




BAHN **BKK**

IHR PFLEGERATGEBER



01 | Vorwort

03 | Die Gesetzliche Pflegeversicherung

04 | Pflegebedürftigkeit

06 | Pflegegrade

07 | Antragstellung

08 | Ambulante Pflege

14 | Stationäre Pflege

16 | Allgemeine und individuelle Pflegeberatung

19 | Pflegepersonen

19 | Absicherung in der Sozialversicherung

23 | Auszeit vom Beruf

26 | Schulungsangebote

29 | Vorsorge

30 | Vorsorgevollmacht

32 | Weitere Verfügungen

35 | Die Pflegezusatzversicherung der DEVK

35 | Kontaktadressen

36 | Übersicht: Leistungsbeträge der Pflegeversicherung

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Thema Pflege geht uns alle an. Keiner kann sich sicher sein, in geistiger Frische und guter körperlicher Verfassung alt zu werden. Manch einer wird durch einen Unfall, eine Krankheit oder Behinderung bereits in jungen Jahren pflegebedürftig. Und so stehen viele von uns irgendwann vor der Herausforderung, die Pflege für einen Angehörigen zu organisieren und sich selbst um ihn zu kümmern.

Wir möchten Ihnen mit dieser Broschüre umfangreiche Informationen zu dem wichtigen Thema Pflege an die Hand geben. Hier erhalten Sie schnell einen Überblick, welche Leistungen die Pflegeversicherung bietet, welche Vorkehrungen man am besten bereits in jungen Jahren trifft und mit welchen Angeboten wir private Pflegepersonen unterstützen.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen auch persönlich zur Seite und unterstützen Sie bei der optimalen Auswahl und Kombination der Leistungen. Das Team der BAHN-BKK Pflegekasse erreichen Sie täglich von 8 bis 20 Uhr unter der kostenfreien Servicenummer ☎ **0800 22 46 255** – auch am Wochenende.

Mit freundlichen Grüßen



Hanka Knoche
Vorstand der BAHN-BKK



Die gesetzliche Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen: Seither gibt es die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung.

Da prinzipiell jeder einmal auf diese Hilfe angewiesen sein kann, wurde schon bei der Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten festgelegt. Das bedeutet: Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert, und jeder privat Krankenversicherte muss eine private Pflegeversicherung abschließen.

Wann und wie viel Leistungen ein Pflegebedürftiger aus der Versicherung bekommt, hängt maßgeblich vom Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen ab. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber prinzipiell je zur Hälfte entrichten. Aktuell beträgt der Beitragssatz 2,55 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Stand: 01. Januar 2017). Mitglieder, die keine Kinder haben, zahlen ab dem 23. Geburtstag einen Zuschlag von 0,25 Prozent.

Hinweis für beihilfeberechtigte Versicherte | Wenn Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, zahlen Sie nur den halben Beitrag zur Pflegeversicherung. Von der Pflegekasse erhalten Sie dementsprechend nur die halben Leistungsbeträge ausgezahlt. Die zweite Hälfte machen Sie als Beihilfeanspruch bei Ihrer zuständigen Beihilfestelle geltend.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen, körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht kompensieren können und die deshalb auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – der Hilfe anderer bedürfen.

Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind dabei allein die in den nachfolgenden sechs Bereichen bzw. Modulen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien.

1. Mobilität:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches
- Treppensteigen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- örtliche und zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und auto-aggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen, Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflege-relevante inadäquate Handlungen

4. Selbstversorgung:

- Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers
- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde
- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- Umgang mit häuslichen Therapiemaßnahmen (Medikamente, Injektionen, Verbandswechsel, Katheterisierung, Abführmethoden usw.)
- Selbständige Arztbesuche oder Besuche von Therapeuten
- Umgang mit erforderlichen Diäten oder anderen krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen:

- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen können
- Planen von zukünftigen Tätigkeiten
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Erforderliche Hilfen bei der Haushaltsführung werden bei den oben beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeiten berücksichtigt.





Pflegegrade

Entsprechend der Selbständigkeit des Antragstellers und der vorhandenen Fähigkeiten werden den einzelnen Modulen (also den oben vorgestellten sechs Kriterien) pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Außerdem werden die einzelnen Module unterschiedlich gewichtet, wobei Modul 2 und 3 gemeinsam betrachtet werden:

- Mobilität mit 10 Prozent
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten mit 15 Prozent
- Selbstversorgung mit 40 Prozent
- Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen mit 20 Prozent
- Alltagsleben und soziale Kontakte mit 15 Prozent

Die Einzelpunkte der Module werden addiert und prozentual gewichtet. Aus den gewichteten Punkten aller Module ergibt sich dann die Gesamtpunktzahl zur Einordnung in den Pflegegrad. Aus dem Pflegegrad ergibt sich dann die Höhe der Leistungen der Pflegekasse.

Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten werden bei gleicher Einschränkung pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder und Erwachsene. Sie können in diesem Pflegegrad ohne weitere Begutachtung bis zur Vollendung des 18. Lebensmonats verbleiben.

Pflegegrad 1 | Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten = ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte

Pflegegrad 2 | Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten = ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte

Pflegegrad 3 | Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten = ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte

Pflegegrad 4 | Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten = ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte

Pflegegrad 5 | Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung = ab 90 bis 100 Gesamtpunkte



Antragstellung

Um Leistungen der BAHN-BKK Pflegekasse zu erhalten, stellen Sie bitte einen Antrag. Das entsprechende Formular können Sie über die kostenfreie Servicenummer ☎ **0800 22 46 255** anfordern oder sich unter 🌐 **www.bahn-bkk.de/antraege** herunterladen.

Nach Ihrer Antragsstellung prüft der Medizinische Dienst die Pflegebedürftigkeit. Dazu besucht Sie in der Regel ein Gutachter zu Hause – das kann ein Arzt oder eine Pflegefachkraft sein. Der behandelnde Arzt wird in die Begutachtung einbezogen. Auf dieser Grundlage können wir dann über Ihren Antrag entscheiden.

Sollte der Pflegebedürftige selbst nicht in der Lage sein, einen Termin mit dem Medizinischen Dienst zu vereinbaren, geben Sie bitte auf dem Antrag die Kontaktdaten eines Betreuers an, mit dem sich der Medizinische Dienst in Verbindung setzen kann. Außerdem empfehlen wir Ihnen, dass zur Begutachtung der Betreuer oder ein Familienmitglied des Pflegebedürftigen ebenfalls vor Ort ist.

Um der unterschiedlichen Schwere der Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden, wird sie in fünf Pflegegrade eingeteilt. Ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und wenn ja, in welchem Grad, entscheiden wir aufgrund des Gutachtens.

Ein wichtiger Hinweis | Wer Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen möchte, muss eine Vorversicherungszeit von mindestens zwei Jahren innerhalb der letzten zehn Jahre nachweisen können. Eine Familienversicherung oder eine private Pflegeversicherung wird angerechnet.

Besitzstände | Zum 01. Januar 2017 gab es einen grundlegenden Wechsel im Pflegeversicherungsrecht: Pflegestufen wurden zu Pflegegraden, Leistungsinhalte und Leistungsbeträge änderten sich.

Unser Service: Damit niemand durch die Umstellung schlechter gestellt wird, zahlen wir im Einzelfall Zuschläge zu den laufenden Leistungen.

Der Anspruch auf einen solchen Zuschlag wird vermindert oder endet, wenn die laufenden Leistungen höher werden oder keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht.

Für das Ergebnis von Wiederholungsbegutachtungen gilt: Versicherte, die bereits vor dem 01. Januar 2017 pflegebedürftig waren, **können nicht herabgestuft werden**, es sei denn, es liegt gar keine Pflegebedürftigkeit mehr vor.

Ambulante Pflege

Einer der prägenden Grundsätze der Pflegeversicherung heißt „ambulante vor stationär“: Jeder Pflegebedürftige soll so lange wie möglich in seiner häuslichen Umgebung bleiben können – in der eigenen Wohnung, in einer Senioren-WG oder etwa bei den Kindern.

Pflegebedürftige sollen zudem selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben deshalb die Möglichkeit, zwischen Sachleistungen, Pflegegeld oder einer Kombination von beidem zu wählen.

Pflegegeld | Ein Anspruch besteht ab Pflegegrad 2. Voraussetzung dafür ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt wird, z. B. durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Das Pflegegeld wird von der Pflegekasse überwiesen.

Der Pflegebedürftige kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen. Er kann damit seine Pflege selbst organisieren und ggf. das Pflegegeld an die versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weitergeben. Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom individuellen Pflegegrad.

Höhe des Pflegegeldes ab 01. Januar 2017 monatlich |

Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Beratungseinsatz | Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die ihre Pflege selbst sicherstellen, müssen sich einmal halbjährlich durch einen Pflegedienst beraten lassen. In den Pflegegraden 4 und 5 muss die Beratung einmal vierteljährlich erfolgen. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse. Werden Beratungstermine nicht wahrgenommen, kann das Pflegegeld gekürzt oder gestrichen werden. Für die Beratung haben wir Verträge mit Pflegediensten abgeschlossen.

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können ebenfalls halbjährlich einen Beratungseinsatz abrufen. Dieser ist freiwillig und ebenfalls kostenfrei.

Häusliche Pflegehilfe (Sachleistung) | In vielen Fällen benötigen der Pflegebedürftige und seine Angehörigen professionelle Hilfe bei der Pflege zu Hause – durch einen ambulanten Pflegedienst. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige beispielsweise Beruf und Betreuung besser organisieren können. Das Personal des Pflegedienstes kommt nach Hause und hilft fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege. Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Ein Anspruch besteht ab Pflegegrad 2.

Das Leistungsangebot der häuslichen Pflegehilfe:

- Pflegerische Maßnahmen zur Bewältigung oder Minderung der Beeinträchtigungen, z. B. bei der Mobilität, bei der Selbstversorgung, bei der hauswirtschaftlichen Versorgung usw.,
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen,
- Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, z. B. Tagesstrukturierung, Kommunikation, Beschäftigung im Alltag und in der Freizeit, kognitive Aktivierung usw..

In der Regel bieten die Pflegedienste darüber hinaus zusätzliche Leistungen an, die privat zu finanzieren sind. Dazu gehört beispielsweise die Vermittlung von Hilfsdiensten, wie z. B. Essensbelieferung oder die Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten.

Sachleistung | Auch die Höhe der Sachleistung richtet sich nach dem anerkannten Pflegegrad.

Höhe der Sachleistung ab 01. Januar 2017 monatlich |

Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Kombinationsleistung (Sachleistung und Pflegegeld) | Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von Pflegehilfe zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den prozentualen Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Ein Beispiel | Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 344,50 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 689 Euro. Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316 Euro stehen ihm dann ebenfalls 50 Prozent zu, also 158 Euro.

| EXTRA |

Pflegegeldrechner | Auf unserer Internetseite haben Sie die Möglichkeit, die Kombination von Pflegegeld und Sachleistungen durch den ambulanten Pflegedienst einfach online zu berechnen.

🌐 www.bahn-bkk.de/pflegegeldrechner

Pflegehilfsmittel | Zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zählen auch Pflegehilfsmittel. Das sind Geräte und Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege oder zur Linderung von Beschwerden beitragen oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Ein Anspruch besteht ab Pflegegrad 1.

Unterscheidung nach Einsatzzweck:

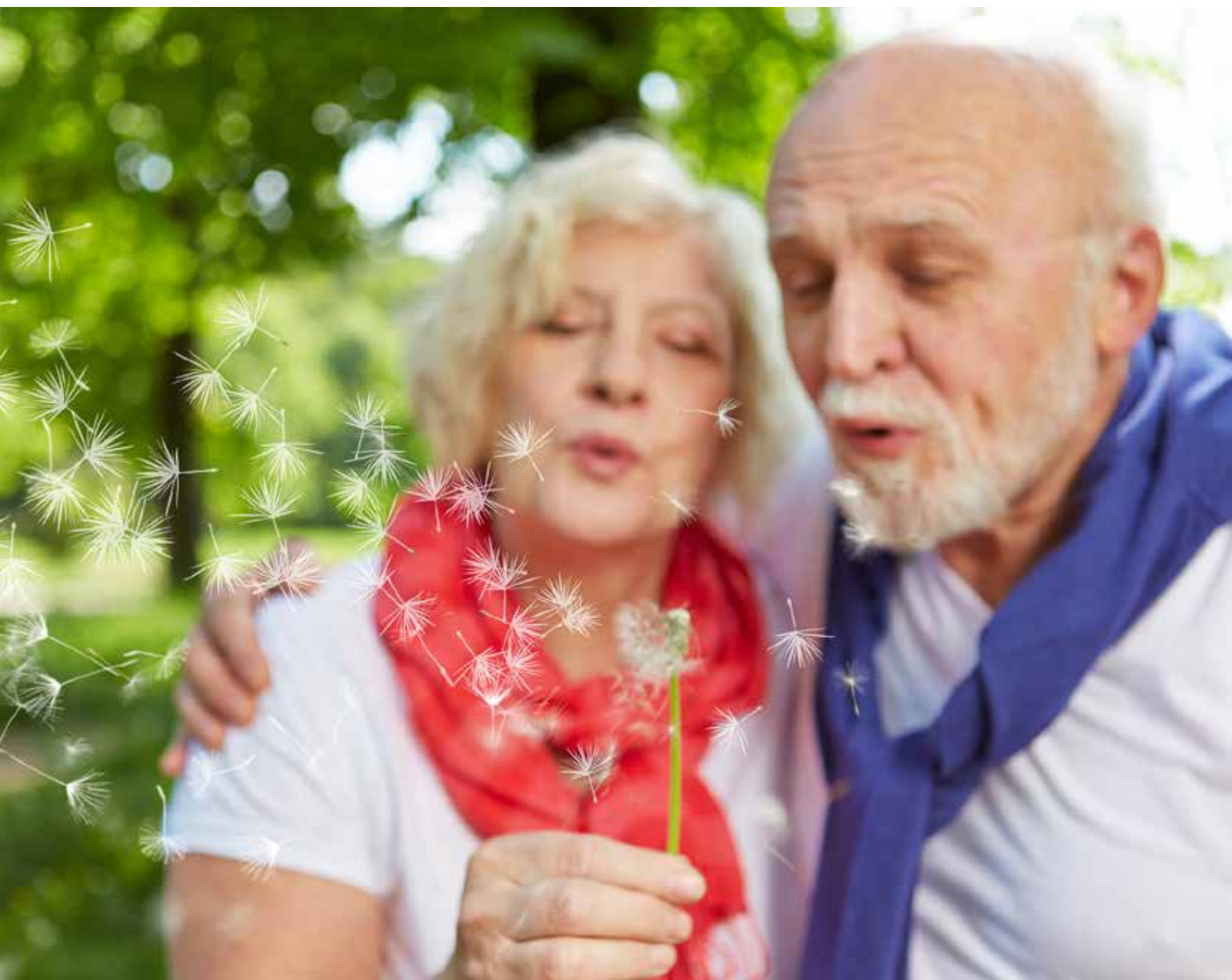
- Technische Pflegehilfsmittel, z. B. Pflegebett, Lagerungshilfen oder ein Notrufsystem
- Verbrauchsprodukte, z. B. Einmalhandschuhe oder Bettschutzeinlagen

Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, übernehmen wir als Krankenkasse die Kosten.

Die Pflegekasse erstattet **bis zu 40 Euro** pro Monat für Verbrauchsprodukte.

| EXTRA |

HausServiceRuf | Sie wünschen sich, in den eigenen vier Wänden alt zu werden? Wir unterstützen Sie dabei und bieten Ihnen mit dem HausServiceRuf unseres Partners MD Medicus die nötige Sicherheit. Über einen kleinen Sender, den Sie immer bei sich tragen, können Sie bei Bedarf sofort Kontakt zur Notrufzentrale aufnehmen. Das Team bietet Ihnen dann Unterstützung an. Können Sie sich nicht mehr verständlich machen, wird sofort der Rettungsdienst informiert. Lassen Sie sich zum HausServiceRuf beraten und bestellen Sie unter ☎ **0621 549 018 12**. Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 werden die Kosten durch die Pflegekasse übernommen.



Zuschüsse zur Wohnungsanpassung | Wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen. Dazu kann die Pflegekasse auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss zahlen, wenn die baulichen Anpassungen dazu dienen, die häusliche Pflege zu ermöglichen, erheblich zu erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wieder herzustellen. Ein Anspruch besteht ab Pflegegrad 1.

Es ist ratsam, den Bescheid der Pflegekasse vor Beginn der Anpassungsmaßnahmen abzuwarten. Ausgezahlt wird ein bewilligter Zuschuss in der Regel, wenn die Maßnahme abgeschlossen ist und die entstandenen Kosten belegt werden können. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so gravierend verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen, kann der Zuschuss auch zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds genutzt werden. Als Obergrenze gilt dann allerdings ein Betrag von 16.000 Euro.

Leben in Wohngruppen | Um Pflegebedürftigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben und Wohnen zu ermöglichen, werden Wohnformen zwischen der ambulanten und der stationären Betreuung zusätzlich gefördert. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 214 Euro monatlich zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht zu werden. Ein Anspruch besteht ab Pflegegrad 1.

Darüber hinaus gibt es ein Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen. Dieses wird mit 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung gefördert. Das Initiativprogramm endet, wenn die für alle Pflegekassen bereitgestellten Mittel aufgebraucht sind.

Leistungen gemeinsam nutzen | Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch nehmen. Dieses so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Senioren-WGs verbessern und ihre Nutzung fördern.

Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer Wohngemeinschaft ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Dadurch werden in vielen Fällen Zeit und damit Geld gespart, aus dem dann zusätzliche Betreuungsleistungen finanziert werden können, wie zum Beispiel gemeinsames Vorlesen.

Die durch „gepoolte“ Leistungsansprüche erschlossenen Wirtschaftlichkeitsreserven sind vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen für die Betreuung zu nutzen. Das bedeutet: Das „Poolen“ von Leistungen bringt mehr Zeit für Zuwendung.

Verhinderungspflege | Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden in Deutschland im häuslichen Umfeld gepflegt. Wichtig ist die Stabilisierung und Stärkung der Lage von pflegenden Angehörigen, die mit ihrem Einsatz für eine gute Betreuung der Pflegebedürftigen sorgen und manchmal mit der Situation überfordert sind.

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder sonstige Ereignisse vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege, wenn der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Hierfür stehen 1.612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr zur Verfügung. Reicht dies nicht aus, kann der Leistungsbetrag aus noch nicht verbrauchten Mitteln der Kurzzeitpflege um bis zu 806 Euro im Kalenderjahr aufgestockt werden.

Ist die Ersatzpflegekraft mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert oder lebt mit diesem in häuslicher Gemeinschaft, können die Kosten maximal in Höhe des Pflegegeldes erstattet werden.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht nicht sofort bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sondern erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Das bisherige Pflegegeld zahlt die Pflegekasse während der Verhinderungspflege für längstens sechs Wochen in halber Höhe weiter.



Pflege-Auszeit für Angehörige und Pflegende | Mal die Koffer packen und für ein paar Tage etwas anderes sehen, abschalten und neue Kraft tanken: Auch das soll die Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege möglich machen.

Die **Vital-Klinik Dreizehnlinden in Bad Driburg** bietet die Mitaufnahme von Pflegebedürftigen im Rahmen der Kurzzeitpflege oder der Verhinderungspflege an. Das bedeutet, dass sowohl der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson in der Vital-Klinik wohnen. Wie lange die Auszeit bzw. die Reha-Maßnahme dauert, hängt von der jeweiligen Situation des Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson ab. So kann die Pflegeperson in der Vital-Klinik Urlaub machen, eine Vital-Woche besuchen oder an einer Reha-Maßnahme teilnehmen, während der Pflegebedürftige von Fach-

kräften betreut wird. Selbstverständlich bietet die Vital-Klinik auch an, nur den Pflegebedürftigen aufzunehmen, während die Pflegeperson ihren Urlaub an einem anderen Ort verbringt.

Während der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege übernimmt die zuständige Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Die Kosten der Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige selbst.

Vital-Kliniken GmbH

Klinik Dreizehnlinden
Bahnhofstraße 3
33014 Bad Driburg

☎ **05253 971-0**

🌐 **www.vital-kliniken.de**



Entlastungsleistungen | Allen Pflegebedürftigen steht ein monatlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro zur Verfügung. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wird dieser Betrag zusätzlich zu den laufenden Leistungen des Pflegegeldes oder der häuslichen Pflegehilfe gewährt.

Der Pflegebedürftige tritt hier in Vorleistung und bekommt die Beträge von uns erstattet. Sie sind ausschließlich für eine Betreuung oder Entlastung in gesicherter Qualität zu verwenden. Dazu gehören:

- Eigenleistungen der Tages- und Nachtpflege,
- Eigenleistungen der Verhinderungspflege in zugelassenen stationären Einrichtungen,
- Eigenleistungen der Kurzzeitpflege,

- Angebote von ambulanten Pflegediensten: allgemeine Anleitung und Betreuung, aber auch Dienstleistungen im Haushalt (in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht im Bereich der Selbstversorgung),
- nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Entlastungs- und Betreuungsangebote, z. B. Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte, aber auch Dienstleistungen im Haushalt.

Der Entlastungsbetrag kann auch „angespart“ werden. Sofern der monatliche Anspruch nicht ausgeschöpft wird, kann er also zum Beispiel in den Folgemonaten genutzt werden und sogar in das Folgejahr übertragen werden. Am 30. Juni eines Jahres verfallen jedoch die Restansprüche aus dem Vorjahr.





Stationäre Pflege

Die Stationäre Pflege wird dann erforderlich, wenn eine Betreuung in den eigenen vier Wänden (vorübergehend) nicht möglich ist. Ein Anspruch besteht ab Pflegegrad 2.

Grundsätzlich wird hierbei zwischen der Kurzzeitpflege, der teilstationären Pflege und der vollstationären Pflege unterschieden. Alle drei Arten sind auf die jeweilige Situation der Betroffenen abgestimmt.

Kurzzeitpflege | Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen. Kosten für Unterkunft und Pflege muss der Pflegebedürftige selbst tragen, sie können aber im Rahmen des Entlastungsbetrags geltend gemacht werden.

Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegegraden, sondern steht allen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 in gleicher Höhe zur Verfügung – für maximal 56 Tage bis zu 1.612 Euro im Jahr.

Darüber hinaus zahlt die Pflegekasse Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, wenn die Einrichtung hierfür besondere Angebote bereitstellt.

Auch bei der Kurzzeitpflege gilt, dass noch nicht verbrauchte Ansprüche aus der Verhinderungspflege übertragen werden können. Der Höchstanspruch beträgt somit 3.224 Euro für längstens acht Wochen im Kalenderjahr.

Das bisherige Pflegegeld zahlt die Pflegekasse während der Kurzzeitpflege für längstens acht Wochen in halber Höhe weiter.

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege | Mit teilstationärer Versorgung ist „die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf“ in einer Einrichtung gemeint. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen für Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für die Verpflegung muss der Pflegebedürftige dagegen selbst tragen, sie können aber im Rahmen des Entlastungsbetrags geltend gemacht werden.

Die Tagespflege wird zum Beispiel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Sie bietet sich aber auch an, wenn die Angehörigen zeitweise von der Pflege entlastet werden müssen. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können uneingeschränkt neben ambulanten Leistungen (Pflegegeld, Sachleistung, Kombinationsleistung) in Anspruch genommen werden.

Für Pflegebedürftige in Wohngruppen kommt eine teilstationäre Pflege nur in Frage, wenn durch den Medizinischen Dienst festgestellt wurde, dass die Pflege in der Wohngruppe nicht ausreicht.

Höhe der Tages- und Nachtpflege monatlich

Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Auch bei der teilstationären Tages- und Nachtpflege zahlt die Pflegekasse Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, wenn die Einrichtung hierfür besondere Angebote bereitstellt.

Vollstationäre Versorgung | Die vollstationäre Pflege wird von der Pflegekasse übernommen, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht oder nicht mehr möglich ist. Entsprechend des Pflegegrades zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Leistungsbeitrag an das Pflegeheim. Diese Leistung ist nur für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die Betreuung im Heim bestimmt.

Hierfür werden in den Pflegesatzverhandlungen sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE) festgesetzt. Dieser Eigenanteil ist in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hoch und erhöht sich auch aufgrund steigender Pflegebedürftigkeit nicht. Dadurch lassen sich die langfristigen Kosten vor dem Umzug in ein Pflegeheim besser kalkulieren.

Die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten gehen zu Lasten der Bewohner.

Hinzu kommen gegebenenfalls noch sonstige Zusatzleistungen (z. B. Einzelzimmerzuschläge oder besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung), die ebenfalls privat gezahlt werden müssen.

Monatspauschalen der vollstationären Versorgung

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

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Darüber hinaus zahlt die Pflegekasse Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, wenn die Einrichtung hierfür besondere Angebote bereitstellt.

Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

In anerkannten vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zahlen wir für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zehn Prozent des Heimentgeltes, höchstens jedoch 266 Euro. Die Leistungen überweisen wir direkt an das Pflegeheim.

Allgemeine und individuelle Pflegeberatung

Compass Private Pflegeberatung | Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Sie Anspruch auf eine kostenfreie und unabhängige Pflegeberatung. Für Sie als Kunde der BAHN-BKK stellt unser exklusiver und kompetenter Partner, die Compass Private Pflegeberatung, diesen Anspruch sicher.

Die Compass Private Pflegeberatung stellt Ihnen einen persönlichen Pflegeberater zur Seite, mit dem Sie Ihre ganz individuellen Fragen besprechen können. Wenn Sie es wünschen, kommt der/die Pflegeberater/in zum Beratungsgespräch zu Ihnen nach Hause. Alternativ können Sie die Pflegeberatung auch telefonisch in Anspruch nehmen.

Sie erreichen Compass bundesweit unter der kostenfreien Servicenummer ☎ **0800 101 88 11** montags bis freitags 8 bis 19 Uhr sowie samstags von 10 bis 16 Uhr.

Die Compass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stellen sicher, dass Ihr Beratungsgespräch vor Ort innerhalb von 14 Tagen stattfinden kann. Sollten Sie die Pflegeberatung erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen wollen, steht Ihnen dies selbstverständlich auch frei.

Die Beratung kann einmalig oder wiederholt erfolgen oder zu einer lebenslangen Begleitung werden. Das entscheiden Sie selbst nach Ihren Bedürfnissen.

Unser Tipp | In Zusammenarbeit mit dem BKK-Landesverband Nordwest haben wir eine Datenbank mit allen bundesweit errichteten Pflegestützpunkten aufgebaut. Hier finden Sie den für Sie nächstgelegenen Pflegestützpunkt: 🌐 **www.bahn-bkk.de/pflegestuetzpunkte**

Pflegestützpunkte | Pflegestützpunkte sind örtliche Anlaufstellen für Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige. Sie arbeiten mit allen Einrichtungen und Diensten zusammen, die mit Fragen rund um die Themen Älterwerden, Prävention, Rehabilitation, Pflege und Hilfen zur Lebensgestaltung befasst sind. In den Pflegestützpunkten erhalten Sie eine trägerneutrale und damit unabhängige und verbraucherorientierte, kostenfreie Beratung.

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte:

- Umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten.
- Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Unterstützungsangebote einschließlich Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen.
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Qualität der Pflege | Qualität und Transparenz in der Pflege zu steigern ist ein großes Anliegen der Politik, aber auch der Pflegekassen. Ein Baustein des sogenannten „Pflege-TÜV“ sind aktuell die Prüfungen von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegeanbietern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Bis Ende 2017 will der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung zur weiteren Verbesserung ein neues Konzept umsetzen.

Der BAHN-BKK PflegeFinder | Wer nach einem passenden Pflegeheim oder einem ambulanten Pflegedienst für sich oder seine Angehörigen sucht und die verschiedenen Angebote miteinander vergleichen möchte, dem hilft der unser PflegeFinder. Er informiert zum Beispiel über Bewertungen der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Leistungen und Qualität. Durch eine Postleitzahlensuche finden Sie so ganz leicht ambulante bzw. stationäre Versorgungsangebote in Ihrer Nähe.

🌐 **www.bahn-bkk.de/pflegefinder**

Gerne senden wir Ihnen aber auch eine komplette Leistungs- und Preisvergleichsliste zu. Unter der kostenfreien Servicenummer ☎ **0800 22 46 255** erreichen Sie uns täglich von 8 bis 20 Uhr – auch am Wochenende.

Pflege ist Vertrauenssache | Leider gibt es neben jenen Pflegeanbietern, die korrekt und ehrlich arbeiten, eine kleine Zahl solcher, die es nicht tun. Falsche Abrechnungen kosten die Gemeinschaft der Versicherten nach Schätzungen des Bundeskriminalamtes jedes Jahr Beträge in Milliardenhöhe.

Kontrollieren Sie deshalb die Leistungsnachweise ganz genau, bevor Sie sie unterschreiben! Sollten Sie unsicher bezüglich der Inhalte einzelner Leistungskomplexe sein, wenden Sie sich an Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse.





Pflegepersonen

Zwar sind Pflegebedürftige selbst die am stärksten Betroffenen, aber auch die Familie und andere Personen des Umfeldes sind einbezogen, am intensivsten natürlich die Pflegeperson. Sie verdient Anerkennung und Unterstützung – auf vielfältige Weise. Was Sie wissen sollten, wenn Sie als ehrenamtliche Pflegeperson tätig werden, erfahren Sie in diesem Kapitel.

Absicherung in der Sozialversicherung

Die meisten Pflegebedürftigen in Deutschland werden ausschließlich von Angehörigen oder Ehrenamtlichen zuhause versorgt. Um nicht nur den Pflegebedürftigen optimal zu versorgen, sondern auch die Pflegepersonen abzusichern, hat der Gesetzgeber die Sozialversicherung der Pflegepersonen geregelt.

Grundsätzlich bleibt die Versicherung in der gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung für die Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 betreut, beitragsfrei bestehen – unabhängig davon, ob die Pflegeperson zusätzlich zur Pflgetätigkeit (in Voll- oder Teilzeit) beschäftigt ist.

Kranken- und Pflegeversicherung | Unabhängig von der ehrenamtlichen Pflgetätigkeit besteht in den meisten Fällen ein eigener Kranken- und Pflegeversicherungsschutz oder eine Familienversicherung über den Ehegatten. Diese wird auch durch die Pflgetätigkeit nicht eingeschränkt.

Arbeitnehmer, die nahe Angehörige mit mindestens Pflegegrad 1 zu Hause pflegen, haben Anspruch auf eine sechsmonatige unbezahlte Pflegezeit. Vorausgesetzt, ihr Arbeitgeber hat mehr als 15 Beschäftigte.

Wer daher seine Berufstätigkeit für die Dauer der Pflegezeit (maximal 6 Monate) aufgibt und keinen Anspruch auf eine beitragsfreie Familienversicherung hat, muss eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung abschließen. In diesem Fall können Sie bei der Pflegekasse einen Beitragszuschuss beantragen.

Arbeitslosenversicherung | Für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 betreuen, hat der Gesetzgeber den Fortbestand der Arbeitslosenversicherung geregelt.

Während der Pfl egetätigkeit übernehmen wir die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, wenn

- unmittelbar vorher Arbeitslosenversicherungspflicht bestand,
- keine vorrangige Beitragspflicht gegeben ist,
- bei dem zu Pflegenden mindestens Pflegegrad 2 vorliegt und
- die Pflege an mindestens 10 Stunden in der Woche (verteilt auf mindestens zwei Tage) erbracht wird. Die Voraussetzung gilt auch als erfüllt, wenn der Mindestumfang durch die Addition mehrerer Pflegen erreicht wird.

Die durch den Gesetzgeber festgelegten Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit zahlt in diesem Fall die Pflegekasse des Pflegebedürftigen. Im Falle einer Arbeitslosigkeit wirkt sich diese Zeit anwartschaftsbe gründend beim Anspruch auf Arbeitslosengeld aus.

Unfallversicherung | Die Unfallversicherung besteht beitragsfrei bei der Ausübung der Pfl egetätigkeit. Voraussetzungen dafür sind, dass

- bei der gepflegten Person mindestens Pflegegrad 2 festgestellt wurde,
- die Pflege an mindestens 10 Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, erbracht wird. Die Voraussetzung gilt auch als erfüllt, wenn der Mindestumfang durch die Addition mehrerer Pflegen erreicht wird.
- die Pfl egetätigkeit ehrenamtlich ausgeübt wird und
- die Pflege in häuslicher Umgebung (also nicht stationär) erbracht wird.

Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz besteht für alle Unfälle bei der Pflege, auf dem Weg zum Pflegebedürftigen und zurück.

Zuständig ist der Unfallversicherungsträger der Gemeinde, in welcher der Pflegebedürftige lebt. Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter:

🌐 www.unfallkassen.de

Rentenversicherung | Für Personen, die wegen der häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen nur eingeschränkt oder überhaupt nicht erwerbstätig sein können, zahlen in der Regel wir die Rentenversicherungsbeiträge.

Voraussetzungen dafür sind, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig durchgeführt und zuhause erbracht wird.

Die Pflegeperson:

- Hat ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland, einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz,
- bringt wenigstens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf zwei Tage für die Pflege auf, wobei der Mindestumfang von 10 Stunden auch durch die Addition von Pflegezeiten bei mehreren pflegebedürftigen Personen erreicht werden kann (Additionspflege),
- übt diese Pfl egetätigkeit voraussichtlich mehr als 2 Monate oder 60 Tage im Jahr aus,
- ist neben der Pfl egetätigkeit regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig und
- bezieht noch keine Alters-Vollrente bzw. -Pension.

Der Pflegebedürftige hat einen Anspruch auf Leistungen aus der deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung aus mindestens Pflegegrad 2

Auch wer neben seiner Pfl egetätigkeit Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld bei Kurzarbeit, „Null“ oder Arbeitslosengeld II erhält, ist versichert. Gleiches gilt, wenn Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen wird.

Beitragsbemessung | Grundlage des Rentenanspruchs für Pflegepersonen sind fiktive beitragspflichtige Einnahmen, die für die geleistete Pflege zugrunde gelegt werden. Sie bilden die sogenannte Beitragsbemessungsgrundlage. Diese errechnet sich aus einem bestimmten Prozentsatz der Bezugsgröße, die durch den Gesetzgeber festgelegt ist. Maßgebend für diesen Prozentsatz sind der festgestellte Pflegegrad und die Art der Pflegeleistung (Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung).

Die Zeiten, in denen Pflegepersonen Pflichtbeiträge gutgeschrieben werden, sind auf die für die verschiedenen Rentenarten (Alters-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten) notwendigen Wartezeiten von 5, 15, 20, 25 und 35 Jahren anrechenbar und können somit Rentenansprüche begründen.

Besitzstand für Rentenversicherungsbeiträge | Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung waren, besteht der Versicherungsschutz für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. Die Beiträge zu Rentenversicherung richten sich grundsätzlich nach dem Recht ab 01. Januar 2017, es sei denn die für 2016 geltenden Beiträge wären höher.

Was gilt als „nicht erwerbsmäßige“ Pflege? | Bei Pflege durch Familienangehörige oder Verwandte wird grundsätzlich unterstellt, dass die Pflege ehrenamtlich – also „nicht erwerbsmäßig“ – ausgeübt wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Pflegeperson vom Pflegebedürftigen eine finanzielle Anerkennung erhält oder nicht.

Für andere Personen, wie Nachbarn oder Bekannte, gilt die Pflege als ehrenamtlich, wenn die an sie weitergereichte finanzielle Anerkennung durch den Pflegebedürftigen nicht höher ist als ein – dem festgestellten Pflegegrad entsprechendes – Pflegegeld aus der Pflegeversicherung.

Unterbrechung der Versicherungspflicht | Wird die Pflege ausgesetzt, so ruht für diesen Zeitraum auch die Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Hiervon gibt es zwei Ausnahmen:

- Wird der Pflegebedürftige vollstationär im Krankenhaus aufgenommen oder erhält er eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung, bleibt die Versicherungspflicht in den ersten vier Wochen bestehen. Schließt sich die Rehabilitation direkt an den Krankenhausaufenthalt an, sind insgesamt nur die ersten vier Wochen weiterhin versicherungspflichtig.
- Für die Dauer eines Erholungsurlaubs von der Pflege – maximal bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr – werden die Rentenversicherungsbeiträge weitergezahlt. Dies gilt auch, wenn die Pflege im Laufe eines Kalenderjahres begonnen oder beendet wird. Erholungsurlaub von der Pflege kann auch in mehreren Zeitabschnitten genommen werden. Der Urlaubsanspruch entsteht in jedem Kalenderjahr neu.





Auszeit vom Beruf

Die erste große Herausforderung trifft Familien und pflegende Personen, wenn ein Familienmitglied zum Pflegefall wird. Dann gilt es, sich auf die neue Situation einzustellen und neue Strukturen zu schaffen. Das erfordert Zeit, die ein Berufstätiger so ohne weiteres nicht hat.

Um Angehörigen von Pflegebedürftigen zu mehr zeitlicher Flexibilität zu verhelfen, ist am 1. Januar 2015 das „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ in Kraft getreten, welches die Ansprüche des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes verbessert und miteinander verzahnt.

Dieses Gesetz gilt für die Pflege von nahen Angehörigen. Das sind:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Geschwister, Ehegatten der Geschwister, Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Lebenspartner,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung | In einer akut aufgetretenen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu 10 Arbeitstage freistellen zu lassen, um eine bedarfsgerechte Pflege für einen nahen Angehörigen zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Dieses Recht gilt gegenüber allen Arbeitgebern unabhängig von der Größe des Unternehmens.

Voraussetzung ist, dass bei dem nahen Angehörigen mindestens Pflegegrad 1 besteht oder voraussichtlich eintreten wird und deshalb die Freistellung erforderlich wird.

Auf Verlangen des Arbeitgebers muss der Beschäftigte eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorlegen.

Da der Arbeitgeber für diese Zeit keine Entgeltfortzahlung leistet, zahlt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen ein Pflegeunterstützungsgeld. Das Pflegeunterstützungsgeld ist eine Lohnersatzleistung, die den Verdienstaufschlag zu einem Großteil auffängt. Zur Berechnung der genauen Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes wenden Sie sich bitte an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen.

Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bestehen.

Pflegezeit | Beschäftigte können bis zu 6 Monate ganz oder teilweise aus dem Beruf aussteigen, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 1 in häuslicher Umgebung zu pflegen. Ein Rechtsanspruch auf die Freistellung besteht jedoch nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Diese Möglichkeit gilt seit dem 1. Januar 2015 auch für die außerhäusliche Betreuung von pflegebedürftigen Kindern.

Die Pflegezeit setzt eine Pflegebedürftigkeit voraus; eine schwere Krankheit allein führt nicht zu einem Anspruch auf Freistellung.

Wer sich vollständig freistellen lässt, muss sich unter Umständen selbst um seinen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz kümmern.

Begleitung in der letzten Lebensphase | Seit dem 1. Januar 2015 haben Angehörige einen Rechtsanspruch darauf, sich in der letzten Lebensphase eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen 3 Monate lang vollständig oder teilweise freistellen zu lassen. So können sie für ihre Angehörigen auf deren letztem Weg da sein, auch wenn sich der Pflegebedürftige in einem Hospiz befindet.

Auch hier gilt: Wer sich vollständig freistellen lässt, muss sich unter Umständen selbst um seinen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz kümmern.



Familienpflegezeit | Wenn Beschäftigte für die Sicherstellung der häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen eine länger dauernde Reduzierung ihrer Arbeitszeit benötigen, besteht die Möglichkeit, eine Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten in Anspruch zu nehmen. Dies gilt allerdings nur für Beschäftigte in Unternehmen mit mindestens 26 Beschäftigten.

Um zu vermeiden, dass Beschäftigte ihre Tätigkeit wegen der Pflege ganz aufgeben, muss bei der Familienpflegezeit die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 15 Stunden betragen, wobei die geforderte Mindestarbeitszeit nur im Durchschnitt eines Jahres vorliegen muss.

Die Ausgestaltung und Aufteilung kann an die persönlichen Bedürfnisse angepasst werden. Der befristete Anspruch auf Teilzeitarbeit bei Rückkehr in das vorherige Arbeitsverhältnis hilft bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Kombination der Freistellungsansprüche | Es ist möglich, im Anschluss an eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz eine andere Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen oder umgekehrt. Die verschiedenen Freistellungen müssen zeitlich unmittelbar aufeinander folgen.

Eine zeitliche Unterbrechung zwischen den Freistellungen ist nur zur Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase möglich.



Maximale Dauer | Die Gesamtdauer aller Freistellungen darf 24 Monate nicht überschreiten. Wenn beispielsweise ein Arbeitnehmer Pflegezeit für 6 Monate in Anspruch genommen hat, kann er noch längstens 18 Monate seine Arbeitszeit im Rahmen der Familienpflegezeit reduzieren.

Die bis zu 10-tägige kurzzeitige Arbeitsverhinderung wird auf die 24-monatige Gesamtdauer nicht angerechnet.

Finanzielle Förderung | Für oben genannte Pflegezeiten (bis auf die kurzfristige Arbeitsverhinderung) besteht für Pflegende die Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) zu beantragen, um die Einkommensverluste abzufedern.

Der Antrag wird direkt beim BAFzA gestellt. Das Darlehen wird in Raten ausgezahlt und ist nach dem Ende der Pflegezeit ebenfalls in Raten wieder zurückzahlen. Es deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf entsprechenden Antrag kann auch ein niedrigeres Darlehen – bis zu einer Mindesthöhe von 50 Euro monatlich – genommen werden.

Schulungsangebote

Um nicht-professionelle Pflegepersonen fit für ihre Aufgabe zu machen, finanzieren wir Schulungen. Diese Pflegekurse sollen der Pflegeperson Kenntnisse vermitteln, die sie für ihre schwierige Aufgabe benötigt.

Dazu zählen:

- Tipps zu Techniken der pflegerischen Tätigkeit,
- Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen,
- Hilfe beim Abbau von Versagensängsten,
- Kontakt zu anderen Pflegepersonen,
- Beratung zu Hilfsmitteln und zu möglichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Alle, die eine Pflgetätigkeit ehrenamtlich ausüben, können sich bei einem Pflegekurs ihrer Wahl anmelden.

Orientierungskurs | Der Orientierungskurs richtet sich an Angehörige, die vor der Entscheidung stehen, wie die Pflege einer pflegebedürftigen Person gestaltet werden soll. Hier geht es um die Vermittlung grundsätzlicher Zusammenhänge rund um die Pflege. Die Kursdauer beträgt dabei mindestens 90 Minuten.

Unser Tipp | Pflege ist eine anstrengende, Körper, Geist und Seele fordernde Tätigkeit. Gönnen Sie sich eine Pause, einen Urlaub. Dank der Verhinderungspflege wird Ihr Angehöriger während Ihrer Abwesenheit gut betreut. Mehr dazu erfahren Sie auf Seite 10.

Basispflegekurs | Im Basispflegekurs wird pflegerisches Grundwissen für eine qualitätsgesicherte häusliche Pflege und Betreuung vermittelt. Die Schulungsinhalte werden in der Regel in Kursform angeboten, unterteilt auf beispielsweise 12 Kurstermine zu je 90 Minuten.

Spezial- und Kompaktpflegekurse | Die Spezial- und Kompaktpflegekurse werden themen- oder diagnosebezogen aufgrund einer erschwerten Bedürfnislage der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen angeboten. Themenschwerpunkte können beispielsweise „Umgang mit demenziell erkrankten Personen“ oder „Alltagstrukturierung pflegebedürftiger Menschen“ sein.

| EXTRA | Individuelle Schulungen in häuslicher Umgebung |

Um die Pflegeperson bestmöglich zu unterstützen, bieten wir als Pflegekasse zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Schulungsangeboten auch Pflegeschulungen im häuslichen Umfeld der Pflegeperson an. Die Kurse sollen ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen die notwendigen Fertigkeiten vermitteln, um die Pflege eigenständig durchzuführen. Für die Schulung kommt eine professionelle Fachkraft bis zu drei Mal für jeweils mindestens drei Stunden in die Wohnung des Pflegebedürftigen. Sie berücksichtigt die individuelle Situation der Pflegeperson und des Pflegebedürftigen sowie die örtlichen Gegebenheiten. Bei Pflegebedürftigen mit Demenz wird in der Schulung insbesondere auf dieses Krankheitsbild eingegangen.

Damit wir die Kosten übernehmen können, muss der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson bei uns versichert sein. Ist der Pflegebedürftige bei uns versichert, wird vorausgesetzt, dass mindestens Pflegegrad 1 festgestellt wurde.



| EXTRA |

Online-Schulungs- und Beratungsprogramm

Demenz | Die Pflege und Betreuung eines demenzerkrankten Familienmitglieds ist alles andere als einfach. Neben aufwändigen Betreuungsaufgaben haben pflegende Angehörige eine Vielzahl emotionaler Belastungen zu bewältigen.

Wir unterstützen pflegende Angehörige daher mit einem kostenfreien zehnwöchigen Online-Schulungs- und Beratungsprogramm.

In einem virtuellen Gesprächsraum treffen die Teilnehmer unter Anleitung einer psychologischen Fachkraft auf andere pflegende Angehörige. Hier können sie sich austauschen und erhalten viele Tipps zur Pflege und zur Bewältigung von Krisensituationen.

Die Treffen finden im Internet statt und sind somit ortsunabhängig. Die Bedienung ist einfach und nutzerfreundlich gestaltet, besondere Computerkenntnisse sind nicht nötig. Alles, was zur Teilnahme gebraucht wird, ist ein Computer mit Internetanschluss. Alle Schulungsteilnehmer werden zudem telefonisch ins Programm eingeführt.

Mehr Informationen finden Sie auf unserer Website unter: www.bahn-bkk.de/schulungsangebote

Überleitungskurs | Der Überleitungskurs soll die pflegenden Angehörigen auf die oftmals entstehenden physischen und psychischen Mehrbelastungen im Anschluss an eine stationäre Versorgung vorbereiten. Deshalb beginnt dieser Kurs in den meisten Fällen vor der Entlassung des Pflegebedürftigen aus einer stationären Einrichtung und wird nach der Entlassung mit einer Basisschulung in der häuslichen Umgebung fortgesetzt.



Vorsorge

Pflegebedürftigkeit wird oft allein mit dem Lebensalter verbunden. Und natürlich gibt es mehr ältere pflegebedürftige Menschen als junge. Trotzdem leben auch junge Menschen mit dem Risiko, pflegebedürftig zu werden – von einer Sekunde auf die andere. Deshalb ist es sinnvoll, sich rechtzeitig mit diesem Thema zu beschäftigen und die Vorkehrungen zu treffen, die man für sich und seine Lebenssituation als notwendig empfindet, zum Beispiel durch eine Vorsorgevollmacht oder eine zusätzliche Pflegeversicherung.

Mit Vorsorgevollmacht & Co rechtzeitig selbst bestimmen | Natürlich wünschen wir uns alle ein gesundes und selbstbestimmtes Leben. Was aber, wenn ein Unfall oder eine plötzliche Krankheit dieses Leben von heute auf morgen auf den Kopf stellt und wir zumindest für einen bestimmten Zeitraum nicht mehr in der Lage sind, unsere persönlichen Dinge selbst zu regeln?

Wenn Sie konkret über den Fall der Fälle nachdenken, stellen Sie sich bestimmte Fragen wie: Was wird geschehen, wenn ich auf Hilfe anderer angewiesen bin? Wer wird sich um mich und meine Angelegenheiten kümmern? Werden meine Wünsche und Bedürfnisse dann respektiert? Wer verwaltet mein Vermögen? Wer kümmert sich um meine Bankgeschäfte, meine Wohnung, meine Post? Wer entscheidet über medizinische Maßnahmen? Wer regelt gegebenenfalls eine Unterbringung in einem Pflegeheim?

Die eindeutige Dokumentation persönlicher Wünsche und Angelegenheiten ist für diese Krisensituationen enorm wichtig – für Sie selbst, vor allem aber auch für Ihre Angehörigen. Denn entgegen der leider weit verbreiteten Annahme sind Ihre Kinder, Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte oder Ihre nächsten Verwandten nicht automatisch berechtigt, für Sie zu handeln, wenn Sie es selbst nicht können.

Hinzu kommt: Gerade unter dem besonderen psychischen Druck, der in Krisensituationen auf dem Betroffenen und seinen Angehörigen lastet, fällt es ohne entsprechende Vorkehrungen enorm schwer, die richtigen Entscheidungen zu treffen. Daher sollte der Notfall niemanden unvorbereitet treffen.

Ihre Wünsche und Vorstellungen für den Ernstfall können Sie mit einer Vorsorgevollmacht, einer Betreuungsverfügung und/oder einer Patientenverfügung festlegen.

Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Damit wird Ihr Recht auf Selbstbestimmung gestärkt.

Sie können mit einer Vorsorgevollmacht einer oder mehreren Personen für bestimmte Lebensbereiche Vollmacht zum Handeln erteilen. Die Vollmacht können Sie vom Eintreten bestimmter Ereignisse (z. B. Bewusstlosigkeit oder länger andauernde Krankheit) abhängig machen. Außerdem können Sie frei wählen, welche Lebensbereiche Sie erfassen wollen (z. B. Bankgeschäfte, Wohnungsangelegenheiten, Unterbringung in einem Heim) und welche Person für welchen Lebensbereich zuständig sein soll.

Unser Tipp | Experten raten generell zu einer notariellen Beratung und Beurkundung, damit Ihre Wünsche richtig wiedergegeben werden und um jeglichen Zweifel an der Wirksamkeit der Urkunde auszuschließen.

Die Wahl der Bevollmächtigten | Wählen Sie als Bevollmächtigte nur absolut vertrauenswürdige Personen aus. Denn der Bevollmächtigte oder die Bevollmächtigten werden eigenverantwortlich tätig und grundsätzlich nicht durch das Gericht überwacht.

Sprechen Sie mit diesen Personen und fragen Sie sie, ob sie die Aufgabe übernehmen wollen und sich ihr gewachsen fühlen. Beschreiben Sie genau, ob diese Personen einzeln oder nur gemeinsam handeln können.

Die Form der Vollmacht | Die Vollmacht muss schriftlich erfolgen und gut lesbar sein. Mindestens erforderlich ist ein eigenhändig unterschriebenes und mit Datum und Ort versehenes Dokument. Noch besser wäre es, wenn Sie den Text handschriftlich verfassen, da dies ein weiteres Indiz dafür sein kann, dass die niedergelegten Regelungen tatsächlich Ihrem Willen entsprechen und Sie die Erklärungen in vollem Bewusstsein abgegeben haben.

Banken, Sparkassen und Behörden erkennen eine Vollmacht oft nur dann an, wenn ein offizieller Vordruck ausgefüllt wurde. Erkundigen Sie sich dort unbedingt. Vollmachten, die Grundbesitz oder bestimmte Erbangelegenheiten betreffen, müssen von einem Notar beurkundet werden, ebenso einige Vollmachten, die Ihren beruflichen Bereich betreffen.

Der Finanztest, der Stiftung Warentest schreibt dazu: „Lassen Sie sich bei Ihrer Vorsorgevollmacht am besten von einem Notar helfen. Hat er das Dokument beurkundet, werden später keine Zweifel an der Gültigkeit aufkommen. Die Kosten für den Notar richten sich nach der Höhe Ihres Vermögens.“

Aufbewahrung der Vollmacht | Handlungsfähig ist Ihr Bevollmächtigter nur, wenn er den Originaltext der Vollmacht vorzeigen kann. Daher müssen Sie die Vollmacht so aufbewahren, dass sie im Ernstfall schnell zur Hand ist. Dies können Sie sicherstellen, indem Sie

- dem oder den Bevollmächtigten die Urkunde im Original aushändigen und bestimmen, dass die Vollmacht nur im Ernstfall gebraucht werden darf,
- bei notarieller Beurkundung ein Exemplar beim Notar hinterlegen,
- den Originaltext auch bei einer anderen Vertrauensperson zu treuen Händen hinterlegen und diese Person verpflichten, sie im Bedarfsfall an Ihre Bevollmächtigten zu übergeben,
- ein kombiniertes Dokument (Verbindung von Vorsorgevollmacht für medizinische Angelegenheiten mit der Betreuungsverfügung) auch beim zuständigen Vormundschaftsgericht hinterlegen,
- dafür sorgen, dass Ihre Angehörigen und sonstige wichtige Personen von der Existenz der Vollmacht Kenntnis haben und auch wissen, wo der Originaltext aufbewahrt ist.

Auf jeden Fall müssen Sie ein Exemplar für sich behalten, um den Inhalt immer wieder aktualisieren zu können. Wenn Sie die Vollmacht widerrufen wollen, müssen Sie auf jeden Fall das Original wieder an sich nehmen, wenn Sie es dem Bevollmächtigten oder einer anderen Person ausgehändigt haben.



Weitere Verfügungen

Betreuungsverfügung | Mit der Betreuungsverfügung können Sie dem Vormundschaftsgericht Hinweise geben, wen es als Ihren Betreuer einsetzen soll und welche Wünsche Sie an die Ausübung der Betreuung haben, z. B. ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird. Genauso können Sie bestimmen, wer auf keinen Fall als Betreuer in Frage kommt. Die Betreuung wird gerichtlich angeordnet, wenn und soweit die gesetzlichen Voraussetzungen eingetreten sind.

Die Betreuungsverfügung steht Ihnen somit neben der Vorsorgevollmacht als zusätzliches Instrument der Selbstbestimmung zur Verfügung, wenn Sie aus verschiedenen denkbaren Gründen keine Vorsorgevollmacht erstellen möchten, z. B. weil es keinen geeigneten Bevollmächtigten gibt.

Patientenverfügung | Von einer Patientenverfügung spricht man, wenn Sie eine Verfügung über die klinische Behandlung oder Pflege im Fall einer Schwerekrankung abgeben. Mit dieser Verfügung können Sie z. B. bestimmen, ob und unter welchen Umständen Sie lebensverlängernde Maßnahmen wünschen und wann Sie diese ablehnen.

Kombination der Vollmachten und Verfügungen |

Obwohl jede Verfügung auch unabhängig von der anderen erstellt werden kann und jede Verfügung einen anderen Adressaten sowie zum Teil unterschiedliche Wirksamkeitsvoraussetzungen hat, kann es sehr sinnvoll sein, die Dokumente zu kombinieren.

Die Vorsorgevollmacht ist sozusagen die erste Hilfe. Da die Verfügung sofort wirksam ist und nicht erst ein gerichtliches Verfahren durchlaufen muss, haben Sie für eine sofortige Vertretung im Notfall gesorgt. Diese Verfügung kann zudem eine Verpflichtung für die behandelnden Ärzte enthalten, die bevollmächtigte Person über Ihren Zustand umfassend aufzuklären. Deshalb kann in der Verfügung zugleich die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dieser Person geregelt werden.

Allerdings lastet auf dem Bevollmächtigten auch eine schwere Verantwortung. Denn er muss schließlich entscheiden, was mit Ihnen geschehen soll, wenn Sie es selbst nicht mehr tun können. Sie sollten ihm deshalb durch die Patientenverfügung bestimmte Mindestgrundsätze der gewünschten medizinischen Behandlung aufzeigen.

Außerdem muss der Bevollmächtigte in bestimmten Fällen, obwohl Sie ihn bevollmächtigt haben, eine gerichtliche Genehmigung einholen (z. B. geschlossene Unterbringung, Gitterbett bzw. Operation am offenen Herzen). Wenn Sie hierzu in der Patientenverfügung bestimmte Gedanken festgeschrieben haben, erleichtert das dem Gericht seine Entscheidung.

Da eine Vollmacht im Einzelfall nicht ausreichend oder auch unwirksam sein kann, sollten Sie auf jeden Fall zusätzlich eine Betreuungsverfügung treffen, in der Sie dem Gericht eine oder mehrere Personen als Betreuer vorschlagen und regeln können, was der Betreuer bei der Erfüllung seiner Aufgaben beachten soll.

Registrierung beim Zentralen Vorsorgeregister (ZVR) | Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung sind völlig nutzlos, wenn sie im Bedarfsfall nicht gefunden werden. Deshalb empfiehlt sich eine Registrierung beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer. Mehr als 20.000 Registerabfragen werden jeden Monat bei der Bundesnotarkammer vorgenommen, die meisten elektronisch mit sofortiger Auskunft.

Gerichte können vor Anordnung einer gesetzlichen Betreuung über einen besonders geschützten Bereich im Internet bzw. über das Justiznetz beim Zentralen Vorsorgeregister anfragen und klären, ob es eine Vorsorgeurkunde gibt. Diese Anfrage ist zu jeder Zeit und dadurch selbst in Eilfällen noch möglich. Das Gericht kann mit den vorhandenen Informationen die richtige Entscheidung treffen, die dem in der Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung niedergelegten Willen entspricht.

Braucht zum Beispiel ein Arzt die Einwilligung zu einer lebensgefährdenden Operation, beantragt er beim Gericht die Bestellung eines Betreuers. Ist die Vorsorgevollmacht registriert, kann das Gericht dem Arzt mitteilen, dass eine Vertrauensperson vorhanden ist, an die er sich wenden kann. Auch ohne die Registrierung muss das Gericht zwar ermitteln, ob es Verfügungen gibt. Muss aber die Operation bald durchgeführt werden, kann das Gericht keine umfangreichen Ermittlungen anstellen und muss einen Betreuer bestellen. Nicht die gewünschte Vertrauensperson trifft dann die weitreichende Entscheidung über die medizinische Behandlung, sondern ein vom Gericht bestellter Fremder.





Die Pflegezusatzversicherung der DEVK

Seit Jahren arbeiten wir im Bereich der Krankenzusatzversicherung mit unserer Kooperationspartnerin, der DEVK Versicherung, zusammen. Das Ergebnis dieser Kooperation sind attraktive und bedarfsgerechte Tarife, die unsere Versicherten zum Vorzugspreis bei der DEVK abschließen und deren Leistungen sie in der Regel ohne Wartezeit in Anspruch nehmen können.

Einer dieser Tarife ist die Pflegezusatzversicherung „BAHN-BKK Pflege Premium“. Sie beinhaltet folgende Leistungen:

Pflegetagegeld | Für häusliche oder teilstationäre Pflege werden:

- 100 Prozent in Pflegegrad 5
 - 75 Prozent in Pflegegrad 4
 - 50 Prozent in Pflegegrad 3
 - 25 Prozent in Pflegegrad 2
 - 15 Prozent in Pflegegrad 1
- des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

Für vollstationäre Pflege erhalten Sie unabhängig vom Pflegegrad 100 Prozent des vereinbarten Tagessatzes gezahlt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist.

Pflege-Assistance | In Zusammenarbeit mit dem Malteser Hilfsdienst werden den Kunden innerhalb der Assistance-Leistungen zahlreiche Beratungs- und Vermittlungsleistungen angeboten:

- Vermittlung eines Pflegeplatzes garantiert innerhalb von 24 Stunden,
- kostenlose telefonische Beratung rund um das Thema Pflege,
- Umfangreiches Informations- und Beratungsangebot über das DEVK-Online-Pflegeportal,
- Vermittlung von verschiedenen Hilfe- und Dienstleistungen, wie zum Beispiel:
 - Pflegedienst zur ambulanten Pflege,
 - regelmäßige Wohnungsreinigung,
 - Wäsche- und Einkaufsservice,
 - Menüservice,
 - Kinderbetreuung,
 - Einrichtung eines Hausnotrufs,
 - Tag- und Nachtwache,
 - Wohnraumberatung,
 - Fahrdienste.

Die Pflege-Assistance ist im Leistungsumfang des Tarifs BAHN-BKK Pflege Premium automatisch für Sie enthalten. Die Monatsbeiträge für diesen Tarif sind abhängig von Ihrem Alter bei Abschluss der Versicherung. Bei Interesse an diesem Pflegezusatztarif wenden Sie sich an einen DEVK-Ansprechpartner in Ihrer Nähe. Sie finden sie oder ihn ganz einfach über die Suche unter: [🌐 www.bahn-bkk.de/premiumpartner](https://www.bahn-bkk.de/premiumpartner)

Kontaktadressen

BAHN-BKK Servicenummer
☎ **0800 22 46 255** kostenfrei

Gesundheitshotline InfoMedicus
☎ **0800 44 44 200** kostenfrei

Compass Private Pflegeberatung
☎ **0800 101 88 11** kostenfrei

BAHN-BKK im Internet
🌐 www.bahn-bkk.de

DEVK-Premiumpartner
Über 300 Agenturen in ganz Deutschland
🌐 www.bahn-bkk.de/premiumpartner

BAHN-BKK Pflegestützpunkte
🌐 www.bahn-bkk.de/pflegestuetspunkte

BAHN-BKK-Pflegefinder
🌐 www.bahn-bkk.de/pflegefinder

LEISTUNGSBETRÄGE DER PFLEGEVERSICHERUNG

	§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen	§ 37 SGB XI Pflegegeld	§ 41 SGB XI Tages- und Nachtpflege
Pflegegrad	ab 01.01.2017	ab 01.01.2017	ab 01.01.2017
Grad 1	keine Leistung	keine Leistung	keine Leistung
Grad 2	689 €	316 €	689 €
Grad 3	1.298 €	545 €	1.298 €
Grad 4	1.612 €	728 €	1.612 €
Grad 5	1.995 €	901 €	1.995 €

§ 37 Abs. 3 SGB XI Beratungseinsatz	
Pflegegrad	ab 01.01.2017
Grad 1 bis 3	23 €
Grad 4 bis 5	33 €

§ 39 und § 42 SGB XI Verhinderungs- und Kurzzeitpflege	
Pflegegrad	ab 01.01.2017
Grad 1	keine Leistung
Grad 2 bis 5	1.612,00 € (Verh.Pflege sechs Wochen/KZP acht Wochen)

§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld	
Pflegegrad 1 bis 5	seit 01.01.2015 (keine Änderung)
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	40 €
Zuschuss Wohnumfeld	4.000 €



§ 45 b SGB XI Entlastungsbetrag

Pflegegrad	ab 01.01.2017
Grad 1 bis 5	125 €

§ 38 a und § 45 e SGB XI Wohngruppenförderung

Pflegegrad	ab 01.01.2017	Pflegegrad	Anschubfinanzierung seit 01.01.2015 (keine Änderung)
Grad 1 bis 5	214 €	Grad 1 bis 5	2.500 €

§ 43 SGB XI vollstationäre Pflege

Pflegegrad	ab 01.01.2017
Grad 1	125 € (Zuschuss)
Grad 2	770 €
Grad 3	1.262 €
Grad 4	1.775 €
Grad 5	2.005 €

§ 43 SGB XI vollstationäre Pflege

Pflegegrad	ab 01.01.2017
Grad 1	keine Leistung
Grad 2 bis 5	266 €

§ 43 b SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung

für alle Bewohner gemäß Vertrag



Die BAHN-BKK: Für alle, die mehr von ihrer Krankenkasse erwarten.

Die richtige Krankenkasse zu finden, ist gar nicht so leicht. Schließlich soll sie genau zu Ihren individuellen gesundheitlichen Bedürfnissen passen – und die können sich im Laufe des Lebens ändern. Mit unseren Vorsorge- und Pflegeangeboten sind wir dem Gesetzgeber oft einen Schritt voraus. Aber auch für jede andere Lebenssituation und jedes Lebensalter haben wir maßgeschneiderte EXTRAS:

Alternative Heilmethoden | Naturheilkundliche Behandlungsmethoden ergänzen die in Deutschland erstklassige Schulmedizin. Wir unterstützen Sie und übernehmen:

- 80 % der Kosten Ihrer **Osteopathie-Behandlung**, wenn der Behandler die notwendige Qualifikation nachweisen kann (jedoch maximal 200 Euro, unabhängig von der Zahl der Behandlungen),
- die vollen Kosten einer vertragsärztlichen Behandlung im Bereich der **Homöopathie**,
- bis zu 150 Euro pro Kalenderjahr für **naturheilkundliche Medikamente**, wenn diese von einem zugelassenen Arzt auf einem Privatrezept verordnet werden.

Gesundheitsberatung | Gesundheit ist ein komplexes Thema. Unsere Experten stehen Ihnen gerne zur Seite:

- Mit der **Gesundheitsprämie 125** belohnen wir Ihr gesundheitliches Engagement mit bis zu 125 Euro im Kalenderjahr.
- Bei **InfoMedicus**, unserer weltweiten, kostenfreien Gesundheitshotline beantworten Ärzte und medizinisch geschultes Fachpersonal Ihre Fragen zum Thema Gesundheit – rund um die Uhr, an sieben Tagen der Woche und 365 Tagen im Jahr.
- Mit unserem Service **FacharztPlus** unterstützen wir Sie dabei, den frühestmöglichen Termin bei (Fach-) Ärzten zu erhalten. Innerhalb von 48 Stunden nennen wir Ihnen einen Terminvorschlag.
- Dank der **InfoMedicus Videoberatung** können Sie Ihre Fragen von Angesicht zu Angesicht mit einem (Fach-) Arzt besprechen – individuell, wann und von wo Sie möchten. Und das meistens noch am selben Tag.

Wir sind für unsere Kunden da | Persönlich, telefonisch und online:

- Sie können uns an unseren bundesweit zwölf **ServicePunkten** besuchen,
- uns kostenfrei anrufen – auch am Wochenende
- oder ganz bequem mit uns chatten.
- Viele Ihrer Anliegen können Sie auch online in unserer **eFiliale** erledigen.
- Und dank unseres **ServiceVideoChats** lassen sich zum Beispiel Anträge auch gemeinsam ausfüllen – ohne, dass Sie Ihre Wohnung verlassen müssen.

Wir haben Ihr Interesse geweckt? | Dann füllen Sie den Mitgliedschaftsantrag auf der Rückseite aus und genießen Sie schon bald als Kunde der BAHN-BKK den umfassenden Service.

Noch mehr Informationen zu unserem Angebot finden Sie auch im Internet unter: www.bahn-bkk.de oder rufen Sie uns unter der kostenfreien Servicenummer ☎ **0800 22 46 255** montags bis sonntags von 8 bis 20 Uhr an. Wir freuen uns auf Sie!

Mitgliedschaftserklärung

Ich werde Mitglied der BAHN-BKK ab _____

Name*, Geburtsname* Vorname* männlich weiblich

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon, Mobilfunknummer* E-Mail*

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Familienstand

Rentenversicherungsnummer (Siehe Sozialversicherungs- Versichertennummer
ausweis, Falls nicht vorhanden, bitte Geburtsort angeben.) (Diese finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte.)

Arbeitgeber bzw. Versicherungsgrundlagen

Ich bin Arbeitnehmer/in. Ich bin Auszubildende/r.

Die Anschrift meines Arbeitgebers laut Arbeitsvertrag:

Firma, Branche Verkehrsbranche ja nein

Straße, PLZ, Ort

Telefon, Telefax Mein monatliches Bruttoeinkommen €

- Ich bin freiwillig versichert. Ich bin Künstler/Publizist.
- Ich bin selbstständig. Ich bin Student/in. Ich bin nicht berufstätig. _____
- Ich beziehe eine gesetzliche Rente seit _____ . (Eine Kopie des Rentenbescheides ist beigelegt.)
- Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ bei _____ .
 - Ich bin beihilfeberechtigt.
- Ich beziehe eine ausländische Rente seit _____ . (Eine Kopie des Rentenbescheides ist beigelegt.)
- Ich bin Leistungsempfänger der Bundesagentur für Arbeit seit _____ . (Eine Kopie des Bewilligungsbescheides ist beigelegt.)
- Ich bin zurzeit nicht versichert. (Eine Kopie der Mitgliedsbescheinigung meiner letzten Krankenkasse ist beigelegt.)
 - Ich war bis _____ gesetzlich versichert bei _____ .
 - Ich war bis _____ privat versichert bei _____ .
 - Ich war weder gesetzlich noch privat versichert.

Familienversicherung

Haben Sie Familienangehörige, die mitversichert werden sollen?

Ich habe Kinder. Ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern. Ich habe keine Kinder.

Bisherige Krankenkasse

Ich war zuletzt krankenversichert bei (Name der Krankenkasse/Geschäftsstelle):

- als Pflichtversicherter. als freiwilliges Mitglied. als Familienversicherter.
- Ich war zuletzt privat versichert und füge Unterlagen über die letzten 5 Jahre bei.
- Ich bestätige, dass ich mindestens 18 Monate bei meiner bisherigen Krankenkasse versichert war.
- Die Kündigungsbestätigung liegt bei. **Die Kündigungsbestätigung folgt binnen 14 Tagen.**

Bankverbindung*

Kontoinhaber _____ Geldinstitut _____

Ihr Ansprechpartner

IBAN _____ BIC _____

- Ja, die BAHN-BKK darf mich per Telefon, E-Mail oder SMS über Neuerungen und Services informieren.
- Ja, ich bin an einer Krankenzusatzversicherung interessiert. Die BAHN-BKK darf meine Adressdaten sowie Telefonnummer nur zu diesem Zweck an meine regional zuständige Agentur der DEVK weitergeben. Von dort werde ich dazu kontaktiert. Mein Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum, Unterschrift

Name oder Stempel

*Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften notwendig. (§§ 284, 206 SGB V; §§ 94, 50 Mitgliedschaftserklärung SGB XI) Die Angaben zu Telefon, Mobilfunk, E-Mail und zur Bankverbindung sind freiwillig, helfen uns aber, Ihre Anliegen schneller zu bearbeiten. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Wir sind für Sie da!

Pflege ist ein komplexes und anspruchsvolles Thema, das nicht nur den Pflegebedürftigen, sondern auch die Pflegepersonen und Angehörigen vor enorme Herausforderungen stellt. Wir beraten Sie gerne zu unseren Unterstützungsangeboten: Persönlich in unseren **ServicePunkten**, telefonisch unter der **kostenfreien Servicenummer** ☎ **0800 22 46 255** oder online unter: 🌐 **www.bahn-bkk.de**

Service garantiert – auch am Wochenende!

Wir beraten Sie gerne täglich von 8 bis 20 Uhr. Und das kostenfrei.

☎ 0800 22 46 255
✉ service@bahn-bkk.de
🌐 **www.bahn-bkk.de**

