

In guten Händen bei der BKK

Pflege und Pflegeversicherung



Die Reform

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, sollte die Strukturen der Pflege verändern und vor allem dazu führen, dass die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet wird.

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden, zum Teil schrittweise, erhöht – im Bereich der häuslichen Pflege, aber auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige im stationären Bereich. Erstmals gibt es einen Rechtsanspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung. Als zentrale, wohnortnahe und gut erreichbare Anlaufstellen für Pflegebedürftige und Pflegenden sollten die Länder Pflegestützpunkte einrichten.

Die Reform wollte die Qualität der Pflege verbessern und die Qualitätsstandards der Pflegeeinrichtungen für die Betroffenen transparent und vergleichbar machen.

Der Beitragssatz der Pflegeversicherung beträgt 1,95 %. Kinderlose Mitglieder zahlen einen Beitragszuschlag von 0,25 %.



Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung soll allen Pflegebedürftigen Hilfe leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei den „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in „erheblichem“ oder „höherem“ Maße der Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung bedürfen.

Ihre BKK ist nicht nur für die Krankenversicherung, sondern auch für die Durchführung der Pflegeversicherung zuständig. Alle pflichtversicherten und freiwillig versicherten Mitglieder der BKK sind „automatisch“ Mitglied in der BKK Pflegeversicherung. Ihre familienversicherten Angehörigen sind – genau wie bei der Krankenversicherung – auch in der Pflegeversicherung beitragsfrei familienversichert.

Ihre BKK Pflegekasse bezahlt sowohl Leistungen der häuslichen als auch der vollstationären Pflege. Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt und ggf. welcher der drei Pflegestufen sie zuzuordnen ist, entscheidet die BKK Pflegekasse aufgrund einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten ist es notwendig, dass eine „Vorversicherungszeit“ erfüllt ist. Erst, wenn man mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert ist, kann man Leistungen beanspruchen. Leistungen können nur auf Antrag zur Verfügung gestellt werden, und zwar grundsätzlich vom Tag der Antragstellung an.

Pflegestufen

Der Umfang der Leistungen richtet sich nach der jeweiligen Stufe der Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe I

Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe II

Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegestufe III

Schwerstpflegebedürftigkeit



Häusliche Pflege

Die Pflege des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung hat Vorrang vor einer Unterbringung im Heim. Deshalb bilden die Leistungen der häuslichen Pflege in der Pflegeversicherung einen Schwerpunkt. Die Pflegeversicherung bezahlt Leistungen der häuslichen Pflege, wenn der Pflegebedürftige in seinem eigenen Haushalt oder einem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, gepflegt wird.

Pflege-Sachleistungen oder Geldleistungen

Pflegebedürftige können entscheiden, ob sie sich für die Pflege-Sachleistungen (Pflegeeinsätze „professioneller“ Pflegedienste, die von der Pflegekasse im Rahmen bestimmter Höchstgrenzen direkt bezahlt werden) entscheiden oder Geldleistungen („Pflegegeld“, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse ausgezahlt wird) in Anspruch nehmen möchten. Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht nur, wenn der Pflegebedürftige seine Pflege in geeigneter Weise durch eine Pflegeperson seines Vertrauens sicherstellt.

Wer ausschließlich Pflegegeld erhält, muss ferner mindestens einmal halbjährlich (Pflegestufen I und II) bzw. mindestens einmal vierteljährlich (Pflegestufe III) einen Pflegeeinsatz von einem professionellen Pflegedienst durchführen lassen. Die Kosten dieses Beratungseinsatzes bezahlt die Pflegekasse. Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt werden, sondern auch von den durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, und auf Wunsch auch von den Pflegeberatern.

Versicherte, die zwar noch nicht pflegebedürftig, aber z. B. aufgrund einer Demenzerkrankung in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (sogenannte Pflegestufe 0), können ebenfalls halbjährlich einen Beratungseinsatz und darüber hinaus auch bestimmte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

Leistungs-Höchstgrenzen häusliche Pflege

	Pflege-Sachleistungen Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von monatlich	Pflegegeld monatlich
Pflegestufe I		
ab 1.1.2010:	440 Euro	225 Euro
ab 1.1.2012:	450 Euro	235 Euro
Pflegestufe II		
ab 1.1.2010:	1.040 Euro	430 Euro
ab 1.1.2012:	1.100 Euro	440 Euro
Pflegestufe III		
ab 1.1.2010:	1.510 Euro	685 Euro
ab 1.1.2012:	1.550 Euro	700 Euro
Pflegestufe III (Härtefälle)		
ab 1.1.2010:	1.918 Euro	
ab 1.1.2012:	1.918 Euro	

Härtefälle

In besonderen Einzelfällen – wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand notwendig ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt – kann die BKK Pflegekasse, zur Vermeidung finanzieller Härten, bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III die Kosten für weitere Pflegeeinsätze über den monatlichen Höchstwert (s. Tabelle) hinaus übernehmen, und zwar bis zu einem Gesamtwert von monatlich 1.918 Euro.

Kombinationsleistung

Pflegebedürftige können auch die sog. Kombinationsleistung wählen, d. h. die Pflege-Sachleistungen und das Pflegegeld jeweils anteilig beanspruchen.

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. Über den Anspruch auf Pflegeleistungen bei einem Auslandsaufenthalt informiert gerne Ihre BKK Pflegekasse.

Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs, einer Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, übernimmt die BKK Pflegekasse die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege für längstens vier Wochen und höchstens 1.510 Euro bzw. 1.550 Euro ab 2012 im Kalenderjahr. 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 Pflegegeldes vergütet. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wurde.

Pflegehilfsmittel, „technische Hilfen“, Verbesserung des Wohnumfeldes

Die BKK Pflegekasse trägt auch die Kosten für Pflegehilfsmittel und „technische Hilfen“, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen. Bei Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von monatlich 31 Euro. Bei allen Pflegehilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, sowie den „technischen Hilfen“ haben Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 % der Kosten, höchstens jedoch 25 Euro je Verordnung, selbst zu tragen. In besonderen Härtefällen können sie von der Eigenbeteiligung befreit werden. Zuschüsse für Verbesserungsmaßnahmen im Wohnumfeld – z. B. für einen behindertengerechten Wohnungsumbau – gehören ebenfalls zu

den Leistungen der BKK Pflegekasse. Die Zuschüsse sind auf 2.557 Euro je Maßnahme begrenzt.

Tages- und Nachtpflege

Wenn ein Pflegebedürftiger in seinem Haushalt „nicht ausreichend“ gepflegt werden kann, übernimmt die BKK Pflegekasse im Rahmen bestimmter Höchstbeträge (s. Tabelle auf S. 6) die Kosten für eine teilstationäre Pflege in einer zur Tages- oder Nachtpflege zugelassenen Einrichtung. Zusätzlich kann der Pflegebedürftige Pflege-Sachleistungen oder Pflegegeld beanspruchen. Der Wert beider Leistungen zusammen darf max. 150 % der Höchstbeträge für Pflege-Sachleistungen bzw. für Pflegegeld betragen (s. Tabelle auf S. 6).

Werden also beispielsweise 50 % der Leistungen für Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht daneben noch ein Anspruch auf 100 % der Pflege-Sachleistungen bzw. des Pflegegeldes. Dieser Anspruch erhöht sich allerdings nicht, wenn weniger als 50 % der Leistungen für Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden (s. Tabelle auf S. 9).

Leistungen der Tages- und Nachtpflege (TN)/ zusätzlicher Anspruch auf Pflege-Sachleistungen bzw. Pflegegeld (PS bzw. PG)

TN	PS bzw. PG
100 %	50 %
90 %	60 %
80 %	70 %
70 %	80 %
60 %	90 %
50 %	100 %
40 %	100 %
30 %	100 %
20 %	100 %
10 %	100 %

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege im Augenblick (noch) nicht wie erforderlich geleistet werden, und reicht auch die teilstationäre Pflege nicht aus, kommt die sog. Kurzzeitpflege in Frage. Diese wird für einen Übergangszeitraum (längstens vier Wochen pro Kalenderjahr, bis zu 1.510 Euro bzw. 1.550 Euro ab 2012) im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder in „Krisensituationen“ zur Verfügung gestellt. Für die Dauer der Kurzzeitpflege entfällt das Pflegegeld bzw. die Pflege-Sachleistung.

Kurzzeitpflege für Kinder

Pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren, die zu Hause betreut werden, haben einen Anspruch auf spezielle Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder ähnlichen Einrichtungen. Dadurch sollen die betroffenen Kinder in besonders auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Einrichtungen betreut werden.



Zusätzliche Betreuungsleistungen

Pflegebedürftige mit einem „erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ (z. B. wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen) – auch unterhalb der Pflegestufe I – können unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Betreuungsleistungen beantragen. Je nach Betreuungsbedarf wird ein Grundbetrag von 100 Euro monatlich (bei geringem Betreuungsaufwand) bzw. ein höherer Betrag von 200 Euro monatlich (bei höherem Betreuungsaufwand) gezahlt. Die BKK Pflegekasse informiert gerne über alle Einzelheiten.

Poolen von Leistungen (Ansprüche „zusammenlegen“)

Ein möglichst selbstbestimmtes Leben im Alter, das ist der Wunsch vieler Menschen, und deshalb finden alternative Lebens- und Wohnformen (z. B. „Senioren-WGs“) immer mehr Zulauf. Vor diesem Hintergrund können Pflegebedürftige ihre Ansprüche auf Pflege-Sachleistungen mit den Ansprüchen anderer Pflegebedürftiger „zusammenlegen“ und daraus gemeinsam Leistungen beziehen. So können sich z. B. die Bewohner einer Senioren-WG, aber auch Nachbarn, die in einem Haus oder einer Straße wohnen, eine Pflegekraft teilen. Dadurch erzielte Einsparungen (z. B. eine Anfahrt statt mehrerer Anfahrten) können für Leistungsverbesserungen verwendet werden.

Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen

Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen (Pflegepersonen), sind bei der Pflege Tätigkeit in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Die BKK Pflegekasse zahlt für die Pflegepersonen auch Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn der Pflegebedürftige von dieser Person mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird und die Pflege nicht erwerbsmäßig ist. Die Beiträge zur Rentenversicherung werden auch in der Zeit eines Urlaubs der Pflegeperson weiter gezahlt. Unter bestimmten Voraussetzungen können

sich die Pflegepersonen freiwillig in der Arbeitslosenversicherung weiterversichern.

„Pflegeurlaub“

Wenn jemand unerwartet zum Pflegefall wird, müssen sich die Angehörigen kurzfristig darauf einstellen und eine Menge organisieren. Beschäftigte können sich in diesem Fall für bis zu zehn Tage unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen, um für einen nahen Angehörigen* in einer akuten Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Während dieser Zeit sind sie sozialversichert.

Pflegezeit –

Freistellung von der Arbeit für max. sechs Monate

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. 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.

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.

Die Pflegekasse übernimmt außerdem die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge zur Rentenversicherung übernimmt sie, wenn die Pflegeperson ihren Angehörigen – nicht erwerbsmäßig – mindestens 14 Stunden pro Woche pflegt.

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.

*naher Angehöriger:

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

Pflegekurse

Zur Schulung von Angehörigen und anderen Personen, die ehrenamtlich pflegerische Aufgaben übernehmen möchten, bieten die BKK Pflegekassen mit ihrer ISA (Individuelle Schulung für Angehörige) kostenlose Pflegekurse an.

Pflegestützpunkte

In wohnortnahen Pflegestützpunkten geben, finden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Hilfe bei der Suche nach einem Pflegeheim, einer Tagesbetreuung oder Angebote der Altenhilfe. Ob Pflegestützpunkte eingerichtet werden, entscheidet das jeweilige Bundesland. Die eingerichteten Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen unterhalten.

Pflegeberatung

Seit dem 1.1.2009 gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Diese erfolgt in der Regel durch geschulte Mitarbeiter der Pflegekasse, kann aber auch auf andere Fachkundige übertragen werden. Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung, die in den Pflegestützpunkten oder zu Hause stattfinden kann, ist freiwillig.

Vollstationäre Pflege

In Fällen, in denen Pflegebedürftige auf Dauer in einem Pflegeheim betreut werden, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für Leistungen bei vollstationärer Pflege. Voraussetzung dafür ist, dass eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder nicht in Betracht kommt, etwa weil keine Pflegeperson vorhanden ist oder der Umfang der Pflege eine stationäre Pflege erfordert.

Pflegeleistungen

Die BKK Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Pflege, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen bis zu einem monatlichen Höchstbetrag (s. Tabelle). In Ausnahme-/ Härtefällen – wenn ein außergewöhnlich umfangreicher und intensiver Pflegeaufwand notwendig ist – kann sie auch pflegebedingte Kosten bis zur Höhe von 1.825 Euro bzw. 1.918 Euro ab 2012 monatlich übernehmen. Die tatsächliche Höhe des Leistungsanspruchs richtet sich nach der Pflegestufe des Pflegebedürftigen.

Die Höchstgrenzen der Kosten, die von den Pflegekassen übernommen werden, sind gesetzlich so festgelegt:

Leistungs-Höchstgrenzen stationäre Pflege	
Pflegestufe I	
ab 1.1.2010:	1.023 Euro monatlich
ab 1.1.2012:	1.023 Euro monatlich
Pflegestufe II	
ab 1.1.2010:	1.279 Euro monatlich
ab 1.1.2012:	1.279 Euro monatlich
Pflegestufe III	
ab 1.1.2010:	1.510 Euro monatlich
ab 1.1.2012:	1.550 Euro monatlich
Pflegestufe III (Härtefälle)	
ab 1.1.2010:	1.825 Euro monatlich
ab 1.1.2012:	1.918 Euro monatlich

Für jeden Pflegebedürftigen in den Pflegestufen I, II und III darf die Pflegekasse allerdings max. 75 % der monatlichen Heimkosten („Hotelkosten“ und Kosten der Pflege, Versorgung und Betreuung) übernehmen. Reicht das Einkommen eines Pflegebedürftigen nicht aus, übernimmt den „Restbetrag“ der Träger der Sozialhilfe, unter Berücksichtigung der Bedürftigkeit und der Angemessenheit.

Qualitätsprüfung der Heime

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

Leistungen für pflegebedürftige Behinderte

Die Ansprüche pflegebedürftiger Behinderter auf Leistungen aus der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bestehen „nebeneinander“. Über alle Einzelheiten informiert Sie Ihre BKK.

Weitere Informationen

Noch mehr Informationen zur Pflege und Pflegeversicherung und Antworten auf Ihre Fragen erhalten Sie von Ihrer BKK Pflegekasse. Auch in persönlichen Angelegenheiten steht Ihnen die BKK Pflegekasse mit Rat und Tat zur Seite.



Herausgeber und Verlag:

ip inside partner
Werbeagentur und Verlag GmbH
Hochstraße 13
45894 Gelsenkirchen
www.inside-partner.de

© ip inside partner

Stand: 1. Januar 2010
(mit allen Werten der Pflegereform bis 2012)

„BKK“ und das BKK Markenzeichen
sind registrierte Schutzmarken des
BKK Bundesverbandes.

