



Diese Broschüre informiert umfassend über die soziale Pflegeversicherung. Sie gibt Aufschluss über das Versicherungs- und Beitragsrecht sowie über die Leistungen. Bei weiteren Fragen stehen Ihnen unsere Geschäftsstellen beratend zur Seite.

**DAK-Versicherungsexperten** informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.

**DAKdirekt 01801-325 325 – 24 Stunden an 365 Tagen**

3,9 Cent/Minute aus dem Festnetz der Dt. Telekom. Abweichungen bei Anrufen aus Mobilfunknetzen.

**DAK-Medizinexperten** antworten auf alle Fragen zu medizinischen Themen. Mit Kinder- und Sportmedizin-Hotline.

**DAKGesundheitdirekt 01801-325 326 – 24 Stunden an 365 Tagen**

3,9 Cent/Minute aus dem Festnetz der Dt. Telekom. Abweichungen bei Anrufen aus Mobilfunknetzen.

**DAK-Medizinexperten** helfen Ihnen weltweit bei Erkrankungen im Urlaub.

**DAKAuslanddirekt 0049-621-549 00 22 – 24 Stunden an 365 Tagen**

[www.dak.de](http://www.dak.de)



# Pflegeversicherung.

Anspruch und Leistungen.



# Soziale Pflegeversicherung.

<b>Vorwort</b> .....	03	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen .....	16
		Leistungsumfang .....	16
<b>Versicherungs- und Beitragsrecht</b> .....	05	Finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung	
Allgemeines .....	05	des Wohnumfeldes .....	17
Versicherter Personenkreis .....	05	Tages- und Nachtpflege .....	17
Kassenzuständigkeit .....	06	Kurzzeitpflege .....	19
Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung .....	06	Betreuungsleistungen .....	19
Mitgliedschaft .....	06	Vollstationäre Pflege .....	20
Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalt .....	06	Leistungshöhe .....	20
Beitragsatz .....	06	Pflege in vollstationären Einrichtungen	
Beitragspflichtige Einnahmen .....	07	der Behindertenhilfe .....	21
Beitragstragung .....	07	Leistungen zur sozialen Sicherung	
Beitragstragung in Sachsen .....	07	selbstbeschaffter Pflegepersonen .....	21
Beitragszuschuss .....	08	Pflegekurse für Angehörige	
Beitragsfreiheit .....	08	und ehrenamtliche Pflegepersonen .....	21
		Soziale Absicherung bei Inanspruchnahme	
		der Pflegezeit .....	21
		Ruhe des Leistungsanspruchs/Zusammentreffen	
		mit Leistungen anderer Sozialleistungsträger .....	22
		<b>HanseMercur ZusatzSchutz DAKplus Pflege</b> .....	23
<b>Leistungen Pflegeversicherung</b> .....	09		
Allgemeines .....	09		
Anspruchsvoraussetzungen .....	09		
Vorversicherungszeit .....	09		
Pflegebedürftigkeit .....	10		
<b>Pflegestufen</b> .....	11		
Antragstellung .....	11	Herausgeber: DAK-Pflegekasse	
Welche Leistungen stehen zur Verfügung? .....	12	Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg	
Pflegesachleistung .....	13	Internet: <a href="http://www.dak.de">www.dak.de</a>	
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegepersonen .....	14	<b>DAKdirekt: 01801-325 325</b>	
Kombination von Geld- und Sachleistung .....	15		
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson .....	15	Gestaltung: Studio Szczesny, Hamburg	

Die soziale Pflegeversicherung ist neben der

- Kranken-,
- Unfall-,
- Renten- und
- Arbeitslosenversicherung

die fünfte Säule unseres Sozialversicherungssystems.

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die kompetenten Mitarbeiter/-innen unserer Geschäftsstellen, die Sie gerne beraten.

Ihre



Das Pflegeversicherungs-Gesetz zielt darauf ab, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern.

Rund 80 Millionen Bundesbürger werden in den Versicherungsschutz einbezogen. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei den Krankenkassen – also auch bei der DAK – errichtet und von diesen verwaltet werden.



# Versicherungs- und Beitragsrecht.

## Allgemeines

Für die Pflegeversicherung ist gesetzlich festgelegt, dass jeder dort pflegeversichert wird, wo sein Krankenversicherungsschutz besteht. Das gilt sowohl für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen als auch für die bei einem Versicherungsunternehmen privat Krankenversicherten. Es gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“.

## Versicherter Personenkreis

Alle Versicherten (Pflicht- und freiwillig Versicherte) der gesetzlichen Krankenversicherung sind in die soziale Pflegeversicherung einbezogen.

Privat gegen das Risiko Krankheit Versicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen.

Darüber hinaus besteht Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auch für eine Reihe sonstiger Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland. Im Einzelnen sind dies Personen, die

- nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
- Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
- Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) beziehen,
- in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind.

## Beitrittsberechtigt sind vom 01.07.2002 an

- nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer keinen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Personen, die aus dem Sozialhilfebezug ausscheiden (§ 26 a Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

Ehegatten und Kinder, die in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind, sind auch in der sozialen Pflegeversicherung familienversichert.



**Kassenzuständigkeit**

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Mitgliedschaft zur Krankenversicherung besteht. Die DAK-Pflegekasse ist folglich für alle bei der DAK krankenversicherten Mitglieder zuständig.

Für sonstige Personen (ohne Soldaten auf Zeit) ist die DAK-Pflegekasse für die Durchführung der Pflegeversicherung zuständig, wenn die DAK im Krankheitsfall mit der Leistungserbringung beauftragt ist. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die DAK-Pflegekasse gewählt werden.

Soldaten auf Zeit (ohne Krankenversicherungsschutz) können die DAK-Pflegekasse wählen.

**Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung**

Von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung können Personen befreit werden, die freiwillig krankenversichert sind und innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Krankenversicherung den Antrag auf Befreiung stellen.

**Mitgliedschaft**

Die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung richtet sich nach der Dauer der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung. Die Pflegekassen-Mitgliedschaft beginnt somit mit dem Tag des Beginns und endet mit dem letzten Tag der Krankenkassen-Mitgliedschaft.

Für sonstige Personen besteht die Pflegeversicherung, solange die Voraussetzungen vorliegen.

**Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalt**

Wer ins Ausland zieht, kann innerhalb eines Monats einen Antrag auf Weiterversicherung stellen. Das Weiterversicherungsrecht wegen Wohnortverlegung ins Ausland ist an keine Vorversicherungszeit gebunden.

**Beitragsatz**

**Der Beitragsatz beträgt 1,95 Prozent.**

**Ausnahme:**

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen – nicht als berücksichtigungsfähiger Angehöriger – Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, beträgt der Beitragsatz die Hälfte (halber Leistungsanspruch).

**Beitragszuschlag für Kinderlose**

Seit 01.01.2005 gilt für kinderlose Mitglieder ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozent.

Von dem Beitragszuschlag sind freigestellt:

- Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres,
- Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren sind,
- Wehr- und Zivildienstleistende,
- Bezieher von Arbeitslosengeld II,
- Bezieher von Arbeitslosengeld und weiterer Leistungen nach dem SGB III,
- Mitglieder, die die Elterneigenschaft nachgewiesen haben.

Die Elterneigenschaft ist bei der beitragsabführenden Stelle, z. B. mit der Geburtsurkunde des Kindes, nachzuweisen. Selbstzahler weisen die Elterneigenschaft bei der Pflegekasse nach.

**Beitragspflichtige Einnahmen**

Für die Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung sind grundsätzlich dieselben beitragspflichtigen Einnahmen wie in der Krankenversicherung maßgebend.

**Beitragstragung**

Es besteht weitgehend Übereinstimmung mit der Krankenversicherung. Der Beitragszuschlag für Kinderlose ist vom Mitglied allein zu tragen. Krankenversicherungspflichtige Rentner tragen den gesamten Beitrag zur Pflegeversicherung seit 01.04.2004 allein.

**Beitragstragung in Sachsen**

Da im Bundesland Sachsen mit Einführung der Pflegeversicherung nicht zugleich auch ein Feiertag gestrichen wurde, tragen die Beschäftigten den Beitrag für die erste Stufe der Pflegeversicherung (1 Prozent) allein.

Zum 01.07.1996 (Beginn der vollstationären Pflege) wurde der Beitrag bundesweit auf 1,7 Prozent, zum 01.07.2008 auf 1,95 Prozent erhöht, ohne dass eine weitere Kompensation für die Arbeitgeber festgelegt wurde. Den 1 Prozent übersteigenden Beitragsteil tragen auch in Sachsen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Hälfte:

Beitragstragung im Bundesland Sachsen:  
Arbeitnehmer: 1,475 Prozent,  
Arbeitgeber: 0,475 Prozent.



# Leistungen Pflegeversicherung.

## Beitragszuschuss

Einen Anspruch auf Beitragszuschuss haben folgende freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Angestellte und Arbeiter,
- bestimmte Vorruhestandsgeldbezieher,
- von der Krankenversicherungspflicht befreite selbstständige Künstler und Publizisten.

Außerdem erhalten Auszubildende und Studenten, die Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG) beziehen, einen Pflegeversicherungszuschlag.

## Beitragsfreiheit

Beitragsfrei sind

- Familienangehörige, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung haben,
- Rentenantragsteller, wenn sie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei sind,
- Bezieher von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld (für diese Leistungen),
- auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits bestimmte Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder entsprechend anzuwendenden Gesetzen, dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Beamtenversorgungsgesetz erhalten, wenn keine Familienversicherten mitversichert sind.

## Allgemeines

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in 2 Stufen eingeführt. Am 01.04.1995 begannen die Leistungen im ambulanten Bereich. Seit 01.07.1996 beteiligt sich die Pflegeversicherung auch an den Kosten einer vollstationären Pflege, wenn andere Pflegemaßnahmen nicht ausreichen.

Vorrangig sollen die Leistungen der Pflegeversicherung aber dazu dienen, die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Sie werden zur Verfügung gestellt in Form von

- Geldleistungen (Pflegegeld),
- Sach- und Dienstleistungen (Pflegehilfsmittel, technische Hilfen, Einsatz von Pflegepersonal)

für den Bedarf der Pflegebedürftigen an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie in Form von

- Kostenerstattung (Betreuungsleistungen).

Sach- und Dienstleistungen können nur durch Vertragspartner der Pflegekasse in Anspruch genommen werden.

## Anspruchsvoraussetzungen

Voraussetzungen für die Leistungen sind

- die Erfüllung einer bestimmten Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung,
- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit,
- die Zuordnung zu einer der 3 Pflegestufen entsprechend dem Pflegebedarf,
- für Betreuungsleistungen das Vorliegen eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung,
- die Antragstellung.

Die Pflegekasse hat durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt und ob ein erheblicher Betreuungsbedarf besteht. Dies geschieht in der Regel durch eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in seinem häuslichen Bereich.

## Vorversicherungszeit

Anspruch auf Leistungen besteht, wenn die Pflegebedürftigen eine Vorversicherungszeit erfüllt haben. Innerhalb der letzten zehn Jahre müssen mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung zurückgelegt worden sein.

Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.



### Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die auf Dauer, jedoch voraussichtlich mindestens für 6 Monate, infolge von Krankheiten oder Behinderungen durch Verluste, Lähmungen oder Funktionsstörungen am Stütz- oder Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Funktionsstörungen des Zentralnervensystems, Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen, endogene Psychosen und Neurosen und geistige Behinderungen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens wie

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und/oder Blasenentleerung,
- Ernährung: mundgerechte Zubereitung oder die Aufnahme der Nahrung,
- Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

- hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechsel und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung

in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

## Pflegestufen.

Die Höhe einiger Leistungen ist nach Pflegestufen gestaffelt.

### Pflegestufe I

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche zeitliche Hilfebedarf muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

### Pflegestufe II

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche zeitliche

Hilfebedarf muss im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden betragen, davon müssen mindestens 2 Stunden auf die Grundpflege entfallen.

### Pflegestufe III

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche zeitliche Hilfebedarf muss im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden betragen, davon müssen mindestens 4 Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

### Antragstellung

Die Leistungen werden ab dem Tag gewährt, an dem der Leistungsantrag bei der Pflegekasse eingeht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen bereits ab Beginn des Monats der Antragstellung zur Verfügung gestellt.



### Welche Leistungen stehen zur Verfügung?

Aus der Pflegeversicherung werden folgende Leistungen zur Verfügung gestellt:

1. Pflegesachleistung
2. Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegepersonen
3. Kombination von Geld- und Sachleistung
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
6. finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes
7. Tages- und Nachtpflege
8. Kurzzeitpflege
9. Betreuungsleistungen
10. vollstationäre Pflege

11. vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen
12. Leistungen zur sozialen Sicherung selbstbeschaffter Pflegepersonen
13. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

### Pflegesachleistung

Die Pflegesachleistung erhalten Pflegebedürftige, die im eigenen Haushalt oder im Haushalt, in den sie aufgenommen worden sind, gepflegt werden.

Sie umfasst die Hilfestellung bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung und wird von Pflegepersonen erbracht, die Vertragspartner der Pflegekasse sind.

Der Leistungsumfang ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflegestufe	Inanspruchnahme von Pflegeeinsätzen bis zu einem Gesamtwert von monatlich		
	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I erheblich Pflegebedürftige	420,00 €	440,00 €	450,00 €
II Schwerpflegebedürftige	980,00 €	1.040,00 €	1.100,00 €
III Schwerstpflegebedürftige	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €

In besonderen Härtefällen, z. B. bei Krebserkrankungen im Endstadium mit mehrfachem nächtlichem Hilfebedarf, kann der Leistungsanspruch bis auf 1.918 € monatlich ausgedehnt werden.

Der volle Anspruch besteht auch in Teilmonaten.



### Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegepersonen

Versicherte können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen, wenn sie die Pflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) in geeigneter Form selbst sicherstellen.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen einen Beratungseinsatz durch eine Vertragseinrichtung in Anspruch zu nehmen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass keine Pflegefehler auftreten bzw. Pflegefehler rechtzeitig erkannt werden. Dieser Einsatz durch eine professionelle Pflegekraft dient damit in erster Linie der Beratung der Pflegeperson. Die Kosten hierfür bezahlt die Pflegekasse.

Das Pflegegeld und die Häufigkeit der abzurufenden Beratungseinsätze sind entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt.

Pflegestufe	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012	Häufigkeit der Beratungseinsätze
I erheblich Pflegebedürftige	215,00 €	225,00 €	235,00 €	einmal je Kalenderhalbjahr
II Schwerpflegebedürftige	420,00 €	430,00 €	440,00 €	einmal je Kalenderhalbjahr
III Schwerstpflegebedürftige	675,00 €	685,00 €	700,00 €	einmal je Kalendervierteljahr

Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für den gesamten Kalendermonat, wird der Anspruch entsprechend gekürzt. Bei Krankenhausbehandlung oder stationärer Rehabilitationsmaßnahme des Pflegebedürftigen sowie bei häuslicher Krankenpflege anstelle oder zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung wird das Pflegegeld für 4 Wochen weitergezahlt.

### Kombination von Geld- und Sachleistung

Wird die Sachleistung nur teilweise in Anspruch genommen, erhält der Versicherte daneben anteiliges Pflegegeld.

Das anteilige Pflegegeld richtet sich danach, wie viel Prozent des Höchstbetrages für die Pflegesachleistung in dem betreffenden Kalendermonat durch die Leistungen des Pflegedienstes verbraucht wurde. Wenn zum Beispiel 70 Prozent des Höchstbetrages für die Pflegesachleistung in Anspruch genommen wird, können vom Pflegegeld noch 30 Prozent ausgezahlt werden.

### Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Bei Verhinderung einer selbstbeschafften Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzkraft für längstens 4 Wochen und bis zu einem Kostenaufwand von 1.470,00 € im Kalenderjahr (ab 01.01.2010 – 1.510,00 €, ab 01.01.2012 – 1.550,00 €). Wird die Ersatzpflege von einer Pflegeperson geleistet, die nicht erwerbsmäßig pflegt, ist die Leistung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen übernommen werden, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (z. B. Verdienstausschlag, Fahrtkosten), zusammen mit der Leistung in Höhe des Pflegegeldes jedoch nur bis zum oben genannten Höchstbetrag.

Von einer nicht erwerbsmäßigen Pflege ist dann auszugehen, wenn die Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt.

Anstelle einer Ersatzpflege im häuslichen Bereich kann die Ersatzpflege auch in einer dafür geeigneten Einrichtung in Anspruch genommen werden. Auch hierfür ist die Erstattung der pflegebedingten Aufwendungen (ohne Kosten für Unterkunft und Verpflegung) auf 4 Wochen und auf den Höchstbetrag von 1.432 € im Kalenderjahr begrenzt.

Der Anspruch besteht erstmalig nach einer mindestens 6-monatigen häuslichen Pflege.



**Pflegehilfsmittel**

Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht

- zur Erleichterung der Pflege,
- zur Linderung der Beschwerden,
- zur Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung.

Die Notwendigkeit der Versorgung wird von der Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes geprüft.

**Leistungsumfang**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu einem Höchstbetrag von 31 € je Monat übernommen.

Die Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln umfasst auch die Anpassung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten eine Zuzahlung von 10 % – höchstens 25 € – je technisches Pflegehilfsmittel.

Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Bei Ablehnung der leihweisen Überlassung tragen die Versicherten die Kosten in voller Höhe selbst.

**Finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Finanzielle Zuschüsse der Pflegeversicherung zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden gewährt, wenn

- die Pflege dadurch ermöglicht oder erheblich erleichtert wird oder
- dadurch eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederhergestellt wird.

Die Zuschusshöhe ist unter Berücksichtigung der Kosten und des Einkommens des Pflegebedürftigen zu bemessen. Der Höchstbetrag je Maßnahme beträgt 2.557 €.

Art und Umfang der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und nähere Einzelheiten zu den finanziellen Zuschüssen werden durch einheitliche Richtlinien der Pflegekassen festgelegt.

**Tages- und Nachtpflege**

Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege besteht, wenn häusliche Pflege nicht im ausreichenden Umfang sichergestellt werden kann. Der Leistungsanspruch umfasst die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind vom Versicherten zu zahlen.

Leistungen werden bis zu folgenden Höchstbeträgen im Kalendermonat zur Verfügung gestellt:

Pflegestufe	bis zu		
	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I erheblich Pflegebedürftige	420,00 €	440,00 €	450,00 €
II Schwerpflegebedürftige	980,00 €	1.040,00 €	1.100,00 €
III Schwerstpflegebedürftige	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €

Neben der teilstationären Pflege besteht für den im Haushalt erforderlichen Hilfebedarf entweder Anspruch auf Pflegegeld oder auf die Pflegesachleistung (Hilfe durch einen Pflegedienst). Bei Inanspruchnahme einer Leistung bis zu 50 Prozent des Höchstbetrages besteht daneben ab dem 01.07.2008 Anspruch auf die andere Leistung in vollen Umfang. Wird für eine Leistung mehr als 50 Prozent in Anspruch genommen, reduziert sich der Anspruch auf die andere Leistung entsprechend.



#### Kurzzeitpflege

Kann häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, kann

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

vollstationäre Kurzzeitpflege bis zu längstens 4 Wochen und bis zu einem Höchstbetrag von 1.470,00 € im Kalenderjahr (ab 01.01.2010 – 1.510,00 €, ab 01.01.2012 – 1.550,00 €) beansprucht werden. Der Leistungsanspruch umfasst die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind vom Versicherten zu zahlen.

#### Betreuungsleistungen

Betreuungsleistungen können Versicherte erhalten, die zu Hause gepflegt werden und bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht. Anspruch haben nicht nur Pflegebedürftige sondern auch Personen, deren Hilfebedarf die Pflegestufe I noch nicht erreicht. Die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Für diesen Personenkreis stellt die DAK-Pflegekasse abhängig vom Umfang des Betreuungsbedarfs bis zu 2.400,00 € im Kalenderjahr zur Verfügung. Der Betrag wird jedoch nicht pauschal ausgezahlt, sondern nach Inanspruchnahme der Leistungen erstattet.

Berücksichtigt werden können hierbei Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Tages- oder Nachtpflege bzw. Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
- besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung durch zugelassene Pflegedienste,
- anderweitigen Betreuungsangeboten, die nach Landesrecht anerkannt sind.



**Vollstationäre Pflege**

Vollstationäre Pflege wird gewährt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des Einzelfalles nicht in Betracht kommt. Vollstationäre Pflege kann in Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden.

**Leistungshöhe bei notwendiger vollstationärer Pflege**

Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung werden monatlich in folgender Höhe übernommen:

Pflegestufe	bis zu		
	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I erheblich Pflegebedürftige	1.023,00 €	1.023,00 €	1.023,00 €
II Schwerpflegebedürftige	1.279,00 €	1.279,00 €	1.279,00 €
III Schwerstpflegebedürftige	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €

Liegt in besonders gelagerten Einzelfällen ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf vor, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, können die vorstehend genannten Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von monatlich 1.750,00 € (ab 01.01.2010 – 1.825,00 €, ab 01.01.2012 – 1.918,00 €) übernommen werden. Über diese Aufwendungen hinausgehende Kosten – z. B. für Unterkunft und Verpflegung – sind vom Pflegebedürftigen selbst aufzubringen.

**Leistungshöhe bei gewählter, aber nicht notwendiger vollstationärer Pflege**

Wird vollstationäre Pflege gewählt, obwohl sie nicht zwingend notwendig ist, besteht ein Leistungsanspruch auf die notwendige Sachleistung in folgender Höhe:

Pflegestufe	bis zu		
	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
I erheblich Pflegebedürftige	420,00 €	440,00 €	450,00 €
II Schwerpflegebedürftige	980,00 €	1.040,00 €	1.100,00 €

**Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung der Behinderten im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der Pflegeaufwendungen 10 % des mit dem Sozialhilfeträger vereinbarten Heimentgeltes, höchstens jedoch 256 € je Kalendermonat.

Bei zeitweiser Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden) besteht unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld oder auf eine anteilige Pflegesachleistung.

**Leistungen zur sozialen Sicherung selbstbeschaffter Pflegepersonen**

„Selbstbeschaffte Pflegepersonen“ im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in häuslicher Umgebung pflegen. Außerdem darf die Vergütung für die Pflegetätigkeit das gesetzliche Pflegegeld nicht übersteigen.

Für diese selbstbeschafften Pflegepersonen übernimmt die DAK-Pflegekasse die Beitragszahlungen zur Rentenversicherung. Die Beiträge richten sich nach der Stufe der Pflegebedürftigkeit und nach den wöchentlichen Pflegestunden. Ist die Pflegeperson regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich anderweitig erwerbstätig, entfällt die Beitragszahlung zur Rentenversicherung.

Darüber hinaus sind Pflegepersonen in Zusammenhang mit ihrer Pflegetätigkeit generell und kostenlos gesetzlich unfallversichert. Näheres erfahren Sie bei jeder DAK-Geschäftsstelle oder den Berufsgenossenschaften. Ferner besteht seit dem 01.02.2006 für Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung. Pflegepersonen, die die Pflegetätigkeit aufgeben und ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, können nach Maßgabe der Vorschriften des Dritten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB III) bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung Unterhaltsgeld erhalten. Auskünfte erhalten Sie bei der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit.

**Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

Die Pflegekassen bieten unentgeltliche Pflegekurse an.

Die Schulung der Pflegepersonen kann auch in der häuslichen Umgebung stattfinden. Es ist möglich, dass die Pflegekasse eigene Kurse durchführt oder andere geeignete Einrichtungen damit beauftragt.

**Soziale Absicherung bei Inanspruchnahme der Pflegezeit**

Jeder Arbeitnehmer bei einem Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten, der einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegt, hat Anspruch auf eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu 6 Monaten. Während dieser Zeit bleibt die Arbeitslosenversicherung bestehen. Die Beiträge dafür zahlt die DAK-Pflegekasse. Wenn keine Familienversicherung möglich ist und sich die Pflegeperson für die Dauer der Pflegezeit freiwillig kranken- und pflegeversichern muss, übernimmt die DAK-Pflegekasse auch die hierfür erforderlichen Mindestbeiträge.



### Ruhen des Leistungsanspruchs/ Zusammentreffen mit Leistungen anderer Sozialleistungsträger

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ruht:

- solange sich Versicherte im Ausland aufhalten,

#### Ausnahmen:

- Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr wird das Pflegegeld weitergezahlt. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet.
- Für Pflegebedürftige, die in Deutschland pflegeversichert sind und sich in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR-Staaten) vorübergehend aufhalten, dort wohnen oder ihren Wohnsitz dorthin verlegen wollen, gelten Sonderregelungen. Auskünfte hierzu erteilen die Geschäftsstellen.

- bei Krankenhausaufenthalt (Ausnahme siehe unter Pflegegeld),
- bei Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (Ausnahme siehe unter Pflegegeld),
- wenn die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung durch häusliche Krankenpflege anstelle oder zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung zur Verfügung gestellt werden (Ausnahme siehe unter Pflegegeld),
- soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit
  - nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen vergleichbaren Gesetzen,
  - aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversicherung oder Unfallfürsorge erhalten.

Die Leistungen der Pflegeversicherung haben Vorrang vor den Fürsorgeleistungen nach dem Sozialhilferecht, dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz, dem Flüchtlingshilfegesetz, dem

Bundesversorgungsgesetz oder anderen vergleichbaren Gesetzen.

Weitergehende Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialhilferecht bleiben unberührt.

Erforderliche medizinische Hilfeleistungen der Behandlungspflege (Einreibungen, Verbandwechsel usw.) werden bei häuslicher Pflege neben den Leistungen der Pflegeversicherung weiterhin im Rahmen der häuslichen Krankenpflege aus der Krankenversicherung zur Verfügung gestellt.

# DAKplus Pflege. Mit Sicherheit gut versorgt.

Die Bevölkerung wird immer älter und deshalb steigt auch die Anzahl der Pflegefälle. Aber ein Pflegefall zu werden ist nicht nur eine Frage des Alters. Jeder kann aufgrund von Krankheit oder Unfall pflegebedürftig werden. Heute nehmen bereits 2 Millionen Bundesbürger Pflegeleistungen in Anspruch.

Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt einen Teil dieser Kosten ab, z. B. in Pflegestufe III bei einem stationären Aufenthalt ca. 1.500,00 € im Monat. Ein Platz im Pflegeheim kostet aber ca. 3.500 €\*. Die Differenz ist vom Pflegebedürftigen oder den Angehörigen zu leisten, also ca. 2.000 € monatlich – eine stattliche Summe.

Gemeinsam mit der HanseMercur hat die DAK den Tarif **DAKplus Pflege** entwickelt, der Ihnen die Möglichkeit bietet, Ihre gesetzliche Pflegeversicherung optimal zu ergänzen. Mit **DAKplus Pflege** erhalten Sie zusätzlich in jeder Pflegestufe bis zu 2.250 € monatlich und damit die finanzielle Sicherheit, die Sie im Ernstfall brauchen werden.

\* Zahlen aus einem Hamburger Pflegeheim, Stand 01.06.2006

### DAKplus Pflege sichert Lebensqualität – nicht nur im Alter.

- Der Tarif **DAKplus Pflege** entspricht den Forderungen der Verbraucherschützer.
- **DAKplus Pflege** leistet in jeder Pflegestufe – im kostenintensiven stationären Bereich sogar schon ab Pflegestufe I zu 100 %.
- Ein Kostennachweis ist nicht nötig. Sie erhalten die Leistungen auch, wenn Sie sich durch Angehörige pflegen lassen.
- Günstige Beiträge – exklusiv für DAK-Mitglieder.



Das Beste: STIFTUNG WARENTEST hat **DAKplus Pflege** als günstigen Tarif mit verbraucherfreundlichen Leistungen ausgezeichnet.

Sie möchten weitere Informationen? Dann gleich anrufen unter 0180-1 12 13 16 (zum Ortstarif). Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr.