IKK-RATGEBER

Pflegeversicherung 2026

Wichtiges zu Leistungen, Anträgen und Service-Angeboten

Die Innovations Kasse

Inhalt

Pflegeversicherung = Versicherung im Pflegefall 3

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff 3
Eigenvorsorge ist ein Element der Pflegeversicherung 3

Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege 5

Pflegebedürftigkeit – Kriterien, Begutachtung und Feststellung 6
Maßstäbe für Pflegebedürftigkeit 6

Das Begutachtungsverfahren 8
Der Antrag auf Pflegeleistungen 8
Die Begutachtung 8
Beurteilung der Pflegebedürftigkeit 9
Pflegebedürftigkeit bei Kindern 10
Das Gutachten als Entscheidungsgrundlage 11
Pflegeberatung 12

Beginn der Leistungen 13
2-jährige Vorversicherungszeit 14

Leistungen bei häuslicher Pflege 14
Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 14
Pflegesachleistung bei Pflegegrad 2 bis 5 16
Pflegegeld bei Pflegegrad 2 bis 5 18
Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld 20
Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung 21
Die Verhinderungspflege (Ersatzpflege) 23
Die Kurzzeitpflege 26
Übergangspflege im Krankenhaus 28
Tages- und Nachtpflege 30
Angebote zur Unterstützung im Alltag 31
Der Entlastungsbetrag 33
Pflegehilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung 34
Digitale Pflegeanwendungen 36

Leistungen bei vollstationärer Pflege 37
Finanzielle Begrenzung des Eigenanteils 39
Außerklinische Intensivpflege 41
Qualität und Transparenz sind uns wichtig 42
Pflege in besonderen vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen 42

Unterstützung für Pflegepersonen 43
Pflegekurse 44

Pflegezeit 45
So hilft die IKK 47

Familienpflegezeit 47

Finanzierung der Pflegeversicherung 49

Impressum

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

© Wende Verlag Moderne Medien, Stand: Dezember 2025
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung

Best.-Nr. 9101 (01.26) – Wende Verlag, Frechen

Pflegeversicherung = Versicherung im Pflegefall

Pflegeversicherung ergänzt eigene Vorsorge

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

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

Körperlich und psychisch Kranke sind gleichgestellt

Aus welchem Grund die Selbstständigkeit verloren gegangen ist, spielt keine Rolle. Bei der Beurteilung, ob Pflegebedürftigkeit besteht, sind geistig und psychisch erkrankte Menschen (so auch viele Menschen mit Demenzerkrankungen) mit den mehr körperlich erkrankten Menschen vollständig gleichgestellt. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach der verbliebenen Selbstständigkeit eines Menschen in mehreren gesetzlich aufgelisteten Lebensbereichen. Durch diese Differenzierung wird der konkrete Hilfebedarf ziemlich genau erfasst. Je höher der Hilfebedarf ist, desto höher ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Erkennbar wird dies aus dem Pflegegrad – von dem es insgesamt fünf gibt –, den alle Pflegebedürftigen erhalten. Je geringer die Selbstständigkeit ist, desto höher fällt der Hilfebedarf und somit der zutreffende Pflegegrad aus. Und mit steigendem Pflegegrad erhöhen sich auch die Leistungen der Pflegeversicherung.

Eigenvorsorge ist ein Element der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung gilt unverändert, dass ihre Leistungen keine Vollversorgung bieten.

Sie befreien Pflegebedürftige weder von jeglicher finanzieller Eigenverantwortung, noch wird dadurch die Hilfe innerhalb der Familie überflüssig. Da insbesondere die stationäre Pflege kostenintensiv ist, wird die Eigenbelastung bei längerer Versorgung in einem stationären Pflegeheim schrittweise reduziert.

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

Nutzen Sie unsere Beratung

Unser Angebot: Die IKK-Pflegekasse bietet ihren Versicherten innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen einen speziellen Beratungstermin rund um die Pflege und zur konkreten Pflegesituation an. Dieses Angebot richtet sich vor allem an Erstantragsteller, gilt aber auch für jeden weiteren Antrag auf spezielle Leistungen. Hauptzweck unseres Angebots ist, den Leistungsbedarf bestmöglich festzustellen. Wer es wünscht, erhält diese individuelle Einzelberatung auch zu Hause. Hieran können selbstverständlich auch Ihre Angehörigen oder andere Ihnen nahestehende Personen teilnehmen. Möglich ist auch, dass die Beratung als Videokonferenz durchgeführt wird.

Hinweis: Wünschen Sie eine individuelle Beratung, sprechen Sie uns gerne an, telefonisch oder persönlich, um mit uns einen Beratungstermin zu vereinbaren.

Ergänzend stellen wir zur Beratung ein digitales Beratungsangebot zur Verfügung, wobei selbstverständlich die Einhaltung des Datenschutzes gewährleistet wird. Wünschen Sie eine solche Beratung, sprechen Sie uns bitte darauf an.

Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege

Vorsorge (Prävention) nimmt bei der IKK-Pflegekasse einen hohen Stellenwert ein. So stehen IKK-Versicherten allgemein zugängliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auf qualitätsgesicherter Basis zur Verfügung. Im Vordergrund stehen dabei die Bereiche „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressbewältigung/ Entspannung“ sowie „Suchtmittelkonsum“.

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

Mit unseren medizinischen Leistungen zur Rehabilitation unterstützen wir die ärztliche Therapie, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Schweregrad zu lindern. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können Sie auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ohne Einschränkung erhalten. Überdies unterstützen wir besonders auch pflegende Angehörige mit unseren Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. So wird auch bei einer stationären Maßnahme eines pflegenden Angehörigen dafür gesorgt, dass die Hilfe für Pflegebedürftige weiterhin gesichert ist. Und grundsätzlich ist es sogr möglich, dass Pflegeperson und pflegebedürftige Person gemeinsam in derselben stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden können, wenn die Pflegeperson dort eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme erhält (z.B. nach Bewilligung durch seine Krankenkasse). Einzelheiten zu den Voraussetzungen und zum Ablauf des Verfahrens erläutern wir auf Anfrage gern persönlich.

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

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

Pflegebedürftigkeit – Kriterien, Begutachtung und Feststellung

Einheitliche und gerechte Maßstäbe bei der Beurteilung

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

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

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

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

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

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

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

Das Begutachtungsverfahren

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

Der Antrag auf Pflegeleistungen

IKK-Vordruck erleichtert die Antragstellung

Wer erstmals Leistungen der Pflegeversicherung beantragt, sollte hierfür den besonderen Vordruck benutzen, den wir Ihnen gern auf Anfrage zuschicken. Mit dem Vordruck werden einige Daten abgefragt, die wir aus organisatorischen Gründen für eine rasche Bearbeitung des Leistungsantrags benötigen. Ein ärztliches Attest zur Pflegebedürftigkeit ist nicht erforderlich. Nach dem Eingang des Antrags bei uns bieten wir Ihnen eine individuelle Beratung an (s. Seite 4). Wir freuen uns, wenn Sie unser Angebot nutzen, und beantworten Ihre Fragen gerne im persönlichen Gespräch.

Die Begutachtung

Persönliche Begutachtung ist notwendig

Werden Leistungen der Pflegeversicherung erstmals beantragt, wird die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens festgestellt. Wir holen hierzu im Regelfall ein Gutachten des Medizinischen Dienstes ein. Damit sich der Gutachter (ein Arzt oder eine Pflegefachkraft) ein genaues Bild vom individuellen Hilfebedarf Pflegebedürftiger machen kann, findet die Begutachtung im Regelfall bei einem Hausbesuch in deren Wohnbereich statt. Der Hausbesuch des Gutachters wird erforderlich, der natürlich vorher angekündigt.

Bei stationärer Pflege kommt der Gutachter ins Pflegeheim. Nur in Ausnahmefällen kann auf den Haus- oder Heimbesuch verzichtet werden, wenn vorhandene medizinische Unterlagen

die Pflegebedürftigkeit eindeutig belegen oder eine besondere Krisensituation, wie etwa in der Zeit der Corona-Pandemie, dies erfordert.

Zwischen Ihrem Leistungsantrag und unserer Entscheidung zu Ihren Leistungsansprüchen vergeht eine gewisse Zeit, weil die Begutachtung im Interesse des Antragstellers sorgfältig bearbeitet wird. So früh wie möglich, spätestens 25 Arbeitstage nach Ihrem Antrag erhalten Sie unsere schriftliche Entscheidung. In besonders dringenden Fällen (z. B. wenn während eines stationären Krankenhausaufenthalts erstmals Pflegebedürftigkeit festzustellen ist und vollstationäre Pflege notwendig ist) entscheiden wir innerhalb eines kürzeren Zeitraums. Sollten sich Ihnen in der Zwischenzeit Fragen stellen, beantworten unsere IKK-Berater/-innen diese gern persönlich.

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

Beurteilung der Pflegebedürftigkeit

Es gibt fünf Pflegegrade

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

In einem ersten Schritt wird für jedes Einzelkriterium getrennt nach den sechs Bereichen (s. Seite 7) eine Punktzahl ermittelt. Diese Punktwerte werden im zweiten Schritt für jeden Bereich addiert und nach einer gesetzlich vorgegebenen Tabelle gewichtet. Im dritten Schritt werden die einzelnen gewichteten Gesamt-Punktwerte zusammengerechnet. Das Ergebnis bestimmt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

Beurteilung des Pflegegrads:

Pflegegrad	Gesamtpunkte (nach Addition der Einzelwerte und deren Gewichtung)
1	ab 12,5 bis unter 27
2	ab 27 bis unter 47,5
3	ab 47,5 bis unter 70
4	ab 70 bis unter 90
5	ab 90 bis 100

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

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

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

Pflegebedürftigkeit bei Kindern

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

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

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

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

Das Gutachten als Entscheidungsgrundlage

IKK folgt in der Regel dem Gutachten

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

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

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

Pflegeberatung

IKK wertet Gutachten sorgfältig aus

Die IKK-Pflegekasse wertet jedes einzelne Gutachten des Medizinischen Dienstes genauestens aus. Dabei werden insbesondere auch Hinweise zu benötigten Hilfeleistungen sowie zur Versorgung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln oder zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes berücksichtigt. Besonders achten wir auch auf Empfehlungen zur Prävention und medizinischen Rehabilitation. Die IKK-Berater-/innen nutzen diese Hinweise, um Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige persönlich zu ihrer Pflegesituation zu beraten, die Pflege zu organisieren und ggf. bei der Beantragung von Leistungen anderer Leistungsträger behilflich zu sein.

Aber schon vor der Begutachtung bietet die IKK allen Erstantragstellern sowie bei jedem weiteren Antrag auf spezielle Leistungen innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang einen Beratungstermin rund um die Pflege an. Beantwortet werden, auf Wunsch auch in digitaler Form, beispielsweise Fragen zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung, zur Realisierung der Leistungsansprüche, auch unter Berücksichtigung notwendiger Eigenleistungen, und zur Organisation der Pflege.

Gern entsprechen wir Ihrem Wunsch, wenn Sie in Ihrem Umfeld oder in der Einrichtung, in der Sie leben, beraten werden möchten Falls Sie dies außerdem wünschen, gilt unser Beratungsangebot auch für Ihre Angehörigen oder andere Ihnen nahestehende Personen. Es kann aber auch noch zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen werden.

Diese Form einer umfassenden Pflegeberatung gehört schon seit Jahren zum selbst gewählten Standard der IKK-Pflegekassen. Sofern die zuständigen Landesbehörden dies für erforderlich halten, kann die Pflegeberatung auch gemeinsam mit den an der pflegerischen Versorgung Beteiligten in sogenannten Pflegestützpunkten angeboten werden. Ob dieses Angebot in Ihrer Region besteht, darüber informieren wir Sie gern persönlich. Rufen Sie uns einfach an oder senden Sie uns eine E-Mail.

Beginn der Leistungen

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

Beispiele:

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

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

2-jährige Vorversicherungszeit
Weitere Voraussetzung für den Beginn der Leistungen ist der Nachweis einer 2-jährigen Vorversicherungszeit. Zu erfüllen ist diese innerhalb von 10 Jahren vor dem Leistungsantrag. Sie muss nicht ununterbrochen verlaufen. Berücksichtigt werden sämtliche Mitgliedszeiten und Zeiten einer Familienversicherung bei einer gesetzlichen Pflegekasse. Zeiten einer privaten Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls angerechnet werden.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Häusliche Pflege überwiegt

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

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

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

Neben dem Anspruch auf umfassende Pflegeberatung zur individuellen Pflegesituation und zu Leistungsansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern können sie, ebenso wie Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, beanspruchen:

- einen Beratungsbesuch je Halbjahr durch eine professionelle Pflegekraft in der eigenen Häuslichkeit zu Lasten der Pflegekasse,
- eine Pauschale in Höhe von 224 Euro monatlich, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben und diese die gesetzlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt,
- Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen,
- kostenfreie Inanspruchnahme von Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen sowie
- im Wege der Kostenerstattung einen monatlichen Entlastungsbetrag von bis zu 131 Euro, z. B. für Kosten einer Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, für Hilfeleistungen von professionellen Pflegekräften oder für Leistungen bestimmter Dienste zur Unterstützung im Alltag.
- digitale Pflegeanwendungen, das sind software- und webbasierte Pflegeangebote, die vornehmlich Pflegebedürftigen und den Angehörigen in konkreten pflegerischen Situationen anleitend begleiten sollen zur Verbesserung des Pflegealltags; diese Leistung ist bei der IKK-Pflegekasse separat zu beantragen. Sie wird zunächst befristet für bis zu 6 Monate bewilligt. Sie kann danach unbefristet beansprucht werden, wenn nach einer Überprüfung durch die IKK-Pflegekasse die weitere Inanspruchnahme positiv bewertet wird. Werden digitale Pflegeanwendungen genutzt, gehören auch gesetzlich definierte, notwendige ergänzende Unterstützungsleistungen zum Anspruch. Insgesamt stehen für diesen Leistungsbereich 53 Euro im Monat zur Verfügung, wobei die Aufteilung des Betrages auf die digitalen Pflegeanwendungen und die Unterstützungsleistungen vorgegeben ist. Damit Klarheit über Kosten besteht, die von der pflegebedürftigen Person eventuell selbst zu zahlen sind, informiert die IKK-Pflegekasse hierüber.

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

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

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

Es gelten folgende Höchstbeträge

Höchstbeträge Pflegesachleistung:

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

Pflegebedürftige sind in ihrer Entscheidung frei, für welche einzelnen Leistungen die Höchstbeträge genutzt werden sollen. Ist der Kostenaufwand höher und reichen die eigenen Finanzmittel zur Kostendeckung nicht aus, springt ggf. die Sozialhilfe mit ihren Leistungen der Hilfe zur Pflege ein.

Wichtig: Wird die Pflegesachleistung nicht ausgeschöpft, so können bis zu 40 % des monatlichen Höchstbetrages für die Erstattung von Aufwendungen für spezielle Angebote zur Unterstützung im Alltag (s. Seite 31 f.) verwendet werden. Ein vorheriger Antrag ist für diese Umwandlung nicht notwendig. Es genügt, wenn nachträglich Belege über entsprechende Zahlungen an uns weitergeleitet werden. Im Verhältnis zum Pflegegeld (bei Inanspruchnahme der Kombinationsleistung, s. Seite 20 f.) gilt auch dieser Betrag als Pflegesachleistung, so dass dann Pflegegeld in geringerer Höhe gezahlt wird

Pflegesachleistungen können von mehreren Pflegebedürftigen, etwa von Nachbarn in einer Wohnanlage oder in Wohngemeinschaften, gemeinsam in Anspruch genommen werden („Poolen"). Sinnvoll kann das vor allem bei pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sein, z. B. bei der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen für mehrere Pflegebedürftige oder bei der Durchführung gemeinsamer Tagesausflüge. Dies kann Vorteile für Pflegebedürftige bringen. Denn die durch die gemeinsame Pflege entstehenden finanziellen Einsparungen oder die „gewonnene" Pflegezeit der Pflegekraft können für die Betreuung in der Gemeinschaft genutzt werden. Auch häusliche Betreuung können mehrere Pflegebedürftige gemeinschaftlich in der Wohnung einer pflegebedürftigen Person bzw. der eines Familienangehörigen in Anspruch nehmen.

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

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

für die zeitunabhängigen Leistungen oder für Komplexleistungen – sind im Pflegevertrag festzuhalten. Der Pflegedienst muss Pflegebedürftige vor Vertragsschluss aufklären, wie sich die Inanspruchnahme der Pflegeleistungen auswirkt, wenn die Vergütung zeitbezogen oder zeitlich unabhängig bezahlt wird. Pflegebedürftige haben die freie Wahlmöglichkeit bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen.

Pflegegeld bei Pflegegrad 2 bis 5

Stellen Pflegebedürftige, die in häuslicher Umgebung leben, ihren gesamten Hilfebedarf über Angehörige, Freunde oder andere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen sicher (ehrenamtliche Pflege), erhalten sie Pflegegeld. Es tritt dann an die Stelle der Pflegesachleistung und wird monatlich im Voraus gezahlt. Häufig wird dieses an die ehrenamtliche Pflegeperson weitergegeben, um ihre Hilfeleistungen auch finanziell anzuerkennen. Die Monatsbeträge des Pflegegeldes sind ebenfalls abhängig vom zuerkannten Pflegegrad.

Es gelten folgende Höchstbeträge

Höchstbeträge Pflegegeld:

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

Wird die Hilfe nicht für einen vollen Monat geleistet, sind die Monatsbeträge nur anteilig zu zahlen. Im Sterbemonat bleibt jedoch der Anspruch auf das volle Pflegegeld erhalten.

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

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

Weiterzahlung Pflegegeld:

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

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

IKK Pflegekasse trägt Beratungskosten

Bei ehrenamtlicher Pflege und Bezug von Pflegegeld unterstützen Pflegefachkräfte (z. B. ein Pflegedienst) die häusliche Pflege durch einen Beratungseinsatz. Dieser ist für alle verpflichtend. Abzurufen ist er in den Pflegegraden 2 bis 5 halbjährlich.

Hierdurch sollen Pflegende beraten und die Qualität ihrer Pflege gesichert werden. Für die erstmalige Beratung ist verpflichtend, dass diese in der eigenen Häuslichkeit stattfindet.

Auch soll die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden soweit wie möglich verbessert werden. Diesen Beratungseinsatz dürfen vertraglich zugelassene Pflegedienste, von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Pflegekräfte oder eine anerkannte Beratungsstelle durchführen. Auch Pflegeberater sind in diesem Sinne berechtigt. Die Kosten für die Beratungseinsätze übernimmt die IKK-Pflegekasse. Sie wird, falls die pflegebedürftige Person zustimmt, über das Ergebnis des Beratungseinsatzes informiert. Nach Auswertung des Ergebnisses können dann von der Pflegekasse geeignete Maßnahmen im Interesse Pflegebedürftigter und deren Pflegepersonen eingeleitet werden.

Empfehlenswert ist, stets denselben Pflegedienst mit dem Beratungseinsatz zu beauftragen. Wer es versäumt, die vorgeschriebenen Beratungsbesuche abzurufen, riskiert ggf. eine Kürzung oder gar einen Wegfall des Pflegegeldes.

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

Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld

IKK respektiert Wunsch des Pflegebedürftigen

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

Beispiel:

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

Soll ein Teilbetrag der Pflegesachleistung (maximal 40 % des Höchstbetrages) verwendet werden, um damit besondere Angebote zur Unterstützung im Alltag zu finanzieren (s. Seite 31 f.), gilt der Betrag im Rahmen der Kombinationsleistung als in Anspruch genommene Pflegesachleistung.

Leistungen bei ambulanter Wohngruppenbetreuung

IKK fördert Wohngruppenbetreuung

Leben regelmäßig mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, in der sie als Wohngruppe ambulant betreut werden, erhält jeder in dieser Wohngruppe zusätzlich pauschal 224 Euro monatlich. Voraussetzung ist, dass eine oder mehrere beauftragte Personen für alle eine allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeit verrichtet/verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützt/unterstützen. Ein spezieller Kostennachweis, welcher Kostenaufwand für die sogenannte Präsenzkraft entsteht, ist nicht erforderlich.

Es müssen aber zusätzliche Aufwendungen für die Versorgung entstehen, die wegen der besonderen Struktur einer Wohngruppe über die üblichen Kosten der pflegerischen und betreuenden Versorgung sowie der Unterstützung bei der Haushaltsführung hinausgehen.

Schließen sich mehrere pflegebedürftige Personen zu einer Wohngemeinschaft zusammen, von denen mindestens drei auf vertraglicher Basis eine ambulant betreute Wohngruppe bilden, dann erhalten diese Mitglieder der Wohngemeinschaft den Wohngruppenzuschlag.

Neu hinzuziehende pflegebedürftige Personen können sich einer solchen bereits bestehenden Wohngruppe anschließen.

Die von der Wohngruppe beauftragte Hilfskraft muss auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage tätig sein. Sie muss aber nicht rund um die Uhr anwesend sein.

Innerhalb einer Wohngemeinschaft können im Übrigen parallel nebeneinander mehrere solcher Wohngruppen gebildet werden

Weiter erforderlich ist:

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

Bezieht eine pflegebedürftige Person den Wohngruppenzuschlag, kann daneben auch ein Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege (s. Seite 30) bestehen.

Dies gilt allerdings nur, wenn der Medizinische Dienst geprüft hat, ob diese Leistung erforderlich ist, damit Pflegebedürftige alle körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhalten.

Um ambulant betreute Wohngruppen zu fördern, beteiligt sich die Pflegeversicherung an ihrer Neugründung. Um die geplante Wohnung altersgerecht und barrierearm umzugestalten, erhalten Pflegebedürftige der Wohngruppe einmalig bis zu 2.613 Euro. Dieser Betrag wird zusätzlich zu einem eventuellen Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes (s. Seite 35) gezahlt. Die Umgestaltung einer Wohnung kann auch schon vorgenommen werden, bevor die Wohngruppe gegründet ist und die Bewohnerinnen und Bewohner zusammengezogen sind. Allerdings wird der Zuschuss erst geleistet, wenn die Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag erfüllt sind.

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

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

Die Verhinderungspflege (Ersatzpflege)

Ersatzpflege durch Fachkräfte oder Laien

Ist die ehrenamtliche Pflegeperson z. B. wegen Urlaub oder Krankheit an der Pflege gehindert, können Pflegebedürftige die Leistung „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“ (kurz: Ersatzpflege) beanspruchen. Dieser Anspruch entsteht unmittelbar ab Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2. Ein Antrag muss nicht im Voraus gestellt werden. Es genügt, wenn dem im Nachhinein gestellten Antrag Kostennachweise (Quittung, Rechnung, Kontoauszug) beigefügt werden.

Die Ersatzpflege kann

- von einer oder mehreren privaten anderen nicht erwerbstätig pflegenden Personen geleistet werden, auch wenn diese keine vorherige Pflegeerfahrung hatten, oder
- von professionellen Pflegekräften (z. B. eines Pflegedienstes oder Familienentlastenden Dienstes), entweder weiter im Haushalt des Pflegebedürftigen oder auch in einer außerhäuslichen Einrichtung, wobei dann nur die pflegebedingten Kosten erstattungsfähig sind, nicht jedoch andere Kosten, wie z. B. für Unterbringung und Verpflegung.

Der Anspruch auf Ersatzpflege ist in zweifacher Hinsicht begrenzt:

- von der Dauer her; pro Kalenderjahr kann Ersatzpflege für acht Wochen/56 Kalendertage beansprucht werden, entweder am Stück oder immer mal wieder für Teilzeiten bis zur Höchstdauer, und
- auf einen finanziellen Jahreshöchstbetrag von 3.539 Euro. Dieser Betrag, als Gemeinsamer Jahresbetrag bezeichnet, kann allein für die Ersatzpflege, für die Kurzzeitpflege (s. Seite 26 f.) oder für beide Leistungen zusammen verbraucht werden. Dies steht im alleinigen Ermessen des Pflegebedürftigen, angepasst an die jeweilige individuelle Pflegesituation.

Für den Gemeinsamen Jahreshöchstbetrag gilt als Besonderheit, dass dieser nicht beansprucht werden kann, wenn die Ersatzpflege von einer Person übernommen wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt (z. B. Kinder, Enkel, Großeltern, Geschwister) oder verschwägert (z. B. Schwiegerkinder, Schwiegereltern, Schwager/Schwägerin) sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Dann können Aufwendungen für die Ersatzpflege grundsätzlich nur bis zur Höhe des 2-fachen Pflegegeldes des für den Pflegebedürftigen zuerkannten Pflegegrades erstattet werden. Werden allerdings von einer solchen Ersatzpflegekraft höhere Aufwendungen nachgewiesen (z. B. für Verdienstausfall, Fahrkosten),

oder wird auch diese Person ausnahmsweise erwerbsmäßig tätig, kann ebenfalls der Gemeinsame Jahresbetrag voll ausgeschöpft werden.

Wird ein Pflegebedürftiger regelmäßig von einem ambulanten Pflegedienst gepflegt, zusätzlich aber auch noch von einer privaten nicht erwerbsmäßig tätigen Person, steht ebenfalls Ersatzpflege zu, sollte die nicht erwerbsmäßig tätige Person ausfallen. Es gelten auch dann die üblichen Regeln zur Ersatzpflege, die auch durch eine vorübergehende Ausweitung des Leistungsumfangs des ambulanten Pflegedienstes erfüllt werden kann.

Für die Dauer der Ersatzpflege wird vorher geleistetes Pflegegeld zur Hälfte fortgezahlt (bis zu acht Wochen/56 Kalendertage). Für den ersten und den letzten Tag der Ersatzpflege steht das volle Pflegegeld zu. Sollte der Anspruch auf Ersatzpflege ausgeschöpft sein, von der Dauer oder vom Höchstbetrag her, wird diese aber weiterhin geleistet, so ist nach ausgeschöpften Leistungsanspruch wieder das volle Pflegegeld zu zahlen.

Ersatzpflege kann nicht nur für volle Tage anfallen, nicht selten wird eine Ersatzpflegekraft nur für einige Stunden am Tag benötigt. Fällt die nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson für weniger als acht Stunden aus, wird zum einen für diesen Tag das vorher gezahlte Pflegegeld in voller Höhe fortgezahlt, zum anderen werden solche Tage nicht auf die Höchstdauer von acht Wochen/56 Tagen angerechnet, sondern nur die für die Ersatzpflege erstatteten Aufwendungen auf den Gemeinsamen Jahreshöchstbetrag.

Die Leistungen „Verhinderungspflege/Ersatzpflege“ ist ein umfangreicher Komplex und kann in vielfältiger Weise realisiert werden, immer auch unter Berücksichtigung der persönlichen Pflegesituation. Wenn Sie hierzu eine intensivere Beratung wünschen, sprechen Sie uns an. Wir erläutern Ihnen gern, wie Sie diese Leistung für Ihre Pflegesituation am besten nutzen können.

Kurzzeitpflege ist Rund-um-die-Uhr-Betreuung

Die Kurzzeitpflege

Spezielle Einrichtungen der Kurzzeitpflege bieten Pflegebedürftigen eine stationäre Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Diese sind durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verbunden.

Es kann sich dabei auch um ein stationäres Hospiz handeln, in dem Patienten mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase betreut werden.

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

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

Erhält ein naher Angehöriger einer pflegebedürftigen Person von seiner Krankenkasse eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationskur und wird die pflegedürftige Person dort ebenfalls aufgenommen, übernimmt die Krankenkasse auch die Kosten, die für die pflegebedürftige Person anfallen (pflegerische Versorgung, Unterkunft und Verpflegung sowie Reisekosten). Eine Anrechnung auf die Leistung Kurzzeitpflege wird nicht vorgenommen.

Übergangspflege im Krankenhaus
Besonders hilfreich für Pflegebedürftige, gleich ob die Pflegebedürftigkeit schon festgestellt worden ist oder nicht, kann auch die Leistung der Krankenversicherung „Übergangspflege im Krankenhaus“ sein. Wäre nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die pflegerische Versorgung einer Person nicht sichergestellt oder kann diese nur unter einem erheblichen Aufwand gesichert werden, weder ambulant noch stationär, kann in demselben Krankenhaus zunächst eine Versorgung bis zu 10 Tagen beansprucht werden. Die Zeit kann genutzt werden, um die anschließende pflegerische Versorgung zu organisieren.

Anspruchsberechtigte ab 18 Jahren leisten für diese Zeit lediglich die auch sonst bei stationären Leistungen übliche Zuzahlung von 10 Euro pro Kalendertag.

Vorausgegangene Zuzahlungen werden angerechnet, weil eine Zuzahlung auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt ist.

Erhält die pflegebedürftige Person Kurzzeitpflege, werden die Kosten für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen einschließlich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Kosten für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von der die IKK-Pflegekasse bei Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich bis zu dem Gemeinsamen Jahresbetrag in Höhe von 3.539 Euro (s. Seite 24). Dieser Anspruch besteht für bis zu acht Wochen (56 Tage) je Kalenderjahr. Die Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) fallen in die Eigenverantwortung. Zahlte die Pflegekasse Pflegebedürftigen vor der Kurzzeitpflege Pflegegeld, wird hiervon die Hälfte für bis zu acht Wochen der Kurzzeitpflege fortgezahlt.

Um häusliche Pflege noch flexibler zu gestalten, kann der Leistungsbetrag für die Ersatzpflege (1.685Euro) für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Für eine achtwöchige Kurzzeitpflege stehen dann erhöhte Finanzmittel bis zu 3.539 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Der für die Kurzzeitpflege verwendete Betrag mindert dann in derselben Höhe den Anspruch auf die Ersatzpflege. Ist der Höchstbetrag oder die Höchstdauer für die Kurzzeitpflege erschöpft, verbleibt der Pflegebedürftige aber dennoch in der Einrichtung, kann die Leistung für eine vollstationäre Heimpflege in Betracht kommen. Voraussetzung ist, dass die Einrichtung als stationäres Pflegeheim zugelassen ist. Fehlt es an der Zulassung, kommt die Zahlung von Pflegegeld in Betracht, weil die Pflege in der Einrichtung gesichert ist. Pflegebedürftige erhalten von uns ein Verzeichnis der Einrichtungen, die für die Kurzzeitpflege zugelassen sind.

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

Tages- und Nachtpflege

Kombination mit anderen Leistungen ist zulässig

Die Betreuung von Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 2 bis 5 im häuslichen Bereich kann kombiniert werden mit einer zeitweisen Unterbringung in einer teilstationären Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung. Dies kommt z.B. in Frage, um die Pflegeperson zu Hause zu entlasten oder wenn bestimmte dort angebotene Pflegeleistungen für die pflegebedürftige Person sinnvoll sind. Je nach Pflegegrad gelten folgende Höchstbeträge:

Höchstbeträge für die Tages-/Nachtpflege:

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

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

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

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

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Unterstützung im Alltag ab Pflegegrad 2

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

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

Beispiel:

Im März 2026 nimmt eine pflegebedürftige Person mit dem Pflegegrad 3 Pflegesachleistungen in Höhe von 950 Euro in Anspruch. Außerdem wendet sie für Angebote zur Unterstützung im Alltag im März 2026 insgesamt 300 Euro auf. Der Nachweis hierüber wird im April 2026 geführt.

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

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

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

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

Wer regelmäßig Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nimmt, ist verpflichtet, einmal je Halbjahr einen professionellen Beratungseinsatz abzurufen (s. Seite 19). Wer dies versäumt, riskiert eine Kürzung bis auf Null seines Anspruchs.

Der Entlastungsbetrag

Entlastungsbetrag für alle Pflegegrade

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

Die Erstattung von Kosten ist vorgesehen für nachgewiesene Aufwendungen

- in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (z. B. bei ansonsten ausgeschöpften Höchstbeträgen, s. Seite 30),
- in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (z. B. zur Abgeltung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, s. Seite 26 f.),
- im Rahmen von besonderen Betreuungsangeboten oder von Angeboten der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassener Pflegedienste, für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, aber nicht im Bereich der Selbstversorgung,
- bei Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (s. Seite 31).

Hinweis: Werden für diese Leistungen auch Mittel der Verhinderungspflege verwendet, kann der Entlastungsbetrag dennoch zusätzlich in voller Höhe eingesetzt werden.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger (Pflegegrad 3) wird im April 2026 an 22 Tagen in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Diese berechnet hierfür 1.381,60 Euro an pflegebedingten Aufwendungen (62,80 Euro täglicher Pflegesatz x 22). Die Pflegekasse leistet:

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

War der Entlastungsbetrag im laufenden Kalenderjahr bis April 2026 nicht abgerufen, verbleibt bis April noch ein Restanspruch in Höhe von 499,40 Euro (131 Euro x 4 = 524 Euro – 24,60 Euro). Ein Vorgriff auf zukünftig ab Mai 2026 entstehende Ansprüche auf den Entlastungsbetrag ist nicht möglich.

Die Aufwendungen erstatten wir nach Vorlage entsprechender quittierter Nachweise, in denen die jeweilige Art der Unterstützungsleistung, für die der Entlastungsbetrag verwendet werden soll, anzugeben ist. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht in voller Höhe ausgeschöpft, übertragen wir den Differenzbetrag auf das folgende Kalenderhalbjahr. Dieser kann dann noch bis zum 30.6. des Übertragungsjahres ausgeschöpft werden. Tritt Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Kalenderjahres ein, wird der Entlastungsbetrag ab Beginn des Monats geleistet, in dem alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Pflegehilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung

Zuschüsse zur Wohnumfeldverbesserung helfen bei häuslicher Pflege

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

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch), monatlich bis zu einem Betrag von 42 Euro, entweder als Sachleistung durch Vertragspartner der IKK-Pflegekasse oder im Kostenerstattungsverfahren;

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

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

Wichtig: Nehmen Sie vor der Auswahl von Pflegehilfsmitteln unsere Beratung in Anspruch. Denn Mehrkosten, die durch eine besondere, pflegerisch nicht notwendige Ausstattung entstehen, darf die IKK-Pflegekasse nicht übernehmen. Auch geeignete Pflegefachkräfte, die als Versorgende die häusliche Pflegesituation gut kennen, können in die Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln eingebunden werden und hierzu Empfehlungen abgeben. In aller Regel entscheiden wir dann kurzfristig im Sinne der Empfehlung.

Digitale Pflegeanwendungen
Um die häusliche Pflege und pflegerische Betreuung zu unterstützen (mit dem Ziel, notwendigen Hilfebedarf zu mindern oder einer weiteren Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken), können pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 1 bis 5 notwendige digitale Pflegeanwendungen von der Pflegekasse der IKK erhalten. Hierbei handelt es sich um digitale Helfer auf eigenen, mobilen Endgeräten (z. B. Laptop) oder um browserbasierte Webanwendungen (digitale Vertriebsplattformen).

Nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ein spezielles Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, werden vom Anspruch erfasst.

Ausnahmsweise sind digitale Pflegeanwendungen vor ihrer Inanspruchnahme bei der Pflegekasse der IKK zu beantragen. Wird die Notwendigkeit bejaht, wird die Bewilligung zunächst auf bis zu sechs Monate befristet. Während des Befristungszeitraums soll dann geklärt werden, ob die digitalen Pflegeanwendungen längerfristig oder dauerhaft eingesetzt werden sollen. Hierüber wird die pflegebedürftige Person von der Pflegekasse der IKK umfassend informiert.

Sind alle Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, werden die Aufwendungen für die digitalen Pflegeaufwendungen in Höhe des vereinbarten Vergütungsbetrages erstattet, begrenzt auf einen monatlichen Höchstbetrag von 53 Euro. Über die Höhe eventueller Mehrkosten, die von der pflegebedürftigen Person selbst zu zahlen sind, erhält diese von der IKK-Pflegekasse eine gesonderte Information.

Bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen können eventuell ergänzende Unterstützungsleistungen als Begleitleistung durch zugelassene ambulante Pflegedienste erforderlich sein (als Hilfestellungen bei dem Einsatz digitaler Pflegeanwendungen). Deren Notwendigkeit wird ebenfalls in dem speziellen Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen dokumentiert.

Diese Leistung ist wie die digitale Pflegeanwendung selbst vor der Inanspruchnahme zu beantragen.

Der Pflegedienst rechnet seine vereinbarten Kosten unmittelbar gegenüber der Pflegekasse ab. Diese Kosten sind Teil des Höchstbetrages von 53 Euro monatlich. Dieser Betrag umfasst somit Kosten für die digitalen Pflegeanwendungen und die ergänzenden Unterstützungsleistungen.

Sind Sie an diesem Leistungsangebot interessiert, beantworten wir Ihre Fragen gern persönlich.

Leistungen bei vollstationärer Pflege

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

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

Es gelten folgende Höchstbeträge

Die Höchstbeträge für vollstationäre Pflege:

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

WählenPflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, bezuschusst die Pflegekasse die entstehenden Aufwendungen mit 131 Euro monatlich im Rahmen des Entlastungsbetrages (s. Seite 33).

Gleicher Eigenanteil für alle Pflegegrade

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

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

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

Die IKK stellt eine Auflistung mit ortsansässigen Pflegeheimen, die von der Pflegekasse für die Versorgung und Betreuung ihrer Versicherten zugelassen sind, zur Verfügung.

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

Leistungszuschlag:

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

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

Beispiel für einen Monat:

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

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

Den Leistungszuschlag zahlen wir direkt an die Pflegeeinrichtung, die den Eigenanteil der pflegebedürftigen Person dann entsprechend verringert. Der Anspruch besteht nicht, wenn eine Krankenkasse Kosten für die vollstationäre Hospizversorgung trägt oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die Kosten für eine außerklinische Intensivpflege übernimmt, weil die pflegebedürftige Person dann keine Eigenanteile zu den pflegebedingten Aufwendungen zu tragen hat.

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

Alle Kalendermonate mit vollstationärer Pflege werden auf die Dauer angerechnet, also auch frühere Zeiten nach einer Unterbrechung der vollstationären Pflege oder die Pflege in einem anderen Pflegeheim nach einem Heimwechsel. Zeiten, in denen eine pflegebedürftige Person in einem Krankenhaus stationär behandelt und deshalb die vollstationäre Pflege vorübergehend unterbrochen wird, werden bei der Berechnung der Dauer der vollstationären Pflege berücksichtigt. Zeiten der Kurzzeitpflege bleiben dagegen unberücksichtigt.

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

Außerklinische Intensivpflege
Zunehmende Bedeutung erlangen intensivpflegerische Versorgungen, vornehmlich die Versorgung von Beatmungspatienten. Die Regel ist eher, dass Patienten diese Versorgung in einem Krankenhaus stationär erhalten. Nicht selten wird diese Leistung aber auch außerklinisch erbracht, so auch im häuslichen Bereich.

Zur Sicherung der notwendigen Qualität gibt es die gesetzliche Leistung „außerklinische Intensivpflege“. Dies ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zulässig ist auch, die Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung zu erbringen (unter weiteren gesetzlichen Voraussetzungen).

Die Intensivpflege ist sehr aufwendig und verursacht hohe Kosten. Für Leistungen der Pflegeversicherung steht für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen aber nur ein begrenztes Budget zur Verfügung (siehe oben).

Um diese Patienten aber finanziell nicht schlechter zu stellen als diejenigen, die in einem Krankenhaus vollstationär versorgt werden, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung, die notwendigen Investitionskosten sowie die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Hierzu ist die bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung übliche Zuzahlung zu leisten. Natürlich können die Beträge, die ansonsten für die vollstationäre Pflege zu leisten sind, nicht nebenher gezahlt bzw. weitergezahlt werden, vielmehr werden diese Beträge auf den Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse angerechnet.

Bessert sich der Gesundheitszustand, so dass eigentlich die Intensivpflege nicht mehr erforderlich wäre, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 ein Anspruch auf diese Leistung übergangsweise dennoch fort, gesetzlich für bis zu sechs Monate. Damit soll insbesondere die Organisation einer geeigneten Anschlussversorgung gesichert werden, auch eine Phase der Entwöhnung von der Beatmung.

Qualität und Transparenz sind uns wichtig
Pflegebedürftige müssen darauf vertrauen können, dass ihre benötigten Hilfen qualitätsgesichert sind. Deshalb werden alle Pflegeeinrichtungen, gleich ob ambulante oder stationäre, regelmäßig durch den Medizinischen Dienst geprüft („Pflege-TÜV“). Insbesondere, wenn vollstationäre Pflege notwendig wird, sind für die Betroffenen und ihre Angehörigen verlässliche Informationen zur Qualität der Pflegeheime sehr wichtig. Zur aussagefähigen Bewertung und zur Vergleichbarkeit der Pflegequalität gilt ein gesetzlich geregeltes Bewertungsverfahren.

Hinweis: Um die Qualität von Pflegediensten und Pflegeheimen miteinander vergleichen zu können, werden allen Interessierten im Internet die Prüfergebnisse der Medizinischen Dienste zur Verfügung gestellt.
Wir als IKK-Pflegekasse sind gern behilflich bei der Beschaffung der notwendigen Informationen, persönlich oder mit unserer Internetseite **www.pflegelotse.de**.

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

Vorrangig geht es in einer solchen Einrichtung um Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, sodass die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder

die Erziehung Hauptmerkmale der vollstationären Versorgung sind. In allen diesen Einrichtungen stellt die pflegerische Versorgung der dort auf Dauer lebenden behinderten Menschen nur eine notwendige Begleitmaßnahme dar. Sie steht aber nicht im Vordergrund wie in einem typischen vollstationären Pflegeheim. Für diese Hauptleistungen sind regelmäßig andere Träger als die Pflegekasse zuständig.

An den Pflegekosten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung beteiligt sich die IKK-Pflegekasse bei Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 pauschal mit einem Betrag in Höhe von 15% der Heimkosten. Diese Pauschale ist begrenzt auf einen monatlichen Höchstbetrag von 278 Euro, der direkt an die Einrichtung geleistet wird. Verbringt eine in einer speziellen Einrichtung vollstationär versorgte pflegebedürftige Person auch Tage in häuslicher Umgebung (z.B. am Wochenende oder in den Ferienzeiten), können zusätzliche Leistungsansprüche entstehen (so z.B. auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld).

Unser Angebot: Ausführliche Informationen im konkreten Einzelfall zu diesem Thema erhalten Sie persönlich von unseren Beratern und Beraterinnen.

Unterstützung für Pflegepersonen

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

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

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

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

Pflegekurse

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

Pflegezeit

Während der Pflegezeit darf Ihnen nicht gekündigt werden

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

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

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

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

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

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

Pflegekasse leistet Pflegeunterstützungsgeld

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

Mindestens 15 Beschäftigte

Arbeitnehmern in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten räumt das Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf eine grundsätzlich einmalige Pflegezeit von bis zu sechs Monaten für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen ein.

Dieser Rechtsanspruch besteht auch für die außerhäusliche Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (z.B. eines minderjährigen Kindes während eines stationären Krankenhausaufenthalts).

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

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

Für die Dauer der Pflegezeit erhält der Pflegende, sofern er dies beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt, als Ausgleich für den Verlust des Arbeitsentgelts ein in monatlichen Raten zu zahlendes zinsloses Darlehen.

Ausgeglichen werden im Grundsatz 50% des ausgefallenen (pauschalierten) Nettoentgelts, allerdings nicht der Differenzbetrag des Arbeitsentgelts, das auf die ersten 15 Wochenstunden entfällt.

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

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

Familienpflegezeit

Nur in Betrieben mit min. 25 Beschäftigten

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

Wie bei der Pflegezeit besteht auch dieser Rechtsanspruch, wenn ein minderjähriger pflegebedürftiger naher Angehöriger außerhäuslich betreut werden soll (z. B. ein minderjähriges Kind während eines stationären Krankenhausaufenthalts).

Ebenso wie bei der Pflegezeit gibt es diesen Rechtsanspruch darüber hinaus, wenn ein Beschäftigter einen schwerstkranken nahen Angehörigen während der letzten Lebensphase (bis zu drei Monate) begleiten möchte.

Formales Erfordernis ist die schriftliche Ankündigung zur Art und Dauer der gewünschten Familienpflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor ihren Beginn. Soll sich die Familienpflegezeit an eine vorherige Pflegezeit wegen desselben Angehörigen nahtlos anschließen, beträgt die Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber drei Monate vor ihrem Beginn. Die inhaltliche Ausgestaltung der Familienpflegezeit ist mit dem Arbeitgeber schriftlich zu vereinbaren. Der von der IKK-Pflegekasse ausgestellte Nachweis über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen nimmt der Arbeitgeber zu den Lohnunterlagen.

Höchstdauer ist 24 Monate

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

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

Umfangreiche Hilfestellungen leistet auch zur Familienpflegezeit das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter **www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/service**. Man findet dort etwa Formulare und Merkblätter, die eine Inanspruchnahme der Familienpflegezeit wesentlich erleichtern.
Die finanzielle Teilabsicherung des/der Beschäftigten während der Familienpflegezeit stellt das zinslose Darlehen zulasten des Bundes sicher. Es gelten dieselben Regeln wie beim zinslosen Darlehen während der Pflegezeit.

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

Finanzierung der Pflegeversicherung

- Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt auch für die soziale Pflegeversicherung bei der Finanzierung das Prinzip des sozialen Ausgleichs zwischen höheren und niedrigeren Einkommen.
- Der allgemeine Beitragssatz zur Pflegeversicherung beträgt auch im Jahr 2026 bundeseinheitlich 3,6%.
- Der Zusatzbeitragssatz für Mitglieder, die keine Eltern (leibliche Eltern, Pflegeeltern, Adoptiv- und Stiefeltern) im Sinne des Gesetzes sind und der ab Vollendung des 23. Lebensjahres zu zahlen ist, beträgt 0,6%, insgesamt also 4,2%.
- Bereits seit dem 1. Juli 2023 wird nicht mehr nur danach differenziert „Elterneigenschaft – ja oder nein“, vielmehr wird auch die Zahl der Kinder durch einen Abschlag vom allgemeinen Beitragssatz berücksichtigt, und zwar bereits ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind. Damit setzte der Gesetzgeber einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts um, mit dem eine Entlastung von Eltern mit steigender Kinderanzahl eingefordert worden war, um den anwachsenden Erziehungsaufwand dieser Eltern finanziell bei den Beiträgen zur Pflegeversicherung durch eine Beitragsreduzierung gegenüber kinderlosen Personen zu berücksichtigen.

- Die Regeln sind:
  - Vom zweiten bis zum fünften Kind reduziert sich der allgemeine Beitragssatz für jedes Kind um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten, so dass der Beitragssatz bei
    - 2 Kindern 3,35%,
    - 3 Kindern 3,1%,
    - 4 Kindern 2,85% und
    - 5 oder mehr Kindern 2,6% beträgt.
  - Berücksichtigt werden Kinder bis zum Ablauf des Monats, in dem sie ihr 25. Lebensjahr vollenden, anschließend sind sie keine „Abschlagskinder“ mehr.
  - Das bedeutet, dass Kinder über 25 Jahre für den Beitragsabschlag nicht mehr bei der Anzahl der Kinder mitzählen.
- Die Elterneigenschaft und auch die Anzahl der Kinder sind gegenüber den beitragsabführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger) bzw. der Pflegekasse nachzuweisen. Hierfür gilt ein allgemeingültiges Verfahren. Der Nachweis über in neugeborenes Kind sollte möglichst innerhalb von drei Monaten nach der Geburt vorliegen, damit bereits von diesem Zeitpunkt an der Beitragsberechnung der zutreffende Beitragssatz zugrundegelegt wird.
- Bei Arbeitnehmern übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge, wenn der allgemeine Beitragssatz von 3,6% gilt. Nur im Freistaat Sachsen gilt eine Ausnahme. Hier beträgt der Beitragsanteil der Arbeitnehmer 2,3 %, der Anteil der Arbeitgeber 1,3 %. Dies ist der Ausgleich dafür, dass in Sachsen der Buß- und Bettag weiterhin ein Feiertag ist.

Hinweis: Bei Eltern mit zwei und mehr Kindern, für die ein Beitragsabschlag gilt, wird dieser nur von ihrem Anteil abgezogen. Für den Arbeitgeber bleibt es bei dem üblichen Anteil (1,8 bzw. 1,3 Prozent in Sachsen).

Und so verteilen sich allgemein die Beiträge zur Pflegeversicherung bei versicherten Arbeitnehmern (für Sachsen gilt: jeweils 0,5 Prozentpunkte weniger = Arbeitgeberanteil, bzw. höher = Arbeitnehmeranteil):

Kinderzahl	Beitragssatz	Arbeitgeberanteil	Arbeitnehmeranteil
Kinderlos	4,2%	1,8%	2,4%
Eltern mit 1 Kind (lebenslang)	3,6%	1,8%	1,8%
Eltern mit 2 Kindern	3,35%	1,8%	1,55%
Eltern mit 3 Kindern	3,1%	1,8%	1,3%
Eltern mit 4 Kindern	2,85%	1,8%	1,05%
Eltern mit 5 (oder mehr) Kindern	2,6%	1,8%	0,8%

- Die Beiträge für Arbeitslose zahlt die Bundesagentur für Arbeit.
- Rentner zahlen hingegen den vollen Pflegeversicherungsbeitrag allein.
- Bezieher von Bürgergeld sind per Gesetz generell von der zusätzlichen Beitragspflicht ausgenommen. Für Mitglieder, die von einer Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld oder Übergangsgeld erhalten, zahlt die Bundesagentur für Arbeit einen pauschalen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung. Eine Beteiligung der Leistungsbezieher an dem Beitragszuschlag ist grundsätzlich möglich. Nähere Informationen geben die Agenturen für Arbeit.

Die
Innovations
Kasse

www.die-ik.de