die Kurzzeitpflege bis zu 1.774,00 Euro je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Es ist jedoch möglich, die noch nicht verwendeten Mittel der Verhinderungspflege zu 100 % in die Kurzzeitpflege zu übertragen. Anders herum kann eine Übertragung der noch nicht verwendeten Mittel aus der Kurzzeitpflege in die Verhinderungspflege von bis zu 806,00 Euro erfolgen. Eine Ausweitung der zeitlichen Begrenzung der beiden Leistungen ist nicht möglich.

Leistungen der Behindertenhilfe

Die Ansprüche pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bestehen „nebeneinander“. Über die Einzelheiten informiert Sie die Pflegekasse.



Stationäre Pflege

Ist die Pflege des Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit vorübergehend oder auf Dauer nicht möglich, sieht die Pflegeversicherung verschiedene Leistungen für die Betreuung in stationären Einrichtungen vor.

Vollstationäre Pflege

Wird der Pflegebedürftige auf Dauer in einer vollstationären Pflegeeinrichtung betreut, beteiligt sich die Pflegekasse an den Kosten der Unterbringung in einem zugelassenen Pflegeheim.

Pflegesatz

Für die Vergütung der Heimkosten gibt es ein tägliches Heimentgelt, das sich aus drei Bestandteilen zusammensetzt. Darüber hinaus können Pflegeheim und Pflegebedürftiger besonders zu vergütende „Zusatzleistungen“ vereinbaren.

1. Pflegebedingter Aufwand/Pflegesatz

Der Pflegesatz umfasst die pflegebedingten Aufwendungen, die Kosten der vom Heimpersonal erbrachten medizinischen Behandlungspflege (= medizinische Leistungen, die nicht der Arzt erbringt) und die Kosten der Betreuung. Zur Abgeltung dieser Kosten eines Pflegeheimes wird mit dem Träger des Heimes ein Pflegesatz vereinbart.

2. Unterkunft und Verpflegung

Neben dem Pflegesatz wird mit dem Träger des Pflegeheimes ein Betrag vereinbart, mit dem die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bezahlt werden. Auch hier sind Anteile aus den Personal- und Sachkosten enthalten. Es wird nicht nach dem Pflegegrad unterschieden. Diese Kosten sind vom Pflegebedürftigen zu tragen.

3. Investitionskosten

Mit dem Pflegesatz und dem Entgelt für „Unterkunft und Verpflegung“ dürfen keine Investitionskosten finanziert werden – d.h. keine Kosten, die dem Pflegeheim durch die Anschaffung, Instandhaltung von Grundstücken und Gebäuden oder im Zusammenhang mit Miete und Pacht von Anlagegütern entstehen. Die Investitionskosten der Pflegeheime werden grundsätzlich von den Ländern getragen. Diese öffentlichen Mittel decken jedoch in der Regel nicht sämtliche entstehenden Kosten ab. Die nicht durch Landesmittel gedeckten Kosten können



den Pflegebedürftigen vom Pflegeheim (nach Zustimmung der zuständigen Landesbehörde) gesondert in Rechnung gestellt werden.

4. Zusatzleistungen

Neben den standardmäßig zu erbringenden Pflegeleistungen und den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung kann das Pflegeheim mit dem Pflegebedürftigen besonders zu vergütende „Zusatzleistungen“ vereinbaren.

Als Zusatzleistungen kommen beispielsweise die kosmetische Fußpflege oder das Ändern von Kleidungsstücken in Betracht. Keine Zusatzleistung sind beispielsweise die Getränkeversorgung, die Geldverwaltung oder die Begleitung zu Arzt- und Behördengängen.

Leistungen der Pflegeversicherung

Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (z. B. Pflegebedürftigkeit, Vorversicherungszeit) beteiligt sich die Pflegekasse – bis zu bestimmten Höchstbeträgen – an den pflegebedingten Aufwendungen, der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung.

Leistungsbeträge bei stationärer Pflege – monatlich in Euro

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

* Die Leistungen der vollstationären Pflege werden bei Pflegegrad 1 in Form eines Zuschusses gezahlt.

Pflegebedingte Aufwendungen, die über dem Leistungshöchstbetrag liegen und damit nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, müssen von dem Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Hierbei gilt in vollstationären Pflegeeinrichtungen ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen, der für alle pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegegrade 2 bis 5 gleich ist.

Seit dem 01.01.2022 wird der Eigenanteil abhängig von der Dauer der vollstationären Pflege begrenzt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die vollstationäre Pflegeleistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag zu ihrem Eigenanteil. Dieser wird direkt zur Verrechnung an die Einrichtung entrichtet.

Bezugsdauer Vollstationäre Pflegeleistungen	Leistungszuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil
bis 12 Monate	5 %
über 12 Monate	25 %
über 24 Monate	45 %
über 36 Monate	70 %

Zudem haben Pflegebedürftige aller Pflegegrade einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflegeeinrichtungen erhalten einen Vergütungszuschlag von den Pflegekassen und stellen dem Pflegebedürftigen die zusätzlichen Betreuungsleistungen zur Verfügung.

Leistungen der Sozialämter

Sollte der errechnete Betrag, den der Pflegebedürftige zu tragen hat, höher als sein Einkommen sein, können Leistungen des Sozialamtes beantragt werden. Dieses übernimmt die Kosten der Unterbringung und Pflege, soweit der Heimbewohner sie nicht von anderen erhält (z. B. von der Pflegeversicherung) oder aus eigenen Mitteln tragen kann. Außerdem wird ein Barbetrag zur persönlichen Verfügung gezahlt. Unter Umständen werden unterhaltspflichtige Kinder zum Unterhalt herangezogen; allerdings gelten hier bestimmte Freibeträge.

Das richtige Pflegeheim finden

Der Wechsel von der „heimischen“ Atmosphäre in ein Pflegeheim ist für den Pflegebedürftigen ein großer Einschnitt. Er kommt in eine völlig neue Umgebung und in der Regel muss er auf Dauer seinen „Wohnsitz“ in dieses Heim verlegen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass sich der Betroffene in der ausgewählten Einrichtung wohlfühlt und dort gut betreut und gepflegt wird.

Wie aber kann der Pflegebedürftige, seine Angehörigen oder Freunde ein geeignetes Pflegeheim erkennen? In Deutschland sind zurzeit ca. 13.000 Pflegeheime als Vertragspartner der Pflegekassen zugelassen. Um das „Heim seiner Wahl“ zu finden, kann man sicher unterschiedlich vorgehen.

Die Entscheidungsfindung ist ein sehr persönlicher Vorgang, der den individuellen Pflegebedarf des Pflegebedürftigen berücksichtigen muss. Das Gutachten über die Feststellung der Pflegedürftigkeit (s. Seite 13) gibt hierüber genauen Aufschluss.

Auf der Suche nach dem geeigneten Pflegeheim kann auch die Pflegekasse helfen. Möchte man z. B. ein Heim in einer bestimmten Region oder einer bestimmten Stadt wählen, kann sie die zugelassenen Pflegeheime aufgrund der persönlichen Vorgaben auflisten. Solche Listen beinhalten auch die Preise dieser Heime. In der Regel sind auch die Telefonnummern angegeben, so dass einer schnellen Kontaktaufnahme nichts mehr im Wege steht.

Falls Sie weitere Informationen benötigen, besuchen Sie uns einfach online auf www.hkk.de. Hier finden Sie auch den hkk Pflegelotsen; dieser bietet Ihnen eine schnelle Orientierung über ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen.

Um den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Suche nach einem geeigneten Heim zu erleichtern bzw. um die Qualität eines Heims transparent zu machen, werden die Pflegeheime in regelmäßigen Abständen überprüft. Die Ergebnisse der Überprüfung müssen im Heim sichtbar ausgehängt werden (etwa im Eingangsbereich) bzw. für jeden Interessierten einsehbar sein.

Heimvertrag

Wenn die Entscheidung für ein bestimmtes Pflegeheim gefallen ist, werden die Rahmenbedingungen – wie Aufnahmetag, Heimentgelt, Rechte und Pflichten des Heimes und des Bewohners usw. – in einem Heimvertrag zwischen Pflegeheim und Pflegebedürftigem verbindlich vereinbart. Dieser Heimvertrag ist gesetzlich vorgeschrieben.

Nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz hat der Träger des Pflegeheimes den künftigen Bewohner vor Abschluss des Heimvertrages schriftlich über den Vertragsinhalt zu informieren. Insbesondere sind im Vorfeld die Leistungen und die Ausstattung des Pflegeheimes sowie die Rechte und Pflichten des Bewohners darzulegen. So können sich der Bewohner und ggf. die betroffenen Angehörigen schon vorab darüber informieren, welche Leistungen zu welchem Preis in der Einrichtung angeboten werden (dies ersetzt natürlich nicht die persönliche Besichtigung der Einrichtung).

Durch den Heimvertrag werden u. a. folgende Inhalte geregelt:

- Die Leistungen des Pflegeheimes wie Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung usw.
- Das für die genannten Leistungen zu zahlende Entgelt
- Aufnahmedatum sowie Vertragsdauer
- Regelungen zu Pflegesatzerhöhungen und Kündigungsfristen
- Vereinbarte Zusatzleistungen, die nicht bereits durch den Pflegesatz bzw. das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung abgegolten sind
- Regelungen bei Abwesenheit des Bewohners (z. B. bei Urlaub oder Krankheit)

Nach Abschluss des Heimvertrages erhält der Heimbewohner eine schriftliche Ausfertigung des Heimvertrages.

Leistungen für pflegende Angehörige

Für pflegende Angehörige sieht die Pflegeversicherung Leistungen zur sozialen Absicherung während der Pflege eines nahestehenden Pflegebedürftigen sowie Beratungs- und Schulungsangebote vor. Für Arbeitnehmer, die einen nahen pflegebedürftigen Angehörigen pflegen und auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf angewiesen sind, hat der Gesetzgeber eine Pflege- und Familienpflegezeit vorgesehen, die neben einem Kündigungsschutz und der sozialen Absicherung auch ein zinsloses Darlehen vorsieht.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Wenn jemand unerwartet zum Pflegefall wird oder sich die Pflegesituation unerwartet verändert, müssen sich die Angehörigen kurzfristig darauf einstellen und eine Menge organisieren. Beschäftigte können sich in diesem Fall für bis zu zehn Tage von der Arbeit freistellen lassen, um für einen nahen pflegebedürftigen Angehörigen* in einer akuten Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Während dieser Zeit erhalten sie auf Antrag einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (sog. Pflegeunterstützungsgeld) von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen und sind sozialversichert.

Pflegezeit

Um einen nahen Angehörigen* zu pflegen, kann sich ein Arbeitnehmer für die Dauer von bis zu sechs Monaten ganz oder teilweise von der Arbeit unbezahlt freistellen lassen. Zur besseren Absicherung des Lebensunterhaltes kann für diesen Zeitraum ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Der Anspruch auf Freistellung besteht jedoch nur für Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten. Während der Pflegezeit bleibt der Arbeitnehmer sozialversichert – doch er bezieht kein Gehalt, sein Arbeitsverhältnis „ruht“. Daher muss er sich für diese Zeit selbst um seinen Krankenversicherungsschutz kümmern.

* Naher Angehöriger:

1. Großeltern, Eltern, Stiefeltern und Schwiegereltern
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister und Schwäger,
3. Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkel

Pflichtversicherte Arbeitnehmer

Ist sein Ehepartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, kann der Arbeitnehmer ab dem Tag der Freistellung von der Beschäftigung bzw. ab dem damit verbundenen Ruhen des Anspruchs auf Arbeitsentgelt, beitragsfrei in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert werden. Ist eine Familienversicherung nicht möglich, kann sich der Arbeitnehmer freiwillig in seiner bisherigen gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse weiterversichern. Er muss dann die Mindestbeiträge entrichten. Falls der freigestellte Arbeitnehmer über ein anderweitiges, die Mindest-Beitragsbemessungsgrundlage überschreitendes Einkommen verfügt, fallen evtl. höhere Beiträge an.

Auf Antrag zahlt die Pflegekasse Beitragszuschüsse in Höhe der Mindestbeiträge der Kranken- und Pflegeversicherung.

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer

Ist sein Ehepartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, kann der Arbeitnehmer ab dem Tag der Freistellung von der Beschäftigung bzw. ab dem damit verbundenen Ruhen des Anspruchs auf Arbeitsentgelt, beitragsfrei in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert werden. Ist eine Familienversicherung nicht möglich, bleibt er freiwilliges Mitglied seiner Krankenkasse. Auf Antrag erhält er von der Pflegekasse Beitragszuschüsse in Höhe der Mindestbeiträge der Kranken- und Pflegeversicherung. Falls der freigestellte Arbeitnehmer über ein anderweitiges, die Mindest-Beitragsbemessungsgrundlage überschreitendes Einkommen verfügt, fallen evtl. höhere Beiträge an.

Teilweise Freistellung

Beschäftigte, die sich nur teilweise von der Arbeit freistellen lassen, erhalten keine Zuschüsse, da sie weiterhin als Arbeitnehmer versichert sind. Ausnahme: Wenn die Beschäftigten aufgrund der Reduzierung der Arbeitszeit nur noch wie ein geringfügig Beschäftigter verdienen und sie deshalb nicht mehr sozialversichert sind. Liegen dann die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nicht vor, müssen sie sich ebenfalls freiwillig weiterversichern und erhalten auf Antrag Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen.

Familienpflegezeit

Außerdem können sich Beschäftigte für bis zu 24 Monate teilweise von der Arbeit freistellen lassen (Familienpflegezeit), wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Auch während dieser Zeit besteht ein Anspruch auf das o.g. zinslose Darlehen des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.



Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit). Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit gilt nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten.

Soziale Sicherung

Unfallversicherung

Personen, die einen Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig – also ehrenamtlich – pflegen (Pflegeperson), sind während ihrer Pflegetätigkeit in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass die Pflege mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, durchgeführt wird.

Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung zahlt Rentenbeiträge für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 pflegen und regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Voraussetzung ist auch hier, dass die Pflege mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, durchgeführt wird.

Die Rentenbeiträge steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und sind zudem davon abhängig, welche Leistungen die pflegebedürftige Person bezieht.

Für ehrenamtliche Pflegepersonen, die bereits vor Inkrafttreten der Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Anfang 2017 aufgrund einer Pfl egetätigkeit rentenversichert waren, gilt für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit das alte Recht weiter – es sei denn, die Neuregelung ist günstiger für sie. Dieser Bestandsschutz gilt jedoch nur, solange sich in den Pflegeverhältnissen nichts ändert. Ändert sich z. B. die Leistungsart, entfällt der Bestandsschutz und es gilt das neue Recht.

Arbeitslosenversicherung

Unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen zahlt die Pflegekasse für die Dauer der Pfl egetätigkeit Arbeitslosenversicherungsbeiträge, wenn die ehrenamtliche Pflegeperson aus dem Beruf aussteigt, um sich um einen Pflegebedürftigen zu kümmern oder für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbricht.

Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung greift, wenn die Pflegeperson vor der Pfl egetätigkeit bereits versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung war (zum Beispiel aufgrund einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung) oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung (zum Beispiel Arbeitslosengeld) bezogen hat. Zudem darf für die Pflegeperson nicht ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung bestehen (zum Beispiel aufgrund einer sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung).



Ehrenamtliche Pflegepersonen können dann – falls ihnen ein nahtloser Wiedereinstieg in den Beruf nach dem Ende ihrer Pfl egetätigkeit nicht gelingt – Arbeitslosengeld beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung beanspruchen.

Pflegeberatung

Nach erstmaliger Antragsstellung sowie bei nachfolgenden Anträgen auf Leistungen bietet die Pflegekasse dem Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang einen Beratungstermin an. Die Beratung wird auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder der Einrichtung, in der er lebt, durchgeführt.

Kann die Pflegekasse den Beratungstermin nicht selber durchführen, stellt sie einen Beratungsgutschein aus, mit dem sich der Versicherte kostenlos durch einen qualifizierten Dienstleister beraten lassen kann.

Als weiteres Beratungsangebot stehen wohnortnahe Pflegestützpunkte zur Verfügung. Sie vermitteln und koordinieren pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote. In den Pflegestützpunkten sind oftmals Berater der Pflegekassen tätig und betreuen Hilfesuchende neutral und auf Wunsch auch über einen längeren Zeitraum persönlich. Über die Einrichtung der Pflegestützpunkte entscheidet das jeweilige Bundesland; unterhalten werden sie von den Kranken- und Pflegekassen sowie dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Schulungen

Zur Schulung von Angehörigen und anderen Personen, die ehrenamtlich pflegerische Aufgaben übernehmen, bieten die Pflegekassen kostenlose Pflegekurse an. Diese vermitteln nützliches Basiswissen für den Pflegealltag und können – falls gewünscht – in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Weitere Informationen hierzu finden Sie auch auf unserer Website www.hkk.de.



Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wird grundsätzlich je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Ausgenommen hiervon ist der Beitragszuschlag von 0,35 %, den kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, zahlen.

Eine weitere Ausnahme von der hälftigen Beitragszahlung gilt in Sachsen; hier ist der Arbeitnehmeranteil zur Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass ausschließlich in Sachsen kein Feiertag zur Finanzierung der Pflegeversicherung abgeschafft wurde.

Beitragsverteilung

Wer zahlt wieviel?	Sachsen	alle anderen Bundesländer
Arbeitnehmer	2,025 %	1,525 %
	Seit 01.01.2022	
Arbeitnehmer mit Beitragszuschlag	2,025 % + 0,35 % = 2,375 %	1,525 % + 0,35 % = 1,875 %
Arbeitgeber	1,025 %	1,525 %

Beitragsbemessungsgrenze

Als Beitragsbemessungsgrenze bezeichnet man die Einkommensgrenze, bis zu der das Einkommen zur Berechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen wird. In der Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (2023: 4.987,50 Euro monatlich).

Private Pflege-Pflichtversicherung

Der Privaten Pflege-Pflichtversicherung gehören die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Mitglieder an. Die Beiträge bemessen sich nicht nach dem Einkommen des Versicherten, sondern nach dessen Risiko, pflegebedürftig zu werden (Alter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss).



Beschäftigte, die in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in der Höhe ihres hälftigen Versicherungsbeitrages. Als Höchstbetrag für den Arbeitgeberzuschuss gilt der Höchstbetrag des Arbeitgeberanteils in der sozialen Pflegeversicherung (2023: 76,06 Euro monatlich; Bundesland Sachsen 51,12 Euro monatlich).

Pflegebedürftigkeit – was nun?

Checkliste

1. Setzen Sie sich mit Ihrer Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Dies kann auch ein von Ihnen bevollmächtigter Angehöriger oder eine nahestehende Person übernehmen.

2. Sie haben Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch einen Pflegeberater Ihrer Pflegekasse. Dies gilt auch für Angehörige und andere nahestehende Personen, sofern Sie dem zustimmen.

3. Unmittelbar nach der Stellung Ihres Antrags auf Leistungen bietet Ihnen die Pflegekasse einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an, der innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Außerdem benennt die Pflegekasse einen Berater, der persönlich für Sie zuständig ist. Alternativ kann die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellen, den Sie bei den benannten unabhängigen und neutralen Beratungsstellen einlösen können. Auf Wunsch kann die Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause stattfinden.

4. Der hkk Pflegebetreuer gibt Ihnen eine schnelle Orientierung über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie die entsprechenden Vergütungen.

5. Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt die Pflegekasse den MDK oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. In der Regel kommt hierzu ein Gutachter zu einem angemeldeten Hausbesuch.

6. Wie bereite ich mich auf den Besuch des Gutachters vor?

Wenn Sie sich auf die Begutachtung vorbereiten möchten, ist es sinnvoll, sich die aktuelle Pflegesituation vor Augen zu rufen. Hierfür können Sie folgende Leitfragen nutzen:

- Wie selbstständig ist die Person bei der Bewältigung des Alltags?
 - Welche Aktivitäten können eigenständig durchgeführt werden?
 - Wobei wird die Unterstützung anderer Personen benötigt?
-

7. Bitten Sie Ihre Pflegeperson oder eine andere vertraute Person, bei der Begutachtung anwesend zu sein.

8. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die Pflege durch Angehörige längerfristig durchgeführt werden kann und ob Sie ergänzend und ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zugreifen wollen.

9. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, können Sie sich über geeignete vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei Ihrer Pflegekasse informieren und beraten lassen.

10. Bei allen Fragen stehen Ihnen die Berater der Pflegekasse oder die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte zur Verfügung.

Immer in Ihrer Nähe!

Persönliche Beratung: hkk-Geschäftsstellen und -Servicepunkte



Adressen, Öffnungszeiten und Telefonnummern finden Sie unter [hkk.de/kontakt](https://www.hkk.de/kontakt)



In den Servicepunkten und auf [lvm.de](https://www.lvm.de) erhalten Sie insbesondere Infos zu attraktiven Zusatzversicherungen.

Schnell und kompetent am Telefon: die hkk-Kundenberatung



Unter **0421-36550** und **0800-2555 444** (gebührenfrei) bekommen Sie eine individuelle Beratung. Kritik, Anregungen und Ihre Ideen nehmen wir gerne unter **0800-1455 255** (gebührenfrei) entgegen. Per Fax erreichen Sie uns unter **0421-3655 3700**.

Überall, rund um die Uhr: hkk online



Auf [hkk.de](https://www.hkk.de) finden Sie alles zum Gesundbleiben, Gesundwerden und zu Ihrer Krankenversicherung. Zu diesen Themen informiert auch der [hkk.de/newsletter](https://www.hkk.de/newsletter) regelmäßig.

Auch unter info@hkk.de sind wir gerne für Sie da.



hkk Krankenkasse – Gesundheit gut versichert.
28185 Bremen
[hkk.de](https://www.hkk.de)

Mit dieser Information möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Versicherungsleistungen geben. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Grundlage für den Versicherungsschutz der hkk sind die gültigen Satzungsbedingungen der Handelskrankenkasse (hkk) und der hkk-Pflegekasse.

Stand: Januar 2023. Aktuelle Infos finden Sie auf [hkk.de](https://www.hkk.de)

hkk17531 (01/23)