IKK-RATGEBER

Pflegeversicherung 2025

Wichtiges zu Leistungen, Anträgen und Service-Angeboten

IKK Südwest

Inhalt

Pflegeversicherung = Versicherung im Pflegefall 3

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff 3
Eigenvorsorge ist ein Element der Pflegeversicherung 4

Pflegeanbietersuche 4

Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege 5

Pflegebedürftigkeit – Kriterien, Begutachtung und Feststellung 6
Maßstäbe für Pflegebedürftigkeit 6
Der Antrag auf Pflegeleistungen 7

Das Begutachtungsverfahren 8
Die Begutachtung 8
Beurteilung der Pflegebedürftigkeit 9
Pflegebedürftigkeit bei Kindern 10
Das Gutachten als Entscheidungsgrundlage 11
Pflegeberatung 12
Die Pflegestützpunkte 12

Beginn der Leistungen 13
2-jährige Vorversicherungszeit 14

Leistungen bei häuslicher Pflege 14
Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 15
Pflegesachleistung bei Pflegegrad 2 bis 5 16
Pflegegeld bei Pflegegrad 2 bis 5 18
Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld 20
Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung 21
Die Verhinderungspflege (Ersatzpflege) 23
Die Kurzzeitpflege 26
Sonderregelung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene 27
Tages- und Nachtpflege 28
Angebote zur Unterstützung im Alltag 29
Der Entlastungsbetrag 31
Pflegehilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung 33

Leistungen bei vollstationärer Pflege 34
Finanzielle Begrenzung des Eigenanteils 36
Pflege in besonderen vollstationären
Einrichtungen für behinderte Menschen 38

Unterstützung für Pflegepersonen 39
Pflegekurse 40

Pflegezeit 40
So hilft die IKK 43

Familienpflegezeit 43

Impressum

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

© Wende Verlag Moderne Medien, Stand: Dezember 2024
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung

Best.-Nr. 9101-01 (12.24) – Wende Verlag, Frechen

Pflegeversicherung = Versicherung im Pflegefall

Pflegeversicherung ergänzt eigene Vorsorge

Eine angeborene Behinderung, ein Unfall mit schwersten Folgen oder eine langsam fortschreitende Krankheit können z. B. Ursachen dafür sein, dass ein Mensch seine Alltagssituationen ohne fremde Hilfe nicht oder nicht mehr vollständig bewältigen kann. Erreicht das Ausmaß der verloren gegangenen Selbstständigkeit einen gesetzlich bestimmten Mindestumfang, garantiert die Pflegeversicherung, dass der Pflegebedürftige die notwendige Hilfe und damit eine menschenwürdige Pflege erhält. Sie entlastet den Pflegebedürftigen mit ihren Leistungen auch finanziell, manchmal vollständig, häufig aber auch nur mit Zuschüssen, weil für die einzelnen Leistungen der Pflegeversicherung Budgets vorgesehen sind.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

Körperlich und psychisch Kranke sind gleichgestellt

Aus welchem Grund die Selbstständigkeit verloren gegangen ist, spielt keine Rolle. Bei der Beurteilung, ob Pflegebedürftigkeit besteht, sind geistig und psychisch erkrankte Menschen (so auch viele Menschen mit Demenzerkrankungen) mit den mehr körperlich erkrankten Menschen vollständig gleichgestellt.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach der verbliebenen Selbstständigkeit eines Menschen in mehreren gesetzlich aufgelisteten Lebensbereichen. Durch diese Differenzierung wird der konkrete Hilfebedarf ziemlich genau erfasst. Je höher der Hilfebedarf ist, desto höher ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Erkennbar wird dies aus dem Pflegegrad – von dem es insgesamt fünf gibt –, den jeder Pflegebedürftige erhält. Je geringer die Selbstständigkeit ist, desto höher fällt der Hilfebedarf und somit der zutreffende Pflegegrad aus. Und mit steigendem Pflegegrad erhöhen sich auch die Leistungen der Pflegeversicherung.

Eigenvorsorge ist ein Element der Pflegeversicherung
Seit Einführung der Pflegeversicherung gilt unverändert, dass ihre Leistungen keine Vollversorgung bieten. Sie befreien den Pflegebedürftigen weder von jeglicher finanzieller Eigenverantwortung, noch wird dadurch die Hilfe innerhalb der Familie überflüssig. Da insbesondere die stationäre Pflege kostenintensiv ist, wird die Eigenbelastung bei längerer Versorgung in einem stationären Pflegeheim schrittweise reduziert.

Wichtig: Es ist durchaus sinnvoll, ergänzend zur IKK-Pflegeversicherung eine private Pflege-Zusatzversicherung abzuschließen. Dieses Zweier-Modell fördert der Staat auch mit einem kleinen Zuschuss. Wer für eine Pflege-Zusatzversicherung mindestens 10 Euro monatlich als Prämie aufbringt, wird mit einer Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 Euro monatlich unterstützt. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsvertrag die gesetzlich bestimmten Förderbedingungen erfüllt.

Pflegeanbietersuche

Der IKK-Pflegelotse ermöglicht Ihnen einen schnellen Überblick über das Angebot und die Qualität ambulanter und stationärer Einrichtungen. Hier finden Sie zum Beispiel eine passende Pflegeeinrichtung oder einen geeigneten Pflegedienst.

Den IKK-Pflegelotsen finden Sie unter www.ikk-suedwest.de. Geben Sie hierzu einfach in der Suchmaske den **Webcode 295** ein.

Suchen Sie einfach in der Datenbank nach Ihrer Region und geben Sie die Kriterien an, die für Sie wichtig sind. Sie erhalten außerdem eine Übersicht der zu erwartenden Kosten.

Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege

Vorsorge (Prävention) nimmt bei der IKK-Pflegekasse einen hohen Stellenwert ein. So 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“.

Zusätzlich zur Gesundheitsförderung des Einzelnen stehen im Mittelpunkt unserer Aktivitäten auch Maßnahmen, die auf gesündere Lebensverhältnisse der Menschen abzielen, sowie die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Fragen Sie Ihre IKK nach den aktuellen Angeboten.

Mit unseren medizinischen Leistungen zur Rehabilitation unterstützen wir die ärztliche Therapie, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Schweregrad zu lindern. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können Sie auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ohne Einschränkung erhalten. Überdies unterstützen wir besonders auch pflegende Angehörige mit unseren Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. So wird auch bei einer stationären Maßnahme eines pflegenden Angehörigen dafür gesorgt, dass die Hilfe für den Pflegebedürftigen weiterhin gesichert ist.

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

Auch Pflegebedürftigen, die bereits in stationären Pflegeeinrichtungen leben, stehen präventive Leistungen offen. Die IKK-Pflegekasse unterbreitet Vorschläge, wie die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen verbessert sowie deren verbliebene gesundheitliche Fähigkeiten gestärkt werden können. Selbstverständlich unterstützen wir Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen auch bei der Umsetzung geeigneter Maßnahmen.

Pflegebedürftigkeit – Kriterien, Begutachtung und Feststellung

Einheitliche und gerechte Maßstäbe bei der Beurteilung

„Pflegebedürftigkeit“ wird in der Pflegeversicherung einheitlich ausgelegt. Unter welchen Voraussetzungen bei erkrankten Menschen dies anzunehmen ist, garantieren gesetzliche Kriterien sowie ein bundesweit abgestimmtes Begutachtungsverfahren. Das sorgt für eine gerechte Leistungsbewilligung und Verteilung der Mittel der Pflegeversicherung.

Maßstäbe für Pflegebedürftigkeit
Voraussetzung für Pflegebedürftigkeit ist, dass gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen und der erkrankte Mensch deshalb der Hilfe durch andere Personen bedarf. Aufgrund welcher Krankheit der Hilfebedarf besteht, ist dabei unerheblich. Einschränkungen aufgrund körperlicher Erkrankungen werden genauso berücksichtigt wie Beeinträchtigungen aufgrund geistiger oder psychischer Erkrankungen.
Wer etwa wegen einer demenziellen Erkrankung (z.B. Alzheimer) seine Selbstständigkeit eingebüßt hat und deshalb im Alltag der Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bedarf, kann ebenso als pflegebedürftig eingestuft werden wie derjenige, der seine körperliche Beweglichkeit aufgrund einer körperlichen Erkrankung (z.B. Rheuma, Arthrose, Verlust der Sehfähigkeit) oder wegen eines Unfalls verloren hat.

In folgenden sechs gesetzlich bestimmten Bereichen ist festzustellen, inwieweit die Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, trotz Beeinträchtigung noch erhalten geblieben sind. Dies gilt unabhängig vom jeweiligen Wohnumfeld.

- 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 Bereiche gibt es gesetzlich beschriebene Einzelkriterien, für die die verbliebene Selbstständigkeit bzw. die noch vorhandenen Fähigkeiten zu bestimmen sind. Gern erläutern wir Ihnen die Details persönlich.

Zusätzlich wird bereits bei allen sechs Bereichen berücksichtigt, ob und in welchem Ausmaß die gesundheitlichen Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten auch einen Hilfebedarf bei der Haushaltsführung erfordern. Dabei wird differenziert zwischen außerhäuslichen Aktivitäten und der eigentlichen Haushaltsführung.

Hinweis: Besteht der Hilfebedarf nur für kurze Dauer, etwa nach schwerer Erkrankung, führt dies noch nicht zur Pflegebedürftigkeit. Vorausgesetzt wird 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 Antrag auf Pflegeleistungen

IKK-Vordruck erleichtert die Antragstellung

Wer erstmals Leistungen der Pflegeversicherung beantragt, sollte hierfür den besonderen Vordruck benutzen, den wir Ihnen gern auf Anfrage zuschicken. Mit dem Vordruck werden einige Daten abgefragt, die wir aus organisatorischen Gründen für eine rasche Bearbeitung des Leistungsantrags benötigen. Ein ärztliches Attest zur Pflegebedürftigkeit ist nicht erforderlich.

Den Antrag sowie weitere Anträge der Pflegeversicherung finden Sie auch unter www.ikk-suedwest.de. Geben Sie hierzu einfach in der Suchmaske den **Webcode 287** ein.

Nach dem Eingang des Antrags bei uns bieten wir Ihnen eine persönliche Beratung an. Wir freuen uns, wenn Sie unser Angebot nutzen, und beantworten Ihre Fragen gerne im persönlichen Gespräch.

Das Begutachtungsverfahren

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit ist Sache des Medizinischen Dienstes oder anderer von der Pflegekasse beauftragter Gutachter. Dabei sorgen bundeseinheitlich gültige Richtlinien für ein einheitliches Begutachtungsverfahren. Wird nicht mindestens der Pflegegrad 1 erreicht, liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nicht vor. Der dann benötigte Hilfebedarf fällt in die Eigenverantwortung eines Pflegeversicherten. Eventuell kann aber ein Anspruch auf die Leistungen der Sozialhilfe oder anderer Leistungsträger bestehen.

Die Begutachtung

Persönliche Begutachtung ist notwendig

Werden Leistungen der Pflegeversicherung erstmals beantragt, wird die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens festgestellt. Wir holen hierzu im Regelfall ein Gutachten des Medizinischen Dienstes ein. Damit sich der Gutachter (ein Arzt oder eine Pflegefachkraft) ein genaues Bild vom individuellen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen machen kann, muss dieser sich auch einen persönlichen Eindruck von seinem sozialen Umfeld verschaffen, z. B. über seine Wohn- und Pflegesituation. Daher ist ein Hausbesuch des Gutachters erforderlich, der natürlich vorher angekündigt wird.

Bei stationärer Pflege kommt der Gutachter ins Pflegeheim. Nur in Ausnahmefällen kann auf den Haus- oder Heimbesuch verzichtet werden, etwa wenn dies wegen eines akuten Infektionsgeschehens oder einer Krisensituation angezeigt sein sollte.

Zwischen Ihrem Leistungsantrag und unserer Entscheidung zu Ihren Leistungsansprüchen vergeht eine gewisse Zeit, weil die Begutachtung im Interesse des Antragstellers sorgfältig bearbeitet wird. So früh wie möglich nach Ihrem Antrag erhalten Sie unsere schriftliche Entscheidung. In besonders dringenden Fällen (z. B. bei einem Erstantrag auf vollstationäre Pflege) entscheiden wir regelmäßig innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang. Sollten sich Ihnen in der Zwischenzeit Fragen stellen, beantworten unsere IKK-Berater/-innen diese gern persönlich.

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

Beurteilung der Pflegebedürftigkeit

Es gibt fünf Pflegegrade

Je nach Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten wird jeder Pflegebedürftige einem von fünf Pflegegraden zugeordnet. Welcher Pflegegrad im Einzelfall in Betracht kommt, ermitteln die Gutachter des Medizinischen Dienstes, und zwar – vereinfacht nach in folgenden Schritten:

In einem ersten Schritt wird für jedes Einzelkriterium getrennt nach den sechs Bereichen (s. Seite 6) eine Punktzahl ermittelt. Diese Punktwerte werden im zweiten Schritt für jeden Bereich addiert und nach einer gesetzlich vorgegebenen Tabelle gewichtet. Im dritten Schritt werden die einzelnen gewichteten Gesamt-Punktwerte zusammengerechnet. Das Ergebnis bestimmt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Beurteilung des Pflegegrads:

Pflegegrad	Gesamtpunkte (nach Addition der Einzelwerte und deren Gewichtung)
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

Bei einer Gesamtpunktzahl von unter 12,5 Punkten liegt somit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vor.

Dieses Verfahren erscheint auf den ersten Blick recht kompliziert. Aber gerade die umfangreichen Einzelfeststellungen dienen der Qualität der Gutachten und führen zu einer gerechten Zuordnung zum tatsächlich zutreffenden Pflegegrad.

Wichtig: 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.

Pflegebedürftigkeit bei Kindern

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 gelten auch für Kinder bis zum 18. Lebensmonat, da sie naturbedingt eine Rund-Um-Versorgung benötigen. Deshalb werden bei ihnen nur die Bereiche 3 „Verhalten und psychische Problemlagen“ sowie 5 „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ beurteilt.

Hinzu kommt aus dem Bereich 4 „Selbstversorgung“ die Frage, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung erfordern. Schließlich werden diese Kleinkinder pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft.

Bis zur Vollendung des 18. Lebensmonats bleibt der zuerkannte Pflegegrad maßgebend. Danach wird die reguläre Zuordnung ohne erneute Begutachtung vorgenommen. Vorzeitige Höherstufungsanträge werden jedoch erneut begutachtet sowie sinnvolle Wiederholungsbegutachtungen veranlasst. Die Besonderheiten bei Vorliegen einer außergewöhnlichen Bedarfslage gelten auch für Kinder. Gern erklären Ihnen unsere Berater-/innen die Einzelheiten.

Das Gutachten als Entscheidungsgrundlage

IKK folgt in der Regel dem Gutachten

Der Gutachter äußert sich zur Pflegebedürftigkeit sowie zum Pflegegrad und erstellt außerdem eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung. Diese fügen wir unserem Leistungsbescheid bei und erläutern ergänzend, welche Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt sind. Stimmt der Antragsteller zu, informieren wir auch andere, etwa die Angehörigen oder die behandelnden Ärzte und die Pflege- und Betreuungseinrichtungen über die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und schalten außerdem den entsprechenden Rehabilitationsträger ein, der dann die notwendigen Schritte zur Umsetzung der Maßnahme ergreift. Die Gründe einer negativen Rehabilitationsempfehlung des Gutachters erläutern wir dem Antragsteller ebenfalls umfassend und verständlich.

Die IKK-Pflegekasse folgt bei ihrer Entscheidung zur Pflegebedürftigkeit und zum Pflegegrad in der Regel den Empfehlungen des Gutachters. Jeder IKK-Versicherte, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt hat, erhält von uns einen schriftlichen Bescheid mit konkreten Angaben zu seinen Leistungsansprüchen. Auch das Gutachten fügen wir dem Bescheid bei – es sei denn, der Versicherte hat dem bei der Begutachtung widersprochen. Das Gutachten senden wir auf Antrag aber auch gern zu einem späteren Zeitpunkt noch zu.

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

IKK wertet Gutachten sorgfältig aus

Pflegeberatung

Die IKK-Pflegekasse wertet jedes einzelne Gutachten des Medizinischen Dienstes genauestens aus. Dabei werden insbesondere auch Hinweise zu benötigten Hilfeleistungen sowie zur Versorgung mit Hilfsmitteln oder zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes berücksichtigt. Die IKK-Berater-/innen nutzen diese Hinweise, um Ihnen die erforderliche Unterstützung zukommen zu lassen.

Die Pflegestützpunkte

Die Pflegestützpunkte sind ein kostenloses Beratungsangebot, welches sich an behinderte, ältere und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige wendet. Die Beratung erfolgt persönlich, vertraulich, kompetent und kostenfrei. Die Koordination aller Möglichkeiten der Versorgung im Pflege- oder Krankheitsfall orientiert sich dabei an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen.

Die Fachkräfte informieren unter anderem über Angebote der ambulanten Versorgung, Entlastungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige, über Tages- und Kurzzeitpflege und Pflegeheime. Bei Bedarf unterstützen sie bei der Organisation der notwendigen Hilfen. Auf Wunsch erfolgt die Beratung auch zu Hause.

Den für Sie zuständigen Pflegestützpunkt finden Sie auf unserer Internetseite unter www.ikk-suedwest.de. Geben Sie hierzu einfach in der Suchmaske den **Webcode 289** ein.

Beginn der Leistungen

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

Beispiele:

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

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 IKK-Pflegekasse ihre Leistungen für die Zukunft an.

2-jährige Vorversicherungszeit
Weitere Voraussetzung für den Beginn der Leistungen ist der Nachweis einer 2-jährigen Vorversicherungszeit. Zu erfüllen ist diese innerhalb von 10 Jahren vor dem Leistungsantrag. Sie 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.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Häusliche Pflege überwiegt

Die meisten Pflegebedürftigen erhalten ihre Hilfe im häuslichen Bereich (z. B. im eigenen Haushalt oder dem eines Familienangehörigen oder auch in einer ambulant betreuten Wohngruppe). Ist mindestens der Pflegegrad 2 zuerkannt, kann der Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege wählen zwischen

- der **Pflegesachleistung**. Das ist die Hilfe durch Fachpersonal eines ambulanten Pflegedienstes. Mit Fachpersonal sind vornehmlich Gesundheits- und Krankenpfleger-/innen sowie Altenpfleger-/innen gemeint. Die Aufgaben eines ambulanten Pflegedienstes 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.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1
Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 haben einen vergleichsweise geringen Hilfebedarf. Sie erhalten trotzdem Leistungen bei häuslicher Pflege, wenn auch nicht im selben Umfang wie Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Neben dem Anspruch auf umfassende Pflegeberatung zur individuellen Pflegesituation und zu Leistungsansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern können sie, ebenso wie Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5, beanspruchen:

- einen Beratungsbesuch je Halbjahr durch eine professionelle Pflegekraft in der eigenen Häuslichkeit zu Lasten der Pflegekasse,
- eine Pauschale in Höhe von 224 Euro 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
- im Wege der Kostenerstattung einen monatlichen Entlastungsbetrag von bis zu 131 Euro, z. B. für Kosten einer Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, für Hilfeleistungen von professionellen Pflegekräften oder für Leistungen bestimmter Dienste zur Unterstützung im Alltag.
- digitale Pflegeanwendungen, das sind software- und webbasierte Pflegeangebote, die vornehmlich dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen in konkreten pflegerischen Situationen anleitend begleiten sollen zur Verbesserung des Pflegealltags; diese Leistung ist bei der IKK-Pflegekasse separat zu beantragen. Werden digitale Pflegeanwendungen genutzt, gehören auch gesetzlich definierte, notwendige ergänzende Unterstützungsleistungen zum Anspruch. Insgesamt stehen für diesen Leistungsbereich 53 Euro im Monat zur Verfügung, wobei die Aufteilung des Betrages auf die digitalen Pflegeanwendungen und die Unterstützungsleistungen vorgegeben ist.

Pflegesachleistung bei Pflegegrad 2 bis 5
Die häusliche Pflegehilfe erstreckt sich auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Hauptsächlich zielen die Pflegesachleistungen darauf ab, die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten auszugleichen oder zu mildern.

Inhalt der **Pflegemaßnahmen** ist auch die pflegerische Anleitung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen. Zur **pflegerischen Betreuung** gehören auch Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens.

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

Es gelten folgende Höchstbeträge

Höchstbeträge Pflegesachleistung:

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

Der Pflegebedürftige ist in seiner 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 ggf. die Sozialhilfe mit ihren Leistungen der Hilfe zur Pflege ein.

Wichtig: Wird die Pflegesachleistung nicht ausgeschöpft, so können bis zu 40 % des monatlichen Höchstbetrages für die Erstattung von Aufwendungen für spezielle Angebote zur Unterstützung im Alltag (s. Seite 29 f.) verwendet werden. Ein vorheriger Antrag ist für diese Umwandlung nicht notwendig. Es genügt, wenn nachträglich Belege über entsprechende Zahlungen an uns weitergeleitet werden. Im Verhältnis zum Pflegegeld (bei Inanspruchnahme der Kombinationsleistung, siehe Seite 20 f.) gilt auch dieser Betrag als Pflegesachleistung.

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

Die IKK-Pflegekasse sichert solche Pflegearrangements mit Pflegediensten oder Einzelpflegekräften vertraglich ab.

Eine Übersicht der Leistungserbringer finden Sie in unserem IKK-Pflegelotsen unter www.ikk-suedwest.de. Geben Sie hierzu einfach in der Suchmaske den **Webcode 295** ein.

Für die Pflegesachleistung schließt der Pflegebedürftige mit dem ambulanten Pflegedienst einen Pflegevertrag ab. Hierin sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu beschreiben. Auch die mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungen – entweder für den Zeitaufwand,

für die zeitunabhängigen Leistungen oder für 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. Der Pflegebedürftige hat die freie Wahlmöglichkeit bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen.

Pflegegeld bei Pflegegrad 2 bis 5
Stellt ein Pflegebedürftiger, der in häuslicher Umgebung lebt, seinen gesamten Hilfebedarf über Angehörige, Freunde oder andere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen sicher (ehrenamtliche Pflege), erhält er Pflegegeld. Es tritt dann 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 sind ebenfalls abhängig vom zuerkannten Pflegegrad.

Es gelten folgende Höchstbeträge

Höchstbeträge Pflegegeld:

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

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.

Pflegegeld steht auch dann zu, wenn der Hilfebedarf von erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen geleistet wird, die der Pflegebedürftige in eigener Regie beschafft hat und die keine Vertragspartner der Pflegekasse sind. Wichtig ist bei selbst beschafften Pflegepersonen nur, dass der notwendige Hilfebedarf angemessen gesichert ist.

Das Pflegegeld steht grundsätzlich für jeden Tag zu, an dem häusliche Pflege geleistet wird. Ohne tatsächliche Pflege wird das Pflegegeld weitergezahlt (auch wenn Pflegesachleistung und Pflegegeld kombiniert werden):

Weiterzahlung Pflegegeld:

bis zu 4 Wochen*)	bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Rehabilitation, häuslicher Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung einer stationären Krankenhausbehandlung,
halbes Pflegegeld bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr	bei Verhinderungspflege,
halbes Pflegegeld bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr	bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege.

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

IKK Pflegekasse trägt Beratungskosten

Bei ehrenamtlicher Pflege und Bezug von Pflegegeld unterstützen Pflegefachkräfte (z. B. ein Pflegedienst) die häusliche Pflege durch einen Beratungseinsatz. Dieser ist für alle verpflichtend. Abzurufen ist er

- 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.

Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen stehen ergänzend zum klassischen Hausbesuch auch, abwechselnd mit Präsenzbesuchen, eine Beratung per Videokonferenz zur Verfügung.

Auch soll die Situation des Pflegebedürftigen und der Pflegenden soweit wie möglich verbessert werden. Diesen Beratungseinsatz dürfen vertraglich zugelassene Pflegedienste, von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Pflegekräfte oder eine anerkannte Beratungsstelle durchführen.

Auch Pflegeberater sind in diesem Sinne berechtigt. Die Kosten für die Beratungseinsätze übernimmt die IKK-Pflegekasse. Sie wird, falls der Pflegebedürftige zustimmt, über das Ergebnis des Beratungseinsatzes informiert.

Nach Auswertung des Ergebnisses können dann von der Pflegekasse geeignete Maßnahmen im Interesse des Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen eingeleitet werden. Empfehlenswert ist, stets denselben Pflegedienst mit dem Beratungseinsatz zu beauftragen. Wer es versäumt, die vorgeschriebenen Beratungsbesuche abzurufen, riskiert ggf. eine Kürzung oder gar einen Wegfall des Pflegegeldes.

Wichtig: Auch Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen beziehen, sind berechtigt, halbjährlich einen solchen Beratungsbesuch auf Kosten ihrer Pflegekasse in Anspruch zu nehmen.

Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld

IKK respektiert Wunsch des Pflegebedürftigen

Ergänzen sich Pflegefachkräfte und Ehrenamtliche bei der Pflege, können die Pflegesachleistung und das Pflegegeld kombiniert werden. Wie die Pflege im Einzelfall aufgeteilt wird, entscheidet der Pflegebedürftige anhand seiner konkreten Pflegesituation. Natürlich können dann nicht die Höchstbeträge für beide Leistungen ausgeschöpft werden. Der Anteil, der bei der Pflegesachleistung (gemessen am Höchstbetrag) bereits verbraucht ist, wird beim Pflegegeld angerechnet. Die Anrechnung erfolgt prozentual.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger mit dem Pflegegrad 3 nimmt die Pflegesachleistung bis zu 65 % des Höchstbetrags von 1.497 Euro in Anspruch. Die IKK-Pflegekasse übernimmt dann die Pflegesachleistungen in Höhe von 973,05 Euro und zahlt daneben Pflegegeld in Höhe von 35 % von 599 Euro, also 209,65 Euro. Zur Weiterzahlung des anteiligen Pflegegeldes bei bestimmten Unterbrechungen der tatsächliche Pflege, siehe Seite 19).

Soll ein Teilbetrag der Pflegesachleistung (maximal 40 % des Höchstbetrages) verwendet werden, um damit besondere Angebote zur Unterstützung im Alltag zu finanzieren (s. Seite 29 f.), gilt der Betrag im Rahmen der Kombinationsleistung als in Anspruch genommene Pflegesachleistung.

Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung

IKK fördert Wohngruppenbetreuung

Leben regelmäßig mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, in der sie als Wohngruppe ambulant betreut werden, erhält jeder in dieser Wohngruppe zusätzlich pauschal 224 Euro monatlich. Voraussetzung ist, dass jemand für alle eine allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeit verrichtet oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützt.

Ein spezieller Kostennachweis, welcher Kostenaufwand für die sogenannte Präsenzkraft entsteht, ist nicht erforderlich. Es müssen aber zusätzliche Aufwendungen für die Versorgung entstehen, die wegen der besonderen Struktur einer Wohngruppe über die üblichen Kosten der pflegerischen und betreuenden Versorgung sowie der Unterstützung bei der Haushaltsführung hinausgehen.

Alle Mitglieder der Wohngruppe müssen die Hilfskraft gemeinschaftlich beauftragen und dies auch nach einem Zuzug eines neuen Bewohners bekräftigen. Die Hilfskraft muss auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage tätig sein. Sie muss aber nicht rund um die Uhr anwesend sein.

Weiter erforderlich ist:

- Die Wohngruppe muss aus mindestens drei Pflegebedürftigen bestehen (wenigstens mit dem Pflegegrad 1).
- Maximal dürfen 12 Bewohner in der gemeinsamen Wohnung zusammenleben.
- Die pflegebedürftigen Bewohner müssen die Pflegesachleistung, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung beziehen oder Angebote zur 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. Diese Beschränkung gilt auch für eine Vollversorgung durch eine separate Einbindung Dritter. Die Bewohnerinnen und Bewohner müssen vielmehr berechtigt bleiben, ihre pflegerische Versorgung selbst zu bestimmen und hierbei ihr soziales Umfeld (z.B. Angehörige, Freunde, Nachbarn) einzubinden. Inwieweit sie von diesem Recht dann tatsächlich Gebrauch machen, ist unerheblich.

Bezieht ein Pflegebedürftiger den Wohngruppenzuschlag, kann daneben auch ein Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege (s. Seite 28) bestehen. Dies gilt allerdings nur, wenn der Medizinische Dienst geprüft hat, ob diese Leistung erforderlich ist, damit der Pflegebedürftige alle körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält.

Um ambulant betreute Wohngruppen zu fördern, beteiligt sich die Pflegeversicherung an ihrer Neugründung. Um die geplante Wohnung altersgerecht und barrierearm umzugestalten, erhält jeder Pflegebedürftige der Wohngruppe einmalig bis zu 2.613 Euro. Dieser Betrag wird zusätzlich zu einem eventuellen Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes (s. Seite 33) gezahlt. Die Umgestaltung einer Wohnung kann auch schon vorgenommen werden, bevor die Wohngruppe gegründet ist und die Bewohnerinnen und Bewohner zusammengezogen sind. Allerdings wird der Zuschuss erst geleistet, wenn die Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag erfüllt sind.

Der Neubau einer Wohnung kann allerdings nicht gefördert werden. Ziehen mehr als vier Pflegebedürftige in die Wohnung ein, ist der Höchstzuschuss für alle Pflegebedürftigen auf 10.452 Euro begrenzt. Diesen Betrag teilen die beteiligten Pflegekassen anteilig unter sich auf.

Unser Angebot: Da im konkreten Fall die Abgrenzung nicht immer eindeutig ist, ob es sich bei der Wohngruppe um eine ambulante Versorgungsform handelt oder eine Versorgung wie in einem teil- oder vollstationären Pflegeheim, bieten wir unsere Hilfe auch schon im Vorfeld der Gründung einer geplanten Wohngruppe an. Von uns benötigte Unterlagen bitten wir dann zur Auswertung einzureichen.

Die Verhinderungspflege (Ersatzpflege)

Ersatzpflege durch Fachkräfte oder Laien

Ist die ehrenamtliche Pflegeperson z. B. wegen Urlaub oder Krankheit an der Pflege gehindert, kann der Pflegebedürftige die Leistung „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“ (kurz: Ersatzpflege) beanspruchen. Vorausgesetzt wird eine vorangegangene Pflege im häuslichen Bereich von mindestens sechs Monaten vor der erstmaligen Verhinderung. Zudem muss der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet sein. Dies gilt jedoch nicht für die Vor-Pflegezeit.

Der Regelanspruch besteht wie folgt:

- Bis zu 1.685 Euro pro Kalenderjahr werden nachgewiesene Kosten für eine Ersatzpflege erstattet. Bei einer Ersatzpflege durch Verwandte/Verschwägerte gilt ggf. ein geringerer Betrag.
- Der Zeitraum pro Kalenderjahr für eine Ersatzpflege ist zusätzlich auf sechs Wochen begrenzt.
- Von dem Anspruch auf Kurzzeitpflege können bis zu 843 Euro pro Kalenderjahr für die Ersatzpflege verwendet werden. So stehen für die Ersatzpflege dann 2.528 Euro im Kalenderjahr zur Verfügung. In Höhe des umgewidmeten Betrages verringert sich der Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege.

- Wird der Pflegebedürftige von professionellen Pflegekräften und Ehrenamtlichen gleichzeitig gepflegt, wird auch in diesem Fall bei Verhinderung der ehrenamtlichen Pflegekraft Ersatzpflege geleistet. Der Anspruch auf die Pflegesachleistung für die professionelle Pflegekraft besteht unverändert fort.
- Ist der jährliche Leistungsanspruch auf Ersatzpflege inklusive umgewidmeter Beträge aus der Kurzzeitpflege verbraucht, besteht vom letzten Tag der Ersatzpflege an wieder Anspruch auf das volle Pflegegeld. Es bemisst sich unverändert an dem entsprechenden Pflegegrad und wird gezahlt, weil die Pflege dann weiter sichergestellt ist.

Es gibt viele Möglichkeiten, die Ersatzpflege zu gewährleisten. So kann die Fachkraft eines Pflegedienstes ebenso einspringen wie eine andere Laienpflegekraft. Denkbar ist auch die vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen in einer besonderen Einrichtung, etwa einem Wohnheim für pflegebedürftige und behinderte Menschen.

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen erbracht, die nicht mit dem Pflegebedürftigen (bis zum 2. Grade) verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, übernimmt die IKK-Pflegekasse die Kosten hierfür wie bei der Ersatzpflege durch professionelle Pflegekräfte. Es werden somit hierfür im Kalenderjahr bis zu 1.685 Euro geleistet, ggf. um bis zu 843 Euro erhöht aus Mitteln für die Kurzzeitpflege.

Wird die Ersatzpflege dagegen nicht von Pflegeprofis geleistet, sondern von nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, steht für die Dauer der Ersatzpflege ein geringerer Betrag zur Verfügung. Der auszuzahlende Betrag darf dann den Betrag des Pflegegeldes für 6 Wochen, also den 1,5-fachen Monatsbetrag des Pflegegeldes, nicht überschreiten.

Entstehen jedoch durch die Ersatzpflege tatsächliche Aufwendungen (wie Verdienstausfall, Fahrkosten), werden diese zusätzlich erstattet. Der Höchstbetrag beläuft sich auch hier (ohne Anrechnung des hälftigen Pflegegeldes) auf bis zu 1.685 Euro. Ggf. stockt sich der Betrag um bis zu 843 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege auf. Es gilt auch in diesem Fall die Sechs-Wochen-Grenze.

Insbesondere da, wo der Ersatzpflegeperson keine zusätzlichen Aufwendungen entstehen, kann es für den Pflegebedürftigen günstiger sein, auf die Leistung Ersatzpflege vorerst zu verzichten. Stattdessen bezieht er weiterhin das volle Pflegegeld. Das bietet sich besonders dann an, wenn eine Ersatzpflege an einzelnen Tagen nur für weniger als acht Stunden erforderlich wird. Denn dann bleibt der Anspruch auf die Ersatzpflege zunächst erhalten und der höhere Leistungsbetrag steht dann noch ungeschmälert zur Verfügung, sollte später doch noch Ersatzpflege durch eine professionelle Pflege notwendig werden.

Das ändert sich ab/seit 1. Juli 2025

- Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird für alle Pflegebedürftigen von 6 Wochen auf 8 Wochen pro Kalenderjahr verlängert.
- Die bisher erforderliche Vorpflegezeit von 6 Monaten wird für alle Pflegebedürftigen gestrichen.
- Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege (s. unten) werden zu einem gemeinsamen Jahresbudget zusammengefasst. Pflegebedürftige können selbst entscheiden, ob der Gesamtbetrag von 3.539 Euro für die Verhinderungspflege oder die Kurzzeitpflege oder aufgeteilt auf beide Leistungsarten verwendet werden soll.
- Die Begrenzung, dass nur maximal 40 % des Betrages der Kurzzeitpflege zusätzlich für die Verhinderungspflege verwendet werden kann, entfällt.

Die Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist Rund-um-die-Uhr-Betreuung

Spezielle Einrichtungen der Kurzzeitpflege bieten Pflegebedürftigen eine stationäre Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Diese sind durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verbunden. Es kann sich dabei auch um ein stationäres Hospiz handeln, in dem Patienten mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase betreut werden. Der Aufenthalt in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege ist immer nur vorübergehend vorgesehen, beispielsweise

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung. So haben die Angehörigen ausreichend Zeit, sich und das häusliche Umfeld auf die neue Situation vorzubereiten, wenn erstmals währenddessen Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. In diesem Fall wird die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit spätestens innerhalb von einer Woche nach dem Antrag auf Pflegeleistungen veranlasst.
- wenn häusliche Pflege für eine vorübergehende Zeit nicht möglich ist (etwa wegen einer Erkrankung der Pflegeperson) oder nicht ausreicht (so bei kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit).

Besonders vorteilhaft für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige ist die Möglichkeit, Kurzzeitpflege auch in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik erhalten zu können, wenn der pflegende Angehörige dort eine medizinische stationäre Maßnahme erhält. Eingeschlossen sind ebenfalls spezielle Mütter-Väter-Einrichtungen. Der gleichzeitige Aufenthalt des Pflegebedürftigen gilt dann als Leistung „Kurzzeitpflege“, es sei denn, der Pflegebedürftige erhält selbst eine Rehabilitationsmaßnahme.

Die Kosten für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen einschließlich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Kosten für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernimmt die IKK-Pflegekasse bei Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich bis zu einem Betrag von 1.854 Euro. Dieser Anspruch besteht für bis zu acht Wochen (56 Tage) je Kalenderjahr. Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) fallen

in die Eigenverantwortung. Anders als bei der Ersatzpflege ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch bei der ersten Inanspruchnahme nicht davon abhängig, dass eine Vorpflegezeit (eine solche gilt nur noch bis zum 30. Juni 2025) erfüllt ist. Zahlte die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen vor der Kurzzeitpflege Pflegegeld, wird hiervon die Hälfte für bis zu acht Wochen der Kurzzeitpflege fortgezahlt.

Um häusliche Pflege noch flexibler zu gestalten, kann der Leistungsbetrag für die Ersatzpflege (1.685 Euro) für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Für eine achtwöchige Kurzzeitpflege stehen dann erhöhte Finanzmittel bis zu 3.539 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Der für die Kurzzeitpflege verwendete Betrag mindert dann in derselben Höhe den Anspruch auf die Ersatzpflege. Ist der Höchstbetrag oder die Höchstdauer für die Kurzzeitpflege erschöpft, verbleibt der Pflegebedürftige 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, weil die Pflege in der Einrichtung gesichert ist. Pflegebedürftige erhalten von uns ein Verzeichnis der Einrichtungen, die für die Kurzzeitpflege zugelassen sind.

Hinweis: Wenn für Pflegebedürftige keine geeignete Einrichtung für die Kurzzeitpflege vorhanden ist (z. B. für ein Kind) oder nicht in zumutbarer Nähe zum Wohnort liegt, können sie Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Sonderregelung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 4 oder 5) werden typischerweise durch ihre Eltern gepflegt, die bei der Versorgung oft besonders belastet sind.

Gerade die Leistungen der Verhinderungspflege, die bei einer Verhinderung der Pflegeperson auch eine häusliche Versorgung ermöglichen, sind für diese Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen besonders wichtig.

Für diese gilt bis zur Vollendung ihres 25. Lebensjahres folgende Sonderregelung:

- Die Verhinderungspflege kann anstatt bis zu sechs bereits **bis zu acht Wochen** im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden
- Auch die hälftige Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege erfolgt anstatt für bis zu sechs bereits **für bis zu acht Wochen** im Kalenderjahr
- Es können **im Kalenderjahr** bis zu 100 Prozent – im Jahr 2025 also **bis zu 1.854 Euro – der Mittel der Kurzzeitpflege** zugunsten der Verhinderungspflege **umgewidmet** werden, soweit die Mittel nicht bereits für Leistungen der Kurzzeitpflege verbraucht worden sind (der umgewidmete Betrag wird dabei auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet, vermindert diesen also entsprechend).
- Die **sechsmonatige Vorpflegezeit** vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege **entfällt**.

Kombination mit anderen Leistungen ist zulässig

Tages- und Nachtpflege

Die Betreuung eines Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 2 bis 5 im häuslichen Bereich 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 oder wenn bestimmte dort angebotene Pflegeleistungen für den Pflegebedürftigen sinnvoll sind. Je nach Pflegegrad gelten folgende Höchstbeträge:

Höchstbeträge für die Tages-/Nachtpflege:

Pflegegrad	Monatlicher Höchstbetrag
2	721,00 Euro
3	1.357,00 Euro
4	1.685,00 Euro
5	2.085,00 Euro

Der Anspruch auf diese Leistung, die die häusliche Pflege ergänzt, ist zeitlich nicht begrenzt. Finanziert werden hiermit die in der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung erbrachten allgemeinen Pflegeleistungen, wozu körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gehören.

Auch Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, für die die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen einen gesonderten Vergütungszuschlag erhalten, sind Inhalt dieser Leistung.

Um pflegende Angehörige noch mehr zu unterstützen, damit sie Familie, Pflege und Beruf im Pflegealltag einer häuslichen Pflege besser miteinander vereinbaren können, stehen teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der Pflegesachleistung und/oder dem Pflegegeld – ohne eine gegenseitige Aufrechnung – zur Verfügung.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Unterstützung im Alltag ab Pflegegrad 2

Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 werden spezielle Angebote vorgehalten, die zu ihrer besonderen Betreuung oder zur Entlastung der ehrenamtlichen Pflegepersonen entwickelt worden sind. Solche Angebote zur Unterstützung im Alltag sind beispielsweise Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen (z.B. Alzheimergruppen), familienentlastende Dienste oder Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Soll sich die Pflegekasse an den Aufwendungen für die Inanspruchnahme solcher Angebote finanziell beteiligen, müssen diese anerkannt sein. Da für die Anerkennung die Länder zuständig sind, kann es von Land zu Land unterschiedlich sein. Entsprechende Angebote nebst der Höhe der jeweiligen Kosten werden vom jeweiligen Landesverband Ihrer Pflegekasse im Internet veröffentlicht. Natürlich helfen wir Ihnen gerne, entsprechende ortsnahe Angebote für Sie zu finden.

Zur Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Pflegesachleistungsanspruchs für solche Angebote zu verwenden, siehe Seite 17. Welcher Betrag letztlich zusteht, wird im Einzelfall berechnet.

Beispiel:

Im März 2025 nimmt eine pflegebedürftige Person mit dem Pflegegrad 3 Pflegesachleistungen in Höhe von 950 Euro in Anspruch. Außerdem wendet sie für Angebote zur Unterstützung im Alltag im März 2025 insgesamt 300 Euro auf. Der Nachweis hierüber wird im April 2025 geführt.

60 % des Höchstbetrags der Pflegesachleistungen (1.497 Euro) sind 898,20 Euro. Die in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen übersteigen diesen Prozentsatz; dieser beträgt 63,46 % (950 Euro von 1.497 Euro). Umgewidmet werden können somit nur noch 36,54 % des Höchstbetrages, das sind 547 Euro. Die Kosten von 300 Euro sind also in voller Höhe zu erstatten. Diese gelten als Pflegesachleistung, die damit zu 83,50 % ausgeschöpft ist (950 Euro plus 300 Euro = 1.250 Euro von 1.497 Euro).

Pflegegeld kann noch in Höhe von 16,50 % von 599 Euro, also 98,84 Euro, gezahlt werden.

Wichtig: Wer in einem Monat nur Pflegegeld erhalten hat, das im Voraus ausgezahlt wurde, und danach Kostenerstattung für Angebote zur Unterstützung im Alltag geltend macht, kann diese erhalten. Dann gelten aber im Nachhinein die Regelungen für die Kombinationsleistung. Das bedeutet, es steht nur ein geringerer Pflegegeldbetrag zu. Überzahlte Beträge werden dann mit dem Erstattungsbetrag für die Kosten zur Unterstützung im Alltag verrechnet.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag können auch mit dem besonderen Entlastungsbetrag (131 Euro; siehe nachstehenden Abschnitt) finanziert werden. Die Wahl hat der Pflegebedürftige, ob und inwieweit er von seinem Umwandlungsanspruch Gebrauch macht. Wird jedoch der Entlastungsbetrag zur Finanzierung herangezogen, gilt dieser nicht als Pflegesachleistung. Somit kann sich dieser auch nicht auf die Höhe des anteiligen Pflegegeldes auswirken.

Der Entlastungsbetrag

Entlastungsbetrag für alle Pflegegrade

Alle Pflegebedürftigen (auch mit Pflegegrad 1) in häuslicher Pflege können ohne vorherigen Antrag hin einen monatlichen Entlastungsbetrag im Wege der Erstattung nachgewiesener Kosten in Höhe von bis zu 131 Euro erhalten. Dieser Betrag ist allerdings nicht frei verfügbar. Er ist vielmehr zweckgebunden einzusetzen für gesetzlich bestimmte Sachleistungsangebote. Damit sollen ehrenamtlich Pflegende entlastet oder die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen gefördert werden.

Die Erstattung von Kosten ist vorgesehen für nachgewiesene Aufwendungen

- in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (z. B. bei ansonsten ausgeschöpften Höchstbeträgen, s. Seite 28),
- in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (z. B. zur Abgeltung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, s. Seite 26),
- im Rahmen von besonderen Betreuungsangeboten oder von Angeboten der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassener Pflegedienste, für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, aber nicht im Bereich der Selbstversorgung,
- bei Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (s. Seite 29).

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger (Pflegegrad 3) wird im April 2025 an 22 Tagen in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Diese berechnet hierfür 1.381,60 Euro an pflegebedingten Aufwendungen (62,80 Euro täglicher Pflegesatz x 22). Die Pflegekasse leistet:

- Zahlung an die Tagespflegeeinrichtung für Tagespflege 1.357,00 Euro
- Erstattung an den Pflegebedürftigen (Entlastungsbetrag gegen Kostennachweis) 24,60 Euro

War der Entlastungsbetrag im laufenden Kalenderjahr bis April 2025 nicht abgerufen, verbleibt bis April noch ein Restanspruch in Höhe von 499,40 Euro (131 Euro x 4 = 524 Euro – 24,60 Euro). Ein Vorgriff auf zukünftig ab Mai 2025 entstehende Ansprüche auf den Entlastungsbetrag ist nicht möglich.

Die Aufwendungen erstatten wir nach Vorlage entsprechender quittierter Nachweise, in denen die jeweilige Art der Unterstützungsleistung, für die der Entlastungsbetrag verwendet werden soll, anzugeben ist. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht in voller Höhe ausgeschöpft, übertragen wir den Differenzbetrag auf das folgende Kalenderhalbjahr. Tritt Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Kalenderjahres ein, wird der Entlastungsbetrag ab Beginn des Monats geleistet, in dem alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Pflegehilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung

Zuschüsse zur Wohnumfeldverbesserung helfen bei häuslicher Pflege

Zur Unterstützung und Erleichterung ihrer Pflege in einem Haushalt, aber auch zur Förderung ihrer Selbstständigkeit können Pflegebedürftige (auch bei Pflegegrad 1) erhalten:

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch), monatlich bis zu einem Betrag von 42 Euro, entweder als Sachleistung durch Vertragspartner der IKK-Pflegekasse oder im Kostenerstattungsverfahren;
- technische Pflegehilfsmittel, sofern es sich nicht um handelsübliche Gegenstände des täglichen Lebens handelt, wie z. B. Hausnotruf. Der Versicherte steuert ab dem vollendeten 18. Lebensjahr grundsätzlich einen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten bei, maximal jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel. Der Eigenanteil entfällt bei leihweiser Überlassung eines Pflegehilfsmittels. Je nach Einkommenssituation und Belastung auch mit Zuzahlungen im Bereich der Krankenversicherung (z. B. zu Arzneimitteln) ist eine Zuzahlungsbefreiung möglich.
- Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds (z. B. die Verbreiterung der Türen, der Umbau eines Wasch- und Toilettenraums). Der Gesetzgeber hat hierfür bestimmte Maßgaben und einen Höchstbetrag von 4.180 Euro festgelegt. Er gilt für alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Beurteilung objektiv notwendig sind. Bis zum oben genannten Höchstbetrag sind diese für den Anspruchsberechtigten zuzahlungsfrei.

Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einer Wohnung zusammen und dient eine Maßnahme zur Wohnumfeldverbesserung ihnen gemeinsam, erhält jeder den Zuschuss bis zu 4.180 Euro, zusammen aber begrenzt auf 16.720 Euro. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten wird dieser Grenzwert auf die Beteiligten aufgeteilt.

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 IKK-Pflegekasse nicht übernehmen. Auch geeignete Pflegefachkräfte, die als Versorgende die häusliche Pflegesituation gut kennen, können in die Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln eingebunden werden und hierzu Empfehlungen abgeben. In aller Regel entscheiden wir dann kurzfristig im Sinne der Empfehlung.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger seine Hilfe in einem vollstationären Pflegeheim, und liegt Heimnotwendigkeit vor, dann beteiligt sich die IKK-Pflegekasse an den Kosten. Auch hier gelten Höchstbeträge, die abhängig vom Pflegegrad sind. Die Beteiligung ist für Kosten bestimmt, die durch pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege anfallen. In Ausnahmefällen, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gegeben ist, werden diese Leistungen von der Krankenkasse übernommen. Dabei findet dann keine Anrechnung auf das Budget der Pflegeversicherung statt. Zudem besteht ein Anspruch auf Maßnahmen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, die über das Ausmaß der allgemein notwendigen Pflege hinausgehen.

Für diese besonderen Maßnahmen, die vom Pflegebedürftigen zu beantragen sind, erhalten die Pflegeheime von der Pflegekasse einen Vergütungszuschlag. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim (sogenannte Hotelkosten) fallen in die Eigenverantwortung. Auch Investitionskosten, soweit diese vom Pflegeheim berechnet werden können, trägt der Pflegebedürftige selbst.

Es gelten folgende Höchstbeträge

Die Höchstbeträge für vollstationäre Pflege:

Pflegegrad	Monatlicher Betrag bis zu
2	805,00 Euro
3	1.319,00 Euro
4	1.855,00 Euro
5	2.096,00 Euro

Wählt ein Pflegebedürftiger mit dem Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, bezuschusst die Pflegekasse die entstehenden Aufwendungen mit 131 Euro monatlich im Rahmen des Entlastungsbetrages (s. Seite 31).

Gleicher Eigenanteil für alle Pflegegrade

Die Pflegesätze für die Pflegegrade 2 bis 5 sind in derselben Pflegeeinrichtung so zu gestalten, dass für alle Pflegebedürftigen stets gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegekasse gedeckten Kosten verbleiben. Das hat den positiven Effekt, dass dieser einrichtungsbezogene Eigenanteil des Pflegebedürftigen nicht ansteigt, wenn er einem höheren Pflegegrad als bisher zugeordnet wird.

Zwar erhöht sich mit steigendem Pflegegrad der Vergütungsanspruch des Pflegeheimes, zugleich steigt aber auch der Kostenzuschuss der Pflegekasse. Die Höhe des einrichtungsbezogenen Eigenanteils bleibt dadurch unverändert.

Hat sich der gesundheitliche Zustand eines Pflegebedürftigen verschlechtert, sollte deshalb ein Antrag auf Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad gestellt werden. Finanziell erleidet der Pflegebedürftige hierdurch keine Nachteile. Das Pflegeheim erhält dann aber eine dem tatsächlichen Pflegeaufwand entsprechende Vergütung. Der Anteil der IKK-Pflegekasse wird unbürokratisch direkt an das Pflegeheim gezahlt. Reichen die Beträge der Pflegeversicherung und die eigenen Einkünfte des Pflegebedürftigen nicht aus, sollte ggf. auch ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden.

Eine Übersicht der ortsansässigen Pflegeheime finden Sie in unserem IKK-Pflegelotsen unter www.ikk-suedwest.de. Geben Sie hierzu einfach in der Suchmaske den **Webcode 295** ein.

Finanzielle Begrenzung des Eigenanteils
In einem zugelassenen Pflegeheim vollstationär versorgte pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 tragen in aller Regel einen nicht unerheblichen Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen, weil die Zuschüsse der Pflegeversicherung gesetzlich begrenzt sind. Das führt häufig zu einer finanziellen Überforderung. Die Eigenbelastungen werden durch einen Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen verringert. Dieser ist umso höher je länger die vollstationäre Versorgung andauert. Der Leistungszuschlag, der von der pflegebedürftigen Person nicht extra beantragt werden muss, beträgt bei

Leistungszuschlag:

vollstationärer Pflege	Zuschlagssatz
bis zu 12 Monaten	15 %
mehr als 12 Monaten bis zu 24 Monaten	30 %
mehr als 24 Monaten bis zu 36 Monaten	50 %
mehr als 36 Monaten	75 %

Die Zuschläge berechnen sich von den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen, aber ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

Beispiel für einen Monat:

Pflegebedingte Aufwendungen	75,00 Euro x 30,42 = 2281,50 Euro
Ausbildungsumlagen	6,50 Euro x 30,42 = 197,73 Euro
Gesamtsumme	= 2479,23 Euro
Abzüglich Leistung der Pflegekasse zur vollstationären Pflege (Pflegegrad 3)	= 1319,00 Euro
Eigenanteil	= 1160,23 Euro
Zuschlag (angenommen 50 %)	= **580,11 Euro**

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 der Eigenanteile 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.

Den Leistungszuschlag zahlen wir direkt an die Pflegeeinrichtung, die den Eigenanteil der pflegebedürftigen Person dann entsprechend verringert. 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, weil die pflegebedürftige Person dann keine Eigenanteile zu den pflegebedingten Aufwendungen zu tragen hat.

Hinweis: Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen der vollstationären Pflege bezogen werden, gelten als volle Kalendermonate.

Alle Kalendermonate mit vollstationärer Pflege werden auf die Dauer angerechnet, also auch frühere Zeiten nach einer Unterbrechung der vollstationären Pflege oder die Pflege in einem anderen Pflegeheim nach einem Heimwechsel. 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 berücksichtigt. Zeiten der Kurzzeitpflege bleiben dagegen unberücksichtigt.

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.

Pflege in besonderen vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen

Lebt ein pflegebedürftiger behinderter Mensch ganztägig (Tag und Nacht) 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, sodass die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Hauptmerkmale der vollstationären Versorgung sind. In allen diesen Einrichtungen stellt die pflegerische Versorgung der dort auf Dauer lebenden behinderten Menschen nur eine notwendige Begleitmaßnahme dar. Sie steht aber nicht im Vordergrund wie in einem typischen vollstationären Pflegeheim. Für diese Hauptleistungen sind regelmäßig andere Träger als die Pflegekasse zuständig.

An den Pflegekosten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung beteiligt sich die IKK-Pflegekasse bei Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 pauschal mit einem Betrag in Höhe von 15% der Heimkosten. Diese Pauschale ist begrenzt auf einen monatlichen Höchstbetrag von 278 Euro, der direkt an die Einrichtung geleistet wird. Verbringt ein in einer speziellen Einrichtung vollstationär versorgter Pflegebedürftiger 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 Thema erhalten Sie persönlich von unseren Beratern und Beraterinnen.

Unterstützung für Pflegepersonen

Für Pflegepersonen (Angehörige, Freunde, Nachbarn), die ihre Hilfe nicht erwerbsmäßig in einem Haushalt leisten (ehrenamtliche Pflege), bietet die Pflegeversicherung ebenfalls spezifische Leistungen und weitere Vorteile. Unter bestimmten Voraussetzungen

- sind ehrenamtlich Pflegende gesetzlich rentenversichert,
- erhalten ehrenamtlich Pflegende bei ihrer Pflege einen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz,
- besteht für ehrenamtlich Pflegende eine Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung,
- können ehrenamtlich Pflegende an für sie kostenfreien Pflegekursen – auch zu Hause – teilnehmen.

Ehrenamtlichkeit entfällt nicht deshalb, weil der Pflegebedürftige das Pflegegeld an seine Pflegeperson weiterreicht. Auch müssen Pflegepersonen nicht befürchten, dass ihnen andere Sozialleistungen (wie Elterngeld oder vorzeitige Altersrente) aus diesem Grund gestrichen werden. Ebenso muss niemand deswegen aus der kostenfreien Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung bei der IKK ausscheiden. Wer allerdings Arbeitslosengeld bezieht, der sollte der Agentur für Arbeit die ehrenamtliche Pflege anzeigen, damit geprüft werden kann, ob weiterhin Vermittlungsfähigkeit vorliegt.

Unser Angebot: Zu Ihren Fragen „Wer ist unter welchen Voraussetzungen als Pflegeperson in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen?“ sowie „Wann besteht für Pflegepersonen Unfallversicherungsschutz und was ist im Falle eines Unfalls zu beachten?“ beraten wir Sie gern persönlich.

Pflegekurse
Angehörige von Pflegebedürftigen, aber auch andere Personen, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren, können kostenfrei an Schulungskursen zum Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Betreuung von Pflegebedürftigen teilnehmen. Falls dies gewünscht wird, erhalten Pflegepersonen, die einen IKK-Versicherten pflegen, auch im häuslichen Bereich individuelle Pflegeberatung. Pflegekurse gibt es auch in digitaler Form.

Eine Übersicht der von der IKK Südwest angebotenen Online-Pflegekurse finden Sie auf unserer Internetseite unter www.ikk-suedwest.de. Geben Sie hierzu einfach in der Suchmaske den **Webcode 14249** ein.

Pflegezeit

Während der Pflegezeit darf Ihnen nicht gekündigt werden

Das sogenannte Pflegezeitgesetz sichert Arbeitnehmern, die nahe Angehörige pflegen oder deren Pflege organisieren müssen, unter bestimmten Voraussetzungen Ansprüche auf Freistellung sowie besonderen Kündigungsschutz gegenüber ihrem Arbeitgeber zu. Dabei wird zwischen dem Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung und einer längerfristigen Pflegezeit unterschieden.

Um pflegebereiten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die kurzfristige Organisation der neuen Pflegesituation sowie auch die Bereitschaft zur längerfristigen Pflege zu erleichtern, erhalten diese eine finanzielle Absicherung für die Dauer der Arbeitsunterbrechung:

- bei kurzfristiger Arbeitsfreistellung von bis zu 10 Arbeitstagen das Pflegeunterstützungsgeld von der IKK-Pflegekasse, womit das ausgefallene Arbeitsentgelt weitgehend ersetzt wird;
- bei längerfristiger Pflegezeit ein vom Bund gegebenes zinsloses Darlehen, das in monatlichen Raten ausgezahlt wird und nach Ablauf der Pflegezeit zu tilgen ist.

Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung für bis zu 10 Arbeitstage jährlich haben alle Arbeitnehmer, wenn sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege für die Zukunft organisieren müssen.

Der Personenkreis, der vom Gesetzgeber her zu den nahen Angehörigen zählt, ist relativ weit gefasst. Einzelheiten nennen wir Ihnen gern auf Anfrage.

Wichtig: Der Arbeitgeber ist unverzüglich über die Arbeitsverhinderung zu informieren. Wir empfehlen die Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem hervorgeht, dass die Notwendigkeit zur Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung eines Pflegebedürftigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation vorliegt.

Pflegekasse leistet Pflegeunterstützungsgeld

Außerdem sollte geklärt werden, ob sich ggf. aus dem Arbeits- oder Tarifvertrag ein Anspruch auf bezahlte Freistellung ergibt. Falls nicht und falls auch keine andere Sozialleistung zusteht (z.B. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes), leistet die Pflegekasse des Pflegebedürftigen als Entgeltersatz das Pflegeunterstützungsgeld. Es ist bei der Pflegekasse unverzüglich unter Vorlage des ärztlichen Attestes (Kopie genügt) zu beantragen. Hiermit werden im Regelfall 90%, wenn eine beitragspflichtige Einmalzahlung zu berücksichtigen ist, sogar 100% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts ausgeglichen. Allerdings sind Versichertenanteile zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Für höhere Arbeitsentgelte gilt jedoch eine Begrenzung von 70% der Beitragsbemessungsgrenze der Kranken-/Pflegeversicherung.

Mindestens 15 Beschäftigte

Arbeitnehmern in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten räumt das Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf eine grundsätzlich einmalige Pflegezeit von bis zu sechs Monaten für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen ein. Dieser Rechtsanspruch besteht auch für die außerhäusliche Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (z. B. eines minderjährigen Kindes während eines stationären Krankenhausaufenthalts).

Einen Anspruch auf Pflegezeit bis zu drei Monaten gibt es darüber hinaus auch für Beschäftigte, die einen schwerstkranken nahen Angehörigen während der letzten Lebensphase begleiten möchten.

Zulässig ist sowohl eine vollständige als auch eine teilweise Freistellung von der Arbeit, um Zeit für die Pflege und Betreuung des Angehörigen zu haben. Die Pflegezeit ist dem Arbeitgeber spätestens 10 Arbeitstage vor der Inanspruchnahme schriftlich anzuzeigen.

Für die Dauer der Pflegezeit erhält der Pflegende, sofern er dies beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt, als Ausgleich für den Verlust des Arbeitsentgelts ein in monatlichen Raten zu zahlendes zinsloses Darlehen. Ausgeglichen werden im Grundsatz 50 % des ausgefallenen (pauschalierten) Nettoentgelts, allerdings nicht der Differenzbetrag des Arbeitsentgelts, das auf die ersten 15 Wochenstunden entfällt.

Einzelheiten zu den Bedingungen, auch zur Rückzahlung des Darlehens, findet man auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter **www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit**.

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

Familienpflegezeit

Nur in Betrieben mit min. 25 Beschäftigten

Das Familienpflegezeitgesetz eröffnet Berufstätigen eine weitere Möglichkeit, die Pflege eines Angehörigen im häuslichen Bereich zu leisten bzw. zu unterstützen. Im Gegensatz zur Pflegezeit ist hier der Anspruch auf Freistellung von der Arbeit allerdings nur teilweise ein Rechtsanspruch. Er ist aber ebenfalls mit einem Kündigungsschutz ausgestattet und besteht, soweit der Arbeitgeber regelmäßig mehr als 25 Arbeitnehmer beschäftigt. Zur Berufsausbildung Beschäftigte zählen nicht mit.

Wie bei der Pflegezeit besteht auch dieser Rechtsanspruch, wenn ein minderjähriger pflegebedürftiger naher Angehöriger außerhäuslich betreut werden soll (z. B. ein minderjähriges Kind während eines stationären Krankenhausaufenthalts). Ebenso wie bei der Pflegezeit gibt es diesen Rechtsanspruch darüber hinaus, wenn ein Beschäftigter einen schwerstkranken nahen Angehörigen während der letzten Lebensphase (bis zu drei Monate) begleiten möchte.

Formales Erfordernis ist die schriftliche Ankündigung zur Art und Dauer der gewünschten Familienpflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor ihren Beginn.

Soll sich die Familienpflegezeit an eine vorherige Pflegezeit wegen desselben Angehörigen nahtlos anschließen, beträgt die Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber drei Monate vor ihrem Beginn. Die inhaltliche Ausgestaltung der Familienpflegezeit ist mit dem Arbeitgeber schriftlich zu vereinbaren. Der von der IKK-Pflegekasse ausgestellte Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nimmt der Arbeitgeber zu den Lohnunterlagen.

Höchstdauer ist 24 Monate

Die Familienpflegezeit kann für die Dauer von 24 Monaten beansprucht werden. Da nur eine teilweise Freistellung vorgesehen ist, muss eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden wöchentlich verbleiben. Für denselben nahen Angehörigen können Pflegezeit und Familienpflegezeit ohne Unterbrechung je nach persönlicher Lebenssituation kombiniert werden.

Die Höchstdauer von 24 Monaten darf aber nicht überschritten werden. Die Reihenfolge der Freistellungen – erst Pflegezeit, dann Familienpflegezeit oder umgekehrt – bestimmt der oder die Beschäftigte. Allerdings sind dabei gegenüber dem Arbeitgeber die gesetzlich bestimmten Ankündigungsfristen einzuhalten.

Umfangreiche Hilfestellungen leistet auch zur Familienpflegezeit das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter **www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/service**. Man findet dort etwa Formulare und Merkblätter, die eine Inanspruchnahme der Familienpflegezeit wesentlich erleichtern.

Die finanzielle Teilabsicherung des/der Beschäftigten während der Familienpflegezeit stellt das zinslose Darlehen zulasten des Bundes sicher. Es gelten dieselben Regeln wie beim zinslosen Darlehen während der Pflegezeit.

Hinweis: Beträgt die reduzierte wöchentliche Arbeitszeit während der Pflegephase nicht mehr als 30 Stunden, kann trotz des verringerten Arbeitsentgelts mit der Familienpflegezeit ein höherer Rentenanspruch erworben werden. Denn auch in diesem Fall zahlt die IKK-Pflegekasse für die familiäre, nicht erwerbsmäßige häusliche Pflege für die Pflegeperson unter den üblichen Voraussetzungen Rentenversicherungsbeiträge. Haben Sie weiteren Beratungsbedarf zur Familienpflegezeit, sprechen Sie uns bitte an.

Für Ihre Notizen

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da!

Speziell für unsere Versicherten haben wir die IKK Pflege-Hotline für alle Fragen zur Pflegeversicherung eingerichtet, über die betroffene Personen, ihre Betreuer und Angehörige aber auch Leistungserbringer einen direkten Ansprechpartner der IKK-Pflegekasse anrufen können.

Die IKK Pflege-Hotline ist für alle Versicherten der IKK Südwest rund um die Uhr unter der Servicenummer **0681/3876-2300** zu erreichen. Dort wird Sie unser Expertenteam ganz individuell und persönlich beraten.

IKK Pflege-Hotline

0681/3876-2300

IKK Südwest

www.ikk-suedwest.de