

Ihre Pflegeversicherung

Leistungen | Mitgliedschaft | Beiträge





KNAPPSCHAFT

SICHER BESSER LEBEN

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

menschliche Geborgenheit und persönliche Freiheit sind ohne soziale Sicherheit nicht denkbar. Als Ihr Partner für Gesundheit und soziale Sicherheit setzt die Knappschaft sich mit großem Engagement für Ihr Wohl ein. Selbstverständlich bieten wir auch einen umfangreichen Schutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit.

Alle Mitglieder unserer Krankenversicherung sowie die mitversicherten Familienangehörigen sind auch bei uns pflegeversichert und können unser umfangreiches Leistungsprogramm nutzen. Die Pflegeversicherung hilft nicht nur den Pflegebedürftigen, sondern verbessert auch die Lage derjenigen, die pflegen.

Welche Leistungen gibt es in der Pflegeversicherung und welche Voraussetzungen müssen dafür im Einzelfall erfüllt sein? Wer gilt überhaupt als pflegebedürftig und welche Pflegestufen gibt es? In dieser Broschüre finden Sie Informationen zu allen diesen Fragen. Wenn Sie ergänzende Informationen über einen speziellen Bereich der Pflegeversicherung wünschen, so wenden Sie sich bitte an unsere Pflegeberater in Ihrer Geschäftsstelle, in den Pflegestützpunkten oder an Ihren Versichertenältesten. Man wird Sie dort sachkundig beraten und auf Wunsch auch im häuslichen Bereich aufsuchen.

Falls Sie nicht persönlich bei uns vorbeikommen können, gilt: Wir sind immer so nah wie das nächste Telefon. Und die Gebühren? Kein Problem, denn wir rufen zurück und informieren Sie ausführlich.

Ihre Knappschaft

INHALTSVERZEICHNIS

Leistungsvoraussetzungen	5
Häusliche Pflege	9
Pflegegeld	10
Pflegesachleistung	12
Kombinationsleistung	13
Verminderung des Leistungsanspruches	14
Verhinderungspflege	15
Teilstationäre Tagespflege und Nachtpflege	21
Kurzzeitpflege	25
Zusätzliche Betreuungsleistungen	28
Vollstationäre Pflege	31
Wie finde ich eine geeignete Pflegeeinrichtung?	33
Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	35
Pflegekurse	36
Pflegehilfsmittel	37
Verbesserung des Wohnumfeldes	38
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	40
Leistungen bei Pflegezeit	41
Ruhen der Leistungsansprüche	43
Mitgliedschaft	44
Beiträge	47
So erreichen Sie uns	49



Leistungsvoraussetzungen

■ Pflegebedürftigkeit tritt nicht nur bei alten Menschen auf. Schon in jungen Jahren kann jeder, zum Beispiel durch einen Unfall, zum Pflegefall werden.

Pflegeversicherung bei der Knappschaft heißt deshalb ...
... wenn es darauf ankommt, sind wir für Sie da.

Antragstellung

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt. Diesen Antrag kann der Pflegebedürftige oder ein von ihm Bevollmächtigter stellen.

Gut zu wissen:

Unsere Leistungen erhalten Sie grundsätzlich ab dem Tag der Antragstellung. Deshalb entsteht Ihnen kein finanzieller Nachteil, wenn die individuelle Prüfung der Pflegebedürftigkeit durch den Sozialmedizinischen Dienst einige Zeit in Anspruch nimmt. Das Pflegegeld wird rückwirkend ab Antragstellung, frühestens mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit, gezahlt. Anträge erhalten Sie bei Ihrer Geschäftsstelle oder Ihrem Versichertenältesten.

Vorversicherungszeit

Leistungen aus der Pflegeversicherung können nur gewährt werden, wenn der Antragsteller eine Vorversicherungszeit erfüllt. Wer von Anfang an, also

seit dem 1. Januar 1995, pflegeversichert war, hat diese Vorversicherungszeit erfüllt. Bei familienversicherten Kindern, die der Pflege bedürfen, reicht es aus, wenn die Vorversicherungszeit von einem Elternteil erfüllt wird.

Pflegebedürftigkeit

Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten Sie, wenn Sie auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, pflegebedürftig sind. Die Pflegebedürftigkeit stellt der Sozialmedizinische Dienst fest. Bei Anträgen auf Leistungen bei häuslicher Pflege erfolgt die Feststellung in der Regel nach einer Untersuchung in Ihrem Wohnbereich unter Beteiligung von in der Pflege geschulten Fachkräften. Bei Anträgen auf Leistungen der vollstationären Pflege erfolgt die Untersuchung in der Pflegeeinrichtung. Für die Leistungsgewährung werden die Pflegebedürftigen einer der folgenden drei Pflegestufen zugeordnet:

■ Pflegestufe I

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die mindestens einmal täglich bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Hilfe bedürfen, wenn der durchschnittliche tägliche Pflegeaufwand mindestens eineinhalb Stunden beträgt, wobei der Pflegeaufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand überwiegen muss. Dies ist der Fall, wenn mindestens 46 Minuten pro Tag auf die Pflege entfallen.

■ **Pflegestufe II**

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen, wenn der durchschnittliche tägliche Pflegeaufwand mindestens drei Stunden beträgt, wobei die Pflege gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand eindeutig das Übergewicht haben muss. Dies ist der Fall, wenn mindestens zwei Stunden pro Tag auf die Pflege entfallen.

■ **Pflegestufe III**

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen, wenn der durchschnittliche tägliche Pflegeaufwand mindestens fünf Stunden beträgt, wobei die Pflege gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand eindeutig das Übergewicht haben muss. Dies ist der Fall, wenn mindestens vier Stunden pro Tag auf die Pflege entfallen. Zusätzlich wird in jeder Pflegestufe vorausgesetzt, dass mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt wird.

■ **Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die auf Dauer als Folge der Krankheit oder Behinderung einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, besteht

seit dem 1. April 2002 in häuslicher Pflege ein zusätzlicher Leistungsanspruch. Seit dem 1. Juli 2008 wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis um Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (so genannte Pflegestufe 0), erweitert.

– vergleiche Seite 28 –.

Die Überprüfung und Feststellung dieser Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie die Empfehlung über die Höhe des Anspruchs erfolgen automatisch im Rahmen der üblichen Erstbegutachtung durch den Sozialmedizinischen Dienst.



Häusliche Pflege

Ein pflegebedürftiger Mensch möchte am liebsten zu Hause, in seiner gewohnten Umgebung und von ihm vertrauten Menschen betreut werden. Damit die Hilfe so gestaltet werden kann, wie es den persönlichen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entspricht, steht dem Pflegebedürftigen ein Wahlrecht zwischen dem **Pflegegeld** und der **Pflegesachleistung** zu. Auch eine **Kombination** dieser beiden Leistungen ist möglich.



Pflegegeld

Die Knappschaft zahlt ab dem 1. Januar 2010 im Rahmen der häuslichen Pflege Pflegegeld in Höhe von

- **225 Euro** monatlich für erheblich Pflegebedürftige – Pflegestufe I – (ab dem 1. Januar 2012 **235 Euro**),
- **430 Euro** monatlich für Schwerpflegebedürftige – Pflegestufe II – (ab dem 1. Januar 2012 **440 Euro**),
- **685 Euro** monatlich für Schwerstpflegebedürftige – Pflegestufe III – (ab dem 1. Januar 2012 **700 Euro**),

wenn die Pflege durch Angehörige, Nachbarn oder Bekannte sichergestellt wird.

Allerdings müssen Pflegegeldbezieher der Pflegestufe I und II einmal im Kalenderhalbjahr, die der Pflegestufe III einmal im Kalendervierteljahr, einen zugelassenen professionellen Pflegedienst ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Damit soll eine regelmäßige Hilfestellung und Beratung der Pflegeperson bei der häuslichen Pflege erreicht werden.

Die Kosten des Beratungseinsatzes übernimmt die Knappschaft. Die Abrechnung erfolgt direkt mit Ihrem Leistungserbringer. Sollten Sie dennoch

einmal mit eigenen Kosten für die Durchführung des Beratungseinsatzes belastet worden sein, reichen Sie uns bitte die quittierte Rechnung zur Erstattung ein.

Wichtig für den Anspruch auf Pflegegeld ist, diese Beratung immer rechtzeitig abzurufen. Gern sind wir beim Abruf des Beratungseinsatzes behilflich. Wird er nicht abgerufen, ist das Pflegegeld nach gesetzlicher Vorgabe zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

Tipp:

Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wird, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der vorstehend genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

Dieser Beratungsbesuch soll als Hilfestellung zur besseren Bewältigung der hohen physischen und psychischen Belastungen des Pflegealltags dienen.

Personen mit erheblichem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, die aber noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können kalenderhalbjährlich einmal einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

Pflegesachleistung

■ Mit der Pflegesachleistung sind Pflegeeinsätze durch Vertragspartner der Pflegekasse (zum Beispiel Sozialstationen) gemeint. Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit können ab dem 1. Januar 2010 Pflegeeinsätze übernommen werden im Wert von bis zu

- **440 Euro** monatlich – Pflegestufe I –
(ab dem 1. Januar 2012 **450 Euro**),
- **1.040 Euro** monatlich – Pflegestufe II –
(ab dem 1. Januar 2012 **1.100 Euro**),
- **1.510 Euro** monatlich – Pflegestufe III –
(ab dem 1. Januar 2012 **1.550 Euro**); Erhöhung auf bis zu **1.918 Euro** monatlich in besonderen Härtefällen.

Die Pflegesachleistung umfasst Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Hierbei dürfen ausschließlich Pflegekräfte einer von der Knappschaft zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden.

Kombinationsleistung

■ Pflegebedürftige können sich auch für eine Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld entscheiden: Wenn zum Beispiel die Pflegesachleistung nicht mit ihrem Höchstwert benötigt wird, besteht Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld. Der Sachleistungsbedarf muss allerdings feststehen und gleich bleiben.

Wer sich für die Kombinationsleistung entscheidet, ist hieran grundsätzlich für mindestens sechs Monate gebunden.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II benötigt monatlich gleichbleibende Sachleistungen im Wert von 520 Euro. Gemessen am Höchstbetrag der Pflegestufe II (1.040 Euro) sind das 50 Prozent. Anteiliges Pflegegeld kann somit in Höhe von 215 Euro (50 Prozent von 430 Euro) gezahlt werden.

Wenn Sie den Wert der von Ihnen benötigten Sachleistungen im vorhinein nicht genau kennen, zahlen wir Ihnen selbstverständlich später ein anteiliges Pflegegeld, wenn die Pflegesachleistung nicht voll ausgeschöpft wurde und Ihre Pflege zusätzlich durch eine private Pflegeperson sichergestellt wird.

Verminderung des Leistungsanspruches

■ Bei einer Unterbrechung der Pflege wegen einer stationären

- Krankenhausbehandlung,
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme
- oder bei Gewährung häuslicher Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung

werden die Pflegeleistungen grundsätzlich vermindert.

Das Pflegegeld wird jedoch in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weiter gezahlt.

Verhinderungspflege

■ Wenn die Pflegeperson verreist oder aus anderen Gründen verhindert ist, haben Pflegebedürftige Anspruch auf eine Vertretung für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr.

Der Pflegebedürftige muss zuvor allerdings mindestens sechs Monate von privaten Pflegepersonen gepflegt worden sein.

Übernimmt eine private Pflegeperson die Verhinderungspflege und ist diese mit Ihnen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert (zum Beispiel Ehegatten, Elternteil, Großeltern, Kinder) oder lebt mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, ist die Kostenübernahme grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe (225 Euro/430 Euro/685 Euro) begrenzt, da es sich hierbei in der Regel nicht um erwerbsmäßige Pflege handelt.

Für weitere nachgewiesene Aufwendungen, wie zum Beispiel Verdienstaussfall oder Fahrkosten, werden ab dem 1. Januar 2010 insgesamt bis zu 1.510 Euro für vier Wochen pro Kalenderjahr erstattet. Dieser Betrag erhöht sich ab dem 1. Januar 2012 auf 1.550 Euro.

Wird die Ersatzpflege über einen Zeitraum durchgeführt, der länger als vier Wochen andauert oder werden mindestens zwei Pflegebedürftige im laufenden Jahr über einen Zeitraum von mehr als einer Woche gepflegt, so ist anzunehmen, dass die Ersatzpflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient. Liegt einer dieser Ausnahmefälle vor, können für die Verhinderungspflege durch die mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandte oder verschwägerte bzw. mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebende Pflegeperson die pflegebedingten Aufwendungen über den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes hinaus ab dem 1. Januar 2010 bis zu 1.510 Euro für vier Wochen erstattet werden. Dieser Betrag erhöht sich ab dem 1. Januar 2012 auf 1.550 Euro.

Beispiel 1 :

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen nicht in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 4. Juli bis zum 31. Juli (28 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 50 Euro nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes der	
Pflegestufe II	430 Euro
(+) Fahrkosten	+ 50 Euro
Gesamterstattungsbetrag	= 480 Euro

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist für das entsprechende Kalenderjahr erschöpft.

Beispiel 2:

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen nicht im Haushalt lebender Tochter vom 1. September bis 30. September (30 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Pflegebedürftige 1.000 Euro gezahlt.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als vier Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe II (430 Euro) nicht in Betracht.

Kostenübernahme für allgemeine Pflege in Höhe von

33,33 Euro	x	28 Tage	=	Gesamterstattungsbetrag
(1.000 Euro : 30)				933,24 Euro

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist aus zeitlichen Gründen für das entsprechende Kalenderjahr erschöpft.

Beispiel 3:

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird von dessen nicht im Haushalt lebender Schwiegertochter in der Zeit vom 13. August bis 26. August (14 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Pflegebedürftige 575 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden von der Schwiegertochter zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 88 Euro nachgewiesen.

Gleichzeitig erklärt die Schwiegertochter, dass in der Zeit vom 11. März bis 27. März (17 Kalendertage) von ihr eine weitere Ersatzpflege bei einem anderen Pflegebedürftigen durchgeführt wurde.

Ergebnis:

Die Ersatzpflegeperson hat im laufenden Jahr (Zeitraum von zwölf Monaten) zwei verschiedene Pflegebedürftige jeweils länger als eine Woche gepflegt, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe III (685 Euro) ist nicht vorzunehmen.

Somit sind zu erstatten

für die allgemeinen Pflegeleistungen	575 Euro
(+) Fahrkosten	+ 88 Euro
Gesamterstattungsbetrag	663 Euro

Es besteht für das entsprechende Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege von 14 Kalendertagen bzw. 847 Euro (ausgehend vom Höchstbetrag ab dem 1. Januar 2010 in Höhe von 1.510 Euro).

Sofern die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerter (ab dem 3. Grad) oder Nachbarn, Freunde bzw. Bekannte geleistet wird, ist generell von erwerbsmäßiger Pflege auszugehen. Demzufolge werden die pflegebedingten Aufwendungen über den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes hinaus ab dem 1. Januar 2010 bis zu 1.510 Euro für vier Wochen von der Knappschaft erstattet. Dieser Betrag erhöht sich ab dem 1. Januar 2012 auf 1.550 Euro. Als Nachweis genügt hier bereits ein von der Ersatzpflegeperson quittierter Beleg. Unabhängig davon können auch hier weitere tatsächlich nachgewiesene Aufwendungen (zum Beispiel Verdienstaufschlag oder Fahrkosten) entsprechend berücksichtigt werden, wobei insgesamt der Höchstbetrag ab dem 1. Januar 2010 von 1.510 Euro (ab dem 1. Januar 2012 1.550 Euro) nicht überschritten werden darf.

Beispiel 4:

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen nicht im Haushalt lebender Nichte vom 1. September bis 30. September (30 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Pflegebedürftige 1.000 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden von der Nichte zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 150 Euro (täglich 5 Euro) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme für allgemeine Pflegeleistungen in Höhe von 33,33 Euro (1.000 Euro : 30)	x	28 Tage	=	933,24 Euro
(+)	28 Tage	x	5 Euro Fahrkosten	= 140 Euro
Gesamterstattungsbetrag				1.073,24 Euro

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist aus zeitlichen Gründen für das entsprechende Kalenderjahr erschöpft.

Bei Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst übernehmen wir die nachgewiesenen Aufwendungen ab dem 1. Januar 2010 bis zu 1.510 Euro für längstens vier Wochen pro Kalenderjahr. Dieser Betrag erhöht sich ab dem 1. Januar 2012 auf 1.550 Euro. Sofern die Verhinderungspflege in einer Einrichtung (zum Beispiel Krankenwohnung, Schule, Internat, Wohnheim für behinderte Menschen) durchgeführt wird, werden die nachgewiesenen pflegebedingten Aufwendungen ab dem 1. Januar 2010 bis maximal 1.510 Euro für vier Wochen pro Kalenderjahr von der Knappschaft übernommen (ab dem 1. Januar 2012 bis maximal 1.550 Euro). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (zum Beispiel Telefongebühren) sind von dem Pflegebedürftigen selber zu tragen.

Teilstationäre Tagespflege und Nachtpflege

■ Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist, kann der Pflegebedürftige in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung betreut werden. Wir übernehmen ab dem 1. Januar 2010 für die Pflegekosten monatlich bis zu

- **440 Euro** bei Pflegestufe I
(ab dem 1. Januar 2012 **450 Euro**),
- **1.040 Euro** bei Pflegestufe II
(ab dem 1. Januar 2012 **1.100 Euro**),
- **1.510 Euro** bei Pflegestufe III
(ab dem 1. Januar 2012 **1.550 Euro**).

Beispiel 1 :

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II besucht an 22 Tagen im Monat eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 51,26 Euro sowie für die Verpflegung 10 Euro. Insgesamt sind somit folgende Kosten angefallen:

Pflegesatz einschließlich Fahrkosten	51,26 Euro	x	22 Tage	=	1.127,72 Euro
Verpflegung	10 Euro	x	22 Tage	=	220 Euro
Gesamtbetrag				=	1.347,72 Euro

Ergebnis:

Für die Tagespflegeeinrichtung kann die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.127,72 Euro, begrenzt auf den Höchstbetrag der Stufe II von 1.040 Euro, übernehmen.

Tipp:

Die monatlichen Restkosten in Höhe von 307,72 Euro (1.127,72 Euro abzüglich 1.040 Euro zuzüglich 220 Euro) können dem Pflegebedürftigen – sofern ein Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde – auf Antrag als zusätzliche Betreuungsleistung erstattet werden. Hierfür stehen monatlich bis zu 100 Euro (Grundbetrag) bzw. monatlich bis zu 200 Euro (erhöhter Betrag) zur Verfügung. – vergleiche Seite 28/29 –

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit Pflegesachleistungen und / oder (anteiligem) Pflegegeld zu kombinieren.

Der höchstmögliche Gesamtanspruch bei Kombination dieser Leistungen ist seit dem 1. Juli 2008 auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht.

Das bedeutet, der höchstmögliche Gesamtanspruch bei Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Leistungen der häuslichen Pflege beträgt bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II 1.560 Euro (1.040 Euro x 1,5).

Beispiel 2:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II entscheidet sich für eine 100-prozentige (1.040 Euro) Inanspruchnahme der Tagespflege.

Darüber hinaus bestehen nunmehr folgende Möglichkeiten:

- Inanspruchnahme der Pflegesachleistung durch einen Vertragspartner in Höhe von 50 Prozent (520 Euro)

oder

- Inanspruchnahme des Pflegegeldes der Pflegestufe II aufgrund der privat sichergestellten häuslichen Pflege in Höhe von 50 Prozent (215 Euro)

oder

- Inanspruchnahme der Pflegesachleistung durch einen Vertragspartner in Höhe von 30 Prozent (312 Euro) **und** eines anteiligen Pflegegeldes aufgrund der privat sichergestellten häuslichen Pflege in Höhe von 20 Prozent (86 Euro).

Hierbei ist zu beachten, dass jede Leistung für sich alleine nur maximal zu 100 Prozent ausgeschöpft werden kann.

Kurzzeitpflege

■ Kann die häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag besteht.

Wir übernehmen für vier Wochen pro Kalenderjahr die Aufwendungen für die Pflege, für die soziale Betreuung sowie auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ab dem 1. Januar 2010 bis zu maximal 1.510 Euro, ab dem 1. Januar 2012 bis zu maximal 1.550 Euro. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Fahrkosten können wir grundsätzlich nicht erstatten.

Tipp:

Falls der Anspruch auf Kurzzeitpflege ausgeschöpft ist, kann gegebenenfalls Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.

Ist auch dieser Anspruch ausgeschöpft und hat die Einrichtung

- eine Zulassung für die vollstationäre Pflege, können vollstationäre Pflegeleistungen gezahlt werden; andernfalls ist als Ersatz für die berechneten Heimkosten die Zahlung von Pflegegeld möglich.

Beispiel 1:

Ein Pflegebedürftiger (Pflegegeldbezieher - Pflegestufe III) befindet sich in der Zeit vom 8. Juli bis 29. Juli (22 Tage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz von 74 Euro sowie für Unterbringung und Verpflegung 20 Euro.

Pflegesatz	74 Euro	22 Tage	=	1.628 Euro
Unterbringung / Verpflegung	20 Euro	22 Tage	=	440 Euro
Gesamtbetrag =				2.068 Euro

Ergebnis:

Für die Kurzzeitpflegeeinrichtung kann die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.510 Euro übernehmen.

Tipp:

Die Restkosten in Höhe von 558 Euro (2.068 Euro abzüglich 1.510 Euro), können dem Pflegebedürftigen – sofern ein Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde – auf Antrag als zusätzliche Betreuungsleistung erstattet werden. – vergleiche Seite 28 –

Darüber hinaus besteht ab dem 1. Juli 2008 in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

■ Für demenzkranke, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, besteht seit dem 1. April 2002 die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige (mindestens Pflegestufe I), die im häuslichen Bereich gepflegt werden und bei denen durch den Sozialmedizinischen Dienst neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wird (vergleiche Seite 7).

Ab dem 1. Juli 2008 können auch Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (sogenannte Pflegestufe 0), zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

Zur Finanzierung der zusätzlichen Betreuungsleistungen im Rahmen der ambulanten und teilstationären Pflege stellen wir einen zusätzlichen Betrag in Höhe von bis zu 100,00 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 200,00 Euro (erhöhter Betrag) je Kalendermonat zur Verfügung.

In diesem Zusammenhang bitten wir zu beachten, dass es sich um monatliche Leistungsbeträge handelt. Daher dürfen diese nicht vorschüssig gezahlt werden.

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen und kann zur Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen, genutzt werden:

1. Tages- oder Nachtpflege – vergleiche Seite 21 –
2. Kurzzeitpflege – vergleiche Seite 25 –
3. Zugelassene Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung (soziale Betreuung bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen)
4. Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Hierzu zählen insbesondere Leistungen von/der

- _ Betreuungsgruppen für Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (zum Beispiel Alzheimergruppen)
- _ Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen im häuslichen Bereich
- _ Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung
- _ Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer
- _ familienentlastenden Dienste

- _ Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, sofern es sich um geförderte bzw. förderungsfähige Angebote handelt.

Sollten Sie sich für die Inanspruchnahme eines der unter den Punkten 3 und 4 genannten Angebote entscheiden, bitten wir Sie, sich vorab mit Ihrer Geschäftsstelle in Verbindung zu setzen um zu klären, inwieweit es sich um eine anerkannte erstattungsfähige Betreuungsleistung handelt. Leistungsbezieher der vollstationären Pflege können diese Leistung nicht beanspruchen.

Tipp:

Die in einem Kalenderjahr von dem Versicherten nicht in Anspruch genommenen Leistungen werden auf das nächste Kalenderhalbjahr **ohne gesonderte Antragstellung** übertragen. Ein Übertrag ist jedoch nur in das folgende Kalenderhalbjahr möglich. Sollten die übertragenen Leistungen im folgenden Kalenderhalbjahr nicht in Anspruch genommen werden, verfällt dieser Anspruch.

Vollstationäre Pflege

■ Für pflegebedürftige Bewohner in vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe (Alters- und Pflegeheime) übernehmen wir die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen

- pflegebedingten Aufwendungen. Das sind Hilfeleistungen in Bereichen der Körperpflege, Ernährung und/oder der Mobilität bzw. hauswirtschaftlichen Versorgung;
- Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, zum Beispiel ärztlich verordnete Injektionen oder Verbandwechsel;
- Aufwendungen der sozialen Betreuung, zum Beispiel Begleitung bei Spaziergängen.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Pflegeheim sowie besondere Komfortleistungen (zum Beispiel Telefongebühren) können wir nicht übernehmen.

Ab dem 1. Januar 2010 gelten folgende **Pauschalbeträge**:

- Pflegestufe I **1.023 Euro**
- Pflegestufe II **1.279 Euro**
- Pflegestufe III **1.510 Euro**
- Härtefälle **1.825 Euro**

Allerdings werden diese Pauschalbeträge nur dann unvermindert gezahlt, wenn sie 75 Prozent des Heimentgelts nicht überschreiten.

Darüber hinaus erfolgt zum 1. Januar 2012 eine weitere Anpassung des Pauschalbetrages in der Pflegestufe III und in besonderen Härtefällen wie folgt:
Bei Pflegestufe III auf 1.550 Euro und bei Härtefällen auf 1.918 Euro.

Beispiel:

Pflegebedürftiger

_Pflegestufe III

_Heimentgelt monatlich 1.850 Euro

Da der monatliche Pauschalbetrag von 1.510 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 75 Prozent des Heimentgelts (1.387,50 Euro) überschreitet, übernimmt die Knappschaft monatlich nur 1.387,50 Euro.

Wir zahlen die Leistungsbeträge unmittelbar an das Pflegeheim.
Voraussetzung ist ferner, dass die Pflege in einem anerkannten vollstationären Pflegeheim erfolgt, mit dem die Knappschaft einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Die Pflegebedürftigen müssen hier unter ständiger Verantwortung einer Pflegekraft (zum Beispiel examinierte Krankenschwester, Altenpfleger/innen) betreut werden.

Wie finde ich eine geeignete Pflegeeinrichtung?

■ Auch hierzu können wir Ihnen mit Hinweisen dienen. In unserem Internetportal **www.knappschaft.de** oder **www.kbs.de** steht Ihnen mit dem Pflegekompass eine Suchmaschine zur Verfügung, die Ihnen einen Überblick über alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen gibt. In dieser Datenbank ist alles Wissenswerte zu Struktur, Leistungen und Preisen erfasst. Über eine Namens-, Orts- und Umkreissuche sowie erweiterte Suchfunktionen können Sie aus rund 12.000 ambulanten Pflegediensten und 10.000 stationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege die passende Einrichtung auswählen. Der Pflegekompass informiert auch über besondere Schwerpunkte einer Einrichtung oder auch besondere Leistungsangebote. Über weitere Verzweigungen wird Ihnen die Möglichkeit gegeben, sich die Angebote der Einrichtungen anzusehen. Über die Transparenzberichte stehen Ihnen auch die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur Verfügung. Diese Transparenzberichte werden allerdings erst ab 2011 für alle Pflegeeinrichtungen erstellt sein.

Mit dem „Ratgeber Pflegeeinrichtungen“ empfehlen wir Ihnen des Weiteren eine gelungene Antwort der Berufsgenossenschaft für Gesundheitspflege und Wohlfahrtspflege zu der Frage, auf was ich bei der Auswahl achten sollte oder muss. Einen entsprechenden Link finden Sie ebenfalls auf unserer Internetseite.

Weitere Angaben zu sonstigen Leistungserbringern z. B. Hospiz oder Soziotherapie sind im Aufbau und werden fortlaufend im Pflegekompass ergänzt.



Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

■ Für behinderte Menschen, die zum Beispiel in einem Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen leben, übernimmt die Knappschaft einen monatlichen Pauschalbetrag.

Dieser beträgt zehn Prozent des Heimentgelts, welches der Sozialhilfeträger mit der Einrichtung vereinbart hat, jedoch maximal 256 Euro monatlich.

Für den Leistungsanspruch reicht ein durch den Sozialmedizinischen Dienst festgestellter Hilfebedarf nach der Pflegestufe I aus.

Pflegekurse

■ Um eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen, übernimmt die Knappschaft die Kosten von anerkannten Pflegekursen für Angehörige des Pflegebedürftigen und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Die Pflegekurse werden von der Knappschaft selbst, in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekassen, oder auftragsweise von anderen geeigneten Einrichtungen, wie zum Beispiel den Volkshochschulen, durchgeführt.



Pflegehilfsmittel

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um Pflegehilfsmittel im Haushalt, die der Erleichterung der häuslichen Pflege dienen oder eine selbständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen.

Die Notwendigkeit der pflegebedingten Versorgung wird vom Sozialmedizinischen Dienst geprüft. Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (zum Beispiel Bettschutzeinlagen), übernehmen wir in Höhe von bis zu 31 Euro je Monat.

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (zum Beispiel Pflegebetten) umfasst auch die Anpassung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Für Erwachsene ist hierbei eine Zuzahlung von zehn Prozent, jedoch nicht mehr als 25 Euro vorgesehen. Eine Befreiung von dieser Zuzahlung ist in Härtefällen möglich.

Tipp:

Pflegehilfsmittel werden von uns vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt. In diesen Fällen entfällt eine Zuzahlung des Versicherten.



Verbesserung des Wohnumfeldes

Die Knappschaft zahlt auch finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes, wenn die Pflege dadurch ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Hierbei handelt es sich um

- Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken,
- wesentliche Eingriffe in die Bausubstanz (zum Beispiel Türverbreiterung, festinstallierte Rampen und Treppenlifter, Herstellung von hygienischen Einrichtungen),
- Ein- und Umbau von Mobiliar, das zur Verbesserung der Pflegesituation individuell hergestellt wird (zum Beispiel motorische Absenkung von Hängeschränken),
- Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (zum Beispiel Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung).

Tipp:

Als Mieter sollten Sie sich auf jeden Fall vorab mit Ihrem Vermieter in Verbindung setzen, da bei Veränderungen der (Bau-)Substanz regelmäßig die Zustimmung des Eigentümers erforderlich ist. Liegt die Genehmigung des Vermieters nicht vor, kann dieser verlangen, dass der Mieter die Maßnahme auf eigene Kosten rückgängig macht.

Zuschüsse können wir nur für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder im Haushalt, in den er aufgenommen wurde, gewähren. In Alten- und Pflegeheimen liegt eine Wohnung oder ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.

Unser Zuschuss ist auf 2.557 Euro begrenzt. Dabei sind alle Maßnahmen, die zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahme in Einzelschritten verwirklicht wird.

Ist der Betrag von 2.557 Euro bereits ausgeschöpft, kann ein erneuter Zuschuss nur dann geleistet werden, wenn eine entscheidende Veränderung in der Pflegesituation eingetreten ist.

Es können nur Aufwendungen berücksichtigt werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Verbesserung der Pflegesituation stehen. Allgemeine Modernisierungen (zum Beispiel Tapezieren der Wände oder Einbau einer neuen Heizungsanlage) können nicht bezuschusst werden. Es ist vorgesehen, dass der Pflegebedürftige einen Eigenanteil zu tragen hat. Der Eigenanteil ist abhängig von den Einnahmen des Pflegebedürftigen.



Tipp:

Bitte beantragen Sie den Zuschuss vor Beginn der geplanten Maßnahme und warten Sie zum Beispiel bis zum Umbau die Entscheidung der Knappschaft ab. Anträge halten wir für Sie bereit und beantworten Ihnen auch gerne Ihre Fragen, z. B. über die Höhe des für Sie gegebenenfalls zu zahlenden Eigenanteils.

Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Die Pflegeversicherung unterstützt mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Freunden und Nachbarn. Um den damit verbundenen Aufwand und die Einsatzbereitschaft der Pflegepersonen anzuerkennen, zahlt die zuständige Pflegekasse für die Pflegepersonen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, die später die Rente erhöhen können.

Rentenversicherungsbeiträge

Für Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig pflegen, kann eine eigene Altersabsicherung der Pflegeperson aufgebaut werden, wenn sie in der Woche mindestens 14 Stunden Hilfeleistungen erbringt. Dies wird durch den Medizinischen Dienst festgestellt. Außerdem darf die Pflegeperson neben der Pflege keine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden wöchentlich ausüben.

Die Pflegekasse übernimmt die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson. Die Höhe der Beiträge bemisst sich nach der Stufe der Pflegebedürftigkeit sowie dem zeitlichen Umfang der Pflege.

Tipp:

Nähere Informationen können Sie dem Faltblatt „Die soziale Sicherung der Pflegepersonen“ entnehmen, das wir für Sie bereithalten.

Leistungen bei Pflegezeit

■ Durch die Einführung des Pflegezeitgesetzes wurden die Bedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege weiter verbessert.

Ist die Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung erforderlich, haben Beschäftigte einen besonderen Rechtsanspruch auf vollständige oder teilweise Befreiung von der Arbeit - die Pflegezeit. Sie kann für längstens sechs Monate beansprucht werden.

Arbeitslosenversicherungsbeiträge

Pflegepersonen unterliegen während der Pflegezeit der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit nach

dem Recht der Arbeitsförderung versicherungspflichtig waren und in dieser Zeit keine Versicherungspflicht aufgrund der Beschäftigung mehr besteht. Anders als in der Rentenversicherung ist hier kein wöchentlicher Mindestpflegeaufwand erforderlich.

Die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zahlt die Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit.

Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung

Für Pflegepersonen, die ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz während der Pflegezeit durch eigene Beitragszahlungen aufrecht erhalten, zahlt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen auf Antrag Zuschüsse zu den zu zahlenden Beiträgen.

Tipp:

Nähere Informationen können Sie dem Faltblatt „Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit“ entnehmen, das wir für Sie bereithalten.

Ruhen der Leistungsansprüche

Die Leistungen der Pflegeversicherung ruhen, soweit Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel nach dem Bundesversorgungsgesetz oder aus der gesetzlichen Unfallversicherung, bezogen werden sowie während vollstationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme oder bei Gewährung häuslicher Krankenpflege anstelle von Krankenhausbehandlung. Die Leistungsansprüche ruhen insgesamt, solange Sie sich im Ausland aufhalten. Jedoch kann bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr Pflegegeld gezahlt und gegebenenfalls auch die Pflegesachleistung erbracht werden. Weitere Ausnahmen sind möglich, wenn über- oder zwischenstaatliche Regelungen eine Leistungsgewährung ausdrücklich vorsehen.

Mitgliedschaft

■ Von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung werden grundsätzlich alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst, aber auch Personen, die aufgrund von besonderen Vorschriften Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlungen, Krankenhilfe, Krankenvorsorge oder truppenärztliche Versorgung haben. Familienangehörige, für die in der Krankenversicherung eine Familienversicherung besteht, sind auch in der Pflegeversicherung familienversichert.

Grundsätzlich richtet sich der Beginn und das Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung nach den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Krankenversicherung beginnt die Mitgliedschaft mit

- der Begründung einer Pflichtmitgliedschaft oder
- dem freiwilligen Beitritt.

Die Mitgliedschaft endet zum Beispiel mit Entstehen einer Familienversicherung.



Freiwilliger Beitritt

Wer nicht versicherungspflichtig in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ist, hat die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts.

Es handelt sich dabei um Personen,

- die aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ausgeschlossen sind, wenn sie eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllen;
- deren Familienversicherung in der Pflegeversicherung erlischt oder von vornherein kraft Gesetzes nicht besteht, wenn sie eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllen;
- die wegen Verlegung ihres Wohnsitzes ins Ausland oder gewöhnlichen Auslandsaufenthaltes aus der Versicherungspflicht ausscheiden.

Der freiwillige Beitritt muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bzw. bei Auslandsaufenthalt innerhalb von einem Monat nach Ausscheiden aus der Versicherung bei der Knappschaft beantragt werden.

Befreiung von der Versicherungspflicht

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist ausschließlich für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung möglich, wenn sie das Pflegefallrisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen absichern. Die Befreiung ist innerhalb einer bestimmten Frist zu beantragen und kann nicht widerrufen werden.

Zuständigkeit

Die Pflegeversicherung wird von den zuständigen Krankenkassen durchgeführt. Pflegeversichert bei der Knappschaft sind somit die bei ihr versicherten

- Pflichtmitglieder,
- freiwilligen Mitglieder
- und deren Familienangehörige.

Beiträge

Beitragspflichtige Einnahmen

Als beitragspflichtige Einnahmen in der Pflegeversicherung gelten grundsätzlich die Einkünfte, die auch für die Beitragsbemessung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt werden.

Beitragszuschlag

Kinderlose Mitglieder zahlen nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung in Höhe von 0,25 Prozent. Ausgenommen hiervon sind kinderlose Mitglieder, die

- vor dem 1. Januar 1940 geboren sind,
- Wehr- oder Zivildienst leisten oder
- Arbeitslosengeld II beziehen.

Sofern kinderlose Wehr- und Zivildienstleistende bzw. Empfänger von Arbeitslosengeld II weitere beitragspflichtige Einnahmen (z. B. Rente der gesetzlichen Rentenversicherung) beziehen, unterliegen diese der Zuschlagspflicht.

Eltern, unter bestimmten Voraussetzungen auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegeeltern, brauchen den Beitragszuschlag nicht zu zahlen. Erforderlich ist jedoch, dass die Elterneigenschaft nachgewiesen wird. Die Elterneigenschaft ist gegenüber der beitragsabführenden Stelle (z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Zahlstelle von Versorgungsbezügen), bei Selbstzahlern (z. B. freiwillig Versicherte) gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen.

Beitragssatz

Der Beitragssatz beträgt bei nachgewiesener Elterneigenschaft bundeseinheitlich 1,95 Prozent bzw. ohne nachgewiesene Elterneigenschaft 2,20 Prozent. Für Mitglieder, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und deshalb Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nur zur Hälfte erhalten, beträgt der Beitragssatz bei nachgewiesener Elterneigenschaft 0,975 Prozent bzw. ohne nachgewiesene Elterneigenschaft 1,225 Prozent.

Beitragstragung und Beitragszahlung

Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind grundsätzlich zu tragen

- durch das Mitglied und Dritte (z. B. Arbeitgeber) je zur Hälfte, im Freistaat Sachsen beträgt der Arbeitgeberanteil lediglich 0,475 Prozent,
- allein durch Dritte (z. B. Bundesagentur für Arbeit bei Beziehern von Arbeitslosengeld) oder
- allein durch das Mitglied (z. B. bei versicherungspflichtigen Rentnern und bei freiwillig Versicherten).

Der Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozent ist vom kinderlosen Mitglied allein zu tragen. Die Zahlung der Pflegeversicherungsbeiträge einschließlich des Beitragszuschlags obliegt entweder Dritten (z. B. Rentenversicherungsträger) oder dem Mitglied (z. B. freiwillig Versicherter) selbst.

So erreichen Sie uns

Kranken- und Pflegeversicherung: 08000 200 501 (gebührenfrei)

E-Mail: krankenversicherung@knappschaft.de

E-Mail: pflegeversicherung@knappschaft.de

Rentenversicherung / Rehabilitation: 0800 1000 48080 (gebührenfrei)

E-Mail: rentenversicherung@kbs.de

E-Mail: rehabilitation@kbs.de

„gut DABEI“ – Das Gesundheitsprogramm: 08000 200 506 (gebührenfrei)

Für Internet-Benutzer haben wir zwei Homepages mit vielen weiteren Informationen zu unserem Verbundsystem und zur Minijob-Zentrale eingerichtet:

www.knappschaft.de

www.minijob-zentrale.de

www.der-pflegekompass.de





IMPRESSUM

Herausgeber:

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Referat Geschäftsführung
Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit in
Zusammenarbeit mit der Abteilung
Kranken- und Pflegeversicherung
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum

www.knappschaft.de

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit
ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers
gestattet.

Stand: Januar 2010