



**Leistungen der
Pflegekasse**

**Das übernehmen
wir für Sie**

KKH

Kaufmännische Krankenkasse

Inhalt

Versicherung und Beiträge	4
Feststellung des Anspruchs auf Pflegeleistungen	7
Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	9
Wichtige Informationen auf einen Blick	19

Liebe Lesende,

die Pflegeversicherung ist neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung die fünfte Säule der Sozialversicherung. Die gesetzliche Grundlage bildet das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung ist es unter anderem, das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Pflegeversicherung wird von der Pflegekasse getragen. Unsere Pflegeversicherung ist die „Pflegekasse bei der KKH“. So kommen alle Leistungen für unsere Versicherten letzten Endes aus einer Hand.

In dieser Broschüre erfahren Sie, was wir genau für Sie tun können, wenn Sie Unterstützung zur Pflege brauchen. Kontaktieren Sie gern unsere Servicestellen, wenn Sie weitere oder noch andere Informationen benötigen.

Ihre Pflegekasse bei der KKH



Versicherung und Beiträge

Für alle gesetzlich Krankenversicherten gilt: Sie sind automatisch auch Mitglied in der dazugehörigen sozialen Pflegeversicherung und haben Anspruch auf ihre Leistungen. Wer privat krankenversichert ist, muss sich selbst um eine entsprechende private Pflegepflichtversicherung kümmern.

Wer ist versicherungspflichtig?

Pflegeversicherungspflichtig sind alle Personen, die Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Dazu gehören zum Beispiel gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte und Auszubildende.

Auch freiwillig krankenversicherte Mitglieder werden in die Pflegeversicherungspflicht einbezogen. Darüber hinaus werden bestimmte Personengruppen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, die weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse noch privat krankenversichert sind. Dies ist etwa der Fall, wenn sie ihren Wohnsitz oder

gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und im Krankheitsfall Leistungsansprüche aus Sondersystemen ableiten können (z. B. aus dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder anderen Vorschriften). Dazu gehören auch Angehörige der Bundeswehr, die sich auf Zeit verpflichtet haben.

Ehegatten und Kinder sind in der sozialen Pflegeversicherung unter den gleichen Voraussetzungen kostenfrei versichert, wie das in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Ein Vorteil gegenüber einer privaten Pflegeversicherung: Nur bei der sozialen Pflegeversicherung sind der familienversicherte Ehegatte sowie Kinder beitragsfrei versichert!

Wer kann sich von der Pflegeversicherungspflicht befreien lassen?

Die Möglichkeit einer Befreiung von der Pflegeversicherungspflicht besteht für Personen, die aus der Krankenversicherungspflicht ausscheiden und sich freiwillig weiterversichern.

Antragsfrist: innerhalb von drei Monaten nach Ende der Versicherungspflicht. Dafür müssen sie einen gleichwertigen Pflegeversicherungsschutz bei einem privaten Versicherungsunternehmen nachweisen, der sich auch auf die Familienangehörigen erstreckt.

Wer kann sich in der Pflegeversicherung weiterversichern?

Dies können Personen, die

- aus der Versicherungspflicht ausscheiden oder deren Familienversicherung endet,
- eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt haben,
- weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind.

Antragsfrist: innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden. Wer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt und deswegen aus der Versicherungspflicht ausscheidet, kann sich gleichfalls in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern. Hierfür ist die Erfüllung einer bestimmten Vorversicherungszeit nicht erforderlich.

Wie hoch sind die Beiträge?

Der Beitragssatz beträgt 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Stand 01.07.2023). Für Kinderlose ab dem vollendeten 23. Lebensjahr fällt ein Beitragszuschlag von 0,6 Prozent des Bruttogehalts an. Ihr Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung liegt damit bei 4 Prozent. Bei Eltern wird der Beitragssatz ab dem zweiten bis zum fünften Kind um 0,25 Prozent abgesenkt.

Personen, die bei Krankheit und Pflege nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, zahlen grundsätzlich nur den halben Beitrag, denn sie können Pflegeversicherungsleistungen nur zur Hälfte in Anspruch nehmen. Den übrigen Leistungsbedarf deckt die Beihilfe beziehungsweise die Heilfürsorge. Ihr Beitrag liegt damit bei 1,7 Prozent. Da der Beitragssatz für Kinderlose ab Vollendung des 23. Lebensjahres von 0,6 Prozent auch bei verbeamteten Personen voll anfällt, liegt der Beitragssatz bei 2,3 Prozent. Der Anspruch auf die Beitragsabschläge von je 0,25 Prozent für das zweite bis fünfte Kind unter 25 Jahren besteht auch hier.

Wer zahlt die Beiträge?

Auch hier folgt die Pflegeversicherung zunächst der Krankenversicherung. So werden bei krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmern die Beiträge grundsätzlich je zur Hälfte von den Beschäftigten und den Arbeitgebern aufgebracht. Kinderlose müssen aber den Beitragszuschlag von 0,6 Prozent allein tragen. Der Arbeitgeber beteiligt sich daran nicht.

Im Bundesland Sachsen übernehmen die Arbeitgeber allerdings nicht die Hälfte des Beitrages (1,7 Prozent), sondern nur 1,2 Prozent. Im Gegensatz zu den anderen Bundesländern ist dort zugunsten der Pflegeversicherung kein Feiertag gestrichen worden. Eltern müssen in Sachsen also für Beiträge von 2,2 Prozent, Kinderlose von 2,8 Prozent aufkommen.

Die Arbeitgeber behalten den Pflegeversicherungsbeitrag ihrer Angestellten bei der Lohn- oder Gehaltsabrechnung ein und leiten ihn als Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages an die zuständige Krankenkasse als Einzugsstelle für die soziale Pflegeversicherung weiter.



Seit 01.04.2004 zahlen krankenversicherungspflichtige Rentenbeziehende die Pflegeversicherungsbeiträge in voller Höhe allein.

Die Beiträge für Arbeitslose trägt die Bundesagentur für Arbeit, ebenso für Beziehende von Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld und Altersübergangsgeld. Im Falle von Sozialhilfe übernimmt das Sozialamt die Beiträge. Selbstständige und sonstige nicht beschäftigte, freiwillig Versicherte tragen den Beitrag allein.

Wer hat Anspruch auf einen Beitragszuschuss?

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung als arbeitnehmende Person freiwillig und deshalb in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert ist, trägt den Beitrag zur Pflegeversicherung allein. Er erhält jedoch von seinem arbeitgebenden Unternehmen einen Beitragszuschuss vergleichbar dem Arbeitgeberanteil bei krankenversicherungspflichtig Beschäftigten.

Den Beitragszuschlag für Kinderlose bezuschussen Unternehmen nicht. Einen Beitragszuschuss können unter anderem in bestimmten Fällen auch Personen erhalten, die freiwillig versichert sind und Vorruhestandsgeld

beziehen. Bei Studierenden und Auszubildenden, die Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erhalten, erhöht sich diese Leistung um einen Pflegeversicherungszuschlag.

Wer ist in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei?

Hier die wichtigsten Personengruppen:

- **Familienangehörige** unter den gleichen Voraussetzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung
- **Mitglieder** für die Dauer des Bezuges von Mutterschaftsgeld ohne sonstige beitragspflichtige Einnahmen
- **Personen, die eine Rente bei der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben** und die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei sind
- **Mitglieder**, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bestimmte Entschädigungsleistungen (auf Antrag) wegen Pflegebedürftigkeit erhalten, wenn keine familienversicherten Angehörigen vorhanden sind



Feststellung des Anspruchs auf Pflegeleistungen

Ein Pflegefall kann ganz plötzlich oder aber schleichend eintreten. Spätestens bei einem erhöhten Hilfebedarf im Alltag oder einer Einschränkung der selbstständigen Lebensweise ist die Pflegekasse gefragt.

Welche Leistungen bietet die soziale Pflegeversicherung?

Pflegebedürftige haben Anspruch auf ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung am 01.04.1995 wurde das Leistungsspektrum dabei stetig erweitert.

Wer erhält Leistungen?

Pflegebedürftig nach der gesetzlichen Definition ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb die Hilfe von anderen Personen benötigt. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, für mindestens sechs Monate, bestehen.

Wovon ist der Leistungsanspruch abhängig?

1. Die Vorversicherungszeit

Wer Pflegeleistungen beantragt, muss innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung eine Vorversicherungszeit von zwei Jahren nachweisen.

2. Die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade

Ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, stellt der Medizinische Dienst (MD) fest. Die Begutachtung findet in der eigenen Häuslichkeit oder bei Erfüllung gewisser Voraussetzungen telefonisch statt und berücksichtigt neben den Wohnverhältnissen auch die familiäre Situation. Bei stationärer Pflege wird das Gutachten in der Pflegeeinrichtung erstellt.

Prüfung der Pflegebedürftigkeit in folgenden Bereichen (Modulen)

Mobilität, unter anderem

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, unter anderem

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- örtliche und zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Verstehen von Aufforderungen

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, unter anderem

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- nächtliche Unruhe
- Beschädigungen von Gegenständen
- Ängste
- Antriebslosigkeit

Selbstversorgung, unter anderem

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers
- Zubereitung von Nahrung
- Benutzen einer Toilette

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, unter anderem

- Medikation
- Verbandswechsel und Wundversorgung
- Besuche in ärztlichen Praxen
- Einhalten einer Diät
- Gestaltung des Tagesablaufs



Für die Zuerkennung eines Pflegegrades kommt es vor allem auf die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der betroffenen Person an. Entsprechend dem Hilfebedarf wird nach fünf Pflegegraden unterschieden.

Die fünf Pflegegrade

Pflegegrad 1

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Besonderheiten bei Kindern

Um festzustellen, ob ein Kind pflegebedürftig ist, wird sein Hilfebedarf dem eines gesunden Kindes gleichen Alters gegenübergestellt. Alle Hilfeleistungen, die nach den gesetzlichen Vorgaben einbezogen werden können und den natürlichen, altersentsprechenden Pflegebedarf übersteigen, werden berücksichtigt. Pflegebedürftige Kinder bis zum Alter von 18 Monaten werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft. Danach erfolgt die Einstufung in den regulären Pflegegrad, ohne dass es einer neuen Begutachtung bedarf.

3. Der Antrag auf Pflegeleistungen

Zunächst genügt ein formloser schriftlicher oder mündlicher Antrag. Er ist maßgebend für den Leistungsbeginn. Mit einem Antragsvordruck, den wir Ihnen auf Anfrage gern zusenden, lassen sich dann weitere Angaben nachreichen, die für die Bearbeitung notwendig sind. Wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, besteht der Leistungsanspruch ab Antragstellung.

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die pflegerische Versorgung bestmöglich sicherzustellen. Auf den folgenden Seiten erhalten Sie einen Überblick über die Aufgaben, Leistungen und Unterstützungsangebote unserer Pflegekasse.

Der Leistungskatalog in der Übersicht

1. Auskunft und Beratung
2. Leistungsanspruch im Pflegegrad 1
3. Pflegesachleistung
4. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Pflegerpersonen)
5. Kombination von Geld- und Sachleistung
6. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegerperson
7. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
8. Förderung von Wohngruppen
9. Tages- und Nachtpflege
10. Kurzzeitpflege
11. Vollstationäre Pflege
12. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe
13. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegerpersonen
14. Teilweise oder vollständige Freistellungen bei Pflege von Angehörigen
15. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegerpersonen
16. Entlastungsbetrag
17. Leistungen als Teil eines Persönlichen Budgets
18. Staatliche Förderung der privaten Vorsorge

Gut zu wissen!

Unsere Mitarbeitenden aus der Pflegeberatung haben sich zu Demenzpartnern ausbilden lassen und stehen Ihnen zur Seite, wenn es um Fragen rund um die Erkrankung geht.

1. Auskunft und Beratung

Wenn Sie Pflegeleistungen beantragen, können Sie sich von der Pflegekasse auch beraten lassen. So können Sie Ihre Fragen zum Thema Pflegebedürftigkeit klären und sich über die Leistungen der Pflegekasse informieren.

Zusammen mit allen weiteren Stellen, die für die Versorgung zuständig sind, können wir für Sie, Ihre Angehörigen und deren Lebenspartner eine individuelle Beratung anbieten. So können wir einen maßgeschneiderten Versorgungsplan entwickeln, der die Beeinträchtigung Ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeiten berücksichtigt und Sie optimal unterstützt.

Wir beraten und geben dabei Informationen zu folgenden Themen:

- Pflegeversicherung (SGB XI) und andere Träger
- Häusliche Pflegesituation
- Hilfsmittelversorgung
- Sozialhilfe (welche Hilfen zur Pflege über die Sozialhilfe zu beantragen sind)
- Hausnotrufsysteme
- Wohnumfeldverbesserung (Sturzprophylaxe)
- Allgemeine medizinische und pflegerische Fragen
- Adressvermittlung (z. B. Essen auf Rädern, Pflegedienste vor Ort, Selbsthilfegruppen)
- Leistungen für Pflegerpersonen (Pflegekurse, soziale Sicherung)
- Programme bei Altersdemenz, Diabetes Typ 2 und bei Herzinsuffizienz
- Psychosoziale Unterstützung
- Demenz
- Ernährungsberatung und vieles mehr



Demenz Partner

Eine Initiative der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.

2. Leistungsanspruch im Pflegegrad 1

Bei **Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1** liegt eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit vor. Auch ihnen stehen Leistungen der Pflegekasse zur Verfügung.

Sie können Folgendes in Anspruch nehmen:

- Pflegeberatung
- Einen Beratungsbesuch pro Halbjahr (keine Verpflichtung)
- Pflegehilfsmittel
- Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
- Förderung von Wohngruppen
- Entlastungsbetrag
- Pflegekurse für Angehörige

3. Pflegesachleistung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Dies gilt auch dann, wenn die pflegebedürftige Person eine Altenwohnung, ein Apartment in einem Altenwohnheim oder eine Wohnung gemietet hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die pflegebedürftige Person die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht. Leistungen der häuslichen Pflege sind nicht zulässig, wenn die pflegebedürftige Person in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Die Leistungen der häuslichen Pflege werden durch Pflegedienste oder geeignete Pflegekräfte erbracht, die direkt mit der Pflegekasse abrechnen.

Wird der monatliche Anspruch nicht ausgeschöpft, besteht die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag einzusetzen. Die dafür anfallenden Kosten werden auf Antrag gegen Vorlage entsprechender Belege erstattet.

Monatliche Leistungen für Pflegeeinsätze

Je nach Umfang des persönlichen Hilfebedarfs übernimmt die Pflegekasse die Kosten notwendiger Pflegeeinsätze

- **bei Pflegegrad 2**
bis zu einem Gesamtwert von 761 €
- **bei Pflegegrad 3**
bis zu einem Gesamtwert von 1.432 €
- **bei Pflegegrad 4**
bis zu einem Gesamtwert von 1.778 €
- **bei Pflegegrad 5**
bis zu einem Gesamtwert von 2.200 €

Höhe der Leistungen bei Beihilfeanspruch

Für Pflegebedürftige, die bei Krankheit und Pflege nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben (siehe auch Seite 5 „Wie hoch sind die Beiträge?“), reduzieren sich die einzelnen Leistungen der Pflegeversicherung um die Hälfte.

4. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Pflegepersonen)

Anstelle der häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld beantragen, wenn sie die Pflege (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung) in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

Besteht der Anspruch auf Pflegegeld nicht für den gesamten Kalendermonat, erfolgt eine entsprechende Kürzung. Das Pflegegeld wird monatlich im Voraus gezahlt. Unter bestimmten Voraussetzungen kann Pflegegeld auch von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, die sich nicht in Deutschland, sondern in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR-Staat) aufhalten. Wir informieren Sie gern.

Monatliches Pflegegeld

- **bei Pflegegrad 2** 332 €
- **bei Pflegegrad 3** 573 €
- **bei Pflegegrad 4** 765 €
- **bei Pflegegrad 5** 947 €

Der Anspruch auf Pflegegeld ist mit regelmäßigen Pflegepflichtensätzen (Beratungsbesuche) durch professionelle Pflegefachkräfte verbunden. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 sind sie halbjährlich, für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich vorgeschrieben. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Beratungsbesuch halbjährlich in Anspruch nehmen. Bis zum 30.06.2024 kann auf Wunsch jeder zweite Beratungseinsatz als Videokonferenz durchgeführt werden. Im Vordergrund der Beratungsbesuche stehen die Beratung und Unterstützung der Pflegepersonen, um die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern. Die Kosten der Pflichteinsätze trägt die Pflegekasse.

KKH-PflegeCoach

Der Online-Kurs, der sich Ihren Bedürfnissen anpasst

Sie sind als Pflegeperson tätig oder sogar selbst pflegebedürftig und möchten sich gern über das Thema Pflege informieren? Dann haben wir genau das Richtige für Sie. Mit unserem KKH-PflegeCoach lernen Sie in einem Online-Kurs die Grundlagen einer guten Pflege.

Der KKH-PflegeCoach vermittelt Ihnen unter anderem praktische Beispiele für die Körper- und Mundhygiene einer pflegebedürftigen Person. Außerdem erfahren Sie alles über die verschiedenen Wohnformen und mit welchen Strategien Sie als Pflegeperson auf sich selbst achten sollten. Der Kurs beinhaltet verschiedene Module, die Sie sich selbst einteilen können.

Zu den Themen Alzheimer und Demenz gibt es ein speziell erweitertes Kursangebot. Darin erfahren Sie alles über die Hintergründe der Krankheit und welche besonderen Anforderungen bei der Pflege zu beachten sind.

Sie sind neugierig geworden? Alle wichtigen Informationen finden Sie unter: kkh.de/pflegecoach

5. Kombination von Geld- und Sachleistung

Nimmt eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2 bis 5 eine ihr zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, steht ihr daneben ein anteiliges Pflegegeld zu. Das Pflegegeld wird prozentual um die bezogene Sachleistung vermindert. Die pflegebedürftige Person kann frei entscheiden, in welchem Verhältnis sie Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen möchte. Diese Entscheidung kann sie nach sechs Monaten wieder ändern.

Beispiele für die Berechnung der Kombinationsleistung

a) Frau Müller (Pflegegrad 2)

nimmt Sachleistungen im Wert von 570,75 € in Anspruch. Der ihr zustehende Höchstbetrag: 761 €. Die Sachleistung wurde also erst zu 75 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 332 € stehen Frau Müller somit noch 25 Prozent, also 83 €, zu.

b) Herr Bertram (Pflegegrad 3)

hat nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe bei Krankheit und Pflege. Er nimmt Sachleistungen im Wert von 286,40 € in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag: 50 Prozent von 1.432 € = 716 €. Die Sachleistung wurde also erst zu 40 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 286,50 € (50 Prozent von 573 €, die er ohne Anspruch auf Beihilfe erhalten würde) stehen Herrn Bertram somit noch 60 Prozent, also 171,90 €, zu.

c) Frau Wagner (Pflegegrad 5)

nimmt Sachleistungen im Wert von 1.980 € in Anspruch. Der ihr zustehende Höchstbetrag: 2.200 €. Die Sachleistung wurde also erst zu 90 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 947 € stehen Frau Wagner somit noch 10 Prozent, also 94,70 €, zu.

6. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson verhindert (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit), kann sie Verhinderungspflege beantragen. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft ist und seit mindestens sechs Monaten gepflegt wird. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten für längstens 42 Tage bis zu 1.612 €. Sollten in dem Kalenderjahr noch ungenutzte Ansprüche auf Kurzzeitpflege bestehen, ist deren Übertragung auf den Verhinderungspflegeanspruch bis zu 806 € möglich. Der Übertrag wird dabei auf den jährlichen Kurzzeitpflegeanspruch angerechnet.

Für professionelle Pflegedienste, Bekannte, Nachbarn und sonstige Personen sind alle pflegebedingten Aufwendungen bis zum Höchstbetrag erstattungsfähig.

Die folgenden Personengruppen erhalten für die pflegebedingten Aufwendungen das 1,5-fache des entsprechenden Pflegegeldes:

- a) Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt (Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern und Geschwister) oder verschwägert (Schwiegerkinder, Schwiegereltern, Schwiegerenkel, Stiefkinder, Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern) sind, oder
- b) Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben (z. B. Ehepartner).

Zusätzlich sind nachgewiesene Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstausfall), die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstehen, erstattungsfähig. Insgesamt gilt aber der Höchstbetrag von 1.612 €.

Falls Pflegegeld bezogen wird, zahlen wir die Hälfte davon während der Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen lang weiter. Voraussetzung ist, dass direkt vor Beginn der Verhinderungspflege bereits ein Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat.

Was ändert sich mit dem neuen Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz?

Mit der neuen Pflegereform werden die Leistungsbeträge für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst.

Ab dem 01.01.2024 haben junge pflegebedürftige Menschen bis 25 Jahre mit Pflegegrad 4 oder 5 Anspruch auf den gemeinsamen Jahresbetrag von 3.386 € pro Kalenderjahr.

Ab dem 01.07.2025 steht der gemeinsame Jahresbetrag allen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zur Verfügung und beträgt 3.539 € pro Kalenderjahr.

Für den gemeinsamen Jahresbetrag gelten die folgenden Bedingungen:

- Der Betrag steht sofort zur Verfügung. Es ist nicht mehr notwendig, dass die pflegebedürftige Person vorher mindestens sechs Monate lang zu Hause gepflegt wurde.
- Die Verhinderungspflege kann für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.
- Während der Verhinderungspflege zahlen wir die Hälfte des Pflegegeldes für acht Wochen weiter.

KKH-Pflegelotse

Sie suchen für sich oder eine angehörige Person einen passenden Pflegedienst in Ihrer Nähe? Nutzen Sie den KKH-Pflegelotsen im Internet unter: khh.de/pflegelotse

7. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegehilfsmittel dienen dazu, der pflegebedürftigen Person eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen, die häusliche Pflege zu erleichtern und Beschwerden zu lindern. Mittel, die zum täglichen Lebensbedarf gehören, sind keine Pflegehilfsmittel, auch wenn sie die Pflege erleichtern. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übernimmt die Pflegekasse bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Kriterien und einer pflegerischen Notwendigkeit bis zu 40 € monatlich.

Pflegehilfsmittel, wie zum Beispiel Pflegebetten, werden nach Möglichkeit leihweise überlassen, wobei dann eine Zuzahlung durch die Versicherten entfällt. Können Hilfsmittel, zum Beispiel aus hygienischen Gründen, nicht leihweise überlassen werden, entsteht für die pflegebedürftige Person ein Eigenanteil von 10 Prozent, höchstens jedoch von 25 €.

Beispiele:

- a) Ein Pflegehilfsmittel kostet 357,90 €, die Zuzahlung beträgt 25 €.
- b) Ein Pflegehilfsmittel kostet 178,95 €, die Zuzahlung beträgt 17,90 €.

In Härtefällen können Versicherte von über die Belastungsgrenze hinausgehende Zuzahlungen auf Antrag befreit werden. Die Kosten für die Anpassung, Wartung oder Instandsetzung von Pflegehilfsmitteln tragen wir in voller Höhe. Für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres entfällt die Zuzahlung. Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes können wir unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse bis zu 4.000 € je Maßnahme übernehmen. Hierbei muss es sich um Maßnahmen handeln, aufgrund derer die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederhergestellt wird. Reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht werden soll, zählen nicht

zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung. Eine Kostenbeteiligung kommt etwa in diesen Fällen infrage:

- bei der rollstuhlgerechten Veränderung der Wohnung,
- bei fest installierten Rampen,
- bei Treppenliften
- und bei anderen Maßnahmen.

Die Zuschusshöhe richtet sich nach dem Leistungsumfang der beantragten Maßnahme. Nähere Einzelheiten sind in den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen geregelt. Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung sind vor Beginn der Maßnahme zu beantragen.

Mögliche Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

- Pflegebetten
- Pflegebettzubehör wie Bettverlängerungen und -verkürzungen, Bettgalgen und Ähnliches
- Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung wie Rückenstützen
- Spezielle Pflegebettische
- Pflegelieggestühle

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und Körperhygiene

- Produkte zur Hygiene im Bett (Bettpfannen, Urinflaschen usw.)
- Waschsysteme, zum Beispiel Kopfwaschsysteme, Duschwagen

Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung und Mobilität

- Hausnotrufsysteme

Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

- Lagerungsrollen

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Saugende Bettschutzeinlagen
- Schutzbekleidung, zum Beispiel Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz
- Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, zum Beispiel Desinfektionsmittel

8. Förderung von Wohngruppen

Pflegebedürftige mit zuerkanntem Pflegegrad 1 bis 5, die zusammen mit wenigstens zwei weiteren Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngruppen/Wohngemeinschaften leben, erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 € monatlich zu ihren bisherigen Leistungen. Davon können sie eine Person finanzieren, die zum Beispiel organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Aufgaben übernimmt.

Die Gründung neuer Wohngruppen soll mit bis zu 2.500 € pro pflegebedürftigem Gründungsmitglied finanziell gefördert werden. Der Betrag wird durch die Pflegekasse für eine altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 € begrenzt.

9. Tages- und Nachtpflege

Kann die häusliche Pflege einer pflegebedürftigen Person nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Sie kann zum Beispiel angezeigt sein, um Pflegepersonen zu entlasten, aber auch bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Leistungsinhalte sind die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Leistungen umfassen auch die täglichen Hin- und Rückfahrten der pflegebedürftigen Person, die von den Einrichtungen sichergestellt werden. Die Kosten einer Tages-/Nachtpflege werden nicht auf den monatlichen Pflegegeld- oder Pflegesachleistungsanspruch angerechnet, sodass diese Ansprüche zusätzlich in voller Höhe bestehen. Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen/Wohngemeinschaften leben, haben nur in

Ausnahmefällen und nach Prüfung des Medizinischen Dienstes (MD) einen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege.

Monatliche Leistungen bei Tages- und Nachtpflege

- bei Pflegegrad 2 689 €
- bei Pflegegrad 3 1.298 €
- bei Pflegegrad 4 1.612 €
- bei Pflegegrad 5 1.995 €

10. Kurzzeitpflege

Es gibt Situationen, in denen die Leistungen der häuslichen Pflege oder der Tages- und Nachtpflege nicht ausreichen. Das ist etwa der Fall, wenn eine pflegebedürftige Person aus dem Krankenhaus entlassen wird und für eine Übergangszeit noch nicht wieder in ihre ursprüngliche Umgebung zurückkehren kann. Dann besteht die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung, wenn die betreffende Person Pflegegrad 2 oder höher hat.

Wir übernehmen bis zu 1.774 € der hierfür entstehenden Kosten in einem Zeitraum von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. In diesem Betrag sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege enthalten. Durch eine Übertragung nicht verbrauchter Ansprüche der Verhinderungspflege können insgesamt sogar Kosten bis zu 3.386 € pro Kalenderjahr übernommen werden.

Sofern Pflegeleistungen in Form von Pflegegeld bezogen werden, besteht während der Kurzzeitpflege Anspruch auf Weiterzahlung des halben Betrages bis zur Dauer von acht Wochen. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass direkt vor Antritt der Kurzzeitpflege bereits ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestanden hat.

Führt die Pflegeperson eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durch und ist die gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich, kann Kurzzeitpflege auch in stationären Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtungen erbracht werden.



11. Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Neben den pflegebedingten Aufwendungen und den Aufwendungen für Betreuung werden auch die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernommen. In vollstationären Pflegevertragsinstitutionen bestehen die im Folgenden aufgeführten Leistungsansprüche.

Monatliche Leistungen bei vollstationärer Pflege

- **Pflegegrad 2** (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit) im Wert bis zu 770 €
- **Pflegegrad 3** (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit) im Wert bis zu 1.262 €
- **Pflegegrad 4** (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit) im Wert bis zu 1.775 €
- **Pflegegrad 5** (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) im Wert bis zu 2.005 €

Pflegebedürftige des **Pflegegrades 1** erhalten in vollstationärer Pflege einen Zuschuss in Höhe von 125 € monatlich.

Zudem erhalten Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim leben, von uns einen Zuschuss zu ihrem Eigenanteil, und zwar zu dem Betrag, der für die Pflege- und Ausbildungskosten monatlich anfällt. Die Höhe dieses Zuschusses richtet sich danach, wie lange die betreffende Person schon Leistungen der vollstationären Pflege bezieht:

Aufenthalt im Pflegeheim: unser Zuschuss:

- | | |
|----------------------|------------|
| • bis zu 12 Monate | 15 Prozent |
| • mehr als 12 Monate | 30 Prozent |
| • mehr als 24 Monate | 50 Prozent |
| • mehr als 36 Monate | 75 Prozent |

KKH-Hospizlotse

Wir unterstützen Sie oder Ihre Angehörigen auch in der letzten Lebensphase. Unser KKH-Hospizlotse kann Ihnen helfen, das passende Angebot aus der Hospiz- und Palliativversorgung zu finden.

kkh.de/hospizlotse

12. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, gilt: Wir übernehmen 15 Prozent des vereinbarten Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich. Erfolgt bei diesem Personenkreis zeitweise die Betreuung im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten), können wir für die heimbetreuungsfreien Zeiten ein Pflegegeld auszahlen. Dieses Pflegegeld errechnet sich aus den tatsächlichen Pflegetagen in der Familie.

13. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Sind Sie bei uns versichert und pflegen Sie eine Person in häuslicher Umgebung, die ebenfalls bei uns versichert ist? Dann zahlen wir als Pflegekasse bei der KKH für Sie unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die Beitragszahlung zur Rentenversicherung für Sie als nicht erwerbsmäßige Pflegeperson setzt unter anderem voraus, dass Sie

- eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit zuerkanntem Pflegegrad 2 bis 5 regelmäßig mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage pro Woche, pflegen,
- neben der Pflegetätigkeit nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig sind und
- nicht bereits eine Vollrente wegen Alters oder eine Altersversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehen beziehungsweise bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht rentenversichert waren oder eine Beitrags-erstattung erhalten haben.

Wenn Sie nicht zur Familie gehören und pflegen, darf Ihre Aufwandsentschädigung das gesetzliche Pflegegeld nicht übersteigen. Eigene Beitragsanteile entrichten Sie nicht, da wir als Krankenversicherung den vollen Beitrag zur Rentenversicherung für Sie übernehmen.

Als Pflegekasse zahlen wir Beiträge zur Rentenversicherung bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr weiter, wenn Sie Ihre Pflegetätigkeit aufgrund von Erholungsurlaub unterbrechen. Diese Regelung soll – insbesondere bei Frauen – dazu beitragen, das Rentenkonto zu vervollständigen und den hohen Einsatz der pflegenden Personen noch mehr anzuerkennen.

Die Beitragshöhe richtet sich einerseits nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person und andererseits nach der Art der Leistung, die sie in Anspruch nimmt. Seit 2017 werden auch Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, wenn die pflegebedürftige Person nur Sachleistungen und keine Geldleistungen in Anspruch nimmt.

Darüber hinaus zahlen wir als Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, wenn unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit Beiträge entrichtet wurden. Während der Pflegetätigkeit darf jedoch keine andere Beschäftigung ausgeübt werden. Eine Doppelversicherung ist somit per Gesetz ausgeschlossen. Diese Regelung gilt für Pflegetätigkeiten ab dem 01.01.2017.

Nach dem Ende der Pflegetätigkeit haben Pflegepersonen die Möglichkeit, Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung in Anspruch zu nehmen.





14. Teilweise oder vollständige Freistellungen bei Pflege von Angehörigen

a) Pflegezeitgesetz

Zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besteht für Beschäftigte die Möglichkeit, sich zur Pflege naher Angehöriger entweder kurzzeitig von der Arbeit freistellen zu lassen oder eine längerfristige Pflegezeit bis zur Dauer von sechs Monaten in Anspruch zu nehmen.

Bei der längerfristigen Auszeit können Beschäftigte zwischen einer vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeit wählen. Während der Freistellung können zudem Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung von uns als Pflegekasse gezahlt werden.

Eine Freistellung von der Arbeit ist auch zur Sterbebegleitung (bis zur Dauer von maximal drei Monaten) und zur Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger Kinder im eigenen Zuhause oder in einer stationären Einrichtung möglich.

Bei akut auftretenden Pflegesituationen haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für eine nahe Angehörige Person eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder ihre sofortige pflegerische Versorgung sicherzustellen. Für die Dauer der kurzzeitigen Freistellung zahlt die Pflegekasse ein Pflegeunterstützungsgeld.

Ab dem 01.01.2024 besteht der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 10 Tage jährlich. Diese Lohnersatzleistung beläuft sich auf 90 Prozent (100 Prozent, wenn in den letzten zwölf Monaten Einmalzahlungen bezogen wurden) des in der Zeit der Freistellung entstandenen Netto-Verdienstaufschlags und unterliegt der Beitragspflicht. Das Pflegeunterstützungsgeld zählt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird damit bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, berücksichtigt. Die kurzzeitige Pflegezeit hat versicherungsrechtlich keine Auswirkungen.

b) Familienpflegezeitgesetz

Neben den Regelungen des Pflegezeitgesetzes besteht für Beschäftigte außerdem die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit im Rahmen einer Familienpflegezeit über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, wenn sie eine nahe Angehörige Person in häuslicher Umgebung pflegen.

Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nur gegenüber Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten. Werden Pflegezeit und Familienpflegezeit kombiniert, darf der Freistellungszeitraum maximal zwei Jahre insgesamt betragen. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben gewährt in diesem Zusammenhang zinslose Darlehen, damit die finanzielle Belastung durch Verdienstaufschlag beziehungsweise Entgeltreduzierung besser bewältigt werden kann. Weitere Informationen finden Sie unter: **bafza.de** (→ Aufgaben → Familienpflegezeit)

15. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Wir bieten als Pflegekasse bei der KKH zur Unterstützung der häuslichen Pflege unentgeltlich Pflegekurse, Ergänzungskurse und Beratungsgespräche an. Die Kurse dienen dem Ziel, Familienangehörige und sonstige ehrenamtlich pflegende Personen zu motivieren und zu befähigen, häusliche Pflege zu übernehmen, zu erleichtern und zu verbessern. Damit wir möglichst viele Menschen auf möglichst einfache Weise erreichen, bieten wir unsere Kurse zum Teil auch digital an. Neben der Vermittlung von Pflege Techniken und speziellen pflegerischen Maßnahmen, zum Beispiel zur Verhütung zusätzlicher Erkrankungen, sollen die Kurse der psychischen Situation der pflegebedürftigen Person, ihrer Familie sowie der besonderen Belastung der Pflegeperson Rechnung tragen. Diese Angebote sollen ferner mit dazu beitragen, das soziale Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken. Sie richten sich an alle ehrenamtlich Pflegenden, unabhängig vom Umfang ihrer Pflege Tätigkeit, aber auch an interessierte Personen.

Die Kurse werden in Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen (z. B. Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe, Arbeiter-Samariter-Bund, Malteser Hilfsdienst) durchgeführt. Informieren Sie sich bitte in unseren Servicestellen über das spezielle Pflegekursangebot vor Ort.

Info zum erweiterten Kursangebot: Die Pflegekassen können begleitend vor Ort auch digitale Pflegekurse anbieten. Zusätzlich können Sie den KKH-PflegeCoach, unseren Online-Pflegekurs, kostenfrei nutzen. Dieser vermittelt Ihnen unter anderem die Grundlagen der häuslichen Pflege unter: kkh.de/pflegecoach

16. Entlastungsbetrag

Neben den regelmäßig zu gewährenden Pflegeleistungen (z. B. monatliche Pflegegeldzahlungen) besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 ein Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich.

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen, um pflegende Angehörige und vergleichbare Nahestehende zu entlasten. Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen,

- die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege entstehen,
- für Angebote von ambulanten Pflegediensten zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung,
- im Rahmen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Betreuungsgruppen, Helferkreise, familienentlastende Dienste usw.).

17. Leistungen als Teil eines Persönlichen Budgets

Als Teil eines Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX können Pflegebedürftige seit dem 01.07.2004 bestimmte Pflegesachleistungen in Form von Gutscheinen oder ein Pflegegeld beanspruchen. Ziel ist es, den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

18. Staatliche Förderung der privaten Vorsorge

Seit dem 1. Januar 2013 werden Versicherte vom Staat dabei unterstützt, für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit privat vorzusorgen. Jeder, der als Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung eine private Pflege-Tagegeld-Versicherung abschließt, kann im Rahmen einer staatlichen Förderung bei einem Mindesteigenbetrag von monatlich 10 € einen Zuschuss in Höhe von 5 € im Monat beziehungsweise 60 € im Jahr erhalten. Je früher der Einstieg in diese neue Vorsorgemöglichkeit erfolgt, desto geringer wird die mögliche Versorgungslücke im Pflegefall ausfallen.



Wichtige Informationen auf einen Blick

Beantragung von Pflegeleistungen

Bitte rufen Sie in einer unserer Servicestellen an, wenn wir Ihnen einen Antrag zusenden sollen. Oder laden Sie ihn unter khh.de/pflegekasse einfach direkt von unserer Internetseite herunter.

Weitere Informationen

Hilfreiche Informationsmaterialien wie Broschüren, Formulare oder Flyer finden Sie in unserem Downloadbereich auf unserer Internetseite khh.de/pflegekasse oder direkt in Ihrer Servicestelle vor Ort.

Pflegeberatung

Wir unterstützen Sie als Pflegekasse bei der KKH rund um das Thema Pflege vom ersten Tag an. Unsere kostenfreie Pflegeberatung klärt gemeinsam mit Ihnen alle mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, hilft Ihnen bei der Beantragung von Leistungen, entwickelt für Sie ein auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Unterstützungsangebot und findet mit Ihnen gemeinsam einen passenden Pflegedienst oder das am besten geeignete Pflegeheim.

Online-Pflegeseminare

Ob von zu Hause oder unterwegs – in unseren Online-Seminaren geben wir einen guten Überblick zu wichtigen Themen aus der Pflege und Pflegeversicherung.

khh.de/online-pflegeseminare

KKH-Pflegelotse

Sie suchen für sich oder eine angehörige Person einen passenden Pflegedienst oder das am besten geeignete Pflegeheim in Ihrer Nähe? Nutzen Sie unseren KKH-Pflegelotzen im Internet. khh.de/pflegelotse

KKH-Hospizlotse

Unser KKH-Hospizlotse kann Ihnen helfen, das passende Angebot aus der Hospiz- und Palliativversorgung zu finden. khh.de/hospizlotse

Sie haben Fragen oder benötigen Unterstützung?

Unsere Pflegeberatung steht Ihnen gern zur Verfügung. Kontakt über die **KKH-Gesundheitshotline 089 950084188** oder per E-Mail unter: gesundheitshotline@khh.de

Die Pflegekasse bei der KKH

30125 Hannover

Service-Telefon: 0800 5548640554

kkh.de/kontaktformular

