

SKD **BKK**

Die Krankenkasse für Ihre Gesundheit



Alles für
Pflegebedürftige und
pflegende Angehörige



Meine Ansprüche

Meine Ansprechpartner

Meine Pflegekasse



extra

Wir bieten Ihnen
passgenaue Leistungen
für jede Pflegesituation!



Immer für Sie da!

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

... nicht mehr selbständig, sondern auf Hilfe angewiesen, mit einem Wort: „pflegebedürftig“ sein – das ist eine Vorstellung, die wir uns nicht gerne vor Augen halten. Dennoch kann jeder in die Situation kommen, wegen Krankheit oder Alter nicht mehr alleine zurechtzukommen. Oder mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen konfrontiert zu werden. Und nicht selten tritt diese Situation ganz plötzlich ein.

Da ist es dann wichtig, schnell und kompetent die richtige Unterstützung zu bekommen. Die SKD BKK Pflegekasse bietet eine Vielzahl an Leistungen, die situationsgerecht und passgenau gewählt werden können. Denn keine Pflegesituation ist wie die andere. Dennoch sollen alle Pflegebedürftigen und Pflegenden so gut und so weit als möglich genau diejenige Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

Diese Broschüre will Ihnen ein Wegweiser durch das Leistungsangebot der SKD BKK Pflegekasse sein. Weil wir aber wissen, dass Wegweiser zwar viel doch längst nicht alles sagen können, möchten wir Sie dringend bitten, sich bei allen Fragen direkt an uns zu wenden. Wir beraten Sie gerne persönlich – von Mensch zu Mensch.

Ihr

Manfred Warmuth

Vorstand der SKD BKK Pflegekasse

Inhaltsverzeichnis

Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade	Seite 4
Gut beraten!	Seite 10
Der Pflegegrad 1	Seite 12
Pflege daheim	Seite 14
Pflege im Heim	Seite 22
Leistungen für pflegende Angehörige	Seite 24
Leistungsansprüche auf einen Blick	Seite 28
Wir sind für Sie da.	Seite 30
Die SKD BKK Pflegekasse in Ihrer Nähe	Seite 31



Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade

„Pflegebedürftigkeit“ – Was ist darunter zu verstehen?

Wer in welchem Grade als „pflegebedürftig im Sinne der Sozialversicherung“ gilt, ist gesetzlich ganz genau festgelegt. Und es ist gut und wichtig, dass der Gesetzgeber es mit der Definition von Pflegebedürftigkeit (dem sogenannten Pflegebedürftigkeitsbegriff) so genau nimmt, denn nur so ist der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung wirklich gerecht und für alle Menschen hierzulande gleich geregelt.

Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich an der Frage, wie sehr die Selbständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt ist. Und dabei wird gleichermaßen berücksichtigt, ob die Selbständigkeit durch körperliche oder geistige Gebrechen eingeschränkt wird.

Pflegebedürftig nach der **Definition des Gesetzes** sind „Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Das sind Personen, die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.“

Wie sehr jemand auf die Hilfe anderer angewiesen ist, ist natürlich von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Deshalb gibt es insgesamt fünf Pflegegrade, von denen dann die Höhe der Leistungen abhängig ist. Außerdem ist noch wichtig, dass die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, mindestens für sechs Monate besteht. Wie und nach welchen Kriterien der Pflegegrad bestimmt wird, erklären wir Ihnen auf den folgenden Seiten.

Entscheidungsgrundlage: Das Gutachten

Die Entscheidung, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, trifft der Medizinische Dienst (MD) oder ein unabhängiger Gutachter. Die Pflegeexperten erstellen dabei ein detailliertes Gutachten zum Gesundheitszustand und zu der individuellen Pflegesituation des Pflegebedürftigen.

Das Gutachten wird auf Basis eines persönlichen Besuchs beim Pflegebedürftigen zuhause erstellt. Dabei wird über alles gesprochen, was für die Pflege relevant ist: Welche Krankheiten, Beschwerden und Einschränkungen liegen vor? Wird dadurch die Selbständigkeit beeinträchtigt und wenn ja, wie sehr? Wie ist die Wohn- und Lebenssituation? Auf welche Weise werden die Pflege und Versorgung sichergestellt? Gibt es Möglichkeiten, um die Pflegesituation zu erleichtern oder zu verbessern?

Das Gutachten dient also nicht allein dazu, den Pflegegrad zu bestimmen. Es will darüber hinaus auch wertvolle Empfehlungen zu Hilfsmitteln oder wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und zu den Möglichkeiten von Vorsorge und Rehabilitation geben.

INFO: Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht grundsätzlich erst ab dem Tag der Antragsstellung, auch wenn vielleicht schon vorher Pflegebedürftigkeit vorlag und dies im Gutachten womöglich auch so festgestellt wird. **Es ist daher wichtig, rechtzeitig einen Antrag zu stellen.** Entsprechende Antragsformulare erhalten Sie direkt bei Ihrem Kundenberater.



Wie wird der Pflegegrad bestimmt?

Bei der eigentlichen Bestimmung des Pflegegrades wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen. Unter Selbstständigkeit versteht man die Fähigkeit eines Menschen, eine Handlung ganz alleine – also ohne Unterstützung eines anderen – ausführen zu können. Selbstständig ist auch, wer die Handlung mit einem Hilfsmittel (aber ohne eine Fremdperson!) umsetzen kann.

Die Lebensbereiche, die bei der Bestimmung des Pflegegrades berücksichtigt werden sind folgende:

1. **Mobilität (körperliche Beweglichkeit: zum Beispiel morgens aufstehen vom Bett und ins Badezimmer gehen, sich fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppen steigen)**
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (verstehen und reden: zum Beispiel Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte begreifen, erkennen von Risiken, andere Menschen im Gespräch verstehen)**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (zum Beispiel Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)**
4. **Selbstversorgung (zum Beispiel sich selbstständig waschen und ankleiden, essen und trinken, selbständige Benutzung der Toilette)**

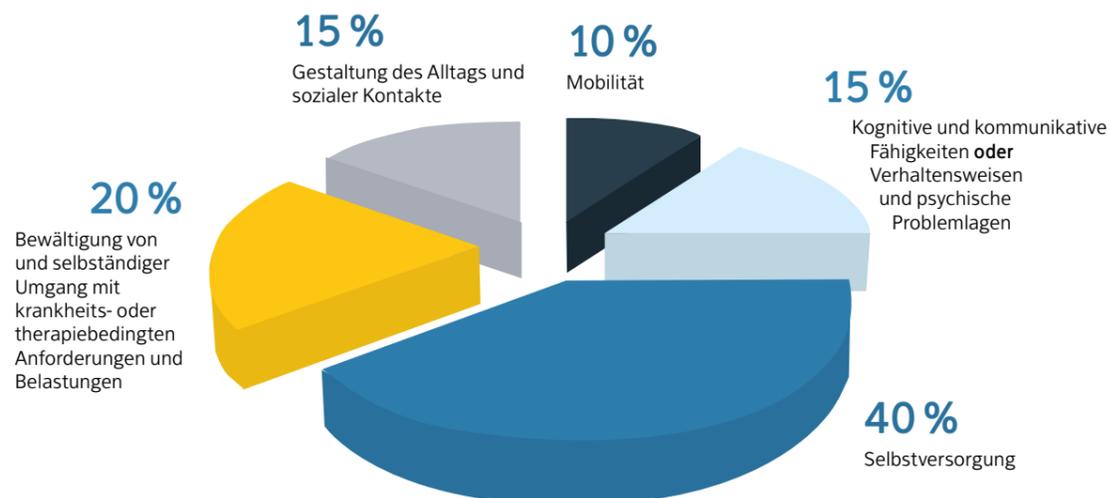
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (zum Beispiel die Fähigkeit haben Medikamente selbst einnehmen zu können, die Blutzuckermessung selbst durchzuführen und deuten zu können oder gut mit einer Prothese zurecht zu kommen, den Arzt selbständig aufsuchen zu können)**

6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (zum Beispiel die Fähigkeit haben den Tagesablauf selbständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder die Skatrunde ohne Hilfe zu besuchen)**

In jedem dieser sechs Bereiche gibt es verschiedene Kriterien, die mit einem Einzelpunktwert versehen werden. Die Einzelpunkte werden addiert und dann „gewichtet“. Wie diese Gewichtung vor sich geht, ist in der Tabelle auf der Seite nebenan dargestellt.

Die Gewichtung ist deshalb notwendig, weil die Bedeutung der sechs Lebensbereiche für den Alltag nicht gleich hoch ist. Die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen sollen deshalb unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades einfließen. Bei den Bereichen 2 und 3 gibt es eine Besonderheit: es fließen nämlich nicht alle zwei, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung ein. Aus den gewichteten Punkten wird schließlich ein Gesamtpunktwert gebildet. Und daraus ergibt sich dann die Einstufung in einen Pflegegrad.

Bedeutung der Lebensbereiche für das Gesamtergebnis



Bewertungssystematik

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

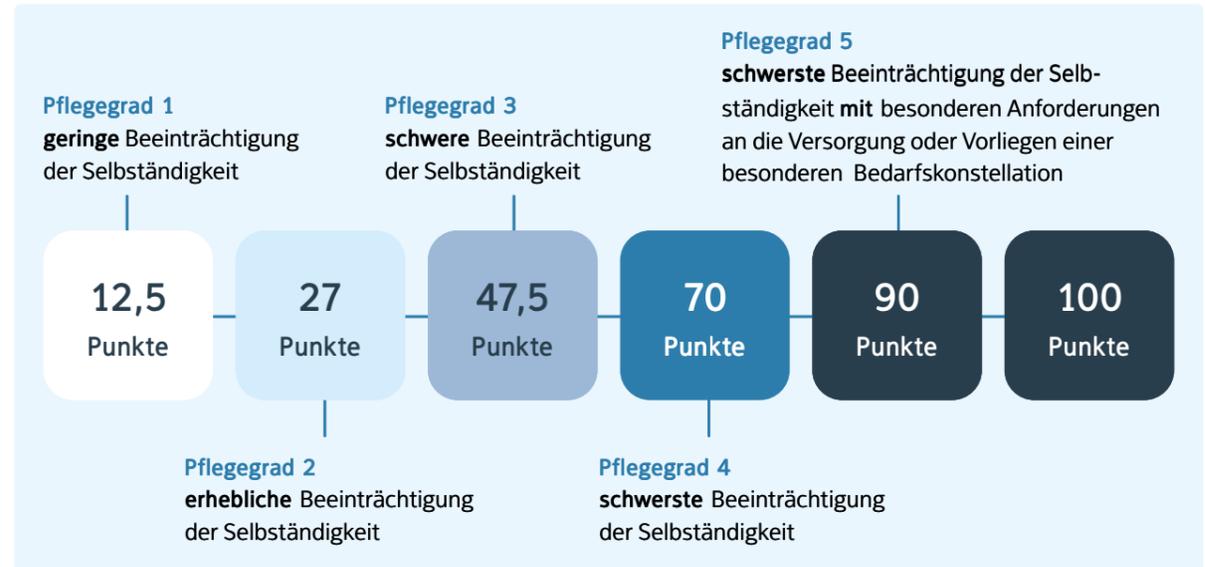
	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	
Mobilität (10 Prozent)	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 (15 Prozent)	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte
Selbstversorgung (40 Prozent)	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte
Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte (15 Prozent)	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte



Die fünf Pflegegrade

Die Höhe der Leistungen ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Es gibt insgesamt fünf Pflegegrade, bei denen allgemein gilt: Je mehr die Selbständigkeit eingeschränkt ist, desto höher ist der Pflegegrad und damit auch der Leistungsanspruch.

Pflegegrad 1 – und damit überhaupt erst Pflegebedürftigkeit im Sinne der Sozialversicherung – liegt dann vor, wenn mindestens der Gesamtpunktwert von 12,5 Punkten erreicht wird. Dann staffeln sich die Pflegegrade 1 bis 5 wie folgt:



Besondere Bedarfskonstellation

Eine Besonderheit besteht bei Personen, bei denen eine „besondere Bedarfskonstellation“ vorliegt. Denn bei diesen sieht der Gesetzgeber vor, dass sie den Pflegegrad 5 erhalten, auch wenn der Schwellenwert von 90 Punkten nicht erreicht ist. Die besondere Bedarfskonstellation liegt dann vor, wenn beide Arme und Beine „gebrauchsunfähig“ sind.

Pflegebedürftigkeit bei Kindern

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Außerdem gilt für pflegebedürftige Kinder von 0 bis 18 Monaten eine andere Punktwertskala zur Bestimmung des Pflegegrades als in der obenstehenden Grafik

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte einfach an das Pflege-Team der SKD BKK.





Gut beraten!

Individuelle Pflegeberatung

Oft ist es nicht einfach, die Organisation der Pflege zu bewerkstelligen. Da gilt es Anträge zu stellen, einen Pflegedienst oder ein Pflegeheim auszuwählen und vieles mehr.

Die Pflegeberatung der SKD BKK Pflegekasse lässt Sie in dieser Situation nicht allein. Unsere speziell geschulte Fachkraft berät Sie gerne ausführlich zu allen Fragen rund um das Thema Pflege und besucht Sie auf Wunsch auch bei Ihnen zuhause, um sich vor Ort ein Bild von dem individuellen Versorgungsbedarf zu machen.

INFO: Sie erreichen unsere Pflegeberaterin unter der Telefon-Nr. 09721 9449-340.

Bei der Pflegeberatung wird – wenn gewünscht – auch ein individueller Versorgungsplan erarbeitet. Dabei werden zuerst die individuelle Pflegesituation und der konkrete Hilfebedarf erfasst und analysiert. Davon ausgehend erhalten Sie dann Hinweise und Empfehlungen, wie die Pflege am besten finanziert, organisiert und praktisch bewerkstelligt werden kann.

Pflegestützpunkte

Auskunft und kompetente Hilfe erhalten Sie auch bei den Pflegestützpunkten, die inzwischen vielerorts eingerichtet wurden. Aufgabe der Pflegestützpunkte ist es, Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige unabhängig und umfassend zu allen Fragen rund um das Thema Pflege zu beraten. Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte vermitteln und koordinieren pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote. In der Regel erstellen auch sie bei Bedarf einen individuellen Versorgungsplan. Um den nächstgelegenen Pflegestützpunkt zu finden, nutzen Sie doch einfach unseren BKK Pflegefinder (siehe nebenstehende Seite).

Regelmäßige Beratung durch einen Pflegedienst

Der Gesetzgeber sieht für Pflegegeldempfänger die Pflicht, für Sach- und Kombi-Leistungsempfänger das Recht vor, sich regelmäßig von einem zugelassenen Pflegedienst beraten zu lassen (sogenannte Beratungseinsätze). Bei diesen Beratungsterminen geht es vor allem darum, dass alle an der Pflege Beteiligten ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation umfassend ausschöpfen. Daher werden die Probleme der täglichen Pflege erörtert und den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen/Pflegepersonen konkrete Vorschläge unterbreitet.

Pflegeberatung (Beratungseinsatz eines ambulanten Pflegedienstes)

Pflegegrad 1	optional halbjährlich
Pflegegrad 2	halbjährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional bei Sachleistung
Pflegegrad 3	halbjährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional bei Sachleistung
Pflegegrad 4	vierteljährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional halbjährlich bei Sachleistung
Pflegegrad 5	vierteljährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional halbjährlich bei Sachleistung

BKK Pflegefinder

Suchen Sie nach einem passenden Pflegeheim, einem Hospiz, einem Betreuungsangebot oder einem ambulanten Pflegedienst für sich oder Ihre Angehörigen? Oder wollen Sie die verschiedenen Angebote miteinander vergleichen?

Mit unserem kostenlosen online-Service „BKK Pflegefinder“ geht das ganz einfach: Unter www.bkk-pflegefinder.de finden Sie eine stets aktuelle Übersicht über stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Betreuungsangebote in ganz Deutschland. Geben Sie dort einfach Ihre Postleitzahl ein, um die Angebote in Ihrer Nähe herauszufiltern. – Sie erhalten dann Informationen über Leistungen und Preise der entsprechenden Einrichtungen und können ganz bequem vergleichen. Auch die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind im „BKK Pflegefinder“ abrufbar.

Beratung für Pflegepersonen (Angehörige, Freunde oder Nachbarn)

Die Beratungsangebote, die wir Ihnen hier vorgestellt haben, können nicht nur vom Pflegebedürftigen selbst, sondern auch von dessen Angehörigen bzw. den Personen, die die Pflege erbringen, genutzt werden.



Der Pflegegrad 1

Ein besonderer Pflegegrad mit begrenztem Leistungsanspruch

Personen, bei denen der Pflegegrad 1 festgestellt wurde, haben noch keinen Anspruch auf die gängigsten und allbekanntesten Leistungen der Pflegeversicherung wie beispielsweise Pflegegeld und Pflegesachleistungen. Denn den vollen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gibt es erst dann, wenn eine erhebliche Einschränkung der Selbständigkeit vorliegt, also ab Pflegegrad 2.

Bei den Personen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet werden, liegt eine nur geringe Einschränkung der Selbständigkeit vor, so dass diese Personen nur wenig fremde Hilfe im Alltag benötigen. Allerdings hat der Gesetzgeber es für sinnvoll gehalten, diesen Personen solche Leistungen zur Verfügung zu stellen, die zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Selbständigkeit beitragen und die eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhindern. Es soll dadurch vor allem sichergestellt werden, dass die Betroffenen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können.

Die Leistungen im Pflegegrad 1 sind deshalb die folgenden:

- Individuelle Pflegeberatung (inklusive eines Versorgungsplan) und regelmäßige Beratung durch einen ambulanten Pflegedienst (siehe Seite 10)
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (siehe Seite 24)
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (siehe Seite 20)
- Finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds (siehe Seite 20)
- Wohngruppenzuschlag (siehe Seite 21)
- Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro (siehe Seite 16)

Mit Pflegegrad 1 im Pflegeheim

Wenn Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ziehen, dann erhalten sie von der Pflegekasse einen Zuschuss zu den pflegebedingten Kosten in Höhe von 125 Euro im Monat. Außerdem haben sie Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der Pflegeeinrichtung, d.h. sie können – wie auch die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 – die besonderen Angebote der Betreuungskräfte nutzen.





Pflege daheim

Pflegegeld

Wenn die Pflege zuhause durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn erfolgt, dann zahlen wir Pflegegeld. Entscheidend ist, dass die Person, die die Pflege durchführt, dies nicht erwerbsmäßig macht. Die Höhe des monatlichen Pflegegeldes richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Pflegegrad	Pflegegeld
1	–
2	332 €
3	573 €
4	765 €
5	947 €

Pflegesachleistungen

Anstelle eines Angehörigen (oder einer sonstigen ehrenamtlichen Pflegeperson) kann auch ein professioneller Pflegedienst mit der Pflege beauftragt werden. Die anfallenden Kosten werden dann direkt mit uns abgerechnet. Die Höhe des monatlichen Höchstbetrages ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit.

Pflegegrad	Pflegesachleistung (Höchstbetrag)
1	–
2	761 €
3	1.432 €
4	1.778 €
5	2.200 €

Zu den Pflegesachleistungen gehören:

- **Körperbezogene Pflegemaßnahmen** z.B. Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen, Waschen, Baden/Duschen, Kämmen, Kleiden, Essen und Trinken, Gehen und Treppensteigen oder bei Toilettengängen und Inkontinenzversorgung...
- **Pflegerische Betreuungsmaßnahmen** z.B. Betreuung von Demenzkranken und Beobachtung zur Vermeidung von Fremd- und Selbstgefährdung, Unterstützung bei der Tagesgestaltung oder bei Hobby und Sozialkontakten, Begleitung bei Spaziergängen oder Verwandtenbesuchen...
- **Hilfen bei der Haushaltsführung**

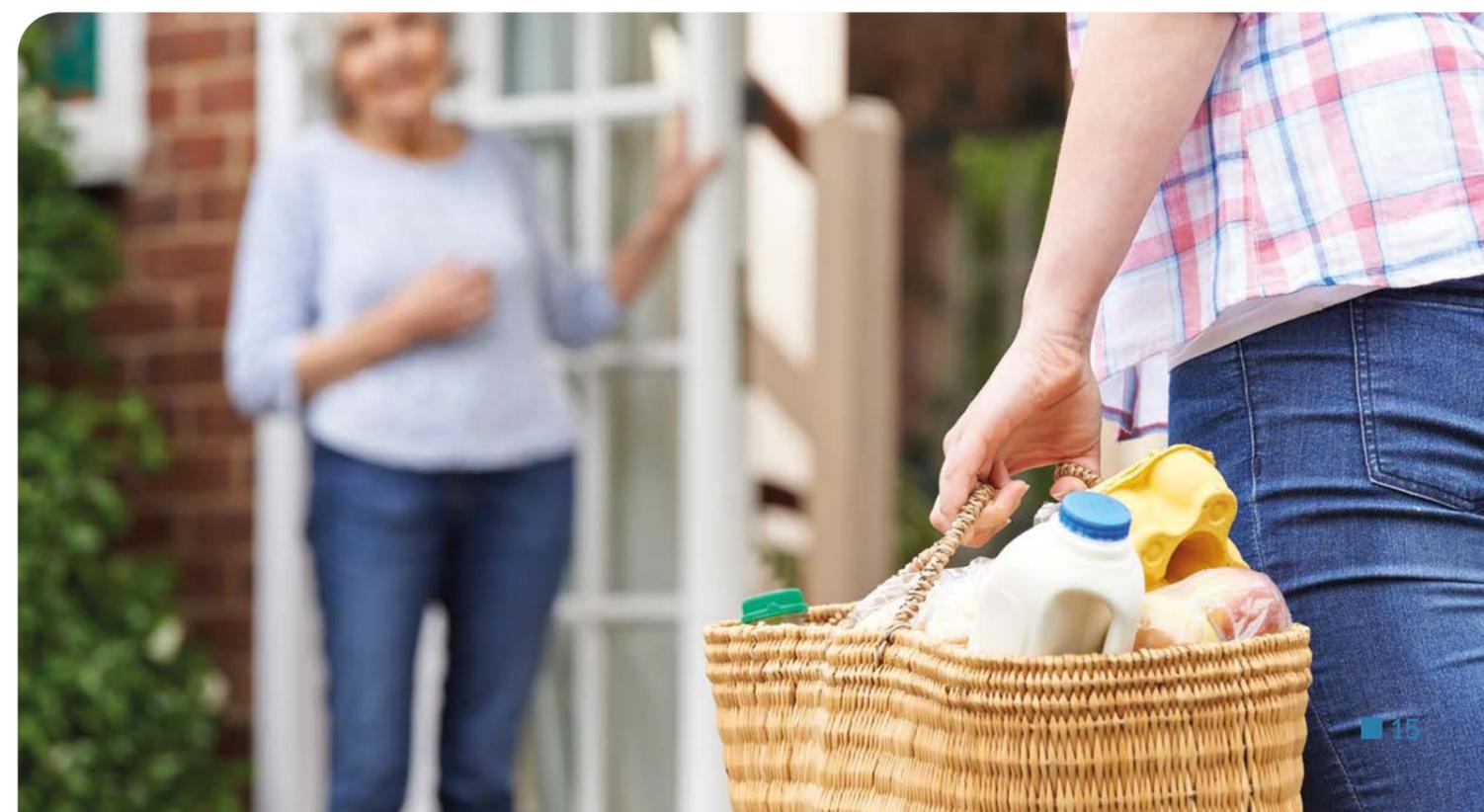
TIPP: Wer seinen Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausschöpft, kann den Restbetrag – maximal 40 Prozent des Gesamtanspruchs – auch für „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (siehe Seite 16) verwenden.

Kombinationsleistung

Auch eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung ist möglich. Dabei rechnet zunächst der Pflegedienst die in Anspruch genommenen Leistungen mit uns ab. Wird der Anspruch auf Pflegesachleistungen (Pflegedienst) nicht voll in Anspruch genommen, dann wird noch ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt werden.

Beispiel: Im Pflegegrad 4 besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Pflegesachleistungen bis zu einem Höchstbetrag von 1.693 Euro/Monat oder auf Pflegegeld in Höhe von 728 Euro. Im Rahmen der Kombinationsleistung werden Pflegesachleistungen in Höhe von 1.269,75 Euro im Monat in Anspruch genommen; dies sind 75 Prozent des monatlichen Höchstbetrages. Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht dann noch im Umfang von 25 Prozent des monatlichen Pflegegeldes; das sind 182 Euro im Monat.

WICHTIG: An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden, sind Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.



Angebote zur Unterstützung im Alltag

Mit den Angeboten zur Unterstützung im Alltag können pflegende Angehörige entlastet aber auch die Pflegebedürftigen unterstützt, betreut oder beaufsichtigt werden. Grundsätzlich lassen sich die Angebote zur Unterstützung im Alltag in die folgenden drei Gruppen einteilen:

- **Betreuungsangebote** z.B. Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung (insbesondere durch ehrenamtliche Helfer unter pflegfachlicher Anleitung)
- **Angebote zur Entlastung von Pflegenden** z.B. kontinuierliche Pflegebegleiter oder Ansprechpartner in Notsituationen
- **Angebote zur Entlastung im Alltag** z.B. praktische Hilfen im Haushalt oder Hilfe bei der Organisation des Alltags

Allerdings gibt es unzählige Zwischenformen, Ideen und Konzepte, wie pflegebedürftigen und pflegenden Menschen unter die Arme gegriffen werden kann. Die einzelnen Angebote benötigen daher eine Anerkennung (nach dem jeweiligen Landesrecht), damit die Pflegekasse die Kosten dafür übernehmen kann.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag können grundsätzlich über zwei Wege finanziert bzw. von der Pflegekasse bezuschusst werden:

- Entweder indem dafür der sogenannte **Entlastungsbetrag** eingesetzt wird (siehe Textspalte nebenan).
- Oder indem ein Teil des Pflegesachleistungsbetrages „umgewandelt“ wird (**Umwandlungsanspruch**). Und das geht so: Wenn der Sachleistungsanspruch in einem Monat nicht vollständig ausgeschöpft wird, dann kann der Restbetrag – maximal aber 40 % des zur Verfügung stehenden Höchstbetrages – für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

Entlastungsbetrag

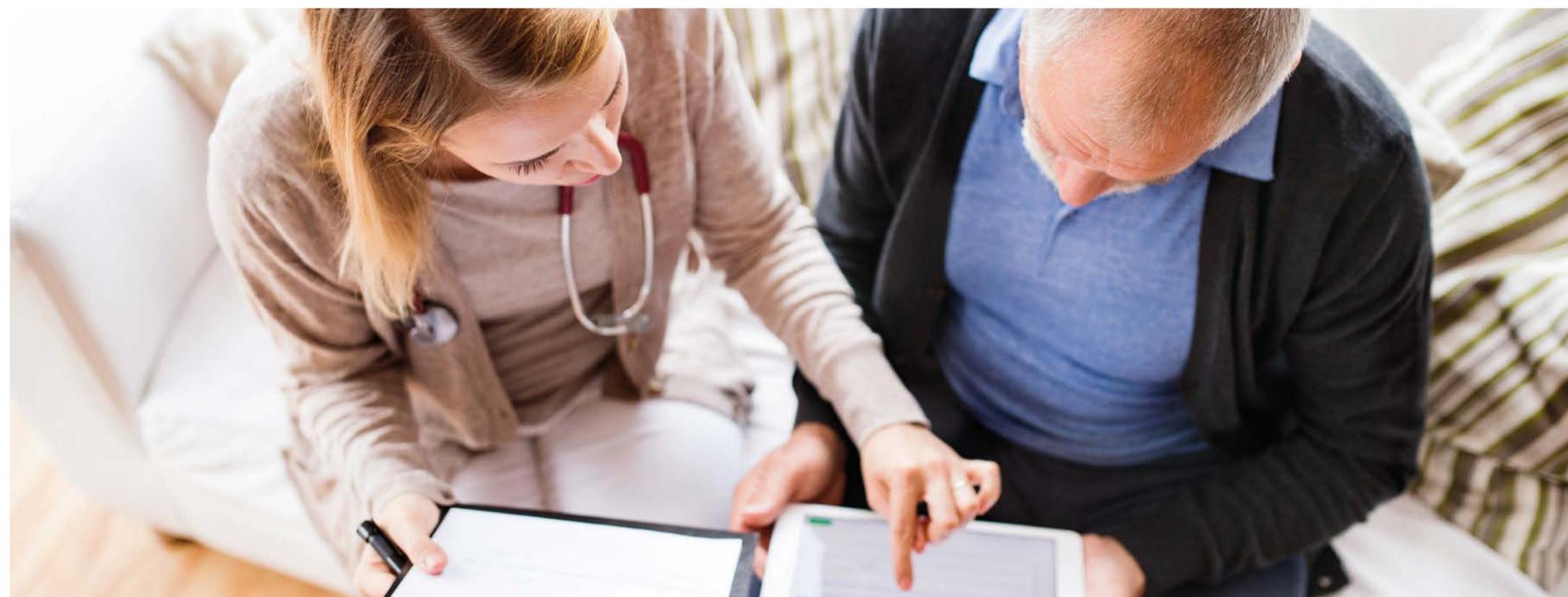
Alle Pflegebedürftigen – vom Pflegegrad 1 bis 5 – haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro im Monat, sofern sie nicht dauerhaft in einem Pflegeheim leben. Der Name Entlastungsbetrag wurde vom Gesetzgeber gewählt, weil damit den Menschen, die als Pflegepersonen Verantwortung übernehmen und im Pflegealltag oftmals großen Belastungen ausgesetzt sind, Möglichkeiten zur Entlastung eröffnet werden sollen. Außerdem sollen damit Leistungen finanziert werden können, die es den Pflegebedürftigen ermöglichen, möglichst lange ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zuhause zu führen.



Für den Entlastungsbetrag gilt das Prinzip der Kostenerstattung; d.h. der Betrag wird gegen Vorlage entsprechender Rechnungen gezahlt. Die SKD BKK kann dann grundsätzlich folgende Aufwendungen bis zum monatlichen Höchstbetrag erstatten:

- Kosten für die Tages- oder Nachtpflege, z.B. für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten oder bei ansonsten ausgeschöpften Höchstbeträgen.
- Kosten für die Kurzzeitpflege, z.B. für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten.
- Kosten für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes, z.B. spezielle Angebote zur Betreuung und Begleitung im Alltag oder Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. **Achtung:** In den Pflegegraden 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag nicht für Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung eingesetzt werden, da hierfür grundsätzlich der Pflegesachleistungsbetrag zur Verfügung steht.
- Kosten für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, z.B. Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte, familienentlastende Dienste, Alltags- oder Pflegebegleiter.

Auf den Entlastungsbetrag besteht grundsätzlich ein monatlicher Anspruch. Allerdings können Beträge für zurückliegende Monate – sofern sie noch nicht in Anspruch genommen wurden – auch in den Folgemonaten des Kalenderjahres noch verbraucht werden. Und wenn in einem Kalenderjahr die Ansprüche auf die monatlichen Entlastungsbeträge nicht vollständig ausgeschöpft wurden, dann kann der Restanspruch ins folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.



Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sind Leistungen, die zur Überbrückung vorübergehender „Ausnahmesituationen“ dienen sollen. Gemeint sind Situationen, in denen die Pflege zuhause kurzfristig nicht sichergestellt ist, z.B. wegen Krankheit oder Urlaub der Pflegeperson (Verhinderungspflege) oder wegen eines zeitweilig so stark erhöhten Pflegeaufwands, dass eine Pflege im Heim erforderlich ist (Kurzzeitpflege).

Die Jahrespauschalen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können sehr flexibel eingesetzt und miteinander verrechnet werden: Dadurch ist es möglich, eine je nach individuellem Bedarf passgenaue Unterstützung von der Pflegekasse zu erhalten.

WICHTIG: Voraussetzung für die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ist, dass mindestens der Pflegegrad 2 festgestellt wurde. Die Leistungsbeträge sind hier allerdings nicht nach den Pflegegraden unterschiedlich hoch gestaffelt.

Verhinderungspflege

Auch eine Pflegeperson braucht regelmäßig Urlaub oder wird einmal krank oder hat einen wichtigen Termin wahrzunehmen. Dann ist es natürlich notwendig, dass ein geeigneter Ersatz für die Pflegeperson gefunden wird. Möglich ist beispielsweise, dass für diese Zeit ein Pflegedienst, nahe oder entfernte Verwandte oder auch Freunde einspringen.

Die SKD BKK Pflegekasse leistet dafür dann die sogenannte Verhinderungspflege. Das bedeutet, dass für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen (= 42 Tage) im Kalenderjahr und bis zu einem Höchstbetrag von 1.612 Euro die Kosten für die Ersatzpflege übernommen werden. Der Leistungsbetrag kann bei Bedarf noch um maximal 806 Euro aufgestockt werden – Pflegebedürftige können nämlich einen Teil des noch ungenutzten

Anspruchs auf Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege einsetzen. Insgesamt stehen dann für die Verhinderungspflege 2.418 Euro zur Verfügung, der Leistungszeitraum kann allerdings nicht verlängert werden.

Übrigens: Das Pflegegeld wird auch während der Dauer der Verhinderungspflege zur Hälfte weitergezahlt.

eXtra flexibel: Die Leistungen der Verhinderungspflege können auch dann genutzt werden, wenn die Pflegeperson nur für ein paar Stunden am Tag ausfällt – beispielsweise wegen eines Arztbesuches oder eines sonstigen privaten Termins. Tage, an denen die Pflegeperson weniger als acht Stunden verhindert ist, werden nicht auf den Gesamtanspruch von 42 Tagen angerechnet. Außerdem wird für solche Tage das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt. Lediglich der Leistungsbetrag, der für die stundenweise Verhinderungspflege von der Pflegekasse übernommen wird, wird auf den Höchstanspruch angerechnet.

Wer bekommt wieviel wofür?

Wird die Verhinderungspflege von einem **Pflegedienst**, durchgeführt, dann rechnet dieser die erbrachten Pflegeleistungen innerhalb des oben genannten Maximalanspruchs direkt mit der SKD BKK Pflegekasse ab. Das heißt, dass die Pflegekasse für die Dauer von höchstens sechs Wochen die Kosten bis zu einer Höhe von 1.612,00 Euro (bzw. 2.418 Euro, wenn die Übertragungsmöglichkeit aus den Mitteln der Kurzzeitpflege genutzt wird) übernimmt.

Wenn die Verhinderungspflege von **entfernten Verwandten oder Freunden bzw. Bekannten** übernommen wird, dann sind die entstandenen Kosten der Pflegekasse gegenüber nachzuweisen (z.B. mittels Quittung, Rechnung, Kontoauszug). Auch hier ist eine Erstattung bis zu den oben genannten Grenzen (d.h. bis 1.612,00 Euro bzw. 2.418 Euro, wenn die Übertragungsmöglichkeit aus den Mitteln der Kurzzeitpflege genutzt wird) möglich.

Wenn ein **naher Angehöriger oder eine andere im Haushalt des Pflegebedürftigen lebende Person** als Ersatzpflegekraft einspringt, dann können dafür grundsätzlich nur Kosten in Höhe des zuerkannten Pflegegeldes erstattet werden. Wenn aber nachweislich höhere Kosten – z.B. Fahrkosten oder ein Verdienstausschlag wegen unbezahlten Urlaubs – entstehen, können auch nahe Familien- oder Haushaltsangehörige dafür bis zu 1.612 Euro pro Jahr ersetzt bekommen. Eine Aufstockung der Verhinderungspflege um noch nicht genutzte Ansprüche aus der Kurzzeitpflege ist möglich.

Kurzzeitpflege

Nach einer Krankenhausbehandlung oder in einer sonstigen Krisensituation (z.B. bei einer plötzlichen, nicht dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands), kommt es häufig vor, dass der Hilfebedarf eines Pflegebedürftigen so hoch ist, dass er zunächst nicht von den Angehörigen bewältigt werden kann.

Wenn aber die Pflege einmal vorübergehend nicht zu Hause erfolgen kann und wenn dann auch eine teilstationäre Pflege nicht ausreicht, ist für diese Zeit die Unterbringung in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich. Für diese sogenannte Kurzzeitpflege übernimmt die SKD BKK Pflegekasse die Kosten.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht grundsätzlich für acht Wochen im Kalenderjahr; die Kosten werden – unabhängig vom Pflegegrad – bis zu einem Betrag von 1.774 Euro übernommen. Wenn dieser Leistungsbetrag nicht ausreicht, dann kann er unter Umständen noch um weitere 1.612 Euro erhöht werden: Soweit nämlich der Anspruch auf Verhinderungspflege noch nicht verbraucht ist, kann dieser zu 100 Prozent zugunsten der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Insgesamt stehen dann für die Kurzzeitpflege bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr zur Verfügung (die Leistungsdauer verlängert sich durch die Übertragung allerdings nicht).

INFO: Die Pflegekasse kann im Rahmen der Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Kosten (inklusive Behandlungspflege und soziale Betreuung) übernehmen. Die sonstigen anfallenden Kosten – z.B. Kosten für Unterkunft, Verpflegung etc. – sind grundsätzlich vom Pflegebedürftigen zu tragen. Oder sie können auf Antrag über den „Entlastungsbetrag“ (siehe Seite 16) erstattet werden.

Übrigens: Das Pflegegeld wird auch während der Dauer der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Für den ersten und den letzten Tag der Kurzzeitpflege wird das volle Pflegegeld gezahlt.



Pflegehilfsmittel

Wenn beispielsweise ein Badewannenlifter oder Bettschutzeinlagen benötigt werden, dann ist die SKD BKK Pflegekasse der richtige Ansprechpartner. Denn auch die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von uns übernommen.

Unter Pflegehilfsmitteln sind alle Hilfsmittel zu verstehen, die für die Selbständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind oder die die Pflege erleichtern. Dabei ist zwischen sogenannten technischen Hilfsmitteln (z.B. Pflegebetten, Notrufsysteme, etc.) und zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (z.B. Einmalhandschuhe, Bettunterlagen, etc.) zu unterscheiden. Für technische Pflegehilfsmittel ist ein Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent, maximal 25 Euro zu entrichten, die darüber hinausgehenden Kosten trägt die Pflegekasse. Der Eigenanteil entfällt allerdings, wenn das Hilfsmittel leihweise überlassen wird. Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu einer Höhe von 40 Euro im Monat übernommen.

extra wenig Bürokratie! Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel ist gewöhnlich ein Antrag zu stellen. Wenn aber ein Gutachter des Medizinischen Dienstes diese Hilfsmittel empfiehlt und die pflegebedürftige Person einverstanden ist, so gilt die Empfehlung zugleich als Antrag bei der Pflegekasse. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Die Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Pflegekasse organisiert dann die Versorgung mit dem Hilfs- oder Pflegehilfsmittel.

Zuschüsse zur Wohnungsanpassung (Umbaumaßnahmen)

Damit ein Pflegebedürftiger weiterhin zuhause in seiner gewohnten Umgebung bleiben kann, ist es manchmal erforderlich, dass seine Wohnung der neuen Situation angepasst wird. Es können beispielsweise Türverbreiterungen oder ein Treppenlift, Badumbauten oder eine feste Rollstuhllampe im Eingangsbereich und anderes mehr notwendig werden.

Die SKD BKK Pflegekasse kann für solche „wohnumfeldverbessernden“ Maßnahmen einen Zuschuss zahlen. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige durch die Umbaumaßnahme wieder mehr Selbständigkeit erreichen kann oder dass der Umbau die Pflege zuhause erheblich erleichtert bzw. überhaupt erst möglich macht.

Der Zuschuss der SKD BKK Pflegekasse für einen solchen Wohnungsumbau beträgt maximal 4.000 Euro. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als **eine** Verbesserungsmaßnahme zu werten. Nur, wenn sich die Pflegesituation ändert und deshalb eine weitere Maßnahme zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich wird, handelt es sich um eine neue Maßnahme.

Anspruch auf diesen Zuschuss haben alle Pflegebedürftigen, die den Pflegegraden 1 bis 5 angehören. Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung zusammenleben, dann kann der Zuschuss für jeden Bewohner gewährt werden. Insgesamt ist der Zuschuss aber auf einen Maximalbetrag von 16.000 Euro begrenzt.

Wohngruppenzuschlag

Eine Möglichkeit, um im Alter noch weitgehend selbständig zu wohnen und dennoch nicht ganz auf sich alleine gestellt zu sein, ist der Zusammenschluss zu einer „ambulant betreuten Wohngruppe“ – eine alternative Wohnform, die durch den Wohngruppenzuschlag ganz besonders gefördert wird.

Der Wohngruppenzuschlag beträgt pauschal 214 Euro im Monat. Anspruch auf diesen Betrag haben alle Pflegebedürftigen, die in einen der Pflegegrade 1 bis 5 eingestuft sind **und** die mit (mindestens zwei) weiteren Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung leben. Zweck des Zusammenlebens muss die gemeinsam organisierte pflegerische Versorgung sein.

Eine weitere, ganz wichtige Voraussetzung für den Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag ist, dass die Pflegebedürftigen gemeinsam eine Präsenzkraft angestellt haben, die sich – unabhängig von der Pflege der einzelnen Mitbewohner – um allgemeine organisatorische Aufgaben kümmert, z.B. um Hauswirtschaft und Verwaltung, Förderung des Gemeinschaftslebens und Betreuung.



Pflege im Heim

Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

Bei der Tages- oder Nachtpflege wird ein Pflegebedürftiger weitgehend zu Hause gepflegt und nur zu bestimmten Zeiten – entweder tagsüber oder nachts – in einer stationären Einrichtung versorgt. Daher heißt diese Leistung auch teilstationäre Pflege.

Die Tages- und die Nachtpflege sollen eine Entlastungsmöglichkeit für die pflegenden Angehörigen schaffen. Beispielsweise ist die Tagespflege eine optimale Ergänzung, wenn die Pflegeperson berufstätig ist und deshalb zu bestimmten Zeiten tagsüber die Pflege nicht übernehmen kann. Nachtpflege kommt vor allem dann in Frage, wenn der Pflegebedürftige einen gestörten Tag-/Nachtrythmus hat, nachts besonders unruhig ist und die Pflegepersonen deshalb nicht ungestört durchschlafen können.

Die Höhe der Kostenübernahme für die Tages- und Nachtpflege richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad	Höchstbetrag für die Tages- oder Nachtpflege
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Übrigens: Die teilstationären Leistungen können zusätzlich zu den häuslichen Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden. Das heißt, dass das Pflegegeld oder die Pflegesachleistung wegen der Tages-/ Nachtpflege nicht gekürzt werden.

Vollstationäre Pflege

Wenn eine Pflege zuhause weder ganz noch teilweise möglich ist (z.B. weil keine Pflegeperson zur Verfügung steht oder weil der Umfang der Pflegebedürftigkeit eine stationäre Pflege erforderlich macht), dann beteiligt sich die Pflegekasse an den Kosten für die Unterbringung in einem zugelassenen Pflegeheim.

Je nach Pflegegrad stehen die folgenden Leistungsbeträge zur Verfügung:

Pflegegrad	Höchstbetrag für die stationäre Pflege
Pflegegrad 1	125 €
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €



Zusätzlich zu dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag, zahlt die Pflegekasse einen prozentualen Leistungszuschlag. Dieser steigt mit der Dauer der stationären Pflege.

Verweildauer im Heim	Prozentualer Zuschuss der Pflegekasse
0 bis 12 Monate	15 %
ab dem 13. Monat bis einschließlich 24. Monat	30 %
ab dem 25. Monat bis einschließlich 36. Monat	50 %
ab dem 37. Monat	75 %

Dieser prozentuale Zuschuss wird allerdings nur zu den Kosten für die Pflege gezahlt. Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten oder gegebenenfalls auch Ausbildungsumlage beziehungsweise -zuschlag, werden von der Pflegekasse nicht bezuschusst.

Kassenleistung und Eigenanteil

Die Kosten für einen Platz im Pflegeheim setzen sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Für einen Teil davon kann die Pflegekasse eintreten, andere Teile darf die Pflegekasse nicht übernehmen.

Kostenübernahme möglich?	
Unterkunft und Verpflegung	✗
pflegebedingte Aufwendungen	✓
medizinischen Behandlungspflege	✓
Komfort- und Zusatzleistungen	✗
soziale Betreuung	✓
Investitionskosten	✗

Allgemein gilt, dass die Pflegekasse maximal 75 Prozent des vertraglich festgelegten Heimentgelts (d.h. der monatlichen Gesamtkosten inklusive Unterkunft und Verpflegung etc.) übernehmen darf.

Das Pflegeheim rechnet die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen inklusive der medizinischen Behandlungspflege und die Kosten für die soziale Betreuung bis zu den jeweiligen Höchstgrenzen direkt mit uns ab.

Die übrigen Kosten – auch Eigenanteil genannt – hat der Pflegebedürftige selbst zu zahlen. **Der Eigenanteil bleibt unabhängig vom Pflegegrad immer gleich hoch.**

Mehr als nur „versorgt“ im Pflegeheim – Zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Pflegebedürftige Menschen, die in einem Heim leben, benötigen und wünschen sich oft mehr als nur Hilfestellung und Zuwendung im Rahmen einer angemessenen „Versorgung“. Die Heime bieten den Pflegebedürftigen deshalb **besondere Aktivierungs- und Betreuungsangebote** durch qualifizierte Betreuungskräfte an. Diese zusätzlichen Betreuungskräfte ergänzen die Arbeit der Pflegekräfte indem sie z.B. mit den Pflegebedürftigen malen, basteln, spazieren gehen, ihnen vorlesen oder einfach nur ein offenes Ohr für Ängste und Sorgen haben.

INFO: Auch in den teilstationären Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung haben **alle** Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Einrichtungen, also auch die Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1.



Leistungen für pflegende Angehörige

Pflegekurse und Pflegeschulungen

Um Pflegepersonen sicherer im Umgang mit Pflegebedürftigen zu machen, gibt es spezielle Kurse und Pflegeschulungen. Dabei werden unter anderem folgende Themen vermittelt:

- Grundkenntnisse für die Pflege zuhause (z.B. richtige Unterstützung beim Gehen und Vermeidung von Stürzen, wichtige Handgriffe bei der Körperpflege oder beim An- und Auskleiden, Vermeidung von Mangelernährung)
- Strategien zur Bewältigung des Pflegealltags und zur Entlastung des Pflegenden (z.B. rücken- und gelenkschonende Techniken in der Pflege, Selbstbeobachtung, Vermeidung von Stress und Überforderung)
- Tipps und Informationen zu finanziellen und rechtlichen Fragen

Die Kosten für diese Kurse übernehmen wir. Gerne vermitteln wir auch entsprechende Kontaktadressen von Veranstaltern.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Die Bereitschaft, Pflegebedürftige zuhause zu versorgen, kann nicht hoch genug wertgeschätzt werden. Für die Pflegepersonen – d.h. für diejenigen, die sich nicht erwerbsmäßig um Angehörige, Freunde oder Nachbarn kümmern – ist deshalb ein großes Netz zur sozialen Absicherung geschaffen worden.

Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung

Wenn Pflegepersonen ihre eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise aufgeben müssen, dann führt das zu nicht unerheblichen Nachteilen bei den späteren Rentenansprüchen. Damit aber die Bereitschaft zu pflegen nicht die eigene Altersabsicherung bedroht, zahlt die Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegeperson. Und auch wer unmittelbar vor der Aufnahme der Pflegetätigkeit nicht berufstätig war, kann durch die Pflegetätigkeit einen Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erwerben oder aufbessern.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die SKD BKK Pflegekasse Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegeperson zahlt, ist dass die Pflegetätigkeit regelmäßig mindestens 10 Stunden (verteilt auf mindestens zwei Tage) pro Woche* umfasst. Damit dieser wöchentliche Mindestumfang erreicht wird, können die Zeiten für die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger addiert werden. Im Übrigen richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Pflegegrad (der Pflegebedürftige muss mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sein) und der Art der Leistung (Geldleistung, Sachleistung oder Kombinationsleistung), die der Pflegebedürftige bezieht.

* Maßgeblich sind die Zeiten, die vom Medizinischen Dienst (MD) im Pflegegutachten dokumentiert sind.

Übrigens: Der Anspruch auf diese (zusätzliche) Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung besteht auch dann, wenn die Pflegeperson bis zu 30 Stunden in der Woche berufstätig ist. **Keinen Anspruch** auf eine Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegekasse haben Pflegepersonen, die mehr als 30 Stunden in der Woche arbeiten.

Unfallversicherung für Pflegepersonen

Alle, die einen Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung und nicht erwerbsmäßig pflegen, sind während der Pflegetätigkeiten sowie bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege unmittelbar zusammenhängen, **beitragsfrei** in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Weitere Informationen zur gesetzlichen Unfallversicherung für Pflegepersonen erhalten Sie bei Ihrer kommunalen Unfallkasse oder auf den Internetseiten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de).

Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen

Pflegepersonen, die nicht schon aus anderen Gründen (z.B. wegen einer Voll- oder eilzeitbeschäftigung) bei der Agentur für Arbeit versichert sind, werden auch in die gesetzliche Arbeitslosenversicherung mit einbezogen. Das bedeutet, dass sie nach dem Ende der Pflegetätigkeit die Möglichkeit haben, Arbeitslosengeld oder Leistungen der Arbeitsförderung zu beantragen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen zahlt die SKD BKK Pflegekasse.

Die Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen ist möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Pflegetätigkeit umfasst regelmäßig mindestens 10 Stunden (verteilt auf mindestens zwei Tage) pro Woche*. Es können gegebenenfalls die Zeiten für die Pflege mehrerer Personen addiert werden, um diese Mindestzeit zu erreichen. * Maßgeblich sind die Zeiten, die vom Medizinischen Dienst (MD) im Pflegegutachten dokumentiert sind.
- Bei dem oder den Pflegebedürftigen liegt mindestens Pflegegrad 2 vor.
- Es bestand unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung oder die Pflegeperson hat eine Leistung der Agentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosengeld) erhalten.





Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Wer berufstätig ist und nebenbei einen Angehörigen pflegt, ist doppelt belastet. Das ‚Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf‘ hat deshalb verschiedene Möglichkeiten geschaffen, um pflegende Angehörige zu entlasten. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Rechte pflegender Arbeitnehmer auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für bestimmte Zeiträume. Doch auch von SKD BKK Pflegekasse gibt es Unterstützung.



Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Arbeitnehmer können sich bis zu zehn Arbeitstage pro Jahr unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen, um in einer akuten Pflegesituation die Pflege eines nahen Angehörigen zu organisieren oder selbst sicherzustellen. Dieses Recht besteht in allen Betrieben, also auch in Kleinbetrieben mit weniger als 15 Arbeitnehmern.

Um den dadurch entstehenden Verdienstausschlag abzufedern, zahlt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen eine Entgeltersatzleistung: das Pflegeunterstützungsgeld. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach den Vorschriften zur Berechnung des Kinderkrankengeldes – es beträgt daher in der Regel 90 Prozent des Nettogehalts.

Pflegezeit

Arbeitnehmer haben Anspruch darauf, bis zu sechs Monate ganz oder teilweise aus dem Job auszusteigen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zuhause pflegen (dieser Rechtsanspruch besteht allerdings nur in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten).

Wenn diese Freistellung dann dazu führt, dass der bisherige Kranken- und Pflegeversicherungsschutz als pflichtversicherte(r) Arbeitnehmer(in) verloren geht, zahlt die SKD BKK Pflegekasse einen **Beitragszuschuss** für die freiwillige Weiterversicherung, sofern kein Anspruch auf eine kostenfreie Familienversicherung besteht.

Familienpflegezeit

Wenn ein naher Angehöriger länger pflegebedürftig ist, dann gibt es noch die Alternative der Familienpflegezeit. Das bedeutet, dass Arbeitnehmer (in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten) Anspruch auf eine Reduzierung der Arbeitszeit haben, um den Pflegebedürftigen zuhause zu pflegen. Allerdings beträgt hier die wöchentliche Mindestarbeitszeit 15 Stunden pro Woche.

Übrigens: Ausführliche Informationen zu den Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz – und auch zu den Ansprüchen auf ein zinsloses Darlehen zur Absicherung des Lebensunterhalts während der Freistellung – finden Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: www.wege-zur-pflege.de.



Leistungsansprüche
auf einen Blick

	Pflegegeld	Pflegesachleistungen	Vollstationäre Pflege	Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu Geld- oder Sachleistung möglich	Entlastungsbetrag § 45 b
Pflegegrad 1	–	–	125 €	–	125 €
Pflegegrad 2	332 €	761 €	770 €	689 €	125 €
Pflegegrad 3	573 €	1.432 €	1.262 €	1.298 €	125 €
Pflegegrad 4	765 €	1.778 €	1.775 €	1.612 €	125 €
Pflegegrad 5	947 €	2.200 €	2.005 €	1.995 €	125 €

	Kurzzeitpflege	Kurzzeitpflege PLUS (Aufstockungsbetrag)	Verhinderungspflege	Verhinderungspflege PLUS (Aufstockungsbetrag)	
Pflegegrad 1	–	–	–	–	
Pflegegrad 2	1.774 €/Jahr	1.612 €/Jahr	1.612 €/Jahr	806 €/Jahr	
Pflegegrad 3	1.774 €/Jahr	1.612 €/Jahr	1.612 €/Jahr	806 €/Jahr	
Pflegegrad 4	1.774 €/Jahr	1.612 €/Jahr	1.612 €/Jahr	806 €/Jahr	
Pflegegrad 5	1.774 €/Jahr	1.612 €/Jahr	1.612 €/Jahr	806 €/Jahr	

	Pflegehilfsmittel	Verbrauchspflegehilfsmittel	Wohnumfeldverbesserungen je Maßnahme	Pflegeberatung (Beratungseinsatz eines ambulanten Pflegedienstes)
Pflegegrad 1	ja	40 €/Monat	≤ 4.000 Euro	optional halbjährlich
Pflegegrad 2	ja	40 €/Monat	≤ 4.000 Euro	halbjährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional bei Sachleistung
Pflegegrad 3	ja	40 €/Monat	≤ 4.000 Euro	halbjährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional bei Sachleistung
Pflegegrad 4	ja	40 €/Monat	≤ 4.000 Euro	vierteljährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional halbjährlich bei Sachleistung
Pflegegrad 5	ja	40 €/Monat	≤ 4.000 Euro	vierteljährlich bei Pflegegeld Pflicht, optional halbjährlich bei Sachleistung

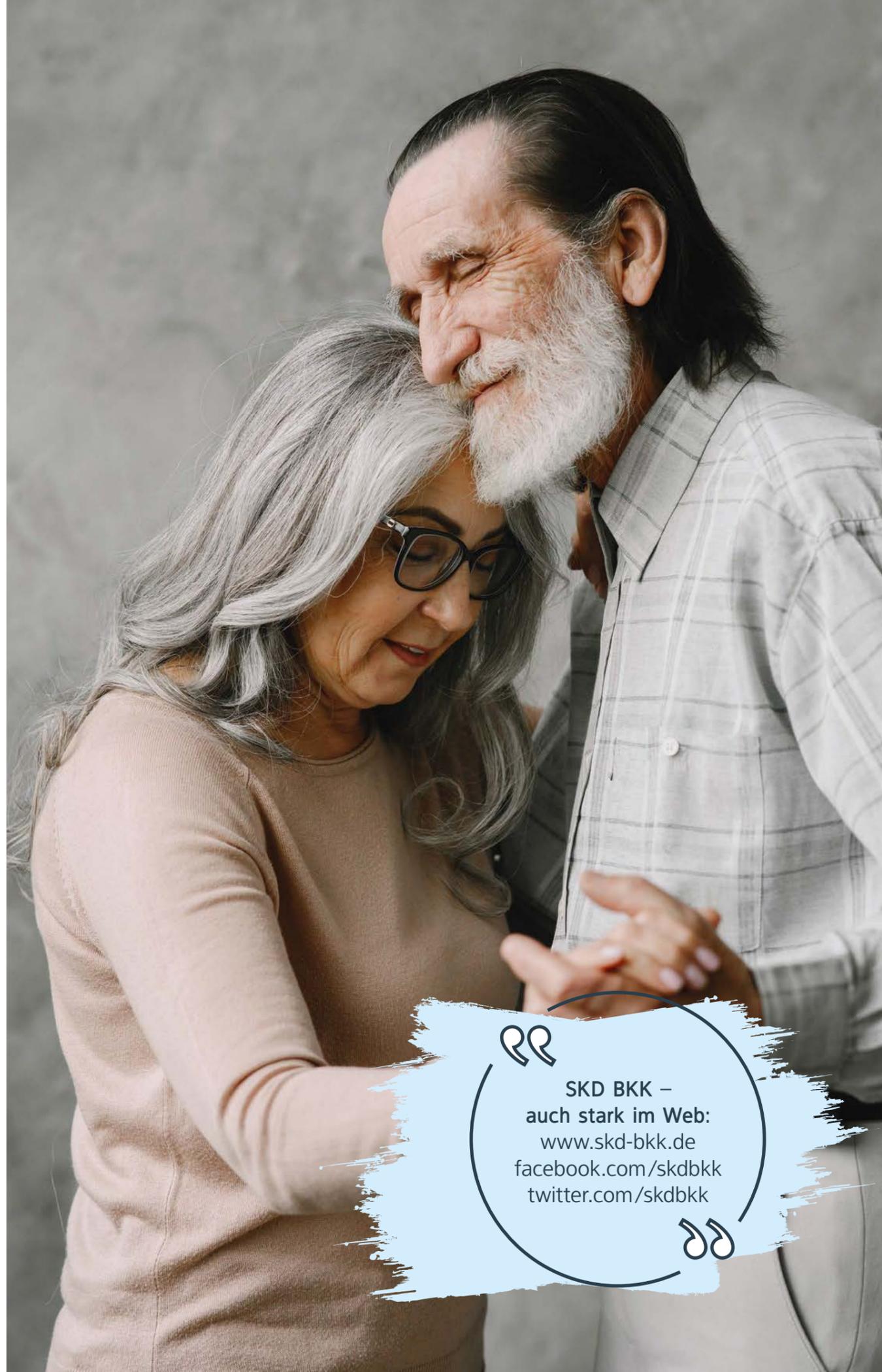
Wir sind für Sie da

Persönliche Beratung

Wir helfen Ihnen bei allen Anliegen rund um Ihre Gesundheit. Schnell, unkompliziert und von Mensch zu Mensch. Unsere Mitarbeiter nehmen sich Zeit für Sie und beraten Sie ausführlich und verständlich – egal ob persönlich in unseren Geschäftsräumen, via Telefon und E-Mail oder bei Ihnen zuhause.

Erstklassiger Service

Ihre Anfrage beantworten wir innerhalb von drei Arbeitstagen, Ihre E-Mail innerhalb von 24 Stunden.



Die SKD BKK in Ihrer Nähe

So können Sie uns erreichen

SKD BKK Hauptverwaltung

Schultesstr. 19 A
97421 Schweinfurt
Telefon: 09721 9449-0
Telefax: 09721 9449-333

Geschäftsstelle Arnstein

Marktstr. 14
97450 Arnstein
Telefon: 09363 997707-0
Telefax: 09363 997707-77

Geschäftsstelle Coburg

Heiligkreuzstr. 19-21
96450 Coburg
Telefon: 09561 4013-400
Telefax: 09561 4013-444

Geschäftsstelle Karlstadt

Marktplatz 5
97753 Karlstadt
Telefon: 09353 98403-20
Telefax: 09353 98403-10

Geschäftsstelle Laufach

Hauptstr. 39-41
63846 Laufach
Telefon: 06093 87224

Geschäftsstelle Lüchow

Seerauer Str. 27
29439 Lüchow
Telefon: 05841 1215-233
Telefax: 09721 9449-233

E-Mail: gesund@skd-bkk.de



SKD BKK –
auch stark im Web:
www.skd-bkk.de
facebook.com/skdbkk
twitter.com/skdbkk



Impressum

Herausgeber

SKD BKK
Schultesstr. 19 A, 97421 Schweinfurt
09721 9449-0, gesund@skd-bkk.de
www.skd-bkk.de

Redaktion

Nicole Mauder, SKD BKK

Erstellung Druckdaten

ORT Medienverbund GmbH
Betriebsstätte Berlin
Landsberger Allee 394, 12681 Berlin
030 473727-44, berlin@ort-online.net
www.ort-online.net

Bildnachweise

S. 1, iStock-1198947071, vorDa, S. 2, affektion-von-ehepartnern_1098-13910, Freepik.com, S. 4, iStock-1316738511, Dean Mitchell, S. 5 Grafik, iStock-1214752180, ma_rish, S. 5 Bild, iStock-875017736, selimaksan, S. 8, iStock-1154433276, ferrantraite, S. 9, iStock-1214752180, ma_rish, S. 10, iStock-1145457577, Eva-Katalin, S. 11 Grafik, iStock-1214752180, ma_rish, S. 12, nursing-home-residents-old-people-walking-outside-with-caregivers-and-visitors, 72, PIKSEL, S. 14, iStock-959406368, Toa55, S. 15, iStock-479224144, Highwaystarz-Photography, S. 16 Grafik Rechner, vector-realistic-calculator-button-electronic-digit-calculation-display-minus-and-plus-illustration, Freepik.com, S. 16 Bild, iStock-876211456, Halfpoint, S. 17 Grafik, nursing-home-concept-illustration, Freepik.com, S. 19, iStock-1212101211, ProfessionalStudioImages, S. 20, iStock-838500250, AndreyPopov, S. 21, iStock-489582787, Morsa Images, S. 22, disabled-people-set, Freepik.com, S. 24, iStock-1203365703, shironosov, S. 25 Grafik, iStock-1214752180, ma_rish, S. 26, iStock-1268934165, sturti, S. 27 Grafik, disabled-people-icon, Freepik.com, S. 29,

iStock-1145458440, Eva-Katalin, S. 30 Grafik, volunteers-helping-disabled-friends-in-outdoor-walking, Freepik.com, S. 30 Bild, liebe-wird-nie-alt-froehliches-aktives-altes-romantisches-paar-im-ruhestand-das-im-wohnzimmer-tanzt_1157-48356, Freepik.com

Papier & Druck

Beim Papier dieser Broschüre handelt es sich um FSC sowie Blauer Engel zertifiziertes Recyclingpapier. Zudem wurde der Druck klimaneutral durchgeführt von:

BLUEPRINT AG
Lindberghstr. 17, 80939 München
089 450 80 69 29, hello@blueprint.de
www.blueprint.de

Rechtlicher Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die Darstellung der Leistungen und des Leistungsumfangs in dieser Informationsbroschüre nur verkürzt und auszugsweise erfolgen kann. Bei der Recherche und Darstellung wurde mit größter Sorgfalt vorgegangen, für die Geltendmachung von Leistungsansprüchen sind jedoch allein die aktuellen Regelungen des Sozialgesetzbuchs und die Satzung der SKD BKK maßgeblich.

Stand

01.01.2024