

Mercedes-Benz **BKK**: Pflegeversicherung.



Informationen zu Versicherungsschutz, Leistungen,
(Familien-)Pflegezeit, sozialer Sicherung.

Mercedes-Benz



Hinweis

Informationen finden Sie auch unter

- Bundesministerium für Gesundheit · Stichwort „Pflege“
www.bmg.bund.de
(z. B. Online-Ratgeber Pflege, Pflegeleistungen zum Nachschlagen)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
www.wege-zur-pflege.de
- GKV-Spitzenverband · Stichwort „Pflegeversicherung“
www.gkv-spitzenverband.de

Inhalt

Versicherungsschutz	4
Pflegeversichert Befreiung auf Antrag Private Versicherung Beiträge Pflegevorsorgefonds Private Pflegevorsorge	
Voraussetzungen für Leistungen	6
Information und Auskunft Antrag stellen Vorversicherungszeit Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade Aufenthalt im Ausland? Andere Leistungsträger	
Die Leistungen im Überblick	10
Häusliche Pflegehilfe 10 Pflegegeld 11 Kombinationsleistung 12 Verhinderungspflege 12 Tages- und Nachtpflege 15 Kurzzeitpflege 15 Entlastungsbetrag – Umwandlung 15 Vollstationäre Pflege 16 Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 16	
Sonstige Leistungen	17
Ambulant betreute Wohngruppen Das Wohnumfeld verbessern Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) Pflegehilfsmittel Beratungsgespräch/Pflegekurse Pflegegrad 1	
(Familien-)Pflegezeit für Angehörige	19
Pflegeunterstützungsgeld Pflegezeit Familienpflegezeit	
Soziale Sicherung	22
Wer ist „Pflegeperson“? Krankenversicherung Rentenversicherung Arbeitsförderung Unfallversicherung (Familien-)Pflegezeit	



Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

Hierbei sprechen wir nicht nur Pflegebedürftige an, sondern auch die Personen im persönlichen Umfeld. Auf diese Weise ist die Broschüre nicht nur für den konkret Ratsuchenden geeignet, sondern auch für jeden, der einen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung gewinnen möchte. Wenn Sie sich online zum Thema informieren möchten – auf unserer Internetseite finden Sie viele Informationen und Anträge zum Herunterladen.

Darüber hinaus stehen Ihnen natürlich unsere Mitarbeitenden für weitere Informationen gern zur Verfügung.

Ihre **Mercedes-Benz BKK**

Versicherungsschutz

Pflegeversichert

Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ gehören die Pflichtversicherten (z. B. Arbeiter, Angestellte, Auszubildende, Studenten, Arbeitslosengeldempfänger, Rentner, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) gleichzeitig unserer Pflegekasse an, ebenso freiwillig Versicherte und ggf. Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Die familienversicherten Angehörigen wie zum Beispiel Ehegatte und eingetragene Lebenspartner sowie Kinder sind beitragsfrei (familien-)pflegeversichert.

Wer aus dem versicherungspflichtigen Personenkreis ausgeschieden ist, kann sich in der sozialen Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen innerhalb von drei Monaten freiwillig versichern, dies gilt entsprechend am Ende der Familienversicherung.

Befreiung auf Antrag

Freiwillig Versicherte können auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit werden. Sie müssen nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre mitversicherten Angehörigen oder Lebenspartner Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.



Befreiung

Für den Antrag gilt eine Frist von drei Monaten. Weil die Befreiung nicht widerrufen werden kann, sollten Sie sich von uns beraten lassen.

Private Versicherung

Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können diesen Vertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dieses Recht haben auch Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Beiträge

Der Beitrag beträgt 3,4 % der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung. Davon tragen Versicherte und Arbeitgeber jeweils die Hälfte. Für Kinderlose gilt ein Zuschlag von 0,6 % auf dann 4,0 % (Arbeitnehmeranteil 2,3 %).

Ab dem ersten Kind verringert sich der Beitragssatz wie folgt (ab dem zweiten Kind nur bis zum vollendeten 25. Lebensjahr):

Versicherte	Beitrags- satz	Anteil des Versicherten
ohne Kinder	4,00 %	2,30 %
1 Kind	3,40 %	1,70 %
2 Kinder	3,15 %	1,45 %
3 Kinder	2,90 %	1,20 %
4 Kinder	2,65 %	0,95 %
5 und mehr Kinder	2,40 %	0,70 %

Die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden vom Mitglied allein getragen. Für andere Mitglieder gelten Sondervorschriften (ebenfalls für Versicherte in Sachsen).

Der Beitragszuschlag ist vorgesehen für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres, ausgenommen sind zum Beispiel vor dem 1.1.1940 Geborene sowie Bezieher von Bürgergeld.

Freiwillig Versicherte und Studenten zahlen den Beitrag allein. Beschäftigte, die freiwillig versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber neben dem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch einen Zuschuss zum Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung. Nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz können Studenten neben dem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch einen solchen zur Pflegeversicherung erhalten.

Pflegevorsorgefonds

Die Einnahmen in Höhe von 0,1 v. H. aus dem Beitragsatz fließen in einen Pflegevorsorgefonds. Dadurch soll die Beitragsbelastung künftiger Generationen und der jetzt jüngeren Menschen abgemildert werden. Dieser Fonds wird von der Deutschen Bundesbank verwaltet.

Private Pflegevorsorge

Pflegeversicherte erhalten ähnlich der privaten Rentenvorsorge auch für eine Pflegezusatzversicherung eine staatliche Förderung (Zulage). Sie beträgt 60 Euro im Kalenderjahr, wenn für den Beitrag mindestens 120 Euro jährlich aufgewendet werden. Achten Sie darauf, dass diese ergänzende Versicherung auch förderfähig ist. Die Versicherungsunternehmen dürfen diese Zusatzversicherung nicht wegen Gesundheitsrisiken ablehnen, es sind weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge möglich. Die Zulage wird dem Versichertenvertrag automatisch gutgeschrieben.

Gegebenenfalls kann eine nicht förderfähige Versicherung sinnvoll sein, wenn das Preis-Leistungs-Verhältnis besser ist und weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge möglich sind.

Voraussetzungen für Leistungen

Information und Auskunft

Gerne informiert Sie Ihre Pflegekasse nicht nur über alles Nähere zur Pflegeversicherung, sondern z. B. auch über

- Leistungen und Hilfen anderer Träger
- Angebote zur Unterstützung im Alltag
- integrierte Versorgungsformen und
- die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in stationären Einrichtungen
- die Förderung der Selbsthilfe

Bitte Antrag stellen

Wenn Sie noch keine Leistungen beziehen, dann stellen Sie bitte rechtzeitig einen Antrag; eine ärztliche Bescheinigung ist dazu nicht erforderlich. Die Leistungen beginnen, wenn alle Voraussetzungen vorliegen; wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, leistet unsere Pflegekasse ab Beginn des Monats der Antragstellung. Wenn Sie rechtzeitig tätig werden, können Nachteile vermieden werden. Für den „Entlastungsbetrag“ von 125 Euro monatlich reichen Sie entsprechende Belege zur Erstattung von Kosten ein.

Unverzüglich nach Eingang des Antrags informieren wir Sie über Ihren Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung (ggf. den nächstgelegenen Pflegestützpunkt), über die Vorteile eines individuellen Versorgungsplans sowie über eine Vergleichsliste der Leistungen und Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen (ein-

schl. Betreuungs-/Entlastungsangebote). Unter Angabe einer Kontaktperson wird ein Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen angeboten; auf Wunsch des Versicherten findet er in seiner häuslichen Umgebung statt. Die Pflegeberatung erfolgt grundsätzlich auch bei Anträgen auf weitere Leistungen; sie kann auf Wunsch durch digitale Angebote ergänzt werden.

Die Pflegekasse teilt ihre Entscheidung in der Regel innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang mit und übermittelt das Gutachten über die Pflegebedürftigkeit. Werden Präventions- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen sowie (Pflege-)Hilfsmittel empfohlen, wird über das weitere Verfahren informiert.

Vorversicherungszeit

Die Vorversicherungszeit beträgt grundsätzlich zwei Jahre innerhalb von zehn Jahren vor der Antragstellung. Es gilt sowohl die eigene Versicherung als auch die Familienversicherung, für Kinder liegt sie vor, wenn ein Elternteil sie erfüllt. Zeiten, die bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ununterbrochen in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegt worden sind, werden angerechnet. Hat der Versicherte die zum Zeitpunkt der Antragstellung erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt, beginnen die Leistungen, sobald die Vorversicherungszeit erfüllt wird. Die Pflegekasse berät, wann ggf. ein neuer Antrag gestellt werden kann.

Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade?

Pflegebedürftig sind Personen mit gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Maßgebend sind folgende Bereiche:

- Mobilität (z. B. Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen, Treppensteigen)
- kognitive/kommunikative Fähigkeiten (z. B. Erkennen von Personen, Orientierung, Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen, Verstehen von Sachverhalten und Anforderungen)
- Verhaltensweisen (z. B. Verhaltensauffälligkeiten, Abwehr, Antriebslosigkeit)
- Selbstversorgung (z. B. Körperpflege, Ankleiden, Ernährung, Benutzen einer Toilette)
- Krankheiten/Therapien (z. B. Injektionen, Medikamente, Wundversorgung, Arztbesuche)
- Alltagsleben (z. B. Gestaltung des Tagesablaufs, Kontakte, Sichbeschäftigen)

Maßgebend sind nicht Pflegeminuten! Entscheidend ist die gutachterliche Einschätzung der Fähigkeiten, also der Grad der Selbstständigkeit, das heißt, wie jemand den Alltag meistern kann. Beispiele: Für das Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs oder die Gestaltung des Tagesablaufs oder das Waschen des Oberkörpers oder für das Essen werden die Kriterien „selbstständig (0), überwiegend selbstständig (1), überwiegend unselbstständig (2), unselbstständig (3)“ mit Punkten (in Klammern) bewertet. Gewichtet über alle sechs Bereiche ergeben sie schließlich den individuellen Pflegegrad.

Außerdem wird festgestellt, ob schwerste Beeinträchtigungen vorliegen, die einen außergewöhnlich hohen Hilfebedarf erfordern.

Die Pflegekasse beauftragt unverzüglich nach Eingang des Antrags auf Leistungen den unabhängigen Medizinischen Dienst. Dieser (ggf. ein anderer unabhängiger Gutachter) prüft, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, welcher Pflegegrad zutrifft und stellt den Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson(en) fest. Dabei werden auch Beeinträchtigungen von außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung festgestellt; außerdem ob Leistungen zur Prävention/Rehabilitation sowie (Pflege-)Hilfsmittel erforderlich sind.



Fünf Pflegegrade

Beeinträchtigungen	Pflegegrad
geringe	1
erhebliche	2
schwere	3
schwerste	4
schwerste (besondere Anforderungen)	5

Die Untersuchung erfolgt in der Regel im Wohnbereich des Versicherten. Besondere Fristen gelten bei einem Aufenthalt im Krankenhaus zur Sicherstellung der Weiterversorgung und im Zusammenhang mit der (Familien-)Pflegezeit.

Das Gutachten ist wesentliche Grundlage für eine umfassende Beratung und Versorgung.



Aufenthalt im Ausland?

Der Anspruch auf Leistungen ruht grundsätzlich, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt, zum Beispiel durch Urlaub, werden folgende Leistungen bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr fortgezahlt: das Pflegegeld oder, bei Begleitung durch eine professionelle Pflegekraft, auch die Pflegesachleistung (einschl. Kombinationsleistung). Bei einer mitreisenden oder vor Ort befindlichen Ersatzpflegekraft gilt dies auch für Verhinderungspflege.

Bei (gewöhnlichem) Aufenthalt/Wohnort in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (Island, Liechtenstein und Norwegen) oder in der Schweiz bzw. im Vereinigten Königreich/Nordirland besteht Anspruch auf Pflegegeld auch über sechs Wochen hinaus, eine Versicherung in der deutschen Pflegeversicherung vorausgesetzt; dies gilt entsprechend für die Verhinderungspflege und das Pflegeunterstützungsgeld. Pflegesachleistungen sind möglich, wenn sie nach dem Recht des Aufenthaltsstaates vorgesehen sind (ggf. Anrechnung auf das Pflegegeld).

Andere Leistungsträger

Den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gehen zum Beispiel die Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XIV, aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Unfallversorgung vor. Umgekehrt sind die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber den Fürsorgeleistungen, zum Beispiel nach dem SGB XII, vorrangig. Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden die Leistungsansprüche abgegrenzt.

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt für die Beiträge entsprechend.

Die Leistungen im Überblick

Grundsätzlich sind verschiedene Bar- und Sachleistungen für die Pflegegrade 2 bis 5 vorgesehen. Auch bei geringer Beeinträchtigung sollen Leistungen den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen (siehe „Pflegegrad 1“).

Die häusliche Pflegehilfe

Voraussetzungen

Bei häuslicher Pflege sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung durch geeignete Pflegekräfte als Sachleistung vorgesehen (einschl. pflegefachliche Anleitungen). Zu den Betreuungsmaßnahmen zählen zum Beispiel die Unterstützung, das alltägliche Leben zu bewältigen und zu gestalten, insbesondere auch die bedürfnisgerechte Beschäftigung (einschl. Kommunikation, soziale Kontakte) sowie das Aufrechterhalten eines geregelten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Dies gilt auch, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung/einem Altenwohnheim lebt. Es spielt keine Rolle, ob er die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht. Häusliche Pflegehilfe ist dann nicht möglich, wenn es sich bei der Einrichtung um ein zugelassenes Pflegeheim handelt.

Kein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe besteht, wenn Anspruchsberechtigte zum Beispiel in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kindergärten, Schulen

und Internaten, Werkstätten und Wohnheimen für behinderte Menschen gepflegt werden bzw. im Rahmen häuslicher Krankenpflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten.

Pflegevertrag

Die häusliche Pflegehilfe wird durch professionelle Pflegedienste und ggf. geeignete Einzelpersonen (Pflegefachkräfte) erbracht, die unmittelbar mit der Pflegekasse abrechnen. Dabei sind in einem schriftlichen Pflegevertrag Art, Inhalt und Umfang der Leistungen (einschl. der mit der Pflegekasse vereinbarten Vergütung) geregelt. Der Pflegedienst hat vor Vertragsabschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. Der Pflegedienstündigt der zu pflegenden Person unverzüglich eine Ausfertigung des Pflege-



Pflegesachleistung

Pflegegrad	bis zu monatlich
2	761 Euro
3	1.432 Euro
4	1.778 Euro
5	2.200 Euro

Diese Leistungen können neben einer „Verhinderungspflege“ bzw. „Tages-/ Nachtpflege“ beansprucht werden (siehe auch unter „Umwandlung“).

gevertrages aus; nach Aufforderung auch der Pflegekasse.

Der Anspruchsberechtigte kann den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Pflegedienst teilt wesentliche Änderungen des Zustandes des Pflegebedürftigen der Pflegekasse unverzüglich mit.

Besteht der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe (z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt) nicht für einen vollen Kalendermonat, erfolgt keine anteilige Kürzung.

Gemeinsame Leistungen

Mehrere Pflegebedürftige können körperbezogene Pflege- und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe bei der Haushaltsführung gemeinsam in Anspruch nehmen. Dies können Menschen zum Beispiel in einer Wohngemeinschaft, in einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße, sein. Die hierdurch entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen können für weitere Pflegeleistungen genutzt werden.

Auf Antrag sind bestimmte Leistungen auch als trägerübergreifendes Budget möglich.

Das Pflegegeld

Pflegegeld wird gezahlt, sofern Pflegebedürftige die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellen.

Das Pflegegeld wird monatlich im Voraus gezahlt; wenn der Anspruch nicht für einen vollen Kalendermonat besteht, anteilig.



Pflegegeld

Pflegegrad	je Kalendermonat
2	332 Euro
3	573 Euro
4	765 Euro
5	947 Euro

Ausnahmen

Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn sich der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim aufhält (siehe „Vollstationäre Pflege“).

Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer Maßnahme in einer Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung oder bei häuslicher Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen vergleichbar der „Pflegehilfe“ wird Pflegegeld (einschl. Kombinationsleistung) für die ersten vier Wochen weitergezahlt (anschließend ruht der Anspruch). Bei beschäftigten Pflegekräften gibt es unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmen von dieser zeitlichen Beschränkung.

Die Hälfte des bisher bezogenen – ggf. anteiligen – Pflegegeldes wird jeweils für bis zu acht Wochen bei Kurzzeitpflege und bis zu sechs Wochen bei Verhinderungspflege je Kalenderjahr fortgezahlt (siehe „Kurzzeitpflege“, „Verhinderungspflege“).

Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen (z. B. Hilfe für behinderte Menschen) kommt für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in den Ferienzeiten) die Zahlung des Pflegegeldes für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie in Betracht; die Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege.

Beratungseinsätze

Wird Pflegegeld bezogen, haben Pflegebedürftige

- bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
- bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

einen Beratungsbesuch, zum Beispiel durch einen zugelassenen Pflegedienst, abzurufen.

Die Vergütung für die Beratung wird direkt mit der Pflegekasse abgerechnet, die Erkenntnisse werden mitgeteilt – das Einverständnis des Pflegebedürftigen vorausgesetzt; ggf. wird eine weitergehende Beratung durch die Pflegekasse angeboten. Wird die Beratung nicht abgerufen bzw. nicht nachgewiesen, wird das Pflegegeld gekürzt bzw. eingestellt. Werden von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen bezogen, besteht Anspruch auf einen halbjährlichen Beratungsbesuch (ebenfalls bei Pflegegrad 1).

Kombinationsleistung

Voraussetzungen

Als Kombinationsleistung kann Pflegegeld anteilig gezahlt werden, wenn die häusliche Pflegehilfe nicht ausgeschöpft wird; dies gilt bei der vorstehend beschriebenen Fortzahlung des Pflegegeldes (z. B. Krankenhausbehandlung, Kurzzeit-/Verhinderungspflege) entsprechend. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Pflegegeld und häusliche Pflegehilfe beansprucht werden, sind Pflegebedürftige grundsätzlich für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Die Verhinderungspflege

Voraussetzungen

Ist eine Pflegeperson (z. B. Angehörige, Bekannte) an der Pflege gehindert, werden die



Kombinationsleistung

Häusliche Pflegehilfe				Noch anteilig zu zahlendes monatliches Pflegegeld	
Pflegegrad	monatlicher Gesamtwert Euro	in Anspruch genommen monatlich Euro	ausgeschöpft in %	% aus Pflegegeld Euro	Zahlbetrag Euro
2	761,00	456,60	60	40 % aus 332,00	132,80
3	1.432,00	716,00	50	50 % aus 573,00	286,50
4	1.778,00	1.244,60	70	30 % aus 765,00	229,50
5	2.200,00	1.826,00	83	17 % aus 947,00	160,99



Kosten einer Ersatzpflege übernommen. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson(en) den Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 2) vor der erstmaligen Verhinderung bereits sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat (haben). Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich teilen.

Leistungen

Die Verhinderungspflege ist nicht auf die Ersatzpflege im Haushalt des Anspruchsberechtigten beschränkt. Diese Leistung kann z. B. auch in einer Pflegeeinrichtung, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, einer Kranken- wohnung, einem Kindergarten, einer Schule, einem Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen erfolgen. Es können die pflegebedingten Aufwendungen berücksichtigt werden.

Übernommen werden die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr und zwar bis zu 1.612 Euro (ggf. erhöht um bis zu 806 Euro für noch nicht beanspruchte Kurzzeitpflege).

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen (= 1,5-facher Betrag) nicht überschreiten. Bei Nachweis höherer Auslagen (z. B. Verdienstaussfall, Fahrkosten) ist eine Kostenerstattung bis zu den Höchstbeträgen möglich; dies gilt auch, wenn die Ersatzpflege durch entfernte Verwandte/Verschwä- gerte bzw. erwerbsmäßig ausgeübt wird.

Siehe die Leistung „Kurzzeitpflege“; für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 (bis vollendetes 25. Lebensjahr) gelten erweiterte Leistungen bis zum Gesamtbetrag von 3.386 Euro für längstens acht Wochen, wobei die Vorpflegezeit von sechs Monaten nicht erfüllt sein muss.



Die Tages- und Nachtpflege

Voraussetzungen

Es besteht Anspruch auf teilstationäre Pflege in geeigneten Einrichtungen, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Dies gilt insbesondere bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, um eine (Teil-)Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson zu ermöglichen, eine teilweise Entlastung der Pflegeperson zu erreichen oder bei einer nur für einige Stunden notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.

Höhe

Die Aufwendungen der Pflege, Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege werden bis zu bestimmten Höchstbeträgen wie folgt übernommen:



Tages- und Nachtpflege

Pflegegrad	im Wert bis zu monatlich
2	689 Euro
3	1.298 Euro
4	1.612 Euro
5	1.995 Euro

Diese Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zu Pflegesachleistungen und Pflegegeld (einschließlich Kombinationsleistungen) beansprucht werden, also ohne gegenseitige Anrechnung.

Die Kurzzeitpflege

Voraussetzungen

Kann die häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung (für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen (Krisen-)Situationen). Dieser Anspruch besteht auch in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, wenn während einer Maßnahme für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen besteht der Anspruch auch in geeigneten Einrichtungen zum Beispiel der Hilfe für behinderte Menschen, wenn eine zur Kurzzeitpflege zugelassene Einrichtung nicht infrage kommt.

Leistungen

Der Anspruch besteht für maximal acht Wochen und bis zu 1.774 Euro im Kalenderjahr. Diese Kurzzeitpflege erhöht sich um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommener Verhinderungspflege auf bis zu 3.386 Euro. Der Erhöhungsbetrag wird auf die Verhinderungspflege angerechnet, der Erhöhungsbetrag Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege. Maßgebend sind die pflegebedingten Aufwendungen (einschl. Betreuung und medizinische Behandlungspflege). Siehe auch die Leistung „Verhinderungspflege.“

Entlastungsbetrag – Umwandlung

Pflegebedürftige erhalten einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich zur Erstattung von

Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege sowie Tages-/Nachtpflege, außerdem für besondere Angebote der Pflegedienste (ohne Leistungen zur körperbezogenen Selbstversorgung für Pflegegrad 2 bis 5) sowie für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag. Die im Kalenderjahr nicht ausgeschöpften Beträge können ins folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Zusätzlich können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 die Beträge der im jeweiligen Kalendermonat nicht beanspruchten Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Betreuung, Entlastung Pflegenden oder Pflegebedürftiger) verwenden (Umwandlung von bis zu 40 % des jeweiligen Höchstbetrages).

Vollstationäre Pflege

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen (einschl. Betreuung und medizinische Behandlungspflege), ggf. Aufwendungen für Unterkunft/Verpflegung, insgesamt bis zum Leistungsbetrag.



monatliche Leistung pauschal:

Pflegegrad	
2	770 Euro
3	1.262 Euro
4	1.775 Euro
5	2.005 Euro

Außerdem besteht Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung (auch in teilstationären Einrichtungen). Für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten gibt es

für die Pflegegrade 2 bis 5 gleich hohe Eigenanteile je Einrichtung für die pflegebedingten Aufwendungen.

Dazu beträgt der Leistungszuschlag

Monate	
bis 12	15 %
bis 24	30 %
bis 36	50 %
ab dem 37.	75 %

ihres Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Angerechnet werden alle Zeiten einer vollstationären Pflege. Die Pflegeeinrichtung rechnet diese Beträge direkt mit der Pflegekasse ab.

Erhöht sich der Pflegebedarf, ist das Pflegeheim berechtigt, den Heimbewohner schriftlich aufzufordern, bei seiner Pflegekasse einen höheren Pflegegrad zu beantragen.

Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Für Pflegebedürftige (Pflegegrad 2 bis 5), die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ganztägig (Tag und Nacht) untergebracht und verpflegt werden, wird zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege ein Pauschalbetrag gezahlt. Dieser beläuft sich auf 15 Prozent des Heimentgelts, welches der Träger der Sozialhilfe mit der Einrichtung vereinbart hat (maximal 266 Euro monatlich).

Über zusätzliche Leistungen für die Pflege – zum Beispiel an Wochenenden oder während der Ferien – berät Sie unsere Pflegekasse gerne persönlich (Näheres siehe auch unter „Pflegegeld“).

Sonstige Leistungen

Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige, die Pflegehilfe, Pflegegeld oder Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen, erhalten einen Wohngruppenzuschlag von je 214 Euro monatlich bei einem organisierten gemeinschaftlichen Wohnen von mindestens drei pflegebedürftigen Personen (höchstens zwölf Bewohner). In der Wohngruppe verrichtet eine Person organisatorische, verwaltende oder betreuende Tätigkeiten. Neugründungen von solchen Wohngruppen werden neben dem Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zusätzlich gefördert.

Das Wohnumfeld verbessern

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden insgesamt bis zu 4.000 Euro bezuschusst. Dadurch soll die häusliche Pflege ermöglicht bzw. erleichtert oder eine selbstständigere Lebensführung des Anspruchsberechtigten erreicht werden. Dazu zählen Maßnahmen, die eine Anpassung bezwecken und in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z. B. Treppenlift); außerdem Eingriffe in die Bausubstanz (z. B. Türverbreiterung) und technische Hilfen im Haushalt (z. B. Ein- und Umbau von Mobiliar). Auch der Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung zählt zu den förderungsfähigen Maßnahmen.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung wird der Zuschuss von

höchstens 4.000 Euro je pflegebedürftige Person bis zum Gesamtbetrag von 16.000 Euro je Maßnahme gezahlt.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Sie können in der Häuslichkeit die Pflege sowie die pflegerische Betreuung durch professionelle Pflege- und Betreuungskräfte oder pflegende Angehörige unterstützen. DiPA sind in einem Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet. Anspruch besteht bis höchstens 50 Euro im Monat (einschl. ergänzende Unterstützung durch ambulante Pflegedienste).

Pflegehilfsmittel

Unsere Pflegekasse leistet im häuslichen Bereich Pflegehilfsmittel, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Dazu zählen:

- zur Erleichterung der Pflege (Pflegebetten, Pflegebettzubehör, Bettzurichtungen, spezielle Pflegebettische)
- zur Körperpflege/Hygiene (Waschsysteme, Produkte zur Hygiene im Bett)
- zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität (Notrufsysteme) und
- zur Linderung von Beschwerden (Lagerungsrollen).



Zu Pflegehilfsmitteln, die nicht leihweise überlassen werden, leistet der Versicherte eine Zuzahlung in Höhe von 10 %, höchstens jedoch 25 Euro je Mittel. Versicherte unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit. Wie in der Krankenversicherung gibt es Regelungen zur Vermeidung von Härten. Versicherte, die für sie geltende Belastungsgrenze in der Krankenversicherung erreicht haben bzw. sie durch vorstehende Zuzahlungen erreichen, werden hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags befreit.

Für Hilfsmittel wegen Krankheit oder Behinderung können die Krankenversicherung – auch in vollstationären Einrichtungen – oder andere Leistungsträger zuständig sein.

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Die Aufwendungen für solche Hilfsmittel (z. B. saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen, Desinfektionsmittel) werden monatlich bis zu 40 Euro übernommen.

Beratungsgespräch/Pflegekurse

Zur Entlastung der Pflegenden und zur Verbesserung der Pflegesituation werden Beratungsgespräche angeboten. Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen werden Schulungskurse (ggf. digital) durchgeführt (unentgeltlich). Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt.

Pflegegrad 1

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (einschl. Wohngruppenzuschlag) haben auch die gering Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1); ausgenommen sind die nur für die Pflegegrade 2 bis 5 vorgesehenen Leistungen (z. B. Pflegesachleistung, Pflegegeld, Tages-/Nachtpflege, Kurzzeit-/Verhinderungspflege). Der (Entlastungs-)Betrag von 125 Euro kann jedoch für die genannten Leistungen (auch bei Aufnahme in eine (teil-)stationäre Pflegeeinrichtung) beansprucht werden.

(Familien-)Pflegezeit für Angehörige

Im akuten Pflegefall haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr freustellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Teilen Sie dem Arbeitgeber die Verhinderung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mit. Auf sein Verlangen hat der Beschäftigte eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Diese kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer in Anspruch nehmen – unabhängig von der Betriebsgröße.

Das Pflegeunterstützungsgeld

Bitte stellen Sie mit der vorstehend erwähnten ärztlichen Bescheinigung unverzüglich einen Antrag bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen (ggf. Beihilfestelle) des pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt oder 100 %, wenn in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der Arbeitsfreistellung eine Einmalzahlung beitragspflichtig war (z. B. Weihnachtsgeld). Legen Sie eine entsprechende Bescheinigung des Arbeitgebers vor. Das Pflegeunterstützungsgeld darf jedoch 70 % der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Während Sie die Leistung beziehen, bleibt Ihr Krankenversicherungsschutz erhalten. Als Arbeitnehmer zahlen Sie

Beiträge aus dem Pflegeunterstützungsgeld (ohne Einmalzahlung) zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung und zwar grundsätzlich die Hälfte. Wir legen unseren Anteil dazu und überweisen den Gesamtbetrag an die zuständigen Stellen.

Längere Pflegezeit

Beschäftigte haben einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen oder einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (auch in außerhäuslicher Umgebung) betreuen. Dies gilt entsprechend bei einem Beistand in der letzten Lebensphase eines nahen Angehörigen (Nachweis durch ärztliches Zeugnis).

Für die Inanspruchnahme der Pflegezeit – Zeitraum und Umfang – gilt eine 10-tägige Ankündigungsfrist und zwar schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber. Bei einer teilweisen Freistellung treffen Arbeitgeber und Beschäftigte eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit. Der Arbeitgeber hat grundsätzlich den Wünschen des Beschäftigten zu entsprechen, er kann aber dringende betriebliche Gründe geltend machen.

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen – auch minderjährigen – nahen Angehörigen längstens sechs Monate, bei einem Beistand längstens drei Monate (Höchstdauer).



Es besteht aber die Möglichkeit zur Verlängerung, wenn die Höchstdauer nicht ausgeschöpft wurde. Grundsätzlich können Beschäftigte die Pflegezeit nicht einseitig beenden. Ebenso wie bei der Verlängerung ist hierzu die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich.

Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder dem Beschäftigten die häusliche Pflege unmöglich, endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Beschäftigte ist verpflichtet, den Arbeitgeber unverzüglich zu unterrichten. Zur Inanspruchnahme von Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit (und umgekehrt) siehe „Familienpflegezeit“.

Die „Familienpflegezeit“

Voraussetzung ist die Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung oder die Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen (auch in außerhäuslicher Umgebung). Die verringerte wöchentliche Arbeitszeit muss im Durchschnitt mindestens 15 Stunden betragen.

Die Höchstdauer beträgt 24 Monate (auch zusammen mit der „Pflegezeit“). Es gilt eine schriftliche Ankündigungsfrist von acht Wochen vor dem gewünschten Beginn gegenüber dem Arbeitgeber mit der Erklärung über Zeitraum und Umfang der Freistellung sowie die Verteilung der Arbeitszeit. Erfolgt keine eindeutige Festlegung und sind alle Voraussetzungen gegeben, gilt die Freistellung als „Pflegezeit“. Nach einer Pflegezeit für denselben pflegebedürftigen Angehörigen muss sich eine Familienpflegezeit unmittelbar anschließen (Ankündigungsfrist drei Monate; dies gilt auch im umgekehrten Fall, wobei die Frist acht Wochen beträgt). Zur schriftlichen Vereinbarung über Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit, Verlängerung bzw. vorzeitige Beendigung der Familienpflegezeit siehe unter „Längere Pflegezeit“.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflege- und Familienpflegezeit sind zusammen bis zu höchstens 24 Monaten möglich (einschließlich Begleitung in der letzten Lebens-



phase bis drei Monate); diese Zeiten werden auf die Berufsbildungszeit nicht angerechnet. Es besteht ein umfassender Kündigungsschutz. Auf Pflegezeit besteht kein Rechtsanspruch in Betrieben mit 15 – bei Familienpflegezeit mit 25 – oder weniger Beschäftigten.

„Nahe Angehörige“ sind Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft und Geschwister, Ehegatten/Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten/Lebenspartner sowie Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

„Pflegebedürftig“ sind alle Personen, die nach dem Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung) pflegebedürftig sind (einschl. einer voraussichtlich zu erwartenden Pflegebedürftigkeit). Dies bescheinigt die Pflegekasse oder der Medizinische Dienst.

Finanzielle Förderung

Für die Dauer der Freistellung leistet das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.bafza.de) auf Antrag ein in monatlichen Raten zu zahlendes, zinsloses Darlehen in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen dem monatlichen Nettoentgelt vor und während der Freistellung (bei Pflegezeit begrenzt auf den Betrag, der bei einer Arbeitszeit von 15 Wochenstunden anfallen würde). Dies gilt entsprechend für eine (freiwillige) Vereinbarung in Betrieben mit nicht mehr als 15 bzw. 25 Beschäftigten. Das Darlehen ist nach Beendigung der Freistellung in monatlichen Raten zurückzuzahlen. Es gibt verschiedene Härtefallregelungen.

Soziale Sicherung

Wer ist „Pflegerperson“?

Die Pflege in häuslicher Umgebung umfasst die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerische Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Pflegetätigkeit wird nicht erwerbsmäßig ausgeübt. Die Pflegetätigkeit von Familienangehörigen oder Verwandten wird grundsätzlich als nicht erwerbsmäßig angesehen, weil in der Regel keine eigenständige Vergütung bezahlt, sondern das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung weitergegeben wird. Gleiches gilt für die Pflegetätigkeit sonstiger Personen (z. B. Nachbarn, Bekannte), wenn die Entschädigung das Pflegegeld nicht übersteigt.

Die Pflege eines Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 2) erfolgt an wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche. Dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird. Der Medizinische Dienst (oder ggf. ein anderer unabhängiger Gutachter) stellt dies fest. Bei Mehrfachpflege wird der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand ermittelt. Dabei werden die Angaben der jeweiligen Pflegerperson zugrunde gelegt. In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, in einem „Pflegetagebuch“ die einzelnen Beeinträchtigungen (einschl. Ausprägung) und den Umfang der Pflegetätigkeit zu notieren.

Krankenversicherung

Durch die nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit wird kein Krankenversicherungsschutz begründet. Eine bestehende Krankenversicherung (eigene oder Familienversicherung) wird, unabhängig von der Höhe des Pflegegeldes, das die Pflegerperson vom Pflegebedürftigen aus dessen Pflegeversicherung erhält, davon nicht berührt. Das Pflegegeld gilt nicht als Einkommen im Sinne des Sozialversicherungs- und Steuerrechts.

Ruhen?

Die Leistungen zur sozialen Sicherung ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (EU, EWR und Schweiz siehe „Aufenthalt im Ausland?“) bzw. Erholungsurlaub der Pflegerperson bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung/Medizinischen Rehabilitation. Bitte lassen Sie sich individuell beraten.

Rentenversicherung

Pflegerpersonen sind grundsätzlich rentenversicherungspflichtig, wenn sie daneben nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Ein zusätzlicher Antrag ist nicht erforderlich, unsere Pflegekasse prüft die Voraussetzungen aufgrund eines besonderen Fragebogens.

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt. Maßgebend ist außerdem Art bzw. Umfang der Leistungen (Bezug von Pflegegeld oder ausschließlich Pflegesachleistung bzw. eine Kombination dieser Leistungen). Je größer der Pflegeaufwand ist, desto höher sind also das zugrunde gelegte Arbeitsentgelt und damit die spätere Rente. Grundlage für die Berechnung der Beiträge ist die „Bezugsgröße“ (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung), die jährlich zum 1. Januar neu festgesetzt wird. Die Zahlung und Überweisung der Beiträge übernimmt die Pflegekasse, der Pflegeperson werden die gemeldeten Daten schriftlich mitgeteilt.

Bei Veränderungen des Pflegeaufwandes, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Unterbrechung der Pflege Tätigkeit, Auslandsaufenthalt oder Aufnahme einer Berufstätigkeit informieren Sie bitte umgehend unsere Pflegekasse. Damit können Sie nachträgliche Korrekturen vermeiden.

Arbeitsförderung

„Pflegepersonen“ sind nach dem Recht der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) versichert, wenn sie vor Beginn der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatten. Die Beiträge trägt die Pflegekasse.

Die Pflegepersonen haben Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, wenn ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach dem Ende der Pflege Tätigkeit nicht gelingt.

Unfallversicherung

„Pflegepersonen“ sind im Rahmen ihrer Pflege Tätigkeit auch unfallversichert. Sie erhalten nach einem Unfall oder bei einer Berufskrankheit die im Sozialgesetzbuch VII vorgesehenen Leistungen (umfassende Heilbehandlung, berufliche und soziale Rehabilitation, Geldleistungen usw.). Die Beiträge trägt die Gemeinde, in deren Bereich der Ort der Pflege Tätigkeit (Pflegehaushalt) liegt.

(Familien-)Pflegezeit

Beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld bleibt der Sozialversicherungsschutz in der Regel bestehen. Voraussetzungen und Umfang der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht während der Pflegezeit sind vorstehend beschrieben. Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit (vollständig freigestellt oder nur noch geringfügig beschäftigt) beitragsfrei erhalten, wenn eine Familienversicherung besteht. Sonst versichert sich der pflegende Angehörige zum Beispiel freiwillig weiter. Auf Antrag erstattet unsere Pflegekasse den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags.

Für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses gegen Arbeitsentgelt besteht auch die Sozialversicherungspflicht fort. Dabei mindern Familienpflegezeiten das Arbeitslosengeld nicht. In der Rentenversicherung werden Minderungen durch die Beiträge für Pflegepersonen weitgehend vermieden.

Rechtsverbindlich sind allein die gültigen Gesetze und unsere Satzung. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.

www.mercedes-benz-bkk.com

Stand 01.24



und Mercedes-Benz sind Marken der Mercedes-Benz Group AG.