



Pflegeversicherung.

Anspruch und Leistungen.

DAK
Gesundheit

Unternehmen Leben



Soziale Pflegeversicherung.

Vorwort	03	Kombination von Geld- und Sachleistung	22
Versicherungs- und Beitragsrecht	05	Häusliche Pflege bei Verhinderung	22
Allgemeines	05	der Pflegeperson	23
Versicherter Personenkreis	05	Pflegehilfsmittel	24
Kassenzuständigkeit	06	Leistungsumfang	24
Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung	06	Finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung	24
Mitgliedschaft	06	des Wohnumfeldes	24
Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalt	06	Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige	24
Beitragsatz	06	in ambulant betreuten Wohngruppen	24
Beitragszuschlag für Kinderlose	07	Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant	25
Beitragspflichtige Einnahmen	07	betreuten Wohngruppen	25
Beitragstragung	07	Tages- und Nachtpflege	25
Beitragstragung in Sachsen	07	Kurzzeitpflege	27
Beitragszuschuss	08	Betreuungsleistungen	27
Beitragsfreiheit	08	Vollstationäre Pflege	28
Grundlagen und Voraussetzungen	09	Leistungshöhe	28
Allgemeines	09	Pflege in vollstationären Einrichtungen	29
Anspruchsvoraussetzungen	09	der Behindertenhilfe	29
Vorversicherungszeit	09	Leistungen zur sozialen Sicherung	29
Pflegebedürftigkeit	10	selbstbeschaffter Pflegepersonen	29
Pflegestufen	11	Pflegekurse für Angehörige	29
Antragstellung	11	und ehrenamtliche Pflegepersonen	29
Leistungen	12	Soziale Absicherung bei Inanspruchnahme	29
Welche Leistungen stehen zur Verfügung?	12	der Pflegezeit	29
Pflegesachleistung	12	Ruhen des Leistungsanspruchs/Zusammentreffen	30
Übergangsregelung für häusliche Betreuung	12	mit Leistungen anderer Sozialleistungsträger	30
Das sollte ein Pflegevertrag enthalten	14	Übergangsregelungen	30
Auf einen Blick	20	Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit	30
Problematische Situationen	21	erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	30
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegepersonen	22	Individuelle Pflegeberatung	31

Die soziale Pflegeversicherung ist neben der

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

die fünfte Säule unseres Sozialversicherungssystems.

Weiterführende Broschüren und DVD
Zur weiteren Information erhalten Sie diese Broschüren und die DVD kostenlos in Ihrer DAK-Geschäftsstelle:

Pflegstagebuch
Das Pflegstagebuch kann zur Vorbereitung des Besuches des Medizinischen Dienstes für ein bis zwei Wochen geführt werden.

Pflege zu Hause
Diese Broschüre gibt viele Tipps und Hinweise für alle, die sich für die Pflege eines Angehörigen zu Hause entschieden haben.

Hilfe zur Selbsthilfe
Die anschauliche DVD enthält zahlreiche Tipps zum Umgang mit Pflegebedürftigen.

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-Gesundheit – errichtet und von diesen verwaltet werden. Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die kompetenten Mitarbeiter/-innen unserer Geschäftsstellen, die Sie gerne beraten.

Ihre





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 Pflege-Pflichtversicherung 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 Kriegsofferfürsorge 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-Gesundheit krankenversicherten Mitglieder zuständig.

Für sonstige Personen (ohne Soldaten auf Zeit) ist die DAK-Pflegekasse für die Durchführung der Pflegeversicherung zuständig, wenn die DAK-Gesundheit 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.

Beitragssatz

Der Beitragssatz beträgt 2,05 Prozent. Für kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, beträgt der Beitragssatz 2,3 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 Beitragssatz 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. Im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) erhöht sich der Beitragssatz ab 01.01.2013 auf 2,05 Prozent.

Beitragstragung im Bundesland Sachsen:
Arbeitnehmer: 1,525 Prozent,
Arbeitgeber: 0,525 Prozent.



Grundlagen und Voraussetzungen.

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 ist das Vorliegen eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich. Dies können 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sein sowie 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (sogenannte Pflegestufe Null).
- die Antragstellung.

Die Pflegekasse hat durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter 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 (Schwerstpflegebedürftige) 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

Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.



Leistungen.

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. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
5. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
6. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
7. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
8. finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes
9. Tages- und Nachtpflege
10. Kurzzeitpflege
11. Betreuungsleistungen
12. vollstationäre Pflege
13. vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen
14. Leistungen zur sozialen Sicherung selbstbeschaffter Pflegepersonen
15. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
16. individuelle Pflegeberatung
17. Übergangsregelungen

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.

Übergangsregelung für häusliche Betreuung

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte in der sogenannten Pflegestufe Null mit Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, im Rahmen ihrer Pflegesachleistung auch Anspruch auf häusliche Betreuung. Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen vom Pflegedienst erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld.

Der Leistungsumfang ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflegestufe	Inanspruchnahme von Pflegeeinsätzen bis zu einem Gesamtwert von monatlich
I Erhebliche Pflegebedürftige	450,00 €
II Schwerpflegebedürftige	1.100,00 €
III Schwerstpflegebedürftige	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. Wer seine Pflege im Rahmen einer Pflegesachleistung sicherstellt, vereinbart mit einem zugelassenen Pflegedienst, welche Leistungen dieser erbringen soll. Die getroffenen Vereinbarungen sind schriftlich in einem Pflegevertrag festzuhalten. Der Vertrag ist zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegedienst abzuschließen.



Das sollte ein Pflegevertrag enthalten.

Absprachen sind gut – Verträge sind bekanntlich besser. Denn zwischen einem Pflegedienst und einem Pflegebedürftigen gibt es eine Menge zu regeln. Daher ist es gut, wenn alle wichtigen Punkte in einem schriftlichen Vertrag festgehalten werden. Die wesentlichen Inhalte der häuslichen Pflege müssen durch einen sogenannten Pflegevertrag aber in jedem Fall schriftlich vereinbart werden.

Für diesen Pflegevertrag gilt eine Besonderheit: Einige wichtige Fragen sind bereits mit Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (§ 120 Sozialgesetzbuch XI) in den sogenannten Landes-Rahmenverträgen nach § 75 Sozialgesetzbuch XI (SGB) und in den Qualitätsgrundsätzen nach § 80 SGB XI geregelt und müssen nicht extra aufgeführt sein.

Damit können die Pflegeverträge schlanker und zudem bundesweit einheitlich abgefasst werden. Die Verbindlichkeit der jeweiligen Landes-Rahmenverträge sowie der Qualitätsgrundsätze kann im Vertrag zwischen dem Pflegedienst und Ihnen, dem Pflegebedürftigen, durch eine genaue Formulierung erreicht werden. Der Landes-Rahmenvertrag und die Qualitätsgrundsätze sollten dem Vertrag als Anlage beigefügt werden.

I. Diese Punkte sind unter anderem in den Gesetzen und Verträgen bereits enthalten:

- die allgemeine Inhalts- und Leistungsbeschreibung (Wiedergabe der Pflegeleistungen, z. B. Waschen, Zahnpflege, Blasen- und Darmentleerung, An- und Auskleiden sowie Hilfe beim Treppensteigen, Einkaufen, Kochen und Putzen)
- die Verpflichtung zur Führung des Nachweises über konkret erbrachte Leistungen
- die Verpflichtung zur direkten monatlichen Abrechnung der Leistungen mit der Pflegekasse
- die Verpflichtung, keine Zuzahlungsforderungen zu stellen
- die Qualitätskontrolle der Pflege. Damit ist gemeint: die diesbezügliche Überprüfung der Mitarbeiter, die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit des Pflegedienstes, die Pflicht, Kontrollmaßnahmen wie die Errichtung von Qualitätszirkeln, die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten oder die Einberufung von Qualitätskonferenzen zu ergreifen
- die Pflicht zur Dokumentation nach den Qualitätsgrundsätzen. Das bedeutet: Der Pflegedienst muss ein geeignetes Dokumentationssystem haben, in dem die Pflegeplanung, der Pflegebericht, die Angaben über den Einsatz von Pflegemitteln und die Einzelheiten über die durchgeführten Pflegeleistungen jederzeit ablesbar sind
- die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln und die Einweisung in ihren Gebrauch

- die Pflegeplanung im Rahmen des sogenannten Erstbesuchs einschließlich möglicher Fragen zur Anpassung der Wohnung an die Pflegesituation
- die Nachweise, dass eine Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen wurde
- die jederzeitige Bereitschaft des Pflegedienstes zur Versorgung der Pflegebedürftigen, auch nachts und an den Wochenenden
- die Möglichkeit zum Abschluss eines Kooperationsvertrages mit anderen Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung der Pflege
- die Verpflichtung, die Datenschutznormen zu beachten, darunter insbesondere die datenschutzrechtliche Bindung des Pflegedienstes an die Einwilligung des Pflegebedürftigen bei beabsichtigten Mitteilungen an die Pflegekasse

II. Diese Punkte muss ein Pflegevertrag aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen enthalten:

- Wer ist Vertragspartei?
Dies sollte ausschließlich der Pflegebedürftige selbst sein, denn andere Personen müssten möglicherweise für Rechnungen mithaftend. Sinnvoll ist es, dass Angehörige nur in Vertretung, also „i. V.“ unterschreiben. Pflegebedürftige sollten ihnen deshalb frühzeitig eine Vollmacht erteilen



- Die Verpflichtungen des Vertrages. Es müssen die Leistungen für den einzelnen Pflegefall und die sich daraus ergebende Vergütung festgelegt werden

Ein Beispiel: „kleine Morgen-/Abendtoilette“; Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes; An-/Auskleiden; Teilwaschen; Mund- und Zahnpflege; Kämmen = 10,91 €. Nicht ausreichend ist dagegen, die Pflegeleistungen als „Grundpflege“ anzugeben und die Zahl der Einsätze mit einem Hinweis auf das beigefügte Entgeltverzeichnis aufzuführen. Der Pflegebedürftige kann dann nämlich nicht erkennen, welche genauen Kosten sich für seinen speziellen Pflegebedarf ergeben

- Leistungen müssen vielmehr für Tag, Woche und Monat sowie Nacht- und Wochenendeinsätze, Wegegeldpauschalen etc. exakt aufgeführt werden
- Die Leistungen müssen zudem den Entgelten gegenübergestellt und addiert werden
- Die von der Pflegekasse übernommenen Anteile müssen von den Kosten getrennt werden, die der Pflegebedürftige selbst übernehmen oder gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend machen muss. Der sich daraus ergebende Restkostenanteil muss aufgeführt werden

III. Diese Punkte sind aus Sicht der DAK-Pflegekasse sinnvoll:

- Änderungen des Leistungsumfanges müssen jederzeit vereinbart werden können. Dieses kann zum Beispiel erforderlich werden, wenn sich der Gesundheitszustand ändert. Oder die häusliche Betreuungssituation ist plötzlich eine andere, weil eine Pflegeperson krank oder im Urlaub ist
- Die Entgeltverzeichnisse müssen in der jeweils gültigen Fassung der Vereinbarungen mit den Pflegekassen als Anlage zum Vertrag beigefügt werden

Sollten Pflegekassen und Pflegedienste eine Erhöhung der Vergütungen vereinbaren, ist eine Nachberechnung nicht rückwirkend gültig. Erst ab dem 1. Tag des auf den Zugang der Ankündigung folgenden Monats ist die Erhöhung möglich

Ein Beispiel: Kündigt Ihnen der Pflegedienst am 12. Mai eine Erhöhung der Entgelte an, darf diese erst zum 1. Juni in Kraft treten. Außerdem muss der Pflegebedürftige auf sein Recht zur Kündigung des Vertrages wegen der Erhöhung hingewiesen werden

- Wenn der Pflegedienst nicht alle Leistungen selbst erbringt, muss dies in der Beschreibung des Leistungsumfanges in der Anlage zum Pflegevertrag vermerkt werden. Es sollte vertraglich festgeschrieben werden, dass die alleinige Verantwortung für den vereinbarten Leistungsumfang beim Pflegedienst verbleibt

- Der Pflegebedürftige muss jederzeit die Möglichkeit haben, die Leistungsnachweise einzusehen. Die Pflegedokumentation ist zwar Eigentum des Pflegedienstes, aufbewahrt wird sie aber beim Pflegebedürftigen

Vereinbaren Sie, dass alle an Ihrer Pflege Beteiligten Eintragungen vornehmen und Einsicht nehmen dürfen. Das sollte auch für Angehörige, den Hausarzt und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gelten

- Absage eines Termins, zum Beispiel bis zum Mittag des Vortages. Sollte ein vereinbarter Pflegeeinsatz aus Gründen ausfallen, die der Pflegebedürftige zu vertreten hat, sollten Sie vereinbaren, dass dieser zum Beispiel bis zum Mittag des Vortages abgesagt werden muss

Wenn Sie später absagen, müssen Sie unter Umständen die vereinbarte Vergütung zahlen. Sie sollten zudem vereinbaren, dass Sie eine im Notfall erforderliche Einlieferung in ein Krankenhaus nicht zu vertreten haben

- Rechnungen sollten frühestens nach zwei Wochen fällig werden. Abgerechnet wird dabei jeweils am Monatsanfang für den Vormonat. Keinesfalls sollten Sie sich auf Voraus- oder Abschlagszahlungen einlassen

- Rechnungen können Sie kürzen, falls Leistungen nicht erbracht werden. Auch wenn Sie das Lastschriftverfahren wählen, können Sie sechs Wochen lang der Abbuchung bei der Bank widersprechen. Auch eine Einzugsermächtigung für den Pflegedienst können Sie jederzeit widerrufen

- Der Pflegedienst sollte Leistungen, die mit der Pflege- oder Krankenkasse abzurechnen sind, diesen auch direkt in Rechnung stellen. Das gilt auch für Abrechnungen gegenüber dem Sozialhilfeträger. Der Pflegedienst muss sich vertraglich verpflichten, dem Pflegebedürftigen die Abrechnungen vorzulegen



- Kündigungsfrist des Pflegedienstes festschreiben. Der Pflegedienst sollte den Vertrag mit Ihnen nur schriftlich und mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende ordentlich kündigen dürfen. Mit der Möglichkeit, die Frist zu verkürzen, wenn die Pflege durch einen anderen Pflegedienst schon vor Ablauf der Kündigungsfrist sichergestellt ist.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt dem Pflegedienst erhalten. Denn ein Dienstvertrag kann aus wichtigem Grund fristlos gekündigt werden. Ein solcher Grund liegt beispielsweise vor, wenn das Vertrauensverhältnis gestört ist oder ein Zahlungsverzug von mehr als zwei Monaten vorliegt. Der Pflegevertrag muss zudem vorsehen, dass der Vertrag bei Tod des Pflegebedürftigen unmittelbar endet. Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsmaßnahme ruht der Vertrag. Der Pflegebedürftige kann den Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen kündigen.

- Haftung des Pflegedienstes. Der Pflegedienst muss sich verpflichten, für Schäden durch Mitarbeiter/-innen oder Kooperationspartner zu haften. Die Haftung muss den Schaden umfassen, der während der Pflege selbst eintritt – etwa ein Gesundheitsschaden –, und auch den Schaden, der während des Besuchs angerichtet wird, also wenn zum Beispiel eine Vase kaputtgeht. Die Haftung muss Personen-, Sach- und Folgeschäden umfassen.

Ein Haftungsausschluss oder eine Haftungsbegrenzung zu Ungunsten des Pflegebedürftigen gilt angesichts der Versicherungsmöglichkeiten eines Pflegedienstes als unangemessen und muss von Ihnen nicht akzeptiert werden. Die Haftung muss auch alle Schäden umfassen, die beim Verlust des Wohnungsschlüssels eintreten können.

- Die Pflicht des Pflegedienstes, in Notfällen eine Vertrauensperson des Pflegebedürftigen zu benachrichtigen.
- Benennen Sie im Pflegevertrag eine Person Ihres Vertrauens und gegebenenfalls eine weitere Person, falls die erste nicht erreichbar ist.
 - Hilfe bei der Antragstellung für Pflegemittel
- Der Pflegedienst sollte sich dazu bereit erklären, die Pflege- beziehungsweise Krankenkasse zu informieren, wenn Pflegehilfsmittel notwendig sind, und Ihnen bei der Antragstellung behilflich sein.
 - Beratung bei der Anpassung Ihrer Wohnräume

- Auch bei der Wohnraumanpassung – zum Beispiel die behindertengerechte Gestaltung – sollte der Pflegedienst Sie und Ihre Angehörigen beraten und unterstützen.
- Wichtig ist auch das Zutrittsrecht zu Ihrer Wohnung. Es sollte vertraglich geregelt werden, damit der Pflegedienst auch in Notfällen zu Ihnen in die Wohnung kommen kann.

Wenn Sie dem Pflegedienst einen Wohnungsschlüssel aushändigen, muss der Vertrag die Sorgfaltspflichten regeln, die sich durch die Aufbewahrung ergeben. Das bedeutet: Der Pflegedienst muss den Schlüssel so aufbewahren, dass er vor Missbrauch geschützt ist.

Denkbar ist zum Beispiel dieser Weg: Ihre Schlüssel werden in einem verschlossenen Schlüsselkasten beim Pflegedienst aufbewahrt und mit einer Nummer gekennzeichnet. Die Zuordnung zur Adresse erfolgt über die Nummer. Das Verzeichnis der Nummern wird gesondert von den Schlüsseln sicher verwahrt.

- Einhaltung von Datenschutzbestimmungen und Schweigepflicht. Der Pflegedienst ist verpflichtet, die Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Halten Sie aber auch fest, dass der Pflegedienst seine Mitarbeiter verpflichtet, die Schweigepflicht zu beachten.

Die behandelnden Ärzte können Sie gegen über den Mitarbeitern des Pflegedienstes von der Schweigepflicht entbinden.

- Respekt vor Ihren Wünschen. Das sollte jede Pflegekraft zu jeder Zeit haben. Insbesondere gilt diese Klausel aber für den Fall, dass es einen Personalwechsel gibt oder dass der Pflegedienst sich im Rahmen seiner Personalausstattung um eine Betreuung durch möglichst wenige Mitarbeiter bemüht. Wer zum Beispiel nur durch weibliches Personal betreut werden möchte, sollte dies fest vereinbaren. Auch bestimmte Zeiten und ein striktes Rauchverbot könnten an dieser Stelle des Vertrages stehen.

Lassen Sie die DAK-Pflegekasse Ihren Vertrag überprüfen!

- Nach § 120 Abs. 2 SGB IX sind Pflegedienste verpflichtet, die Pflegeverträge unverzüglich an den Pflegebedürftigen auszuhändigen. Was viele Pflegeversicherte noch nicht wissen: Die DAK-Pflegekasse kann eine sogenannte Sachwalterfunktion für sie einnehmen und auf Wunsch des Pflegebedürftigen die Inhalte des Pflegevertrages überprüfen.



Auf einen Blick.

Diese Punkte sollten in jedem Pflegevertrag erwähnt sein:

- Nennung beider Vertragspartner
- Beschreibung des speziellen Leistungsumfanges
- Bezahlung durch DAK-Pflegekasse, Eigenanteil des Pflegebedürftigen
- keine rückwirkenden Nachberechnungen durch den Pflegedienst
- Einsichtnahme in die Pflegedokumentation
- Möglichkeit der Absage eines vereinbarten Pflegeeinsatzes
- Ende des Vertragsverhältnisses bei Tod
- Haftung des Pflegedienstes
- Kündigungsfristen
- Modalitäten der Rechnungsbezahlung

Problematische Situationen.

Überall, wo Menschen zusammenarbeiten, kann es zu Missverständnissen oder Problemen kommen – auch bei der Pflege. Gerade für Pflegebedürftige ist es nicht immer einfach, die Bedingungen eines professionellen Pflegeverhältnisses zu akzeptieren. Da sind zunächst die fremden Menschen, die in die Privatsphäre eindringen. Da sind aber auch die individuellen Gewohnheiten, die sich nun ändern müssen.

All das erfordert ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit. Erfahrungsgemäß dauert es einige Zeit, bis Sie sich auf die neue Situation eingestellt haben. Von der Antragstellung bis zur Pflegeausführung sind zudem so viele Dinge zu berücksichtigen, sind die Maßnahmen und Abläufe so vielschichtig, dass es nur natürlich wäre, wenn auch Sie einmal Grund zur Unzufriedenheit hätten.

Oft haben Pflegebedürftige jedoch Angst, sich zu beschweren, weil sie negative Folgen befürchten. Doch keine Sorge: Die DAK-Pflegekasse und alle seriösen Pflegedienste verstehen Beschwerden als wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Pflege.

Problematische Situationen in der Pflege müssen also weder Sie noch Ihre Angehörigen belasten. Voraussetzung dafür, dass eine Beschwerde wirklich etwas ändert, ist aber, dass Sie Ihre Kritik an der richtigen Stelle äußern. Ob Ihre Beschwerde ernst genommen wird, erkennen Sie daran, dass ihr nachgegangen wird und dies zu einer spürbaren Verbesserung Ihrer Pflegesituation führt.

Andersherum geht es übrigens auch: Engagierte Pflegekräfte oder hilfsbereite Sachbearbeiter der DAK-Pflegekasse freuen sich sehr über eine positive Rückmeldung.

Das können Sie konkret tun, wenn Sie mit Ihrem Pflegedienst Probleme haben: Wenn Sie unzufrieden sind und Ihre Vorstellungen nicht verwirklicht sehen, sollten Sie nicht zögern und sofort etwas sagen.

In einem persönlichen Gespräch mit der Pflegekraft oder der Pflegedienstleitung lässt sich meist schnell klären, ob nur ein Missverständnis vorliegt. Ein guter Pflegedienst wird in jedem Fall bemüht sein, eine für Sie befriedigende Lösung für das Problem zu finden. Unter Umständen wird die Lösung aber auch ein Kompromiss sein, da auch dem engagiertesten Pflegedienst aus organisatorischen, wirtschaftlichen oder anderen Gründen Grenzen gesetzt sind.



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		Häufigkeit der Beratungseinsätze
I Erhebliche Pflegebedürftige	235,00 €	einmal je Kalenderhalbjahr
II Schwerpflegebedürftige	440,00 €	einmal je Kalenderhalbjahr
III Schwerstpflegebedürftige	700,00 €	einmal je Kalendervierteljahr

Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für den gesamten Kalendermonat, wird der Anspruch entsprechend gekürzt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. 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 wurden. Wenn zum Beispiel 70 Prozent des Höchstbetrages für die Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden, 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 1.550,00 € im Kalenderjahr. Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse 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. Verdienstaufschlag, Fahrkosten), zusammen mit der Leistung in Höhe des Pflegegeldes jedoch nur bis zum oben genannten Höchstbetrag.

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 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 Prozent – 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 Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 € je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2.557 € je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 10.228 € begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Art und Umfang der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und nähere Einzelheiten zu den finanziellen Zuschüssen werden durch einheitliche Richtlinien der Pflegekassen festgelegt.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III haben Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von monatlich 200 €, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,

2. sie Pflegegeld, Pflegesachleistung oder eine Kombinationsleistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung beziehen,
 3. in der Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
 4. in der gemeinsamen Wohnung regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben.
- Die maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften sowie die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen dürfen der Wohngruppe nicht entgegenstehen.

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Jeder Anspruchsberechtigte kann einen einmaligen Förderbetrag in Höhe von bis zu 2.500 € für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung erhalten. Die Förderung je Wohngruppe ist auf max. 10.000 € begrenzt und wird bei mehr als 4 anspruchsberechtigten Personen anteilig durch die beteiligten Versicherungsträger finanziert. Anspruchsberechtigt ist jeder Pflegebedürftige, der Anspruch auf Zahlung des monatlichen Wohngruppenzuschlages hat und an der Neugründung beteiligt ist. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesverwaltungsamt mitteilt, dass der zur Förderung zur Verfügung stehende Gesamtbetrag verbraucht ist, spätestens aber am 31.12.2015.

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
I Erhebliche Pflegebedürftige	450,00 €
II Schwerpflegebedürftige	1.100,00 €
III Schwerstpflegebedürftige	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 Anspruch auf die andere Leistung in vollem Umfang. Werden 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 1.550,00 € im Kalenderjahr 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 (sogenannte Pflegestufe Null). Die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Je nach Umfang des Bedarfs an erheblich allgemeiner Betreuung besteht ein monatlicher Anspruch auf 100 € (Grundbetrag) oder 200 € (erhöhter Betrag). 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
I Erhebliche Pflegebedürftige	1.023,00 €
II Schwerpflegebedürftige	1.279,00 €
III Schwerstpflegebedürftige	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 1.918,00 € 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, erhalten Pflegebedürftige zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung in der jeweiligen Pflegestufe.

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 Prozent 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 für die Tage der Pflege im häuslichen Bereich.

Leistungen zur sozialen Sicherung selbstbeschäftigter Pflegepersonen

Um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der ehrenamtlichen Pflegepersonen anzuerkennen, die wegen der Pflege oftmals auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten bzw. diese aufgeben müssen, wurde die soziale Sicherung der Pflegepersonen eingeführt.

So zahlt die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen für Pflegepersonen (Personen, die einen oder mehrere Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig

wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen) Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Stufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pflege Tätigkeit.

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 (EWRStaaten) 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 Unfallversorgung 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.

Übergangsregelungen

Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Versicherte, bei denen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen besteht, haben neben diesen Leistungen bis

zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf folgende Pflegeleistungen. Versicherte in der sogenannten Pflegestufe Null:

1. Pflegegeld: 120 €
2. Pflegesachleistung: 225 €
3. Kombinationsleistung aus den Nummern 1 und 2 sowie Anspruch auf Pflegehilfsmittel, Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und Verhinderungspflege

Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II haben Anspruch auf erhöhte Leistungen:

	Stufe I	Stufe II
Pflegegeld	305 €/Monat	525 €/Monat
Pflegesachleistung	665 €/Monat	1250 €/Monat

Individuelle Pflegeberatung

Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben einen Anspruch auf individuelle Pflegeberatung. Auf Wunsch erhalten DAK-Versicherte eine umfangreiche und umfassende individuelle Beratung. Sie umfasst einen problembezogenen und ganzheitlichen Ansatz, bei dem die praktische Unterstützung des Menschen im Pflegealltag im Mittelpunkt steht. Die individuelle Pflegeberatung wird durch speziell ausgebildete **DAK PflegeBerater** durchgeführt. Hierbei bieten wir unseren Versicherten oder deren Betreuern Hilfe zur Auswahl, Inanspruchnahme und Versorgung von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen

Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten sowie deren Koordination an. Individuelle Pflegeberatung wird auf unterschiedliche Art und Weise zur Verfügung gestellt:

- als telefonische Beratung
- als persönliche Beratung
- als zugehende Beratung in der Häuslichkeit oder an sonstigen Orten
- als Onlineberatung www.dak.de/pflegeberater

Pflegelotse

Wenn Sie einen ambulanten Pflegedienst oder einen Pflegeplatz in einer stationären Pflegeeinrichtung suchen, können Sie über die DAK-Gesundheit Internetseite oder direkt auf das Internetportal der Ersatzkassen www.pflegelotse.de zugreifen. Hier erhalten Sie Informationen über die Größe, Kosten, Ausstattung, Lage sowie Anschriften der Einrichtungen. Außerdem erhalten Sie Informationen über die Qualität der Pflegeeinrichtungen – die Pflegenoten.

Zusatzabsicherung im DAK ZusatzSchutz

Gemeinsam mit der HanseMerkur hat die DAK-Gesundheit Pflege-Zusatzversicherungen entwickelt, die Ihre gesetzliche Pflegeversicherung optimal ergänzen. Mit dem Abschluss von **DAKplus Förderpflege** erhalten Sie bspw. 60,- EUR vom Staat dazu. Zudem bieten wir Ihnen mit **DAKplus Zusatzpflege** einen besonders leistungsstarken Tarif mit bis zu 3.000 € monatlichem Pflegegeld. Mehr Infos erhalten Sie bei der HanseMerkur-Hotline unter **040 41192999**.



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.

Sie haben Fragen. Wir die Antworten.

24 Stunden an 365 Tagen.

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

DAKdirekt 040 325325555 bundesweit zum Ortstarif.

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

DAKGesundheitdirekt 040 325325800 bundesweit zum Ortstarif.

DAK-Medizinexperten helfen Ihnen weltweit bei Erkrankungen im Urlaub.

DAKAuslanddirekt 0049 40 325325900.

DAK-Onlineservice. Einfach, bequem und sicher: der Service für Kunden der DAK-Gesundheit – mit persönlichem Postfach. Registrieren und Passwort zuschicken lassen:

www.dak.de/meinedak



Herausgeber:

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung

Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg

Internet: www.dak.de