

Informationen

über Leistungen der Pflegeversicherung

Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE unterstützt Sie im Fall der Pflegebedürftigkeit. Wir informieren Sie über die Möglichkeiten, die Ihnen das Pflegeversicherungsgesetz bietet. Außerdem möchten wir Sie beim Ausfüllen des Antrags unterstützen. Mit den folgenden Informationen wollen wir Ihnen helfen, aus dem Angebot die Leistungen auszuwählen, die Ihren persönlichen Bedürfnissen am besten entsprechen. Über den Leistungsantrag können wir erst entscheiden, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine Begutachtung durchgeführt hat. Bitte schicken Sie den ausgefüllten Antrag möglichst schnell zurück; der Leistungsbeginn ist unter anderem vom Zeitpunkt der Antragstellung abhängig. Sollte für Sie ein Betreuer oder Bevollmächtigter eingesetzt sein, bitten wir Sie, die entsprechenden Nachweise dem Antrag beizufügen oder das beigefügte Vollmachtsformular zu verwenden.

Bevor wir den Antragsvordruck und die einzelnen Leistungen erläutern, zunächst einige allgemeine Hinweise:

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die auf Dauer ...

jedoch voraussichtlich mindestens für 6 Monate gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Ob jemand pflegebedürftig ist, bestimmt sich ausschließlich nach dem Grad der Selbstständigkeit.

Um einen gesamtheitlichen Eindruck des Pflegebedürftigen zu erhalten und den Grad der Selbstständigkeit einer Person zu messen, werden Aktivitäten in sechs pflegerelevanten **Bereichen** untersucht:

- ① **Mobilität** (körperliche Beweglichkeit, zum Beispiel: morgens aufstehen vom Bett und ins Badezimmer gehen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)
- ② **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (verstehen und reden, zum Beispiel: Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte begreifen, erkennen von Risiken, andere Menschen im Gespräch verstehen)
- ③ **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (zum Beispiel: Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)
- ④ **Selbstversorgung** (zum Beispiel: sich selbstständig waschen und ankleiden, essen und trinken, selbstständige Benutzung der Toilette)
- ⑤ **Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (zum Beispiel: die Fähigkeit haben, die Medikamente selber einzunehmen, die Blutzuckermessung selbst durchzuführen und deuten zu können oder gut mit einer Prothese oder dem Rollator zurecht zu kommen, den Arzt selbstständig aufsuchen zu können)
- ⑥ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (zum Beispiel: die Fähigkeit haben, den Tagesverlauf selbstständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder jemanden ohne Hilfe zu besuchen)

Nach einem pflegefachlich begründetem Begutachtungsinstrument werden jeweils in diesen sechs Bereichen Punkte vergeben, die darstellen, inwieweit die Selbstständigkeit einer Person eingeschränkt ist. Anhand der Ergebnisse – indem durch Addition der Punkte aus allen sechs Bereichen, wobei bei den Bereichen ② und ③ nur der Bereich mit dem höheren Punktwert in die Gesamtbewertung eingeht, eine Gesamtpunktzahl ermittelt wird – erfolgt die Zuordnung des Pflegebedürftigen in einen der fünf **Pflegegrade**:

- 1 Ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 2 Ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 3 Ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 4 Ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 5 Ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Besonderheit:

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zum 18. Lebensmonat. Bei der aufgrund des Alters noch natürlichen hohen Unselbstständigkeit werden nur die altersunabhängigen Bereiche ③ und ⑤ zur Beurteilung herangezogen. Sie werden außerdem pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder und Erwachsene. Ab einem Alter von elf Jahren entfallen diese Besonderheiten.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit / Mitwirkung des Versicherten

Wir sind gesetzlich verpflichtet, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen, ob Sie pflegebedürftig sind und welcher Pflegegrad zutrifft. In diesem Zusammenhang werden vom MDK die Möglichkeiten der Rehabilitation, der Prävention und Krankenbehandlung geprüft, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Der MDK wird mit Ihnen einen Besuchstermin vereinbaren. Ihr Einverständnis hierfür ist unbedingt notwendig, damit wir die beantragten Leistungen bewilligen können.

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antragsvordruck genehmigen Sie auch, dass der MDK zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit die nötigen Auskünfte und Unterlagen von den Sie behandelnden Ärzten einholen kann. Bitte beachten Sie, dass bei fehlenden medizinischen Informationen über Ihren Antrag möglicherweise nicht entschieden werden kann.

Persönliche Angaben

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 94 und 50 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - in Verbindung mit § 21 SGB - Zehntes Buch (X) - erforderlich. Die Angabe der Bankverbindung und der Telefonnummer ist freiwillig. Wenn Sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und wir für Ihre private Pflegeperson wegen der Pflegetätigkeit Rentenversicherungsbeiträge zahlen, müssen Angaben zu dieser Person nach § 44 SGB XI von uns an die Beihilfestelle bzw. den Dienstherrn weitergeleitet werden.

Erläuterungen zu Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegegeld

Anstelle der Pflegesachleistung oder einer Kombination aus Pflegesachleistung und Pflegegeld können Sie sich auch für die ausschließliche Zahlung des Pflegegeldes entscheiden. Pflegegeld beantragen Sie, wenn Sie die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine selbstbeschaffte Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat seit 01.01.2017:

Pflegegrad	Geldbetrag
1	0,00 €
2	316,00 €
3	545,00 €
4	728,00 €
5	901,00 €

Wenn Sie ausschließlich Pflegegeld erhalten, müssen Sie in bestimmten zeitlichen Abständen eine Beratung (**häuslicher Beratungseinsatz**) durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle in Anspruch nehmen. Beim Pflegegrad 2 und 3 ist das einmal im Kalenderhalbjahr, beim Pflegegrad 4 und 5 einmal im Kalendervierteljahr. Die Kosten übernimmt Ihre DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE. Diese gesetzliche Vorschrift hat zum Ziel, Ihnen und Ihrer Pflegeperson Unterstützung und Beratung zu geben. Außerdem sollen mögliche Pflegefehler frühzeitig erkannt werden.

Pflegesachleistung

Bei der Pflegesachleistung handelt es sich um häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste. Der Leistungsrahmen umfasst je Kalendermonat seit 01.01.2017:

Pflegegrad	Geldbetrag
1	0,00 €
2	689,00 €
3	1.298,00 €
4	1.612,00 €
5	1.995,00 €

Kombinationsleistung

Sie können die Pflegesachleistungen, die ausschließlich zugelassene Pflegedienste erbringen, auch mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag anderer Anbieter und/oder mit anteiligem Pflegegeld kombinieren. Welchen Anteil der notwendigen Hilfen durch einen Pflegedienst und welche Hilfeleistungen Sie ggf. durch andere Pflegepersonen selbst sicherstellen wollen, entscheiden Sie selbst.

Besonderheit bei der Kombination mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Nicht voll ausgeschöpfte Pflegesachleistungsansprüche können maximal in Höhe von bis zu 40 % des jeweils zutreffenden Sachleistungshöchstbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich um eine Erstattungsleistung; d. h. Sie müssen diese Leistungen vorfinanzieren und können dann die entsprechenden Belege bei der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE zur Erstattung einreichen.

Die Vergütungen der ambulanten Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen, d. h. Rechnungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag anderer Leistungsanbieter können erst nach erfolgter Abrechnung der Pflegesachleistung ggf. erstattet werden. Um zu prüfen, ob eventuell noch ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt werden kann, ist eine zeitnahe Einreichung dieser Belege erforderlich.

Zur Berechnung der Kombinationsleistung werden die Aufwendungen für in Anspruch genommene Pflegesachleistung durch einen Pflegedienst und ggf. durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag addiert.

Wird insgesamt der Höchstbetrag der Pflegesachleistung nicht voll ausgeschöpft, erhalten Sie für die von Ihnen selbst sichergestellte Pflege ein anteiliges Pflegegeld entsprechend Ihres Pflegegrades. 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 % des Höchstbetrages für die Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden, können vom Pflegegeld noch 30 % ausgezahlt werden.

Das anteilige Pflegegeld kann erst berechnet und ggf. gezahlt werden, wenn uns die Rechnungen für die Pflegesachleistung und/oder für das Angebot zur Unterstützung im Alltag vorliegen.

Wenn Sie im Rahmen der Kombinationsleistung auch Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen, müssen Sie ebenso wie die Pflegegeldbezieher (siehe Abschnitt Pflegegeld) in bestimmten zeitlichen Abständen eine Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle in Anspruch nehmen.

Vollstationäre Pflege (gesonderter Antrag erforderlich)

Sie haben Anspruch auf Pflege in einer dafür zugelassenen vollstationären Einrichtung, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Die Aufwendungen für die Pflege, für die medizinische Behandlungspflege und für die soziale Betreuung werden bis zu folgenden monatlichen Höchstbeträgen seit 01.01.2017 übernommen:

Pflegegrad	Geldbetrag
1	125,00 €
2	770,00 €
3	1.262,00 €
4	1.775,00 €
5	2.005,00 €

Kosten, die über die genannten Aufwendungen hinausgehen - z. B. für Unterkunft und Verpflegung - müssen Sie selbst tragen. Wählen Sie vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, zahlen wir zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss. Dieser Zuschuss hat die Höhe des Gesamtwertes der Pflegesachleistung bei ambulanter Pflege gemäß des festgestellten Pflegegrades.

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung der Behinderten im Vordergrund des Einrichtungszwecks steht, gilt Folgendes: Die Pflegekasse übernimmt zur Abgeltung der Pflegeaufwendungen 10 % des mit dem Träger der Sozialhilfe vereinbarten Heimentgeltes, höchstens jedoch 266,00 € 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.

Tages- und Nachtpflege (Teilstationäre Pflege)

Wenn es nicht möglich ist, Ihre Pflege im häuslichen Bereich in ausreichendem Umfang sicherzustellen, haben Sie Anspruch auf teilstationäre Pflege in einer dafür zugelassenen Einrichtung der Tagespflege oder Nachtpflege. So wird Ihre Pflegeperson im Laufe des Tages oder der Nacht entlastet oder es wird die Zeit überbrückt, in der sie einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht.

Die Aufwendungen der teilstationären Pflege werden je Kalendermonat seit 01.01.2017 in folgender Höhe übernommen:

Pflegegrad	Geldbetrag
1	0,00 €
2	689,00 €
3	1.298,00 €
4	1.612,00 €
5	1.995,00 €

Wir können hierbei nur die Aufwendungen für die Pflege, für die soziale Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege berücksichtigen. Darüber hinausgehende Kosten - z. B. für Unterkunft und Verpflegung - müssen Sie selbst tragen (ggf. Erstattung über Ihren Entlastungsbetrag).

Neben der teilstationären Pflege können Sie für den in Ihrem Haushalt erforderlichen Hilfebedarf entweder Pflegegeld und/oder die Pflegesachleistung (Hilfe durch einen Pflegedienst) in Anspruch nehmen.

Ambulant betreute Wohngruppe

Zu den Leistungen der Pflegegrade 1 bis 5 werden Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung von mindestens drei Pflegebedürftigen und höchstens zwölf Personen pauschal seit 01.01.2017 214,00 € für eine Präsenzkraft zur Verfügung gestellt. Neben dem Wohngruppenzuschlag können Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur in Anspruch genommen werden, wenn durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nachgewiesen ist, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht ausreichend sichergestellt ist.

Förderung der Gründung von ambulanten Wohngruppen (gesonderter Antrag erforderlich)

Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Zahlung des Pauschalbetrages für eine Präsenzkraft von 214,00 € monatlich haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulanten Wohngruppe beteiligt sind, kann für die altersgerechte Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich einmalig ein Betrag von bis 2.500,00 € gewährt werden. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000,00 € begrenzt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen.

Verhinderungspflege

Ist Ihre selbstbeschaffte Pflegeperson verhindert, übernehmen wir die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege für höchstens sechs Wochen (42 Tage) und bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612,00 €.

Wird die Verhinderungspflege von einer bis zum zweiten Grad verwandt/verschwägerten oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Pflegeperson geleistet, ist die Leistung auf den Betrag des Pflegegeldes Ihres Pflegegrades begrenzt. Für jeden Tag somit 1/42tel des 1,5fachen monatlichen Pflegegeldes. Zusätzlich übernehmen wir darüber hinaus nachgewiesene Kosten, die Ihrer Pflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstehen (z. B. Verdienstausschlag, Fahrkosten). Hier gilt jedoch zusammen mit dem Pflegegeld der oben genannte Höchstbetrag.

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflege: Sie wurden vor der Verhinderung bereits sechs Monate lang in Ihrer häuslichen Umgebung gepflegt. Diese Leistung können Sie auch bei Verhinderung für einzelne Tage oder Stunden in Anspruch nehmen. **Ausschlaggebend für den Anspruch ist immer die Zeit, an der Ihre Pflegeperson an der Pflege gehindert ist.**

Während der Zeit der Verhinderungspflege wegen Verhinderung Ihrer Pflegeperson – von mindestens 8 Stunden täglich – zahlen wir Ihnen die Hälfte des vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen Pflegegeldes bzw. anteiligen Pflegegeldes bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weiter.

Bei der stundenweisen Verhinderung Ihrer Pflegeperson - unter 8 Stunden täglich - zahlen wir Ihnen das Pflegegeld wie vor Beginn der Verhinderungspflege fort. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor Inanspruchnahme der Ersatzpflege ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand.

Kurzzeitpflege in einer Vertragseinrichtung

Wenn vorübergehend weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, haben Sie Anspruch auf eine zeitlich begrenzte vollstationäre Pflege in einer dafür zugelassenen Einrichtung. Der Anspruch besteht ebenfalls, sofern die Pflege nicht in einer dafür zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden kann, sondern in einer anderen geeigneten Einrichtung durchgeführt wird. Wir übernehmen die Kosten für einen Zeitraum von höchstens acht Wochen je Kalenderjahr und bis zu einem Höchstbetrag von 1.612,00 €. Wir können hierbei nur die Aufwendungen für die Pflege, für die soziale Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege berücksichtigen. Darüber hinausgehende Kosten - z. B. für Unterkunft und Verpflegung - müssen Sie selbst tragen (ggf. Erstattung über Ihren Entlastungsbetrag).

Kurzzeitpflege kann in Betracht kommen

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung (wenn z. B. Ihre häusliche Pflege noch nicht sichergestellt ist).
- in einer sonstigen Krisensituation, in der vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (z. B. völliger Ausfall Ihrer bisherigen Pflegeperson, kurzfristige Verschlimmerung Ihrer Pflegebedürftigkeit).

Während der Zeit der Kurzzeitpflege zahlen wir Ihnen die Hälfte des vor Beginn der Kurzzeitpflege bezogenen Pflegegeldes bzw. anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr weiter. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor Antritt der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pflegegeld bestand.

Besonderheit: Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege**• Kombination von Verhinderungspflege mit Leistungen der Kurzzeitpflege:**

Die Verhinderungspflege kann um bis zu 50 % des Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege angehoben werden, sofern noch entsprechende Leistungsbeträge der Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen.

Dies gilt, sofern die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. In diesem Fall erhöht sich der maximale Anspruch auf insgesamt maximal 2.418,00 €. Die Kombination auch für nachgewiesene Kosten (siehe oben) angewandt werden.

• Kombination von Kurzzeitpflege mit Leistungen der Verhinderungspflege:

Die Kurzzeitpflege kann um bis zu 100 % des Leistungsbetrages der Verhinderungspflege erhöht werden, sofern noch entsprechende Leistungsbeträge der Verhinderungspflege zur Verfügung stehen.

In diesem Fall steigt der Höchstanspruch auf insgesamt bis zu 3.224,00 €. Der grundsätzliche Anspruch besteht auf bis zu acht Wochen.

Während der Zeit der Kombination/Übertragung dieser Leistungen zahlen wir Ihnen die Hälfte des vor Beginn der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege gezahlten Pflegegeldes für bis zu 42 Tage weiter.

Pflegehilfsmittel und Individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (gesonderter Antrag erforderlich)

Wir versorgen Sie mit Pflegehilfsmitteln, die der Erleichterung der Pflege und der Linderung Ihrer Beschwerden dienen oder Ihnen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Es wird unterschieden zwischen

- Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (Kostenübernahme bis zu 40,00 € je Kalendermonat) und
- Technischen Pflegehilfsmitteln; diese werden vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt. Wenn das nicht möglich ist, übernehmen wir die Kosten für die Beschaffung. Wenn Sie über 18 Jahre alt sind, müssen Sie allerdings einen Eigenanteil von 10 % tragen (höchstens jedoch 25,00 € je Pflegehilfsmittel).

Für Individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können wir Zuschüsse bis zu 4.000,00 € für jeden Pflegebedürftigen leisten.

Ob und in welcher Weise Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen notwendig sind, überprüfen wir in Zusammenarbeit mit einer beauftragten Pflegekraft oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der MDK kann schon anlässlich der Prüfung der Pflegebedürftigkeit Empfehlungen über die Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen geben.

Entlastungsbetrag

Um die Situation Pflegebedürftiger und Ihrer Angehörigen zu erleichtern, gibt es zusätzlich einen Entlastungsbetrag. Er ist Bestandteil der häuslichen Pflege, ergänzt also die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege. Alle Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 €.

Der Entlastungsbetrag kann allerdings nicht zur freien Verfügung ausgezahlt, sondern nur zur Finanzierung folgender qualitätsgesicherter Betreuungsangebote eingesetzt werden:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste, jedoch nicht Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag

Rechnungen über entstandene Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser Angebote reichen Sie bitte zur Erstattung bei der Pflegekasse ein.

Welche zusätzlichen Leistungen gibt es?

Wichtig, wenn Sie im häuslichen Bereich gepflegt werden:

Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE zahlt zusätzliche Leistungen bei „**Pflegezeit**“. Beschäftigte in einem Betrieb ab 16 Personen können sich für sechs Monate von Ihrer Arbeit unbezahlt freistellen lassen, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu pflegen. Während dieser Pflegezeit zahlt die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE für die Pflegeperson Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Ferner erhält die Pflegeperson von der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE auf Antrag Zuschüsse zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag.

Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE bietet kostenfreie **Pflegekurse** für Ihre Angehörigen und für andere Personen, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihre Geschäftsstelle der DAK-Gesundheit.

Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE bietet Ihnen bei erstmaligem Antrag auf Leistungen eine **Pflegeberatung** innerhalb von 14 Tagen nach der Antragstellung an. Hier haben Sie die Möglichkeit, sich allgemein über Leistungen der Pflegeversicherung beraten zu lassen oder eine individuelle Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. Sollten Sie diese Beratung in Anspruch nehmen wollen, dann wählen Sie zwischen einer der beiden Möglichkeiten aus, die Kollegen werden Sie kontaktieren.

Füllen Sie bitte außerdem die beigelegte Datenschutzerklärung aus.

Schlussklärung

Erklärung / Hinweise / Unterschrift

Zu der Erklärung verweisen wir auf unsere Hinweise zu "Feststellung der Pflegebedürftigkeit / Mitwirkung des Versicherten".

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und schicken Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

Die Informationsblätter zu Leistungen der Pflegeversicherung behalten Sie bitte für Ihre Unterlagen.

Wenn Sie Fragen haben oder wenn wir Sie beim Ausfüllen der Anträge unterstützen können: Rufen Sie uns einfach an. Unsere Berater nehmen sich gerne Zeit für Sie.

Mit freundlichem Gruß
Ihre DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE