

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22778 Hamburg

Postanschrift Pflegekasse
DAK-Gesundheit Postzentrum
22778 Hamburg**Telekontakt** Telefon: 03573 365220
24 Stunden an 365 Tagen
Telefax: 03573 36522-7130
E-Mail: service723600@dak.de**Internet** www.dak.de**persönlicher Kontakt** Am Neumarkt 2 - 4
01968 Senftenberg
Mo, Di 09:00 - 16:00 Uhr
Mi, Fr 09:00 - 13:00 Uhr
Do 09:00 - 17:00 Uhr**unser Zeichen** 723601-95500-He
IK 101560000
Datum 28.01.2014**Antrag auf ambulante/teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung****Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherer-Nr.
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Bankverbindung

IBAN	BIC	
Konto-Nr.	Bankleitzahl (BLZ)	Geldinstitut
Kontoinhaber (falls abweichend)		

- Ich bitte um Pflegeberatung
- Ich beantrage hiermit folgende **Pflegeleistungen**:
- | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sachleistung
(amb. Pflegedienst) | <input type="checkbox"/> Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Tages- und
Nachtpflege | <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung aus: | } <input type="checkbox"/> Sachleistung
<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege
<input type="checkbox"/> Pflegegeld |
|--|-------------------------------------|--|--|---|

Wer führt die Pflege durch?

Ambulanter Pflegedienst

Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer ambulanten Pflegeeinrichtung

Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme eines Vertragspartners der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE entschieden:
Die Pflegeeinsätze werden geleistet von:

Name des Pflegedienstes			
Straße	Hausnummer		
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Geldleistung

Die private Pflegeperson ist:

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Meine Pflegeperson beabsichtigt Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch zu nehmen.

Tages- und Nachtpflegeeinrichtung (teilstationäre Pflege)

- Ich bitte um Unterstützung bei der Suche einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung
 Ich habe mich bereits für die Inanspruchnahme der folgenden Vertragseinrichtung entschieden
(bitte Namen und Anschrift der Einrichtung angeben)

bei Aufenthalt in der Tages- und Nachtpflegeeinrichtung: Anzahl der Tage je Woche von : Uhr bis : Uhr
jeweils in der Zeit

Ambulant betreute Wohngruppe (bitte Anschrift der Einrichtung, Name der Präsenzkraft angeben)

Name			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Wurde für Sie ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder haben Sie jemanden bevollmächtigt? ja nein

ja (bitte Namen/Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten angeben; Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen):

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Ich erhalte bereits Pflegegeld von dem Sozialamt der Unfallversicherung dem Versorgungsamt einem ausländischen Leistungsträger

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe? ja nein

ja (bitte Namen/Anschrift der Beihilfestelle angeben):

Name			
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Bitte angeben, wenn die/der Pflegebedürftige **keinen eigenen** Beihilfeanspruch hat, sondern lediglich als Familienangehörige(r) beihilfeberechtigt ist:

Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person

Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, Wehrdienstschadens, anerkannten Versorgungsleidens, einer Berufskrankheit oder sonstiger Schädigung?

ja nein

bitte weiter auf Blatt 2 }

Mein Hausarzt bzw. behandelnder Arzt ist:

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort	Vorwahl	Rufnummer

Ich bitte um Zusendung des Pflegegutachtens

Einverständniserklärung / Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Wir weisen darauf hin, dass andere Sozialleistungsträger zur Prüfung ihrer Leistungspflicht berechtigt sind, Gutachten des Medizinischen Dienstes und andere ärztliche Gutachten bei der DAK-Gesundheit anzufordern. Sie können einer Übermittlung dieser Unterlagen gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X widersprechen. Informieren Sie uns bitte umgehend, wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen wollen.

Informieren Sie uns bitte auch, wenn sich hinsichtlich der von Ihnen gemachten Angaben Änderungen ergeben oder wenn sich Ihr derzeitiger Hilfebedarf ändert.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers/ Bevollmächtigten
(nur in Verbindung mit einer Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht möglich)

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.

DAK-Gesundheit Postzentrum
22778 Hamburg



Informationen zum Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

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 Krankenkassen 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

... infolge Krankheit oder Behinderungen ...

Verluste, Lähmungen oder Funktionsstörungen am Stütz- und 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 regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens ...

Grundpflege: Mundgerechte Zubereitung oder die Aufnahme der Nahrung; Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und/oder Blasenentleerung; Selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen und Beheizen der Wohnung, Spülen, Wechsel und Waschen der Wäsche und Kleidung.

... in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Pflegestufen

Die Höhe einiger Leistungen ist nach Pflegestufen gestaffelt.

Pflegebedürftig nach **Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen. Außerdem benötigen sie mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die hierfür erforderliche Zeit muss durchschnittlich mindestens 90 Minuten pro Tag betragen; davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

Pflegebedürftig nach **Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen. Außerdem benötigen sie mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die hierfür erforderliche Zeit muss durchschnittlich mindestens 3 Stunden pro Tag betragen; davon müssen mindestens 2 Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Pflegebedürftig nach **Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen. Außerdem benötigen sie mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die hierfür erforderliche Zeit muss durchschnittlich mindestens 5 Stunden pro Tag 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.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit / Mitwirkung des Versicherten

Wir sind gesetzlich verpflichtet, durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen zu lassen, ob Sie pflegebedürftig sind und welche Pflegestufe zutrifft. In diesem Zusammenhang trifft der MDK auch Feststellungen darüber, ob und in welchem Umfang ein dauerhafter Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Ebenfalls 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.

Nach dem Gesetz haben Sie einen Anspruch darauf, dass die Pflegekasse binnen fünf Wochen nach Antragstellung einen Bescheid über den Antrag erteilt. Zur Einhaltung dieser Frist sind wir auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Kann eine Begutachtung nicht zeitnah stattfinden, weil Sie einen Begutachtungstermin nicht wahr nehmen konnten, hat die Pflegekasse die dadurch eintretende Verzögerung nicht zu vertreten.

bitte weiter auf der Rückseite ▶

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.

Welche zusätzlichen Leistungen gibt es?

Wichtig, wenn Sie im häuslichen Bereich gepflegt werden:

Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE zahlt unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegeperson, die Sie im häuslichen Bereich betreut. Wenn Sie von jemandem gepflegt werden, der nicht erwerbsmäßig tätig ist und dessen Rentenversicherungspflicht bisher noch nicht geprüft wurde, muss diese Pflegeperson den beiliegenden Antrag ausfüllen und an uns schicken. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem gesondert beiliegenden Informationsblatt.

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. Sollten Sie diese Beratung in Anspruch nehmen wollen, füllen Sie bitte die beigefügte Datenschutzerklärung aus

Erläuterungen zum Ausfüllen des Antrags auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

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 Pflegefähigkeit Rentenversicherungsbeiträge zahlen, müssen Angaben zu dieser Person nach § 44 SGB XI von uns an die Beihilfestelle bzw. den Dienstherrn weitergeleitet werden.

Pflegesachleistung bzw. Kombinationsleistung

Bei der Pflegesachleistung handelt es sich um häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste.

Sie umfasst je Kalendermonat

- in der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von 450,00 €
- in der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von 1.100,00 €
- in der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von 1.550,00 €

In speziellen Fällen können wir Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918,00 € je Monat übernehmen. Dies ist der Fall, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Sie können selbst entscheiden, welche der notwendigen Hilfeleistungen der Pflegedienst erbringen soll und welche Hilfeleistungen Sie ggf. durch andere Pflegepersonen selbst sicherstellen wollen. Wenn Sie die Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch nehmen, erhalten Sie für die von Ihnen selbst sichergestellte Pflege ein anteiliges Pflegegeld entsprechend Ihrer Pflegestufe.

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 werden, können vom Pflegegeld noch 30 Prozent ausgezahlt werden.

Die Pflegesachleistung kann mit teilstationärer Pflege (Tagespflege oder Nachtpflege) in einer dafür zugelassenen Einrichtung kombiniert werden. Wenn diese Möglichkeit für Sie in Betracht kommt, sprechen Sie uns bitte an.

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:

- in der Pflegestufe I 235,00 €
- in der Pflegestufe II 440,00 €
- in der Pflegestufe III 700,00 €

Wenn Sie ausschließlich Pflegegeld erhalten, müssen Sie und Ihre Pflegeperson in bestimmten zeitlichen Abständen eine Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle in Anspruch nehmen. Bei den Pflegestufen I und II ist das einmal im Kalenderhalbjahr, bei Pflegestufe III einmal im Kalendervierteljahr. Die Kosten hierfür übernehmen wir. Diese gesetzliche Vorschrift hat zum Ziel, Ihnen und Ihrer Pflegeperson Unterstützung und Beratung zu geben. Außerdem sollen mögliche Pflegefehler frühzeitig erkannt werden.

Pflegegeld kann mit teilstationärer Pflege (Tagespflege oder Nachtpflege) in einer dafür zugelassenen Einrichtung kombiniert werden. Wenn diese Möglichkeit für Sie in Betracht kommt, sprechen Sie uns bitte an.

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 übernommen:

- in der Pflegestufe I 1023,00 €
- in der Pflegestufe II 1279,00 €
- in der Pflegestufe III 1550,00 €

In speziellen Fällen können wir die genannten Aufwendungen bis zu einem Gesamtwert von 1.918,00 € übernehmen. Das ist der Fall, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

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 der festgestellten Pflegestufe (siehe Erläuterung zu B1).

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 256,00 € 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.

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 übernommen

- in der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von 450,00 €
- in der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von 1.100,00 €
- in der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von 1.550,00 €

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.

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

Ambulant betreute Wohngruppe

Zu den Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung) werden Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung von mindestens drei Pflegebedürftigen pauschal 200,00 € für eine Präsenzpflegekraft zur Verfügung gestellt.

Förderung der Gründung von ambulanten Wohngruppen (gesonderter Antrag erforderlich)

Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Zahlung des Pauschalbetrages für eine Präsenzkraft von 200,00 € 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.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (gesonderter Antrag erforderlich)

Ist Ihre selbstbeschaffte Pflegeperson verhindert, übernehmen wir die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege für höchstens vier Wochen und bis zu einem Gesamtbetrag von 1.550,00 €. Wird die Ersatzpflege von einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson geleistet, ist die Leistung auf den Betrag des Pflegegeldes Ihrer Pflegestufe begrenzt. Wir übernehmen nachgewiesene Kosten, die Ihrer Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstehen (z. B. Verdienstaufschlag, Fahrkosten). Hier gilt jedoch zusammen mit dem Pflegegeld der oben genannte Höchstbetrag. Von einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson ist nach dem Gesetz auszugehen, wenn diese mit Ihnen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt.

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflege: Ihre bisherige Pflegeperson muss Sie vor der Verhinderung bereits sechs Monate lang in Ihrer häuslichen Umgebung gepflegt haben. Diese Leistung können Sie auch bei Verhinderung für einzelne Tage oder Stunden in Anspruch nehmen.

Während der Zeit der Verhinderungspflege zahlen wir Ihnen die Hälfte des vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen Pflegegeldes bzw. anteiligen Pflegegeldes für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weiter. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor Antritt der Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pflegegeld bestand. Bei stundenweiser Verhinderungspflege kommt dies nicht in Betracht. In diesem Fall wird Pflegegeld in voller Höhe gewährt.

Kurzzeitpflege in einer Vertragseinrichtung (gesonderter Antrag erforderlich)

Wenn vorübergehend weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, haben Sie Anspruch auf eine zeitlich begrenzte vollstationäre Pflege in einer dafür zugelassenen Einrichtung. Kinder unter 18 Jahren haben den Anspruch auch dann, wenn die Pflege nicht in einer dafür zugelassenen Einrichtung sondern in einer anderen geeigneten Einrichtung durchgeführt wird. Wir übernehmen die Kosten für einen Zeitraum von höchstens vier Wochen und - unter Berücksichtigung Ihrer Pflegestufe - bis zu einem Höchstbetrag von 1.550,00 €. 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.

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 vier Wochen je Kalenderjahr weiter. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor Antritt der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pflegegeld bestand.

Pflegehilfsmittel und Individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (gesonderter Antrag erforderlich)

Falls nicht ein anderer Leistungsträger (z. B. die Krankenversicherung) zuständig ist, versorgen wir Sie mit Pflegehilfsmitteln. Pflegehilfsmittel dienen der Erleichterung der Pflege, der Linderung Ihrer Beschwerden, oder sie ermöglichen Ihnen eine selbständigere Lebensführung.

Es wird unterschieden zwischen

- Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (Kostenübernahme bis zu 31,00 € 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 2.557,00 € 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 Krankenkassen (MDK). Der MDK kann schon anlässlich der Prüfung der Pflegebedürftigkeit Empfehlungen über die Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen geben.

Zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (gesonderter Antrag erforderlich)

Unabhängig vom Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit prüfen wir bei jeder Antragstellung, ob und in welchem Umfang ein dauerhafter Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung und damit Anspruch auf einen Betreuungsbetrag gegeben ist. Der Betreuungsbetrag beträgt bis zu 2.400,00 € im Kalenderjahr. Er kann allerdings nicht zur freien Verwendung ausgezahlt sondern nur zur Finanzierung bestimmter Betreuungsleistungen eingesetzt werden. Das sind:

- Leistungen der **Tagespflege oder Nachtpflege** oder der **Kurzzeitpflege** in dafür zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
- **besondere Angebote** der allgemeinen Anleitung und Betreuung **von zugelassenen Pflegediensten**, soweit es sich nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,
- **Betreuungsangebote anderer Leistungsanbieter** wie z. B. besonderer Betreuungsgruppen oder Betreuungsangebote zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger, **sofern diese Angebote vom jeweiligen Bundesland anerkannt sind.**

Verbesserte Pflegeleistungen ab dem 01.01.2013 im Rahmen des Pflegeneuausrichtungsgesetzes (PNG)

Das PNG sieht für die ambulante Versorgung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz deutlich verbesserte Leistungen vor.

Pflegebedürftige in der sogenannten Pflegestufe Null mit festgestelltem Bedarf an zusätzlichen Betreuungsleistungen haben ab dem 01.01.2013 erstmals auch Anspruch auf Pflegeleistungen. Dabei können Sie zwischen Pflegegeld, Pflegesachleistung oder einer Kombination aus beiden Leistungen wählen. Diese werden Ihnen neben den bereits heute gewährten Betreuungsleistungen zur Verfügung gestellt.

Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II mit festgestelltem Bedarf an zusätzlichen Betreuungsleistungen haben ab dem 01.01.2013 Anspruch auf erhöhte Pflegeleistungen.

Die monatliche Höhe der verbesserten Pflegeleistungen je Leistungsart und Pflegestufe können Sie der nachfolgenden Übersicht entnehmen:

	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II
Pflegegeld	120,00 €	305,00 €	525,00 €
Pflegesachleistung	225,00 €	665,00 €	1250,00 €
Kombinationsleistung Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung			

Pflegebedürftige, die ihre Pflege durch einen Pflegedienst sicherstellen, haben im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs neben den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen im häuslichen Umfeld.

Hinweis: Dies ist eine Übergangsregelung. Diese Pflegeleistungen werden nur solange gewährt, bis ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird.

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. Denken Sie gegebenenfalls auch an den Antrag Ihrer Pflegeperson für die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge. Die Informationsblätter zum Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit 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