

Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung

Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE unterstützt Sie, wenn Sie pflegebedürftig sind. Mit den folgenden Informationen wollen wir Ihnen helfen, die Leistungen auszuwählen, die Ihren Bedürfnissen am besten entsprechen. Über Ihren Antrag können wir erst dann entscheiden, wenn der Medizinische Dienst eine sogenannte Begutachtung durchgeführt hat. Bitte senden Sie uns Ihren ausgefüllten Antrag möglichst schnell zu. Ab wann Sie Leistungen erhalten, hängt unter anderem davon ab, wann Ihr Antrag bei uns eingegangen ist. Sollte für Sie ein Betreuer oder Bevollmächtigter eingesetzt sein, fügen Sie bitte die entsprechenden Nachweise bei.

Zunächst einige allgemeine Hinweise:

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die auf Dauer...

jedoch voraussichtlich mindestens für sechs Monate gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Bei pflegebedürftigen Personen handelt es sich um Personen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Ob jemand pflegebedürftig ist, hängt ausschließlich vom Grad der Selbstständigkeit ab.

Um einen umfassenden Eindruck von dem Pflegebedürftigen zu erhalten und den Grad der Selbstständigkeit zu messen, werden Aktivitäten in sechs pflegerelevanten **Bereichen** untersucht:

- ▶ **Mobilität** (körperliche Beweglichkeit, zum Beispiel: morgendliches Aufstehen, Gang ins Badezimmer, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)
- ▶ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (Verstehen und Reden, zum Beispiel: Orientierung über Ort und Zeit, Begreifen von Sachverhalten, Erkennen von Risiken, Verstehen anderer Menschen im Gespräch)
- ▶ **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (zum Beispiel: Unruhe in der Nacht, Ängste und Aggressionen, die für die/den Betreffende/n selbst und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)
- ▶ **Selbstversorgung** (zum Beispiel: selbstständiges Waschen und Anziehen, Essen und Trinken, selbstständige Benutzung der Toilette)
- ▶ **Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (zum Beispiel: die verlässliche Einnahme von Medikamenten, selbständige Blutzuckermessungen und Deutung der Ergebnisse, Umgang mit Prothese oder Rollators, selbstständiger Arztbesuch)
- ▶ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (zum Beispiel: die Fähigkeit, den Tagesablauf selbstständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder jemanden ohne Hilfe zu besuchen)

Nach dem sogenannten Begutachtungsassessment, einem pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrument, werden jeweils in diesen sechs Bereichen Punkte vergeben, die darstellen, inwieweit die Selbstständigkeit einer Person eingeschränkt ist. Anhand der Ergebnisse der Prüfung wird eine Gesamtpunktzahl ermittelt. Die Punkte werden addiert, bei den Modulen 2 und 3 geht allerdings nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung ein. Danach wird die oder der Pflegebedürftige einem der fünf **Pflegegrade** zugeordnet:

1. Ab 12,5 bis unter 27 Punkten Pflegegrad 1:
geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Ab 27 bis unter 47,5 Punkten Pflegegrad 2:
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Ab 47,5 bis unter 70 Punkten Pflegegrad 3:
schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Ab 70 bis unter 90 Punkten Pflegegrad 4:
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Ab 90 bis 100 Punkten 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 natürlichen hohen Unselbstständigkeit werden nur die altersunabhängigen Module 3 und 5 zur Beurteilung herangezogen. Die Kinder 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 MD prüfen zu lassen, ob Sie pflegebedürftig sind und welcher Pflegegrad zutrifft. In diesem Zusammenhang werden vom MD die Möglichkeiten der Rehabilitation, der Prävention und der Krankenbehandlung geprüft, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Der MD 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 MD zur Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit die nötigen Auskünfte und Unterlagen von Ihren 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 Elftes Buch (SGB XI) – in Verbindung mit § 21 SGB 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 wir Angaben zu dieser Person nach § 44 SGB XI an die Beihilfestelle oder den Dienstherrn weiterleiten.

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 Pflegegelds entscheiden. Pflegegeld beantragen Sie, wenn Sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können und die Hilfe durch eine selbstbeschaffte Pflegeperson in geeigneter Weise sichergestellt ist. Das Pflegegeld beträgt pro Kalendermonat seit 01.01.2025:

Pflegegrad	Betrag
1	0 Euro
2	347 Euro
3	599 Euro
4	800 Euro
5	990 Euro

Wenn Sie ausschließlich Pflegegeld erhalten, müssen Sie in bestimmten zeitlichen Abständen eine Beratung (**häuslicher Beratungseinsatz**) durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle nutzen. 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 zielt darauf ab, Sie und Ihre Pflegeperson zu unterstützen. Außerdem sollen mögliche Pflegefehler frühzeitig erkannt werden.

Wenn Sie eine Pflegekraft angestellt haben, die Sie rund um die Uhr in Ihrem eigenen Zuhause betreut, handelt es sich um eine **24-Stunden-Pflegekraft**. Für die Kosten, die Ihnen für die Anstellung der Pflegekraft entstehen, können von der sozialen Pflegeversicherung neben dem Pflegegeld keine zusätzlichen Kosten übernommen werden.

Pflegesachleistung

Bei der Pflegesachleistung handelt es sich um häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflege- oder Betreuungsdienste. Der Leistungsrahmen umfasst je Kalendermonat seit 01.01.2025:

Pflegegrad	Betrag
1	0 Euro
2	796 Euro
3	1.497 Euro
4	1.859 Euro
5	2.299 Euro

Kombinationsleistung

Sie können die Pflegesachleistungen, die nur von zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdiensten erbracht werden, auch mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag anderer Anbieter oder mit anteiligem Pflegegeld kombinieren. Welchen Anteil der Hilfen Sie durch einen Leistungserbringer und welche Sie unter Umständen durch andere Pflegepersonen sicherstellen wollen, entscheiden Sie.

Besonderheit bei der Kombination mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Nicht voll ausgeschöpfte Ansprüche auf Pflegesachleistungen können in Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Sie bezahlen diese Leistungen zunächst selbst und können dann die entsprechenden Belege bei der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE zur Erstattung einreichen.

Rechnungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag durch andere Anbieter können erst im zweiten Schritt erstattet werden – ambulante Pflegesachleistungen gehen vor. Um zu prüfen, ob ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt werden kann, müssen diese Belege zeitnah eingereicht werden.

Zur Berechnung der Kombinationsleistung werden die Aufwendungen für Pflegesachleistung durch einen Pflege- oder Betreuungsdienst und gegebenenfalls durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag zusammengerechnet.

Wird der Höchstbetrag der Pflegesachleistung nicht voll ausgeschöpft, erhalten Sie für die von Ihnen selbst sichergestellte Pflege ein anteiliges Pflegegeld entsprechend Ihres Pflegegrads. Dieses richtet sich danach, wie viel Prozent des Höchstbetrags für Pflegesachleistung im betreffenden Kalendermonat durch den Pflege- oder Betreuungsdienst verbraucht wurden. Wenn zum Beispiel 70 Prozent des Höchstbetrags für Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden, können vom Pflegegeld noch 30 Prozent ausgezahlt werden.

Das anteilige Pflegegeld kann erst berechnet 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 nutzen, müssen Sie sich ebenso wie die Pflegegeldbezieher (siehe Abschnitt Pflegegeld) in bestimmten zeitlichen Abständen durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle beraten lassen.

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 Betreuung werden bis zu folgenden monatlichen Höchstbeträgen seit 01.01.2025 übernommen:

Pflegegrad	Betrag
1	131 Euro
2	805 Euro
3	1.319 Euro
4	1.855 Euro
5	2.096 Euro

Kosten, die über die genannten Aufwendungen hinausgehen – etwa für Unterkunft und Verpflegung – müssen Sie selbst tragen. Wählen Sie vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, bezuschussen wir die pflegebedingten Aufwendungen bis zur Höhe des Gesamtwerts von Pflegesachleistung bei ambulanter Pflege gemäß des festgestellten Pflegegrads.

Wir beteiligen uns außerdem schrittweise an Ihrem zu zahlenden Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen.

Zum Hintergrund:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten ab dem 01.01.2024 einen Leistungszuschlag bei einem Leistungsbezug der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in Höhe von

- ▶ 15 Prozent bis einschließlich 12 Monate
- ▶ 30 Prozent von mehr als 12 Monaten
- ▶ 50 Prozent von mehr als 24 Monaten und
- ▶ 75 Prozent von mehr als 36 Monaten

Der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI bezieht sich auf Ihren zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen.

Sie müssen den Leistungszuschlag nicht beantragen.

Ihre Pflegeeinrichtung stellt uns den Leistungszuschlag in Rechnung und die Zahlung erfolgt durch uns direkt mit befreiender Wirkung (§ 87a Abs. 3 SGB XI) an Ihre vollstationäre Einrichtung. Der dann noch verbleibende Eigenanteil sowie Kosten für Unterbringung und Verpflegung werden Ihnen von Ihrer Pflegeeinrichtung in Rechnung gestellt.

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund steht, gilt Folgendes: Die Pflegekasse übernimmt zur Abgeltung der Pflegeaufwendungen fünfzehn Prozent des mit dem Träger der Sozialhilfe vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 266 Euro im Monat.

Bei zeitweiser Pflege im häuslichen Bereich, etwa 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 Tages- 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 01.01.2025 in folgender Höhe übernommen:

Pflegegrad	Betrag
1	0 Euro
2	721 Euro
3	1.357 Euro
4	1.685 Euro
5	2.085 Euro

Wir können hierbei nur die Aufwendungen für die Pflege, soziale Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege berücksichtigen. Darüber hinausgehende Kosten – etwa für Unterkunft und Verpflegung – müssen Sie selbst tragen. Unter Umständen ist eine Erstattung über Ihren Entlastungsbetrag möglich.

Neben der teilstationären Pflege können Sie für den in Ihrem Haushalt erforderlichen Hilfebedarf 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 zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung von mindestens drei und höchstens zwölf Pflegebedürftigen pauschal seit 01.01.2025 224 Euro für eine Präsenzkraft zur Verfügung gestellt. Neben dem Wohngruppenschlag können Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege ohne teilstationäre Pflege laut MD nicht ausreichend sichergestellt ist.

Förderung der Gründung von ambulanten Wohngruppen (gesonderter Antrag erforderlich)

Pflegebedürftige, die Anspruch auf den Pauschalbetrag für eine Präsenzkraft von 224 Euro monatlich haben und die an der Gründung einer ambulanten Wohngruppe beteiligt sind, können für die altersgerechte Umgestaltung der Wohnung zusätzlich einmalig bis zu 2.613 Euro bekommen. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.452 Euro begrenzt. Der Antrag muss innerhalb eines Jahrs nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gestellt werden.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Hierfür steht Ihnen ein gemeinsamer Jahresbetrag in Höhe von 3539 Euro im Kalenderjahr zur Verfügung. Der Jahresbetrag kann flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden. Der Anspruch besteht jeweils bis zu 8 Wochen (56 Tage) im Kalenderjahr. Während der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird das vorher bezogene Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt.

Verhinderungspflege: Voraussetzung für die Nutzung der Verhinderungspflege ist, dass die private Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert ist. Die zeitweilige Pflege kann von Privatpersonen oder Pflegediensten durchgeführt werden. Für Angehörige bis zum 2. Grad sowie für Personen, die im gleichen Haushalt leben, gelten besondere Regelungen. Hier ist der maximale Erstattungsbetrag für

die Verhinderungspflege auf das 2-fache* des monatlichen Pflegegeldes begrenzt. Zusätzlich notwendige Kosten für Verdienstausschlag oder Fahrkosten können bis zu maximal 3539 Euro erstattet werden.

Pflegegrad	Erstattungsbetrag*
Pflegegrad 2	694 Euro
Pflegegrad 3	1.198 Euro
Pflegegrad 4	1.800 Euro
Pflegegrad 5	1.980 Euro

Ist die private Pflegeperson nur kurzzeitig weniger als 8 Stunden verhindert, zum Beispiel aufgrund eines Arzttermins, Saunabesuchs oder Ähnliches, wird an diesen Tagen das Pflegegeld ungekürzt weitergezahlt. Die Verhinderungspflege wird in diesem Fall nicht auf den Gesamtanspruch von maximal 8 Wochen angerechnet. Ausschlaggebend ist immer die Zeit, an der die Pflegeperson tatsächlich an der Pflege gehindert ist.

Kurzzeitpflege: Wird kurzzeitig eine stationäre Pflege notwendig, beispielsweise nach einer Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer sonstigen Krisensituation, kann Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung durchgeführt werden. Für diese Zeit beteiligt sich die Pflegekasse an den Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, für die medizinische Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung für längstens 8 Wochen im Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen Sie selbst. Es ist möglich, einen Teil dieser Kosten sowie Fahr- und Transportkosten über den Entlastungsbetrag erstatten zu lassen.

Pflegehilfsmittel und individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (gesonderter Antrag erforderlich)

Wir versorgen Sie mit Pflegehilfsmitteln, die die Pflege erleichtern, Ihre Beschwerden lindern oder Ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Es wird unterschieden zwischen

- Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (Kostenübernahme seit 01.01.2025 bis zu 42 Euro pro Kalendermonat)
- 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 zehn Prozent tragen, höchstens jedoch 25 Euro pro Pflegehilfsmittel.

Individuelle wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können wir ab 01.01.2025 mit bis zu 4.180 Euro für jeden Pflegebedürftigen bezuschussen.

Ob und in welcher Weise Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen notwendig sind, überprüfen wir in Zusammenarbeit mit einer beauftragten Pflegekraft oder dem MD. Der MD kann schon anlässlich der Prüfung der Pflegebedürftigkeit Empfehlungen zur Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen geben.

Entlastungsbetrag

Um die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu erleichtern, gibt es zusätzlich einen Entlastungsbetrag. Als Bestandteil der häuslichen Pflege ergänzt er die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege. Alle Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf den Entlastungsbetrag ab 01.01.2025 in Höhe von 131 Euro.

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, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
- ▶ Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag

Rechnungen für diese 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 unbezahlt von ihrer Arbeit 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 andere Personen an, die sich für ehrenamtliche Pflege interessieren. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihre Geschäftsstelle der DAK-Gesundheit.

Schlusserklärung

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

Freundliche Grüße

Ihre DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE