

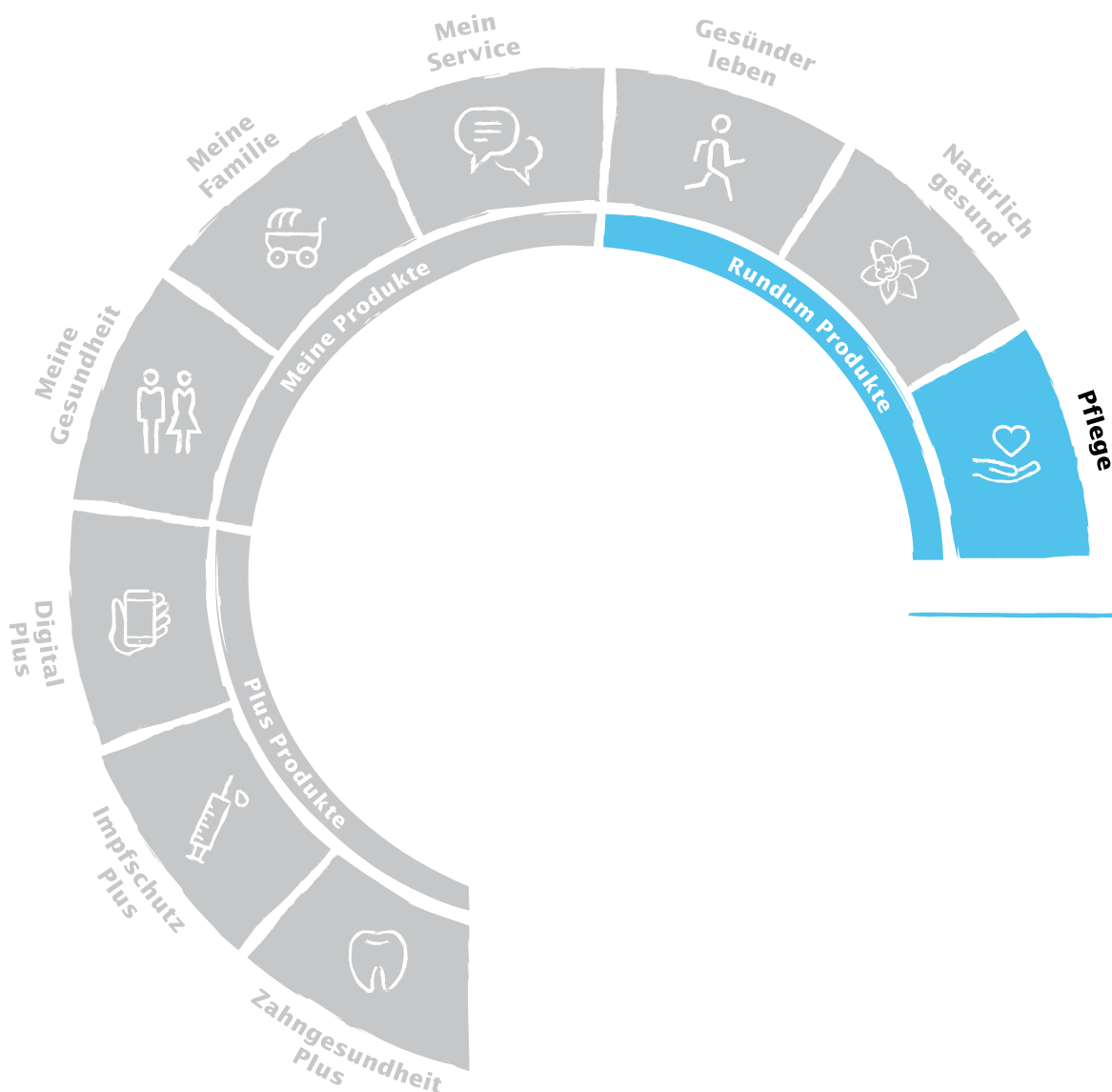
A photograph showing a person in a wheelchair being pushed by another person. The person in the wheelchair is wearing glasses and a light-colored sweater, looking upwards with a slight smile. The person pushing the wheelchair is wearing a dark blue jacket. The background is a blurred green landscape, suggesting an outdoor setting.

**IHRE
PFLERGE.**

**UNSERE
UNTERSTÜTZUNG.**

FÜR SIE DA, WENN ES DARAUF ANKOMMT.

Wenn das Thema Pflege für Sie oder ein Familienmitglied relevant wird, stehen wir Ihnen zur Seite. Von der Vermittlung einer Pflegeberatung bis hin zur Suche nach dem passenden Pflegeheim – gemeinsam finden wir die beste Lösung.





Wir helfen

Begriff der Pflegebedürftigkeit	Seite 5
Hilfe und Eigenverantwortung	Seite 6
IKK Pflegeberatung	Seite 7
Pflegeleistungen beantragen	Seite 9
Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit	Seite 10
Der Leistungsbescheid	Seite 12

Alle Leistungen im Überblick

Wie finde ich das passende Angebot?	Seite 14
Leistungen bei häuslicher Pflege	Seite 16
Ambulante Wohngruppenbetreuung	Seite 19
Verhinderungs-, Kurzzeit- und Tages-/Nachtpflege	Seite 21
Weitere Leistungen	Seite 24
Leistungen bei vollstationärer Pflege	Seite 26

Leistungen für ehrenamtliche Pflegepersonen

IKK Online-Pflegekurse	Seite 31
------------------------------	----------

Glossar	Seite 33
----------------------	----------



WIR HELFEN.

Für unsere Versicherten leisten wir was wir nur können.

BEGRIFF DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.

Die Pflegekasse der IKK classic versorgt Sie bei Bedarf mit allen gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen können dazu führen, dass ein Mensch seinen Alltag nicht mehr allein bewältigen kann. Ob dann Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung vorliegt, hängt von folgendem ab:

- Die Einschränkung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten muss einen gesetzlich bestimmten Mindestumfang erreicht haben.
- Der erkrankte Mensch muss deshalb auf die Hilfe von anderen Personen angewiesen sein.

Die Erfüllung dieser und weiterer gesetzlicher Kriterien wird in einem bundeseinheitlich abgestimmten Begutachtungsverfahren festgestellt. Das garantiert bei der Pflegeversicherung eine gerechte Leistungsbewilligung und Verteilung der Mittel.

Beim Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist auch ihr Ausmaß von Belang. Denn selbstverständlich gibt es hier erhebliche Unterschiede. Um dem gerecht zu werden, bemisst sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit an der verbliebenen Selbstständigkeit eines Menschen in gesetzlich aufgelisteten Lebensbereichen. Durch diese Differenzierung wird der Hilfebedarf genau erfasst. Je höher der Hilfebedarf ist, desto höher ist auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit.

Dies schlägt sich in der Einteilung von insgesamt fünf Pflegegraden nieder. Man kann es auf die folgende vereinfachte Formel bringen:

Je geringer die Selbstständigkeit ist, desto höher fällt der Hilfebedarf sowie der zutreffende Pflegegrad aus. Mit steigendem Pflegegrad erhöhen sich dann auch die Leistungen der Pflegeversicherung.



Gut zu wissen: Pflegebedürftigkeit wird in der Pflegeversicherung einheitlich ausgelegt. In der Pflegeversicherung spielt es keine Rolle, ob jemand aufgrund einer angeborenen Behinderung, eines Unfalls mit schwersten Folgen oder einer langsam fortschreitenden Krankheit (z. B. Rheuma, Arthrose, Verlust der Sehfähigkeit) auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen ist. Ebenso sind geistig und psychisch erkrankte Menschen den körperlich erkrankten Menschen vollständig gleichgestellt. Somit können z. B. auch Demenzerkrankte von der Pflegeversicherung profitieren.

HILFE UND EIGENVERANTWORTUNG.

Gesund bis ins hohe Alter – dabei unterstützen wir Sie gern. Aber auch wenn Sie irgendwann mehr Hilfe benötigen sind wir immer für Sie da.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sorgen dafür, dass Pflegebedürftige die erforderliche Unterstützung (z. B. im organisatorischen Bereich) sowie eine menschenwürdige Pflege erhalten. Darüber hinaus entlasten sie Pflegebedürftige auch finanziell. Auf diese Weise werden wesentliche Folgen der Pflegebedürftigkeit abgedeckt.

Dennoch bietet die Pflegeversicherung keine Vollversorgung. Das bedeutet: Findet die Pflege im häuslichen Bereich statt, wird die Hilfe durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn keineswegs überflüssig. Allerdings lässt die Pflegeversicherung dem Personenkreis der ehrenamtlich Pflegenden ebenfalls ihre Unterstützung zuteilwerden.

Ebenso entfällt durch die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige nicht jegliche finanzielle Eigenverantwortung. Das betrifft auch den Bereich der stationären Pflege. Da dieser aber besonders kostenintensiv ist, gibt es hier seit Januar 2022 eine zusätzliche finanzielle Entlastung.



Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Finanzierung der Pflegeversicherung
- Eigenvorsorge durch Pflegezusatzversicherung



IKK PFLEGEBERATUNG.

Tritt eine Pflegebedürftigkeit ein, stehen Sie vor vielen neuen Herausforderungen. Gemeinsam finden wir für Sie passende Lösungen.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit stellt das bisherige Leben auf den Kopf. Dies kann sogar sehr schnell gehen, so z. B., wenn ein Sturz, ein Unfall oder ein Schlaganfall einem von heute auf morgen große Teile der gewohnten Selbstständigkeit raubt. Neben der Sorge um die gesundheitlichen Auswirkungen muss nun auch vieles im Alltag umorganisiert werden. Ebenso gilt es neue finanzielle Zusatzbelastungen zu stemmen. Dies bringt zwangsläufig zahlreiche Herausforderungen und vor allem Fragen mit sich. Insofern ist diese Situation sowohl für Pflegebedürftige selbst aber auch für ihre Angehörigen von einem hohen Beratungsbedarf gekennzeichnet.

Ein besonders wichtiges Beratungsthema ist die (Erst-) Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung. Denn dies ist eine wesentliche Voraussetzung, die erfüllt sein muss, um nach entsprechender Prüfung und positivem Bescheid durch uns Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Wir stehen Ihnen hierbei unterstützend zur Seite.



Zu folgendem Stichwort finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Besonderheiten in Sachsen (Pflegeretz)





Innerhalb von 14 Tagen nach Antragsingang bietet die Pflegekasse der IKK classic ihren Versicherten darüber hinaus einen speziellen Beratungstermin an. Dieses Angebot richtet sich vor allem an Erstantragstellende, besteht aber auch bei jedem weiteren Antrag auf Pflegeleistungen. Im Rahmen dieses Beratungstermins werden wichtige Details rund um die Pflege sowie zur konkreten Pflegesituation angesprochen. Das soll dazu dienen, den Leistungsbedarf bestmöglich festzustellen. Wer es wünscht, erhält diese individuelle Einzelberatung auch zu Hause. Hieran können selbstverständlich auch Ihre Angehörigen oder andere Ihnen nahestehende Personen teilnehmen. Auf Wunsch wird mit Ihnen ebenso ein individueller Versorgungsplan erstellt und anschließend dessen Umsetzung organisiert.

Unsere IKK Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind geschulte Demenz-Partner der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Sie sind bestens vertraut mit den hiermit verbundenen besonderen Herausforderungen für Betroffene und Angehörige.

Darüber hinaus ist eine persönliche Beratung in einem Pflegestützpunkt möglich. Das sind von den Kommunen, Ländern und Pflegekassen eingerichtete Beratungsstellen, in denen Sie eine kostenlose, neutrale Beratung von qualifiziertem Personal erhalten. Kontakte zu Pflegestützpunkten finden Sie unter: zqp.de/beratung-pflege/.



Unser Angebot für Sie:

Im Rahmen der kostenlosen IKK Pflegeberatung stehen Ihnen unsere Ansprechpersonen vor Ort gern zur Verfügung – sowohl in Ihrem IKK Servicecenter als auch auf Wunsch bei Ihnen zu Hause.

Mehr Informationen finden Sie unter ikk-classic.de/pflegeberatung.

Unser Unterstützungsangebot zeichnet sich durch eine unabhängige, schnelle und übergreifende Beratung aus. Gemeinsam finden wir für Sie passende Lösungen.

Dabei gilt: Je früher, desto besser! Denn wenn Pflegebedürftigkeit erst einmal eingetreten ist, ist es gut zu wissen, was zu tun ist. Wir empfehlen Ihnen daher, sich bereits beraten zu lassen, bevor eine akute Pflegesituation eingetreten ist. Dies macht besonders dann Sinn, wenn der Eintritt der Pflegebedürftigkeit absehbar ist.

PFLEGELEISTUNGEN BEANTRAGEN.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten rechtzeitig bei der IKK classic beantragt werden. Hier erfahren Sie, wie Sie Pflegeleistungen beantragen.



Besonders schnell und einfach können Sie von unseren Pflegeleistungen profitieren, wenn Sie bei deren Beantragung den folgenden drei Schritten folgen.

1. Öffnen Sie an Ihrem Computer oder Tablet den Link ikk-classic.de/pflegeleistung-beantragen oder geben Sie ihn in die Adresszeile Ihres Internetbrowsers ein. Anschließend können Sie Ihren Erstantrag ganz einfach online stellen oder den passenden Pflegeantrag herunterladen.
2. Wenn Sie den Download gewählt haben, können Sie den ausgefüllten Antrag ausdrucken und im IKK Servicecenter vor Ort abgeben. Oder Sie schicken ihn uns digital oder per Post.
3. Wir prüfen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst welche Leistungen Sie erhalten können.

Ihre Fragen zur Pflege. Lena hilft.

Eine weitere Möglichkeit zur Antragstellung bietet Ihnen unsere **digitale Pflegeexpertin Lena** – und das 24 Stunden am Tag: ikk-classic.de/fraglena.

Ebenso ist eine telefonische Antragstellung möglich. In diesem Fall nehmen wir Ihre Angaben sofort auf, um eine direkte Weiterleitung an den Medizinischen Dienst zu veranlassen.



Hinweis: Ein ärztliches Attest zur Pflegebedürftigkeit ist nicht erforderlich.

DIE FESTSTELLUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.

Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit stellt der Medizinische Dienst (MD) in einem Begutachtungsverfahren fest. Dabei werden die sechs Lebensbereiche unter die Lupe genommen und Einschränkungen festgestellt.

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

Wenn uns Ihr Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung vorliegt, wird zunächst ein standardisiertes Begutachtungsverfahren in Gang gesetzt. In diesem Rahmen wird festgestellt, inwieweit Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen Ihre Selbstständigkeit und Fähigkeiten einschränken. Hierzu holen wir im Regelfall ein Gutachten des Medizinischen Dienstes ein.

Der Medizinische Dienst entsendet dann eine mit der Begutachtung betraute Person (eine Ärztin, einen Arzt oder eine Pflegefachkraft). Die Aufgabe dieser Person ist es, sich ein genaues Bild vom individuellen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zu machen. Auch verschafft sie sich bei dieser Gelegenheit einen persönlichen Eindruck vom sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen, so z. B. von der Wohn- und Pflegesituation. Daher ist ein Hausbesuch unumgänglich. Dieser wird selbstverständlich vorher angekündigt. Bei stationärer Pflege kommt die begutachtende Person ins Pflegeheim.

Ermittlung der verbliebenen Selbstständigkeit und Fähigkeiten

Grundlage für das Begutachtungsverfahren sind die folgenden sechs gesetzlich bestimmten Bereiche (Module):

- Mobilität,
- geistige und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Zu jedem dieser Module gibt es gesetzlich beschriebene Einzelkriterien. Zusätzlich wird bei allen sechs Bereichen berücksichtigt, ob und in welchem Ausmaß auch ein Hilfebedarf bei der Haushaltsführung besteht. Dabei wird differenziert zwischen außerhäuslichen Aktivitäten und der eigentlichen Haushaltsführung.

Die Aufgabe der begutachtenden Person besteht nun darin, in diesen vorgegebenen Modulen festzustellen: Inwieweit sind die Selbstständigkeit oder Fähigkeiten der zu begutachtenden Person trotz ihrer Beeinträchtigung noch erhalten geblieben? Das jeweilige Wohnumfeld spielt hierbei zunächst keine Rolle. Dabei geben bundeseinheitlich gültige Richtlinien vor, wie die Einzelkriterien der jeweiligen Bereiche zu beurteilen sind und was hierbei zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevant ist.

Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Besonderheiten bei pflegebedürftigen Kindern
- Ombudsperson
- Wiederholungsbegutachtung



Bestimmung des Pflegegrades

Für jedes Einzelkriterium wird getrennt nach den sechs Bereichen eine Punktzahl ermittelt. Diese Punktwerte werden dann für jeden Bereich addiert und nach einer gesetzlich vorgegebenen Tabelle gewichtet. Anschließend werden die einzelnen gewichteten Gesamt-Punktwerte zusammengerechnet. Das Ergebnis bestimmt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Pflegegrad	Gesamtpunkte
1	ab 12,5 bis unter 27
2	ab 27 bis unter 47,5
3	ab 47,5 bis unter 70
4	ab 70 bis unter 90
5	ab 90 bis 100



Medizinischer Dienst.

Aufgrund der zentralen Bedeutung des Begutachtungsverfahrens ist es sinnvoll, sich auf den Besuch des Medizinischen Dienstes vorzubereiten.

Eine Möglichkeit, sich auf den Besuch vorzubereiten, besteht z. B. darin, dass man den täglichen anfallenden Pflege- und Hilfebedarf im Vorfeld des Besuchs in einem Pfl egetagebuch erfasst.

Unter dem Link medizinischerdienst.de/versicherte/pflegebegutachtung können Sie zudem eine Checkliste für den Besuch des Medizinischen Dienstes herunterladen. Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Begutachtungsverfahren sowie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Bei einer Gesamtpunktzahl von unter 12,5 Punkten liegt keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vor. Der dann benötigte Hilfebedarf fällt in die Eigenverantwortung jedes Einzelnen. Eventuell kann aber ein Anspruch auf die Leistungen der Sozialhilfe oder anderer Leistungsträger bestehen.

Sind bei einem Pflegebedürftigen beide Arme und Beine gebrauchsunfähig, gilt stets der Pflegegrad 5, und zwar auch dann, wenn die Gesamtpunktzahl den Schwellenwert von 90 Punkten nicht erreicht.



Hinweis: Neben dem Ausmaß des benötigten Hilfebedarfs spielt auch dessen zeitliche Dauer eine wesentliche Rolle. Besteht der Hilfebedarf nämlich nur für kurze Dauer, etwa nach schwerer Erkrankung, führt dies noch nicht zur Pflegebedürftigkeit. Vorausgesetzt wird vielmehr ein Hilfebedarf von mindestens sechs Monaten seit Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Dieser wird vorausschauend beurteilt. Ein kürzerer Zeitraum gilt nur, wenn vorausschauend eine erwartete Lebensspanne von weniger als sechs Monaten angenommen wird. Lassen therapeutische und rehabilitative Maßnahmen einen Rückgang des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit erwarten, kann die Anerkennung befristet werden.

DER LEISTUNGSBESCHEID.

Die IKK classic wertet das Gutachten des Medizinischen Dienstes sehr genau aus und erstellt einen schriftlichen Bescheid über die Leistungsansprüche.

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes äußert sich zur Pflegebedürftigkeit und zum Pflegegrad. Außerdem enthält es eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung. Die Pflegekasse der IKK classic folgt bei ihrer Entscheidung zur Pflegebedürftigkeit und zum Pflegegrad in der Regel den Empfehlungen des Gutachtens. Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, erhalten von uns einen schriftlichen Bescheid mit konkreten Angaben zu den Leistungsansprüchen.

Außerdem fügen wir unserem Leistungsbescheid die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Gutachtens bei und erläutern ergänzend, welche Maßnahmen in diesem Zusammenhang angezeigt sind. Stimmt die antragstellende Person zu, schalten wir den entsprechenden Rehabilitationsträger ein, der dann die notwendigen Schritte zur Umsetzung der Maßnahme ergreift. In jedem Fall wird den Antragstellenden das Gutachten umfassend und verständlich erläutert.

Die Pflegekasse der IKK classic wertet jedes einzelne Gutachten genauestens aus. Dabei werden insbesondere auch Hinweise zu benötigten Hilfeleistungen sowie zur Versorgung mit Hilfsmitteln oder zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen berücksichtigt.

Die IKK Kundenberaterinnen und Kundenberater nutzen diese Hinweise, wenn sie Pflegebedürftige wie pflegende Angehörige persönlich zu ihrer Pflegesituation beraten, die Pflege zu organisieren und gegebenenfalls bei der Beantragung von Leistungen anderer Leistungsträger behilflich sind.



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

Zu folgendem Stichwort finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

▪ IKK Vorsorge- und Reha-Angebote



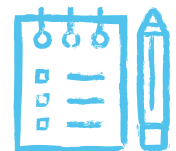
ALLE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK.

Um Ihnen einen schnellen Überblick zu verschaffen, stellen wir Ihnen alle Pflegeleistungen kurz vor.



WIE FINDE ICH DAS PASSENDE ANGEBOT?

Die Pflegekasse der IKK classic berät, begleitet und unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.



Hier einige Tipps, die wir für Sie zusammengestellt haben. Sie sollen Ihnen die Suche nach dem passenden Pflege-Angebot erleichtern:

- Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt, der Gutachterin oder dem Gutachter des Medizinischen Dienstes sowie Ihren Angehörigen, welche Pflegeleistungen Sie brauchen.
- Vereinbaren Sie Termine mit mehreren Pflegediensten oder Pflegeheimen, besprechen Sie alle offenen Fragen und lassen Sie sich Infomaterial geben.
- Bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung kann Ihnen der Link ikk-classic.de/pflegelotse wertvolle Dienste leisten.
- Wenn sich die Pflegebedürftigkeit im Zuge eines Krankenhausaufenthalts einstellt, können Sie sich an den Sozialdienst der jeweiligen Klinik wenden. Dort hilft man Ihnen schnell und unbürokratisch beim Auffinden z. B. eines freien Pflegeheimplatzes.
- Vertrauen Sie Ihrem ersten Eindruck: Hat der Pflegedienst oder das Pflegeheim alle Ihre Fragen ausreichend beantwortet? Wirkten die Mitarbeitenden freundlich und kompetent?
- Achten Sie auch auf Details: Gibt es einen Bereitschaftsdienst? Arbeiten überwiegend Fachkräfte oder mehr Hilfskräfte im Pflegedienst?
- Vergleichen Sie die unterschiedlichen Angebote.

Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Pflegelotse
- Qualitätsgarantie



Beginn der Leistungen

Pflegebedürftige erhalten Leistungen der Pflegeversicherung ab Antragstellung bei der IKK classic. Dies gilt unabhängig von der Dauer des Feststellungsverfahrens. Lag Pflegebedürftigkeit schon im Monat vor dem Leistungsantrag vor, leistet die Pflegekasse der IKK classic bereits ab Beginn des Antragsmonats.



Zu folgenden Stichwörtern finden Sie ab Seite 33 im Glossar ergänzende Informationen:

- Beginn höherer Leistungen bei Wiederholungsbegutachtung
- Vorversicherungszeit

Eintritt Pflegebedürftigkeit	Antragsdatum	Beginn Leistungsanspruch
6.6.	10.6.	10.6.
1.7.	10.6.	1.7.
6.6.	10.7.	1.7.

Alle Leistungen im Überblick

Häusliche Pflege	Wählen Sie in der häuslichen Pflege zwischen Pflegesachleistung, Pflegegeld oder einer Kombination aus beiden Leistungen.
Pflegegeld	Wenn Sie von Angehörigen oder vertrauten Personen zu Hause gepflegt werden, steht Ihnen das monatliche Pflegegeld für die häusliche Pflege zur Verfügung (ab Pflegegrad 2).
Verhinderungspflege	Wenn die Pflegeperson aufgrund von Urlaub, Krankheit oder anderen Gründen die Pflege nicht ausüben kann, stellen wir Ihnen eine Verhinderungspflege durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Einrichtungen im Rahmen der geltenden Höchstbeträge zur Verfügung (ab Pflegegrad 2).
Kurzzeitpflege	Benötigen Sie im Anschluss an eine stationäre Behandlung für eine Übergangszeit Pflege oder sollte die Pflegeperson die Pflege nicht ausüben können, übernehmen wir die Kurzzeitpflege im Rahmen der geltenden Höchstbeträge (ab Pflegegrad 2).
Tages- und Nachtpflege	Wenn die Pflege in der häuslichen Umgebung für Sie nicht ausreichend sichergestellt werden kann, helfen wir Ihnen bei der Suche nach einer Betreuung in einer geeigneten Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung (ab Pflegegrad 2).
Vollstationäre Pflege	Profitieren Sie von unseren Leistungen bei vollstationärer Pflege, wenn häusliche Pflege sowie Tages- oder Nachtpflege nicht möglich sind (ab Pflegegrad 2).
Pflegehilfsmittel	Wir übernehmen bei häuslicher Pflege die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel.
Ambulant betreute Wohngruppen	Leben Sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe, unterstützen wir Sie mit einer Anschubfinanzierung (Einmal-Betrag bei Neugründung) und/oder einem monatlichen Wohngruppenzuschlag.
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Wir übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme bis zu einem Betrag von 4.180 €.
Entlastungsleistungen	Sie erhalten ab Pflegegrad 1 in der häuslichen Pflege einen monatlichen Entlastungsbetrag von bis zu 131 €.
Schulungen für Pflegepersonen	Online als auch offline stehen Angehörigen von Pflegebedürftigen, aber auch anderen Personen, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren, kostenfreie Schulungskurse zur Verfügung.
Unterstützung für Pflegepersonen	Für Pflegepersonen, die ihre Hilfe nicht erwerbsmäßig in einem Haushalt leisten (ehrenamtliche Pflege), bieten wir spezifische Leistungen und weitere Vorteile.
Pflegesachleistungen	Lassen Sie sich im Alltag von einem zugelassenen Pflegedienst unterstützen.

LEISTUNGEN BEI HÄUSLICHER PFLEGE.

Die häusliche Pflege ermöglicht es, möglichst lange im heimischen und familiären Umfeld zu bleiben.

Häuslicher Pflege kommt im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit ein herausgehobener Stellenwert zu. Denn die meisten Pflegebedürftigen erhalten ihre Hilfe genau hier – im häuslichen Bereich. Dazu zählen z. B. der eigene Haushalt, der eines Familienangehörigen oder eine ambulant betreute Wohngruppe.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1

haben einen vergleichsweise geringen Hilfebedarf. Sie erhalten trotzdem Leistungen bei häuslicher Pflege. Neben dem Anspruch auf umfassende Pflegeberatung zur individuellen Pflegesituation und zu Leistungsansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern können sie die folgenden Leistungen beanspruchen:

- einen Beratungsbesuch je Halbjahr durch eine professionelle Pflegekraft in der eigenen Häuslichkeit zu Lasten der Pflegekasse,
- einen Pauschbetrag von 224 € monatlich, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben und diese die gesetzlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt,
- Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen,
- kostenfreie Inanspruchnahme von Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen sowie
- einen monatlichen Entlastungsbetrag von bis zu 131 €, z. B. für Kosten einer Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, für Hilfeleistungen von professionellen Pflegekräften oder für Leistungen bestimmter Dienste zur Unterstützung im Alltag.

Leistungen für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2

Ist mindestens der Pflegegrad 2 zuerkannt, können Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege wählen zwischen

- der **Pflegesachleistung**. Das ist die Hilfe durch Fachpersonal eines ambulanten Pflegedienstes. Die Aufgaben werden etwa von einer Sozialstation oder einem privaten Pflegedienst wahrgenommen.
- dem **Pflegegeld**. Dann leisten meistens Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn die Hilfe. Diese wird der ehrenamtlichen Pflege zugeordnet.
- der **Kombination** aus diesen beiden Leistungen.

Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Pflegearrangements bei Pflegesachleistung
- Pflegegeld bei selbst beschafften „Pflegeprofis“
- Weiterzahlung Pflegegeld bei stationären Maßnahmen, häuslicher Kranken-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie Kombinationsleistung



Pflegesachleistung

Die häusliche Pflegehilfe erstreckt sich auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Die pflegerische Anleitung der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen zählt mit zu den Pflegemaßnahmen.

Die pflegerische Betreuung umfasst auch Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens.

Die Pflegekasse der IKK classic beteiligt sich an den Kosten der Pflegesachleistung bis zu gesetzlich bestimmten monatlichen Höchstbeträgen, abhängig vom zuerkannten Pflegegrad.

Pflegegrad	Monatliche Pflegesachleistung bis zu
2	796,00 €
3	1.497,00 €
4	1.859,00 €
5	2.299,00 €

Hauptsächlich zielt die Pflegesachleistung darauf ab, vorhandene gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten auszugleichen oder zu mildern. Dabei sind Pflegebedürftige in ihrer Entscheidung frei, für welche einzelnen Leistungen die Höchstbeträge genutzt werden sollen. Ist der Kostenaufwand höher und reichen die eigenen Finanzmittel zur Kostendeckung nicht aus, springt gegebenenfalls die Sozialhilfe mit ihren Leistungen der Hilfe zur Pflege ein.

Wichtig: Wird die Pflegesachleistung nicht ausgeschöpft, können bis zu 40 % des monatlichen Höchstbetrages für die Erstattung von Aufwendungen für spezielle Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.



Für die Pflegesachleistung wird mit dem ambulanten Pflegedienst ein Pflegevertrag geschlossen. Hierin sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu beschreiben. Auch die mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungen – entweder für den Zeitaufwand, die zeitunabhängigen Leistungen oder Komplexleistungen – sind im Pflegevertrag festzuhalten. Der Pflegedienst muss den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss aufklären, wie sich die Inanspruchnahme der Pflegeleistungen auswirkt, wenn die Vergütung zeitbezogen oder zeitlich unabhängig bezahlt wird. Pflegebedürftige haben die freie Wahlmöglichkeit bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen.



Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, wenn sie in häuslicher Umgebung leben und ihr gesamter Hilfebedarf durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen abgedeckt wird. Diese Aufgabe wird in den meisten Fällen von Angehörigen wahrgenommen. Es können aber auch Freunde oder andere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen damit betraut sein. Das Pflegegeld tritt in diesen Fällen an die Stelle der Pflegesachleistung und wird monatlich im Voraus gezahlt. Häufig wird dieses an die ehrenamtliche Pflegeperson weitergegeben, um ihre Hilfeleistungen auch finanziell anzuerkennen.

Die Monatsbeträge des Pflegegeldes bemessen sich ebenfalls am zuerkannten Pflegegrad.

Pflegegrad	Monatliches Pflegegeld
2	347,00 €
3	599,00 €
4	800,00 €
5	990,00 €

Das Pflegegeld steht grundsätzlich für jeden Tag zu, an dem häusliche Pflege geleistet wird. Wird die Hilfe nicht für einen vollen Monat geleistet, sind die Monatsbeträge nur anteilig zu zahlen. Im Sterbemonat bleibt jedoch der Anspruch auf das volle Pflegegeld erhalten.



Kombinationsleistung

Wird die Pflege sowohl durch Pflegeprofis als auch durch ehrenamtliche Pflegepersonen geleistet, können Pflegesachleistung und Pflegegeld kombiniert werden. Wie die Pflege im Einzelfall aufgeteilt wird, entscheidet die pflegebedürftige Person anhand der konkreten Pflegesituation. Natürlich können dann nicht die Höchstbeträge für beide Leistungen ausgeschöpft werden, sondern nur ein prozentualer Anteil.



Beispiel: Im Rahmen der Kombinationsleistung schöpft eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 3 die Pflegesachleistung zu 65% des Höchstbetrags aus.

Höchstbetrag Pflegesachleistung	= 1.497,00 €
Pflegesachleistung (65%)	= 973,05 €
Höchstbetrag Pflegegeld	= 599,00 €
Pflegegeld (35%)	= 209,65 €

Also leistet die Pflegekasse der IKK classic insgesamt 973,05 € an Pflegesachleistung und 209,65 € an Pflegegeld.

Beratungseinsätze

Bei ehrenamtlicher Pflege und Bezug von Pflegegeld unterstützen Pflegefachkräfte die häusliche Pflege durch einen Beratungseinsatz. Steht dieser zum ersten Mal an, muss er in Ihrem häuslichen Umfeld stattfinden. Jede zweite Beratung kann auf Wunsch auch per Videokonferenz erfolgen.

Diese Beratungseinsätze sind für alle verpflichtend. Durchzuführen sind sie

- in den Pflegegraden 2 und 3 halbjährlich sowie
- in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich.

Hierdurch sollen Pflegende beraten und die Qualität ihrer Pflege gesichert werden. Auch soll die Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden so weit wie möglich verbessert werden. Diesen Beratungseinsatz dürfen vertraglich zugelassene Pflegedienste, von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Pflegekräfte oder eine anerkannte Beratungsstelle durchführen.

Die Kosten für die Beratungseinsätze übernehmen wir für Sie. Die Pflegekasse der IKK classic wird, falls der Pflegebedürftige zustimmt, über das Ergebnis des Beratungseinsatzes informiert. Nach Auswertung des Ergebnisses können dann von der Pflegekasse geeignete Maßnahmen im Interesse der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen eingeleitet werden. Wer es versäumt, die vorgeschriebenen Beratungsbesuche abzurufen, riskiert unter Umständen eine Kürzung oder gar einen Wegfall des Pflegegeldes.

Wir empfehlen daher: Vereinbaren Sie am besten mit dem Pflegedienst, dass er Sie an den nächsten Einsatz erinnert und sich zwecks Terminvereinbarung bei Ihnen meldet.

Hinweis: Auch Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen beziehen, sind berechtigt, halbjährlich einen solchen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen.



AMBULANTE WOHN-GRUPPENBETREUUNG.

Wohngemeinschaften haben viele Vorteile. Sie können die Versorgung gemeinsam organisieren und erhalten zusätzliche finanzielle Hilfen.

Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung

Es besteht die Möglichkeit, dass regelmäßig mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung leben und dort als Wohngruppe ambulant betreut werden. In diesen Fällen erhalten die Pflegebedürftigen dieser Wohngruppe einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von **224 €** monatlich.

Darüber hinaus beteiligt sich die Pflegeversicherung mit einer Anschubfinanzierung an der Neugründung solcher Wohngruppen. Um die Wohnung altersgerecht und barrierearm umzugestalten, erhält jede pflegebedürftige Person der geplanten Wohngruppe **einmalig bis zu 2.613 €**.



Ziehen mehr als vier Pflegebedürftige in die Wohnung ein, ist der Höchstzuschuss für alle Pflegebedürftigen auf 10.452 € begrenzt. Diesen Betrag teilen die beteiligten Pflegekassen anteilig unter sich auf.

Hinweis: Die hier genannte Anschubfinanzierung wird zusätzlich zu einem eventuellen Zuschuss im Rahmen der Leistung „Wohnumfeldverbesserung“ gezahlt.

Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Prüfung der Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag
- Tages- und Nachtpflege bei Wohngruppenzuschlag



Die Förderung eines Wohnungs-Neubaus ist leider nicht möglich. Allerdings kann die Umgestaltung einer Wohnung auch schon vor Gründung der Wohngruppe und deren Zusammenzug vorgenommen werden. Jedoch wird der Zuschuss erst geleistet, wenn die Voraussetzungen für den Wohngruppenschlag erfüllt sind.



Voraussetzungen für den Wohngruppenschlag

Die Bewilligung des Wohngruppenschlags ist an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Es verrichtet jemand für alle eine allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeit oder unterstützt Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung.
- Es müssen wegen der besonderen Struktur einer Wohngruppe Aufwendungen entstehen, die über die üblichen Kosten der Versorgung sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung hinausgehen.
- Alle Mitglieder der Wohngruppe müssen die Hilfskraft gemeinschaftlich beauftragen und dies auch nach Zuzug eines neuen Bewohnenden bekräftigen. Die Hilfskraft muss auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage tätig sein. Sie muss aber nicht rund um die Uhr anwesend sein.
- Die Wohngruppe muss aus mindestens drei pflegebedürftigen Personen bestehen (wenigstens mit dem Pflegegrad 1). Maximal dürfen dort 12 Bewohnende zusammenleben.
- Die Bewohnenden müssen die Pflegesachleistung, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung beziehen. Sie können auch die Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen oder den Entlastungsbetrag erhalten.
- Der Anbieter der Wohnung darf nicht eine Vollversorgung bieten, wie sie in einem stationären Pflegeheim üblich ist. Dies darf auch nicht durch eine separate Einbindung Dritter der Fall sein. Die Bewohnenden müssen vielmehr berechtigt bleiben, ihre pflegerische Versorgung selbst zu bestimmen. Dies muss die Möglichkeit miteinschließen, hierbei ihr soziales Umfeld (z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn) einzubinden.



Unser Angebot: Im konkreten Fall ist die Abgrenzung nicht immer eindeutig, ob es sich bei der Wohngruppe um eine ambulante Versorgungsform oder um eine Versorgung wie in einem teil- oder vollstationären Pflegeheim handelt. Unsere IKK Pflegeberaterinnen und Pflegeberater beraten Sie gern im Vorfeld der Gründung einer geplanten Wohngruppe.

VERHINDERUNGS-, KURZZEIT- UND TAGES-/NACHTPFLEGE.

Wenn die „normale“ Pflege mal nicht ausreicht, helfen wir mit zahlreichen Zusatzleistungen.

Nicht immer decken Pflegesachleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung den Bedarf im Rahmen der häuslichen Pflege ausreichend ab. So können Umstände eintreten, in denen sich folgende Fragen stellen: Was passiert, wenn die ehrenamtliche Pflegeperson aufgrund von Urlaub oder Krankheit für die Pflege ausfällt? Wie lässt sich der Zeitraum nach einem Krankenhausaufenthalt überbrücken, wenn die Pflegebedürftigkeit erstmals und nicht vorhersehbar auftritt? Was kann man tun, wenn die häusliche Pflege allein nicht ausreicht?

Natürlich sieht die Pflegeversicherung auch für solche Fälle Lösungen vor.

Verhinderungspflege bis 30. Juni 2025

Sie wird auch Ersatzpflege genannt und tritt ein, wenn die ehrenamtliche Pflegeperson wegen Urlaub oder Krankheit an der häuslichen Pflege gehindert ist. Vorausgesetzt wird, dass die Pflegeperson die häusliche Pflege bereits mindestens sechs Monate vor der erstmaligen Verhinderung ausgeübt hat. Zudem müssen Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet sein.

Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Verhinderungspflege bei Kombinationsleistung
- Besonderheiten bei Verhinderungspflege durch Laienpflegekräfte



Der Regelanspruch besteht wie folgt:

- Die Kosten für eine Ersatzpflege werden bis zu einer Höhe von 1.685 € pro Kalenderjahr erstattet. Die Kosten müssen nachgewiesen werden.
- Springen nahe Angehörige oder Personen ein, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, darf das 1,5-fache des bisher gezahlten Pflegegeldes nicht überschritten werden. Fallen jedoch Aufwendungen für die Ersatz-Pflegeperson, wie z. B. Fahrkosten oder Verdienstausschluss, an, kann die Leistung bis zum Höchstbetrag von 1.685 € aufgestockt werden.
- Während der Dauer der Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege besteht jedoch Anspruch auf das volle bisher bezogene Pflegegeld.
- Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.
- Der Anspruch besteht jeweils für längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr.
- Wurde noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, können hiervon bis zu 843 € pro Kalenderjahr für die Ersatzpflege verwendet werden. So stehen dann insgesamt 2.528 € im Kalenderjahr zur Verfügung. Der dann der Verhinderungspflege zugeschlagene Betrag verringert den Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege. Diese Aufstockung macht vor allem dann Sinn, wenn eine längere Ersatzpflege benötigt wird, die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung währenddessen aber nicht gewünscht ist.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, die Ersatzpflege zu gewährleisten. So kann z. B. eine professionelle Pflegefachkraft ebenso einspringen wie eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekraft. Allerdings kommen bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegekräften ein paar Besonderheiten zum Tragen. Sie betreffen den Verwandtschaftsgrad und das Zusammenleben dieser Pflegepersonen mit der oder dem Pflegebedürftigen.

Kann die Ersatzpflege im häuslichen Bereich nicht sichergestellt werden, ist auch die vorübergehende Betreuung der pflegebedürftigen Person in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege möglich.

Hinweis: Unter gewissen Umständen kann es für die Pflegebedürftigen günstiger sein, auf die Leistung Ersatzpflege vorerst zu verzichten und weiterhin das „normale“ Pflegegeld zu beziehen. Das bietet sich z. B. an, wenn die Ersatzpflege nur in geringem Umfang erfolgt oder keine Aufwendungen, wie z. B. ein Verdienstausfall, anfallen.

Ist der jährliche Anspruch auf Ersatzpflege – inklusive umgewidmeter Beträge aus Kurzzeitpflege – verbraucht, besteht vom letzten Tag der Ersatzpflege an wieder Anspruch auf das „normale“ Pflegegeld.

Kurzzeitpflege bis 30. Juni 2025

Der Aufenthalt in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege ist immer nur vorübergehend vorgesehen, bspw.

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn währenddessen erstmals Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. So haben die Angehörigen ausreichend Zeit, sich und das häusliche Umfeld auf die neue Situation vorzubereiten. In diesem Fall wird die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit spätestens innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Antrag auf Pflegeleistungen veranlasst.
- wenn häusliche Pflege für eine vorübergehende Zeit nicht möglich ist. Grund kann z. B. eine Erkrankung der Pflegeperson sein. Oder die Pflegebedürftigkeit hat sich kurzfristig so verschlimmert, dass die häusliche Pflege nicht ausreicht.

Anders als bei der Verhinderungspflege ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege bei der ersten Inanspruchnahme nicht davon abhängig, dass eine Vor-Pflegezeit erfüllt ist.

Auf Kurzzeitpflege spezialisierte Einrichtungen bieten eine stationäre Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Sie sind durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verbunden.

Für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen besteht ebenfalls die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik zu erhalten. Das ist besonders vorteilhaft und entlastend, wenn pflegende Angehörige dort eine medizinische stationäre Maßnahme erhalten.

Eingeschlossen sind spezielle Mütter-Väter-Einrichtungen. Der gleichzeitige Aufenthalt der Pflegebedürftigen fällt dann unter „Kurzzeitpflege“, außer die pflegebedürftige Person erhält dort selbst eine Rehabilitationsmaßnahme.

Hinweis: Sie können online ein Verzeichnis zugelassener Kurzzeitpflegeeinrichtungen einsehen. Gern stellen wir Ihnen eine Liste daraus zur Verfügung. Unter Umständen ist für Pflegebedürftige aber keine geeignete Einrichtung für die Kurzzeitpflege vorhanden oder es findet sich keine solche Einrichtung in zumutbarer Nähe zum Wohnort. Dann können Sie Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Zahlte die Pflegekasse vor der Kurzzeitpflege Pflegegeld, wird die Hälfte hiervon für bis zu acht Wochen der Kurzzeitpflege fortgezahlt. Außerdem übernehmen wir für Sie folgende Kosten: Aufwendungen für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen einschließlich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Kosten für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Betrag von 1.854 €. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege gilt für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 und besteht für bis zu acht Wochen (56 Tage) je Kalenderjahr. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) fallen jedoch in die Eigenverantwortung.

Um häusliche Pflege noch flexibler zu gestalten, kann der Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege in Höhe von 1.685 € für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Für eine achtwöchige Kurzzeitpflege stehen in diesem Fall erhöhte Finanzmittel von bis zu 3.539 € pro Kalenderjahr zur Verfügung. Der für die Kurzzeitpflege verwendete Betrag mindert dann allerdings in derselben Höhe den Anspruch auf die Verhinderungspflege.



Sind Höchstbetrag oder Höchstdauer für die Kurzzeitpflege erschöpft, verbleibt die pflegebedürftige Person aber dennoch in der Einrichtung, kann die Leistung für eine vollstationäre Heimpflege in Betracht kommen.

Voraussetzung ist, dass die Einrichtung als stationäres Pflegeheim zugelassen ist. Fehlt es an der Zulassung, kommt die Zahlung von Pflegegeld in Betracht, wenn die Pflege in der Einrichtung gesichert ist.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ab 1. Juli 2025

Das Jahresbudget der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wird zu einem Gesamtbudget zusammengefasst. Die IKK classic informiert zu gegebener Zeit.

Tages- und Nachtpflege

Die häusliche Betreuung von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 kann kombiniert werden mit einer zeitweisen Unterbringung in einer teilstationären Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung. Dies kommt z. B. in Frage, um die Pflegeperson zu Hause zu entlasten. Ein weiterer Grund kann sein, wenn bestimmte dort angebotene Pflegeleistungen für den Pflegebedürftigen sinnvoll sind.

Je nach Pflegegrad gelten folgende Höchstbeträge:

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag in der Tages-/Nachtpflege
2	721,00 €
3	1.357,00 €
4	1.685,00 €
5	2.085,00 €

Die teilstationäre Pflege ergänzt die häusliche Pflege. Der Anspruch darauf ist zeitlich nicht begrenzt. Finanziert werden hiermit die in der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung erbrachten allgemeinen Pflegeleistungen. Hierzu gehören körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Auch Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zählen zu dieser Leistung.

Hinweis: Die Ansprüche auf teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der Pflegesachleistung und/oder dem Pflegegeld beansprucht werden. Eine gegenseitige Aufrechnung dieser Leistungen findet nicht statt. Auf diese Weise will die Pflegekasse pflegende Angehörige noch mehr unterstützen, damit sie Familie, Pflege und Beruf im Alltag der häuslichen Pflege besser miteinander vereinbaren können.



WEITERE LEISTUNGEN.

Die Pflegekasse der IKK classic hilft mit umfangreichen zusätzlichen Leistungen, um Ihnen eine würdevolle häusliche Pflege zu garantieren.

Unterstützungsangebote im Alltag

Bereits bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 1 bietet die Pflegeversicherung weitere Unterstützungsangebote zur Betreuung Pflegebedürftiger sowie zur Entlastung ihrer Pflegepersonen. Beispiele hierfür sind:

- besondere Betreuungsangebote, wie Alzheimergruppen,
- familienentlastende Dienste oder
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Die Pflegekasse beteiligt sich an den finanziellen Aufwendungen für die Inanspruchnahme solcher Angebote. Voraussetzung für die Kostenbeteiligung ist allerdings, dass sie anerkannt sein müssen. Entsprechende Angebote sowie die Höhe der jeweiligen Kosten werden vom Gesundheitsministerium des jeweiligen Bundeslandes im Internet veröffentlicht. Wir helfen Ihnen gern, entsprechende ortsnahe Angebote für Sie zu finden.



Wichtig: Wer regelmäßig Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nimmt, sind die Beratungseinsätze bei häuslicher Pflege verpflichtend. Wird das versäumt, kann der Erstattungsbetrag gekürzt werden oder sogar völlig entfallen.

Der Entlastungsbetrag

Alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege können einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 € erhalten. Damit sollen ehrenamtlich Pflegenden entlastet oder die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der beziehungsweise des Pflegebedürftigen gefördert werden.

Für die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags ist keine gesonderte Antragstellung erforderlich. Allerdings ist er nicht frei verfügbar, sondern zweckgebunden einzusetzen für gesetzlich bestimmte Sachleistungsangebote.

Hierbei handelt es sich um Aufwendungen, die entstanden sind:

- in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, z. B. bei ansonsten ausgeschöpften Höchstbeträgen der Tages- und Nachtpflege;
- in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege z. B. zur Abgeltung der sogenannten Hotelkosten (Kosten für Unterkunft und Verpflegung), die ansonsten eigentlich in die Eigenverantwortung fallen;
- im Rahmen von besonderen Betreuungsangeboten oder Angeboten der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassener Pflegedienste; dies gilt nur für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 und nicht im Bereich der Selbstversorgung;
- bei Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Alltag.

Die Aufwendungen erstatten wir nach Vorlage entsprechender Nachweise. Diese sollten die jeweilige Art der Unterstützungsleistung angeben, für die der Entlastungsbetrag bestimmt ist.

Wird das Gesamt-Budget für den Entlastungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht in voller Höhe ausgeschöpft, übertragen wir den Differenzbetrag auf das folgende Kalenderhalbjahr. Dieser kann dann noch bis zum 30.6. des Übertragungsjahres ausgeschöpft werden.

Tritt Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Kalenderjahres ein, entsteht der Anspruch auf den Entlastungsbetrag gleichzeitig mit dem Monat des Leistungsbeginns.

Beispiel: Eine pflegebedürftige Person (Pflegegrad 3) wird im April 2025 an 22 Tagen in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Diese berechnet hierfür 1.381,60 € an pflegebedingten Aufwendungen (62,80 € täglicher Pflegesatz x 22).

Die Pflegekasse leistet:

mtl. Höchstbeitrag für Tagespflege = **1.357,00 €**
Erstattung nachgewiesener Kosten = **24,60 €**
als Entlastungsbetrag

Berechnung des Erstattungsbetrages:

1.381,60 €
- **1.357,00 €**

24,60 €

Über die 24,60 € hinaus können die Kosten für Unterkunft und Verpflegung nachgewiesen und bis zum Höchstbetrag erstattet werden.

Ist der Entlastungsbetrag bis April 2025 nicht abgerufen, verbleibt bis April noch ein Restanspruch in Höhe von 499,40 € (131,00 € x 4 = 524,00 € - 24,60 €). Ein Vorgriff auf zukünftig ab Mai 2025 entstehende Ansprüche auf den Entlastungsbetrag ist nicht möglich.



Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Finanzierungsmöglichkeiten bei Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Alltag



Pflegehilfsmittel

Zur Unterstützung und Erleichterung ihrer häuslichen Pflege sowie zur Förderung ihrer Selbstständigkeit haben Pflegebedürftige Anspruch auf:

- monatlich bis zu 42 € für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch). Der Betrag wird entweder als Sachleistung durch Vertragspartner erbracht oder als Kostenerstattung geleistet.
- technische Pflegehilfsmittel, wie z. B. wiederverwendbare, saugende Bettschutzeinlagen. Handelsübliche Gegenstände des täglichen Lebens sind ausgenommen. Versicherte tragen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr grundsätzlich einen Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten, max. jedoch 25 € je Pflegehilfsmittel. Bei leihweiser Überlassung eines Pflegehilfsmittels entfällt der Eigenanteil. Je nach Einkommenssituation und Belastung mit Zuzahlungen im Bereich der Krankenversicherung (z. B. zu Arzneimitteln) ist eine Zuzahlungsbefreiung möglich.

Wichtig: Nehmen Sie vor der Auswahl von Pflegehilfsmitteln unsere Beratung in Anspruch. Denn Mehrkosten, die durch eine besondere, pflegerisch nicht notwendige Ausstattung entstehen, darf die Pflegekasse der IKK classic nicht übernehmen.

Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Der Gesetzgeber hat für Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds bestimmte Maßgaben und einen Höchstbetrag von 4.180 € festgelegt. Er gilt für alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Beurteilung objektiv notwendig sind. Hierbei kann es sich z. B. um die Verbreiterung von Türen oder den Umbau eines Wasch- und Toilettenraums handeln. Bis zum genannten Höchstbetrag sind diese für Anspruchsberechtigte zuzahlungsfrei.

Leben bis zu vier Anspruchsberechtigte in einer Wohnung zusammen, erhält jeder von ihnen den Zuschuss bis zu 4.180 €. Voraussetzung ist aber, dass die Maßnahme zur Wohnumfeldverbesserung ihnen gemeinsam zugutekommt. Die Bezuschussung solcher Maßnahmen ist bei mehreren Anspruchsberechtigten auf insgesamt 16.720 € begrenzt. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten wird dieser Höchstbetrag daher dann unter allen Beteiligten zu gleichen Teilen aufgeteilt.



LEISTUNGEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE.

Die Pflegekasse der IKK classic hilft Ihnen gern bei der Suche nach einer geeigneten vollstationären Pflegeeinrichtung.

Pflegeheimsuche und monatliche Höchstbeträge bei der Kostenbeteiligung

Nicht immer kann der Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld (angemessen) abgedeckt werden. Wenn zudem auch die Option der Tages- und Nachtpflege ausscheidet, stellt die vollstationäre Pflege in aller Regel die einzig verbleibende Möglichkeit dar.

Selbstverständlich beteiligt sich die Pflegekasse in solchen Fällen an den Kosten. Es gelten hierfür – in Abhängigkeit des Pflegegrads – die folgenden monatlichen Höchstbeträge:

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag für vollstationäre Pflege
2	805,00 €
3	1.319,00 €
4	1.855,00 €
5	2.096,00 €



Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:



- Ausnahme: Übernahme Behandlungspflege durch Krankenkasse
- Besonderheiten bei Pflegegrad 1
- Anrechnung von Kalendermonaten auf Aufenthaltsdauer bei Zuschlag zu pflegebedingtem Eigenanteil
- Neuberechnung des Zuschlags zum pflegebedingten Eigenanteil bei Höherstufung des Pflegegrads
- Kein Zuschlag zu pflegebedingtem Eigenanteil bei Hospiz- oder Intensivpflege

Unser Angebot:

Die Pflegekasse der IKK classic hilft Ihnen in dieser schwierigen Situation gern bei der Suche nach einer geeigneten vollstationären Pflegeeinrichtung. So stellen wir Ihnen auf Wunsch eine Auflistung mit ortsansässigen Pflegeheimen, die bei der Pflegekasse für die Versorgung und Betreuung ihrer Versicherten zugelassen sind, zur Verfügung.



Zweckbestimmung der Kostenbeteiligung

Die Beteiligung ist ausschließlich für Kosten bestimmt, die anfallen durch

- pflegebedingte Aufwendungen,
- einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie
- Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim (sogenannte Hotelkosten) oder Zusatzleistungen fallen in die Eigenverantwortung. Auch Investitionskosten, soweit diese vom Pflegeheim berechnet werden können, tragen Pflegebedürftige selbst. Die Kostenbeteiligung der Pflegekasse der IKK classic wird direkt an die Pflegeeinrichtung gezahlt. Den verbleibenden Eigenanteil stellt die Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen in Rechnung.

Zudem besteht ein Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über das Ausmaß der allgemein notwendigen Pflege hinausgehen. Für diese besonderen Maßnahmen, die von den Pflegebedürftigen zu beantragen sind, erhalten die Pflegeheime von der Pflegekasse einen Vergütungszuschlag.

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil

Reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, verbleibt bei den Pflegebedürftigen ein Eigenanteil. Dieser muss bei den Pflegegraden 2 bis 5 für alle Bewohnenden ein und derselben Einrichtung gleich sein. Eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 5 hat also denselben einrichtungsbezogenen Eigenanteil für die Pflege zu zahlen, wie eine Person mit Pflegegrad 2.

Erreicht wird dies, indem die Pflegekasse die Erhöhung des Vergütungsanspruchs bei gestiegenem Pflegegrad mit einem entsprechend höheren Kostenzuschuss ausgleicht. Die Pflegebedürftigen bekommen hiervon nichts mit, da die Pflegekasse ihren Zuschuss mit der Pflegeeinrichtung auf direktem Wege abrechnet. Im Ergebnis wird damit gewährleistet, dass sich eine Höherstufung des Pflegegrads nicht mehr nachteilig auf den pflegebezogenen Eigenanteil auswirkt.



Dennoch sind bei Bewohnenden ein und desselben Pflegeheims immer noch unterschiedliche Eigenanteile möglich. Dies hat dann aber keine pflegebedingten Gründe. Vielmehr kann dies mit Unterschieden etwa bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder in Anspruch genommenen Zusatzleistungen zusammenhängen. Das wird dann der Fall sein, wenn eine pflegebedürftige Person bspw. ein größeres Zimmer hat als andere Bewohnende.

Dessen ungeachtet ist es nach wie vor so, dass der pflegebedingte Eigenanteil von Einrichtung zu Einrichtung variieren kann. Dies trifft ebenso auf die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Komfortleistungen zu. Daher ist es dringend angeraten, sich bei der Auswahl eines Heims ausführlich darüber zu informieren.

Hinweis: Reichen die Beträge der Pflegeversicherung und die eigenen Einkünfte nicht aus, kann unter Umständen ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden.

Zuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil

Die pflegebedingten Aufwendungen bei der Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung steigen beständig – auch unabhängig von einer Höherstufung des Pflegegrads. Damit Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 dadurch nicht überfordert werden, zahlt die Pflegekasse der IKK classic zusätzlich zur nach Pflegegrad bemessenen Kostenbeteiligung einen Zuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil. Dieser wird ebenfalls direkt mit der Pflegeeinrichtung abgerechnet und ist wie folgt prozentual gestaffelt nach der Dauer des Aufenthalts:

Dauer des Aufenthalts	Zuschlag
bis zu 12 Monaten	15 % des pflegebedingten Eigenanteils
13 bis 24 Monate	30 % des pflegebedingten Eigenanteils
25 bis 36 Monate	50 % des pflegebedingten Eigenanteils
länger als 36 Monate	75 % des pflegebedingten Eigenanteils

Außerklinische Intensivpflege

Zunehmende Bedeutung erlangen intensivpflegerische Versorgungsleistungen, vornehmlich die Versorgung von Beatmungspatienten. Die Regel ist eher, dass Betroffene diese Versorgung in einem Krankenhaus stationär erhalten. Oft wird diese Leistung aber auch außerklinisch erbracht, so auch im häuslichen Bereich. Zur Sicherung der notwendigen Qualität gibt es die „außerklinische Intensivpflege“ als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zulässig ist es außerdem, die Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung zu erbringen.

Die Intensivpflege ist sehr aufwendig und verursacht hohe Kosten. Für Leistungen bei vollstationärer Pflege steht in der Pflegeversicherung aber nur ein begrenztes Budget zur Verfügung. Die betroffenen Personen sollen aber finanziell nicht schlechter gestellt sein als diejenigen, die in einem Krankenhaus vollstationär versorgt werden.

Daher übernimmt in diesen Fällen die Krankenkasse:

- die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen,
- einschließlich der Aufwendungen für Betreuung,
- die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,
- die notwendigen Investitionskosten sowie
- die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.

Hierzu ist die bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung übliche Zuzahlung zu leisten.

Natürlich können die Beträge, die ansonsten für die vollstationäre Pflege zu leisten sind, nicht nebenher gezahlt bzw. weitergezahlt werden. Vielmehr werden diese Beträge auf den Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse angerechnet.

Bessert sich der Gesundheitszustand, sodass eigentlich die Intensivpflege nicht mehr erforderlich wäre, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Anspruch auf diese Leistung übergangsweise für bis zu sechs Monate fort. Damit soll insbesondere die Organisation einer geeigneten Anschlussversorgung gesichert werden. Auch dient dies der Entwöhnung von einer künstlichen Beatmung.



Pflege in besonderen vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen

Lebt ein pflegebedürftiger behinderter Mensch in einer speziellen Einrichtung für behinderte Menschen, erhält er dort auch die individuell benötigten Pflegehilfen. Spezielle Einrichtungen in diesem Sinn sind z. B. Internate zur schulischen Ausbildung behinderter Kinder oder Werkstätten für behinderte Menschen mit behindertengerechten Arbeitsplätzen.

Vorrangig geht es in einer solchen Einrichtung um Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Von daher zählen in solchen Einrichtungen zu den Hauptmerkmalen der vollstationären Versorgung: die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung.

Die pflegerische Versorgung der dort auf Dauer lebenden behinderten Menschen stellt demgegenüber nur eine notwendige Begleitmaßnahme dar. Sie steht aber nicht im Vordergrund wie in einem typischen vollstationären Pflegeheim. Für die Hauptleistungen sind regelmäßig andere Träger als die Pflegekasse zuständig. An den Pflegekosten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung beteiligt sich die Pflegekasse bei Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 aber dennoch – und zwar pauschal mit einem Betrag in Höhe von 15 % der Heimkosten. Diese Pauschale ist begrenzt auf einen monatlichen Höchstbetrag von **278 €**.

Verbringen in einer speziellen Einrichtung vollstationär versorgte Pflegebedürftige auch Tage in häuslicher Umgebung (z. B. am Wochenende oder in den Ferienzeiten), können zusätzliche Leistungsansprüche entstehen (so z. B. auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld).

Unser Angebot: Ausführliche Informationen im konkreten Einzelfall zu diesem Komplex erhalten Sie persönlich von unseren IKK Pflegeberaterinnen und IKK Pflegeberatern.



LEISTUNGEN FÜR EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN.

Angehörige, Freunde oder Nachbarn unterstützen als vertraute Person durch ihre Pflege und Betreuung. Das wollen wir mit sozialer Sicherung belohnen.



IKK ONLINE-PFLEGEKURSE.

Wenn Sie eine oder einen Angehörigen pflegen, bieten wir Ihnen zur Unterstützung kostenlose Online-Pflegekurse zu vielen verschiedenen Themen.

Ehrenamtliche Pflegepersonen sind nicht erwerbsmäßig tätige Laienpflegekräfte aus dem Kreis der Angehörigen, Freunde oder Nachbarn. Das wollen wir mit sozialer Sicherung belohnen. Die Pflegeversicherung kann das hiermit verbundene Engagement nicht vollständig vergüten und ausgleichen. Dennoch trägt sie mit spezifischen Leistungen zur Entlastung und sozialen Absicherung von ehrenamtlichen Pflegepersonen bei.

Soziale Absicherung

Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte können als ehrenamtliche Pflegepersonen gesetzlich rentenversichert sein und einen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz erhalten. Wir beraten Sie gern persönlich dazu, welche Voraussetzungen und Einzelheiten es hierbei zu beachten gilt. Darüber hinaus kann für diesen Personenkreis eine Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung bestehen.

Hinweis: Ehrenamtlichkeit entfällt nicht deshalb, weil Pflegebedürftige das Pflegegeld an ihre Pflegeperson weiterreichen. Auch müssen Pflegepersonen nicht befürchten, dass ihnen andere Sozialleistungen, wie z. B. Elterngeld oder eine vorzeitige Altersrente, aus diesem Grund gestrichen werden. Natürlich bleiben Pflegepersonen auch in der kostenfreien Familienversicherung der Kranken- und Pflegeversicherung bei der IKK classic.

Wird allerdings Arbeitslosengeld bezogen, sollte der Agentur für Arbeit die ehrenamtliche Pflege angezeigt werden, damit geprüft werden kann, ob weiterhin Vermittlungsfähigkeit vorliegt.

IKK Online-Pflegekurse

Angehörige von Pflegebedürftigen, aber auch andere Personen, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren, können kostenlos an speziellen Schulungskursen teilnehmen. Sie dienen dem Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Betreuung von Pflegebedürftigen. Solche Schulungen können auch – ganz bequem und zeitlich flexibel – online absolviert werden.

In unseren speziell hierfür aufbereiteten IKK Online-Pflegekursen finden Sie Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen, wie:

- Grundlagen der häuslichen Pflege
- Alzheimer und Demenz
- Wohnen und Pflege im Alter
- Rechtliche Vorsorge für den Ernstfall
- Selbstfürsorge durch Achtsamkeit
- Pflegen bei Inkontinenz

So melden Sie sich an: Einfach online unter curendo.de/ikk-classic registrieren. Anschließend einen Pflegekurs Ihrer Wahl auswählen und loslegen.

Darüber hinaus erhalten nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte, die IKK-Versicherte pflegen, auf Wunsch eine individuelle Pflegeberatung im häuslichen Bereich.

Zu folgenden Stichwörtern finden Sie im Glossar ab Seite 33 ergänzende Informationen:

- Einzelheiten zum Pflegeunterstützungsgeld
- Anündigung und Vereinbarung der Familienpflegezeit
- Rentenversicherungsanspruch bei Familienpflegezeit



Pflegezeit nach dem „Pflegezeitgesetz“

Arbeitnehmende, die nahe Angehörige pflegen oder deren Pflege organisieren müssen, haben unter bestimmten Voraussetzungen Ansprüche auf Freistellung sowie besonderen Kündigungsschutz. Das sichert ihnen das sogenannte Pflegezeitgesetz zu. In Rahmen dessen wird zwischen kurzzeitiger Arbeitsfreistellung und längerfristiger Pflegezeit unterschieden. Zulässig ist sowohl eine vollständige als auch eine teilweise Freistellung.

Arbeitnehmende in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten haben einen Anspruch auf Pflegezeit von bis zu sechs Monaten für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Dieser Rechtsanspruch besteht auch für die außerhäusliche Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Einen Anspruch auf Pflegezeit von bis zu drei Monaten gibt es darüber hinaus für Beschäftigte, die einen schwerstkranken nahen Angehörigen während der letzten Lebensphase begleiten möchten.

Wichtig: Die Pflegezeit ist den Arbeitgebenden – am besten unverzüglich, spätestens aber 10 Arbeitstage vor deren Inanspruchnahme – schriftlich anzuzeigen. Wir empfehlen die Vorlage eines ärztlichen Attestes. Aus diesem sollte hervorgehen, dass die Notwendigkeit zur Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation vorliegt.

Bei **kurzfristiger Arbeitsfreistellung** von bis zu 10 Arbeitstagen zahlt die Pflegekasse der IKK classic Pflegeunterstützungsgeld. Damit wird das ausgefallene Arbeitsentgelt weitgehend ersetzt. Den grundsätzlichen Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung für bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr haben alle Beschäftigten.

Bei **längerfristiger Pflegezeit** gewährt der Bund für deren Dauer ein zinsloses Darlehen als Ausgleich für den Verlust des Arbeitsentgelts. Ausgeglichen werden dabei im Grundsatz 50% des ausgefallenen (pauschalieren) Nettoentgelts, allerdings nicht der Differenzbetrag des Arbeitsentgelts, das auf die ersten 15 Wochenstunden entfällt. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und ist nach Ablauf der Pflegezeit zu tilgen.

Das Darlehen ist beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zu beantragen.

Einzelheiten zu den Bedingungen finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit.

So hilft die IKK: Die Pflegekasse der IKK classic stellt Ihnen gern die im Zusammenhang mit der Beantragung einer längerfristigen Pflegezeit erforderliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen zur Verfügung. Außerdem zahlen wir während der Pflegezeit ggfs. Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Familienpflegezeit nach dem „Familienpflegezeitgesetz“

Das Familienpflegezeitgesetz eröffnet Berufstätigen eine weitere Möglichkeit,

- die Pflege eines Angehörigen im häuslichen Bereich zu leisten bzw. zu unterstützen,
- einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen außerhäuslich zu betreuen oder
- einen schwerstkranken nahen Angehörigen während der letzten Lebensphase (bis zu drei Monate) zu begleiten.

Im Gegensatz zur Pflegezeit besteht hier nur ein teilweiser Rechtsanspruch auf Freistellung und Kündigungsschutz. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgebende regelmäßig mehr als 25 Arbeitnehmende beschäftigt. Auszubildende zählen nicht mit. Ist nur eine teilweise Freistellung vorgesehen, muss eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden wöchentlich verbleiben.

Die Familienpflegezeit kann für die Dauer von 24 Monaten beansprucht werden. Für denselben nahen Angehörigen kann die Familienpflegezeit mit der Pflegezeit so kombiniert werden, dass keine Unterbrechung entsteht. Die Höchstdauer von 24 Monaten darf aber nicht überschritten werden. Die Reihenfolge der Freistellungen – erst Pflegezeit, dann Familienpflegezeit oder umgekehrt – bestimmen die Berufstätigen.

Die finanzielle Teilabsicherung während der Familienpflegezeit stellt das zinslose Darlehen zulasten des Bundes sicher. Es gelten dieselben Regeln wie beim zinslosen Darlehen während der Pflegezeit. Hilfestellungen zur Familienpflegezeit finden Sie unter wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/service.

GLOSSAR



ZU

Finanzierung der Pflegeversicherung

Sozialer Ausgleich

Bei der Finanzierung der Pflegeversicherung gilt – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – das Prinzip des sozialen Ausgleichs zwischen höheren und niedrigeren Einkommen.

Besonderheiten für Beziehende von Arbeitslosen-, Kurzarbeiter- und Übergangsgeld

- Die Beiträge für Arbeitslose zahlt die Bundesagentur für Arbeit.
- Beziehende von Bürgergeld 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 Leistungsbeziehenden an dem Beitragszuschlag ist grundsätzlich möglich. Nähere Informationen geben die Agenturen für Arbeit.

Besonderheiten für Rentner, Kinderlose, Eltern

- Rentnerinnen und Rentner zahlen den vollen Pflegeversicherungsbeitrag allein.
- Für Mitglieder, die keine Eltern (leibliche Eltern, Pflegeeltern, Adoptiv- und Stiefeltern) im Sinne des Gesetzes sind, wird ab Vollendung des 23. Lebensjahres ein Zusatzbeitrag erhoben. Dieser wird vom Mitglied allein getragen. Seit dem 1. Juli 2023 wird auch die Zahl der Kinder durch einen Abschlag vom allgemeinen Beitragsatz berücksichtigt, und zwar bereits ab dem zweiten bis zum fünften Kind. Berücksichtigt werden Kinder bis zum Ablauf des Monats, in dem sie ihr 25. Lebensjahr vollenden.

Eigenvorsorge durch Pflegezusatzversicherung

Es ist sinnvoll, ergänzend zur IKK Pflegeversicherung eine private Pflege-Zusatzversicherung abzuschließen. Dieses Zweier-Modell wird vom Staat sogar gefördert. Wer für eine Pflege-Zusatzversicherung mindestens 10 € monatlich als Prämie aufbringt, wird mit einer Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 € monatlich unterstützt. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsvertrag die gesetzlich bestimmten Förderbedingungen erfüllt. Fragen Sie Ihre IKK Kundenberaterin oder Kundenberater nach der privaten Zusatzversicherung unseres Kooperationspartners SIGNAL IDUNA.



ZU

Besonderheiten in Sachsen (Pflegeretz)

Wohnen Sie in Sachsen, werden Sie als Ratsuchender in einem Pflegenetz aufgefangen. Das sind ganz unterschiedliche Stellen, die für Ihre individuelle Versorgung eng zusammenarbeiten. Wenden Sie sich bei Bedarf an Ihre IKK classic oder nehmen Sie über das Internet Kontakt auf unter: pflegenetz.sachsen.de.



ZU

Besonderheiten bei pflegebedürftigen Kindern

Grundprinzipien, Mehrbedarf und Punktesystematik

Die Grundprinzipien zur Feststellung des Pflegegrades bei Erwachsenen gelten auch für Kinder. Allerdings gibt es hier einige Besonderheiten. So ist der benötigte Hilfebedarf des pflegebedürftigen Kindes mit dem Hilfebedarf eines gesunden Kindes, welches genauso alt ist, zu vergleichen. Nur der Mehrbedarf zählt als gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten. Auch ist die Punktesystematik für Kinder bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres anders.

Abweichungen bis zum 18. Lebensmonat

Abweichungen gelten für Kinder bis zum 18. Lebensmonat, da sie naturbedingt eine Rund-Um-Versorgung benötigen. Deshalb werden bei ihnen nur die Bereiche „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie „Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ beurteilt. Hinzu kommt aus dem Bereich „Selbstversorgung“ die Frage, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung erfordern. Diese Kleinkinder werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft. Bis zur Vollendung des 18. Lebensmonats bleibt der zuerkannte Pflegegrad maßgebend.

Zuordnung Pflegegrad nach dem 18. Lebensmonat

Danach wird die reguläre Zuordnung ohne erneute Begutachtung vorgenommen. Vorzeitige Höherstufungsanträge werden jedoch begutachtet sowie sinnvolle Wiederholungsbegutachtungen veranlasst. Die Besonderheiten bei Vorliegen einer besonderen Bedarfslage gelten auch für Kinder.

Ombudsperson

Bei Schwierigkeiten mit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes können Sie sich vertrauensvoll an unparteiische Vermittler wenden. Eine nach Bundesländern geordnete Übersicht der Ombudspersonen des Medizinischen Dienstes sowie weitere Informationen hierzu finden Sie unter medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/ombudspersonen.

Wiederholungsbegutachtung

Eine vom Medizinischen Dienst empfohlene Wiederholungsbegutachtung veranlasst die Pflegekasse der IKK classic zum angegebenen Zeitpunkt von sich aus. Sollte schon vorher wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein höherer Hilfebedarf eintreten, kann selbstverständlich auch die pflegebedürftige Person den Anstoß für eine frühere Wiederholungsbegutachtung geben.



ZU

IKK Vorsorge- und Reha-Angebote**IKK Vorsorge-Angebote**

Vorsorge (Prävention) nimmt bei der IKK classic einen hohen Stellenwert ein. Präventionsmaßnahmen können nämlich einen wirkungsvollen Beitrag dazu leisten, dass es erst gar nicht zu Pflegebedürftigkeit kommt. Daher stehen IKK Versicherten allgemein zugängliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auf qualitätsgesicherter Basis zur Verfügung. Im Vordergrund stehen dabei die Bereiche „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressbewältigung/Entspannung“ sowie „Suchtmittelkonsum“. Allerdings sind auch Pflegebedürftige keineswegs von präventiven Maßnahmen ausgeschlossen. Selbst wenn sie bereits in stationären Pflegeeinrichtungen leben, stehen Ihnen Vorsorgeleistungen offen.

Förderung gesünderer Lebensverhältnisse

Zusätzlich zur Gesundheitsförderung des Einzelnen stehen im Mittelpunkt unserer Aktivitäten ebenso Maßnahmen, die auf gesündere Lebensverhältnisse der Menschen abzielen. Dies schließt die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mit ein.

IKK Reha-Angebote

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 Sie auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ohne Einschränkung erhalten.

Vorsorge- und Reha-Angebote für pflegende Angehörige

Überdies unterstützen wir auch pflegende Angehörige mit unseren Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. Außerdem wird bei einer stationären Maßnahme eines pflegenden Angehörigen dafür gesorgt, dass die Hilfe für die zu pflegende Person weiterhin gesichert ist.

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen

Für Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation stehen der IKK classic vertraglich verbundene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.



ZU

Beginn höherer Leistungen bei Wiederholungsbegutachtung

Wird bei einer Wiederholungsbegutachtung festgestellt, dass die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad bereits früher vorlagen, erhalten IKK Versicherte die höheren Leistungen rückwirkend. Hat sich der Gesundheitszustand verbessert und ist der zutreffende Pflegegrad deshalb niedriger, passt die Pflegekasse der IKK classic ihre Leistungen für die Zukunft an.

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 muss nicht ununterbrochen 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.



ZU

Pflegelotse

Der Pflegelotse ist ein unabhängiges und kostenloses Informationsportal des VDEK (Verband der Ersatzkassen e.V.), das Ihnen und Ihren Angehörigen bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung im gesamten Bundesgebiet hilft. Sie finden hier z. B. Informationen über Größe, Kosten, besondere Versorgungsformen sowie Lage und Anschriften der Einrichtungen. Auch über die Qualität der einzelnen Einrichtungen informiert der Pflegelotse auf Grundlage objektiver Prüfergebnisse. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, verschiedene Pflegeeinrichtungen miteinander zu vergleichen.

Qualitätsgarantie

Um die Qualität von Pflegeheimen für Sie transparenter zu machen, werden alle Pflegeheime in Deutschland kontrolliert und bewertet. Die Pflegekassen und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes „Bund der Krankenkassen“ legen dabei in regelmäßigen Abständen einen aktuellen Bericht zur Qualität der Leistung in Pflegeheimen vor. Diese Qualitätsprüfungen finden in der Regel einmal pro Jahr und unangemeldet statt. Die Informationen bzw. Bewertungen werden als Gesamtnote dargestellt.



ZU

Pflegearrangements bei Pflegesachleistung

Pflegesachleistung für mehrere („Poolen“)

Pflegesachleistungen können von mehreren Pflegebedürftigen, etwa von Nachbarn in einer Wohnanlage oder in Wohngemeinschaften, gemeinsam in Anspruch genommen werden („Poolen“). Sinnvoll kann das vor allem bei pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sein, z. B. bei der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen für mehrere Pflegebedürftige oder bei der Durchführung gemeinsamer Tagesausflüge. 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.

Häusliche Betreuung von mehreren

Auch häusliche Betreuung können mehrere Pflegebedürftige gemeinschaftlich in der Wohnung eines Pflegebedürftigen bzw. der eines Familienangehörigen in Anspruch nehmen.

Vertragliche Absicherung

Die Pflegekasse der IKK classic sichert solche Pflegearrangements mit Pflegediensten oder Einzelpflegekräften vertraglich ab. Sprechen Sie uns an, auch wenn Sie eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Ihrer Region wünschen.

Pflegegeld bei selbst beschafften „Pflegeprofis“

Pflegegeld steht auch dann zu, wenn der Hilfebedarf von erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen geleistet wird,

- die die bzw. der Pflegebedürftige in eigener Regie beschafft hat und
- die keine Vertragspartner der Pflegekasse sind.

Wichtig ist nur: Bei selbst beschafften Pflegepersonen muss die erforderliche Pflege ausreichend gesichert sein.

Weiterzahlung Pflegegeld bei:

Stationärer Krankenhaus- behandlung/Rehabilitation

bis zu 4 Wochen.

Häuslicher Krankenpflege zur Vermeidung/Verkürzung einer stationären Krankenhaus- behandlung

(Die Begrenzung der Weiterzahlung auf vier Wochen entfällt bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte (Assistenzkräfte) sicherstellen. Allerdings muss dieses sogenannte Arbeitgebermodell finanziell durch den Sozialhilfeträger unterstützt werden.)

Verhinderungspflege

in Höhe von 50% bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr.

Kurzzeitpflege

in Höhe von 50% bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr.

Kombinationsleistung

Der in diesem Fall anteilige Betrag an Pflegegeld wird bei Unterbrechung durch stationäre Behandlung dann ebenfalls für 4 Wochen fortgezahlt; bei Unterbrechung durch Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege wird die Hälfte des zuvor gezahlten Pflegegeldes für acht bzw. sechs Wochen weitergezahlt.



ZU

Prüfung der Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag

Es ist nicht immer sofort erkennbar, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag erfüllt sind. Deshalb darf die Pflegekasse der IKK classic im gesetzlich bestimmten Umfang Unterlagen anfordern und die entsprechenden Daten auswerten.

Tages- und Nachtpflege bei Wohngruppenzuschlag

Bezieht ein Pflegebedürftiger oder eine Pflegebedürftige den Wohngruppenzuschlag, kann daneben ein Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege bestehen. Dies gilt allerdings nur unter folgender Voraussetzung: Der Medizinische Dienst hält nach entsprechender Prüfung diese Leistung für erforderlich, damit die Versorgung des bzw. der Pflegebedürftigen in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.



ZU

Verhinderungspflege bei Kombinationsleistung

Werden Pflegebedürftige von Pflegeprofis und Laienkräften gemeinsam gepflegt (Kombinationsleistung), wird die Ersatzpflege bei Verhinderung der ehrenamtlichen Pflegeperson entsprechend anteilig geleistet. Der Anspruch auf Pflegesachleistung für die professionelle Pflegekraft besteht unverändert fort.

Besonderheiten bei Verhinderungspflege durch Laienpflegekräfte

Nicht nahverwandte/ verschwägte Laienpflegekraft, die nicht in häuslicher Gemein- schaft lebt

Wird die Ersatzpflege durch eine Laienpflegekraft erbracht, die

- weder mit der pflegebedürftigen Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist
- noch mit in häuslicher Gemeinschaft lebt,

übernimmt unsere Pflegekasse die Kosten hierfür wie bei Ersatzpflege durch professionelle Pflegekräfte. Es werden somit im Kalenderjahr bis zu 1.685 € geleistet, gegebenenfalls zuzüglich 843 € aus Mitteln der Kurzzeitpflege.

Nahverwandte/verschwägerte Laienpflegekräfte oder Ehrenamtliche, die in häus- licher Gemeinschaft leben

Etwas anderes gilt, wenn für die Ersatzpflege Laienkräfte einspringen, die mit der pflegebedürftigen Person

- entweder bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind
- oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Dann steht für die Dauer der Ersatzpflege Pflegegeld zur Verfügung. Seine Höhe bemisst sich an dem, was bei der bisherigen Laienpflege für den gleichen Zeitraum zu zahlen gewesen wäre. Außerdem wird das vor der Ersatzpflege gezahlte Pflegegeld zur Hälfte weiter geleistet. Dabei darf allerdings das 1,5-fache des Pflegegeld-Höchstbetrags, der für den jeweiligen Pflegegrad des Pflegebedürftigen gilt, nicht überschritten werden.

Bei Aufwendungen für die Ersatzpflegeperson, wie z. B. Verdienstausfall oder Fahrkosten, kann das 1,5-fache Pflegegeld bis zum Höchstbetrag der Ersatzpflege von 1.685 € aufgestockt werden.–, gegebenenfalls auch hier noch einmal erhöht um die 843 € aus Mitteln der Kurzzeitpflege.



ZU

Finanzierungsmöglichkeiten bei Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Alltag

Anteilige Umwandlung der Pflegesachleistung

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können zur Finanzierung von Unterstützungsangeboten im Alltag bis zu 40% ihres jeweiligen Anspruchs auf Pflegesachleistungen in einen Kostenzuschuss umwandeln. Für die Umwandlung ist ein besonderer Antrag erforderlich. Kosten sind gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen, die dann Kostenerstattung leistet.

Diese Umwandlungsmöglichkeit besteht auch dann, wenn Sie für die häusliche Pflege die Kombinationsleistung oder Pflegegeld beziehen. Der umgewandelte Betrag gilt aber stets als im Verhältnis zur Leistung „Pflegegeld“ in Anspruch genommene Pflegesachleistung.

Bevor der zustehende Betrag berechnet werden kann, müssen immer erst die in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen der Höhe nach feststehen.

Kostenerstattung bei Erhalt von Pflegegeld

Auch wer Pflegegeld monatlich im Voraus erhält, kann Kostenerstattung für Angebote zur Unterstützung im Alltag geltend machen. Allerdings kommen dann aber im Nachhinein die Regelungen für die Kombinationsleistung zur Anwendung. Das bedeutet: Es steht nur ein geringerer Pflegegeldbetrag zu. Überzahlte Beträge werden anschließend jeweils mit dem Erstattungsbetrag für die Kosten zur Unterstützung im Alltag verrechnet.

Umwandlung des Entlastungsbetrags

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag können auch mit dem besonderen Entlastungsbetrag (131 €) finanziert werden. Die Wahl hat die pflegebedürftige Person, ob und inwieweit sie von dem Umwandlungsanspruch Gebrauch macht. Wird der Entlastungsbetrag zur Finanzierung herangezogen, gilt dieser nicht als Pflegesachleistung. Somit wirkt sich seine Umwandlung auch nicht auf die Höhe des anteiligen Pflegegeldes aus.



ZU

Ausnahme: Übernahme Behandlungspflege durch Krankenkasse

In Ausnahmefällen, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gegeben ist, werden diese Leistungen von der Krankenkasse übernommen. Sie werden nicht auf die Leistungen der Pflegeversicherung angerechnet.

Besonderheiten bei Pflegegrad 1

Zuschuss im Rahmen des Entlastungsbeitrags

Wählt ein Pflegebedürftiger bzw. eine Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, bezuschusst die Pflegekasse die entstehenden Aufwendungen mit 131 € monatlich im Rahmen des Entlastungsbetrags.

Kein Leistungszuschlag

Vollstationär versorgte pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können zunächst keinen Leistungszuschlag erhalten. Wird später aber mindestens der Pflegegrad 2 zuerkannt, werden bei der Dauer der vollstationären Pflege auch die Zeiten berücksichtigt, in denen nur der Pflegegrad 1 vorgelegen hatte.

Anrechnung von Kalendermonaten auf Aufenthaltsdauer bei Zuschlag zu pflegebedingtem Eigenanteil

Alle Kalendermonate mit vollstationärer Pflege werden auf die Dauer angerechnet. Somit werden auch frühere Zeiten nach einer Unterbrechung der vollstationären Pflege oder die Pflege in einem anderen Pflegeheim nach einem Heimwechsel berücksichtigt. Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen der vollstationären Pflege bezogen werden, gelten als volle Kalendermonate. Zeiten, in denen eine pflegebedürftige Person in einem Krankenhaus stationär behandelt und deshalb die vollstationäre Pflege vorübergehend unterbrochen wird, werden bei der Berechnung der Dauer der vollstationären Pflege ebenfalls miteinbezogen. Zeiten der Kurzzeitpflege bleiben dagegen außen vor.

Neuberechnung des Zuschlags zum pflegebedingten Eigenanteil bei Höherstufung des Pflegegrads

Wird später ein höherer Pflegegrad zuerkannt und steigen dadurch die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Leistung der Pflegeversicherung zu den Kosten der vollstationären Pflege, wird der zustehende Leistungszuschlag zur Minderung des Eigenanteils neu berechnet. Ändern sich im Laufe eines Monats die pflegebedingten Aufwendungen (z. B. wegen einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus), wird der Leistungszuschlag ebenfalls neu berechnet.

Kein Zuschlag zu pflegebedingtem Eigenanteil bei Hospiz oder Intensivpflege

Der Anspruch besteht nicht, wenn eine Krankenkasse Kosten für die vollstationäre Hospizversorgung trägt oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die Kosten für eine außerklinische Intensivpflege übernimmt. Denn dann entfallen auf die pflegebedürftige Person keine Eigenanteile zu den pflegebedingten Aufwendungen.



ZU

Einzelheiten zum Pflegeunterstützungsgeld

Zunächst ist abzuklären, ob sich gegebenenfalls aus dem Arbeits- oder Tarifvertrag ein Anspruch auf bezahlte Freistellung ergibt. Falls nicht und falls keine andere Sozialleistung zusteht (z. B. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes), leistet die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person als Entgeltersatz Pflegeunterstützungsgeld.

Mit dem Pflegeunterstützungsgeld werden im Regelfall 90% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts ausgeglichen. Ist eine beitragspflichtige Einmalzahlung zu berücksichtigen ist, können es sogar 100% sein. Allerdings sind Versichertenanteile zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Für höhere Arbeitsentgelte gilt eine Leistungshöchstgrenze von 70% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung.

Ankündigung und Vereinbarung der Familienpflegezeit

Bei der Inanspruchnahme der Familienpflegezeit sind gegenüber dem Arbeitgebenden gesetzlich bestimmte Ankündigungsfristen einzuhalten. Soll sich die Familienpflegezeit an eine vorherige Pflegezeit wegen desselben Angehörigen nahtlos anschließen, beträgt die Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgebenden drei Monate vor ihrem Beginn. Ansonsten ist die Art und Dauer der gewünschten Familienpflegezeit dem Arbeitgebenden spätestens acht Wochen vor ihren Beginn mitzuteilen.

Die Ankündigung und Vereinbarung mit dem Arbeitgebenden über die inhaltliche Ausgestaltung der Familienpflegezeit muss schriftlich erfolgen. Der von der Pflegekasse der IKK classic ausgestellte Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nimmt der Arbeitgebende zu den Lohnunterlagen.

Rentenversicherungsanspruch bei Familienpflegezeit

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 Pflegekasse der IKK classic bei familiärer, nicht erwerbsmäßiger häuslicher Pflege für die Pflegeperson unter den üblichen Voraussetzungen Rentenversicherungsbeiträge.

Herausgegeben von

IKK classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresden

Impressum

Diese Informationsbroschüre ist eine Zusammenfassung des bei Drucklegung geltenden Rechts. Maßgeblich sind stets Gesetz und Satzung der IKK classic.

Ausführliche Informationen zu einzelnen Themen erhalten Sie in Ihrem IKK Servicecenter oder unter ikk-classic.de

IHRE FRAGEN. UNSERE ANTWORTEN.

Sie haben Fragen oder möchten zur IKK classic wechseln?

Wir sind immer für Sie da. Sie erreichen uns telefonisch rund um die Uhr:

Kostenlose IKK Servicehotline

0800 455 1111



IKK classic-App



Facebook



Instagram



YouTube



TikTok