

Die Pflegekasse

Leistungen im Überblick



Mehr als
Jahre **125** Vertrauen und
Sicherheit

KKH

Kaufmännische
Krankenkasse



Inhalt

Versicherung und Beiträge	4
Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	7
Wichtige Telefonnummern und Ansprechpartner	19

Sämtliche medizinischen Informationen und Empfehlungen sind neutral und basieren auf den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. oder der anerkannten Lehrmeinung.

Die soziale Pflegeversicherung

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 u. a., das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Sie sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse errichtete Pflegekasse trägt den Namen „Pflegekasse bei der KKH“. Kranken- und Pflegeversicherung bleiben damit in einer Hand.

Haben Sie Fragen? Die fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Servicestellen betreuen und beraten Sie gern.

Ihre Pflegekasse bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse

Versicherung und Beiträge

Der versicherte Personenkreis in der Pflegeversicherung, aber auch weitgehend das Versicherungs- und Beitragsrecht richten sich nach dem Grundsatz: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied ist, genießt dort auch den Schutz der sozialen Pflegeversicherung. Und wer privat krankenversichert ist, muss eine adäquate private Pflegepflichtversicherung abschließen.

Wer ist versicherungspflichtig?

Pflegeversicherungspflichtig sind alle Personen, die Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Dazu gehören z. B. gegen Arbeitsentgelt beschäftigte 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, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und im Krankheitsfall Leistungsansprüche aus Sondergesetzen ableiten können (z. B. aus dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder anderen Vorschriften). Zu diesen „sonstigen Personen“ gehören auch Soldaten auf Zeit.

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. Als Voraussetzung für eine Befreiung gilt der Nachweis eines gleichwertigen Pflegeversicherungsschutzes bei einem privaten Versicherungsunternehmen, der sich auch auf die Familienangehörigen erstreckt.

Wer kann sich in der Pflegeversicherung weiterversichern?

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?

Seit 01.01.2017 beträgt der Beitragssatz generell 2,55 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Aus verfassungsrechtlichen Gründen zahlen Kinderlose seit 01.01.2005 einen Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten. Ihr Beitragssatz beträgt also 2,8 Prozent. Bis zum 23. Lebensjahr und für die vor 1940 Geborenen fällt der Zuschlag für Kinderlose nicht an.

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 bzw. die Heilfürsorge. Der Zuschlag für Kinderlose ist aber in voller Höhe zu zahlen. Für Eltern gilt demnach der Beitragssatz von 1,275 Prozent, für Kinderlose ein Beitragssatz von 1,525 Prozent.

Wer trägt 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 0,25 Prozent allein tragen. Der Arbeitgeber beteiligt sich daran nicht.

Im Bundesland Sachsen übernehmen die Arbeitgeber allerdings nicht die Hälfte des Beitrages (1,275 Prozent), sondern nur 0,775 Prozent. Im Gegensatz zu den anderen Bundesländern ist dort zugunsten der Pflegeversicherung kein Feiertag gestrichen worden. Eltern müssen in Sachsen also für Beiträge von 1,775 Prozent, Kinderlose von 2,025 Prozent aufkommen.

Die Arbeitgeber behalten den Pflegeversicherungsbeitrag des Arbeitnehmers 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 Rentner die Pflegeversicherungsbeiträge in voller Höhe allein. Die Beiträge für Arbeitslose trägt die Bundesagentur für Arbeit, ebenso für Bezieher von Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld und Altersübergangsgeld. Für Sozialhilfeempfänger 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 Arbeitnehmer freiwillig und deshalb in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert ist, trägt den Beitrag zur Pflegeversicherung allein. Er erhält jedoch von seinem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss vergleichbar dem Arbeitgeberanteil bei krankenversicherungspflichtig Beschäftigten. Den Beitragszuschlag für Kinderlose bezuschusst der Arbeitgeber nicht. Einen Beitragszuschuss können u. a. auch bestimmte freiwillig versicherte

Vorruhestandsgeldbezieher beanspruchen. Bei Studenten 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
- **Rentenantragsteller**, 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



Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Überblick über die Pflegeleistungen und Ansprüche

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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb die Hilfe von anderen Personen benötigt. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, für mindestens sechs Monate, bestehen.

Die Pflegebedürftigkeit wird in folgenden Bereichen (Modulen) geprüft:

Mobilität, u. a.

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

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, u. a.

- 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, u. a.

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

Selbstversorgung, u. a.

- 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 selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, u. a.

- Medikation
- Verbandswechsel und Wundversorgung
- Arztbesuche
- Einhalten einer Diät
- Gestaltung des Tagesablaufs

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 der Krankenversicherung (MDK) fest. Der Gutachter kommt hierzu ins Haus und berücksichtigt neben den Wohnverhältnissen auch die familiäre Situation. Bei stationärer Pflege begibt sich der Gutachter in die Pflegeeinrichtung.

Für die Zuerkennung eines Pflegegrades kommt es vor allem auf die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten des Betroffenen an.

Entsprechend dem Hilfebedarf wird nach fünf Pflegegraden unterschieden.

Pflegegrad 1
Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2
Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3
Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4
Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 5
Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit 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 im Alter bis zu 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 jede Servicestelle der KKH gern zusendet, lassen sich dann weitere Angaben nachreichen, die für die Bearbeitung notwendig sind. Wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, besteht der Leistungsanspruch ab Antragstellung.

Welche Leistungen bietet die soziale Pflegeversicherung?

So sieht der Leistungskatalog in der Übersicht aus:

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

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 6 „Wie hoch sind die Beiträge?“), reduzieren sich die einzelnen Leistungen der Pflegeversicherung um die Hälfte.

1. Auskunft und Beratung

Bei Beantragung von Pflegeleistungen wird Ihnen von der Pflegekasse eine Beratung angeboten. Diese umfasst die Klärung von mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die Information über die Leistungen der Pflegekasse.

Die individuelle Pflegeberatung der Pflegekasse bei der KKH bietet Versicherten, ihren Angehörigen oder deren Lebenspartnern die Möglichkeit, auf Wunsch – nach Feststellung der Beeinträchtigung von Selbständigkeit oder Fähigkeiten – mit allen weiteren an der Versorgung zu beteiligenden Stellen ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Unterstützungsangebot im Rahmen eines Versorgungsplans zu entwickeln. Der Pflegeberater passt die erforderlichen Hilfen der jeweiligen Situation an und begleitet die Pflegebedürftigen individuell.

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 Pflegepersonen (Pflegekurse, soziale Sicherung)
- Programme bei Altersdemenz, Diabetes Typ 2 und bei Herzinsuffizienz
- Psychosoziale Unterstützung
- Ernährungsberatung u. v. m.

Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 liegt eine geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit vor. Auch ihnen stehen Leistungen der Pflegekasse zur Verfügung. Sie können Folgendes in Anspruch nehmen:

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

2. 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). Übergangsweise können auch Leistungen zur häuslichen Betreuung als Pflegesachleistung erbracht werden (siehe unter Punkt 16). Dies gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige eine Altenwohnung, in einem Altenwohnheim ein Apartment oder eine Wohnung gemietet hat. Hierbei ist es unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht. Leistungen der häuslichen Pflege sind nicht zulässig, wenn der Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Die Leistungen der häuslichen

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

- bei Pflegegrad 2 bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
- bei Pflegegrad 3 bis zu einem Gesamtwert von 1.298 Euro,
- bei Pflegegrad 4 bis zu einem Gesamtwert von 1.612 Euro,
- bei Pflegegrad 5 bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro

monatlich.

Pflege werden durch Pflegedienste oder geeignete Pflegekräfte erbracht, die Vertragspartner der Pflegekasse sind.

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.

3. 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. Ihre KKH Servicestelle informiert Sie gern.

Mit dem Anspruch auf Pflegegeld sind regelmäßige Pflegepflichteinsätze (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. 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.

Das Pflegegeld beträgt

- | | |
|--------------------|-----------|
| ▪ bei Pflegegrad 2 | 316 Euro, |
| ▪ bei Pflegegrad 3 | 545 Euro, |
| ▪ bei Pflegegrad 4 | 728 Euro, |
| ▪ bei Pflegegrad 5 | 901 Euro |

monatlich.

4. Kombination von Geld- und Sachleistung

Nimmt ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 bis 5 eine ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, steht ihm daneben ein anteiliges Pflegegeld zu. Das Pflegegeld wird prozentual um die bezogene Sachleistung vermindert. Der Pflegebedürftige kann frei entscheiden, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen möchte. Seine Entscheidung kann er nach sechs Monaten ändern.

Beispiele für die Berechnung der Kombinationsleistung

a) Frau Müller (Pflegegrad 2) nimmt Sachleistungen im Wert von 516,75 Euro in Anspruch. Der ihr zustehende Höchstbetrag: 689 Euro. Die Sachleistung wurde also erst zu 75 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316 Euro stehen Frau Müller somit noch 25 Prozent, also 79 Euro, zu.

b) Herr Bertram (Pflegegrad 3) hat nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe bei Krankheit und Pflege. Er nimmt Sachleistungen im Wert von 259,60 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag: 50 Prozent von 1.298 Euro = 649 Euro. Die Sachleistung wurde also erst zu 40 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 272,50 Euro (50 Prozent von 545 Euro, die er ohne Anspruch auf Beihilfe erhalten würde) stehen Herrn Bertram somit noch 60 Prozent, also 163,50 Euro, zu.

c) Frau Wagner (Pflegegrad 5) nimmt Sachleistungen im Wert von 1.795,50 Euro in Anspruch. Der ihr zustehende Höchstbetrag: 1.995 Euro. Die Sachleistung wurde also erst zu 90 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 901 Euro stehen Frau Wagner somit noch 10 Prozent, also 90,10 Euro, zu.

5. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson verhindert (z. B. wegen Urlaubs oder Krankheit), kann Verhinderungspflege beantragt werden. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate gepflegt hat und der Pflegebedürftige mindestens in den

Pflegegrad 2 eingestuft ist. Übernimmt diese ein professioneller Pflegedienst, übernimmt die Pflegekasse für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr die Kosten bis höchstens 1.612 Euro. Sofern in dem Kalenderjahr noch bislang ungenutzte Ansprüche auf Kurzzeitpflege bestehen, ist deren Übertragung auf den Verhinderungspflegeanspruch bis zu 806 Euro möglich. Der Übertrag wird dabei auf den jährlichen Kurzzeitpflegeanspruch angerechnet.

Die Verhinderungspflege ist nicht auf den Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt, sondern kann auch in

- einem Krankenhaus,
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
- einer Krankenwohnung,
- einem Kindergarten oder einer Schule,
- einem Internat oder einem Behindertenwohnheim erfolgen.

Erstattungsfähig sind alle pflegebedingten Aufwendungen.

Wird die Verhinderungspflege nicht durch einen professionellen Pflegedienst, sondern von Verwandten, Bekannten, Nachbarn oder sonstigen Personen übernommen, richtet sich die Höhe der Leistung nach der jeweiligen Personengruppe:

- Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt (Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern und Geschwister) oder verschwägert (Schwiegersöhne/-töchter, Schwiegereltern, Schwiegerenkel, Stiefkinder, Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern) sind, oder
- Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben (z. B. Ehepartner), und
- andere Pflegepersonen.

Pflegepersonen der Gruppen a) und b) leisten die Verhinderungspflege regelmäßig nicht erwerbsmäßig, sondern aufgrund familiärer Bindung oder häuslicher Gemeinschaft. Die Leistung der Pflegekasse ist dann grundsätzlich auf den 1,5-fachen Wert des dem Pflegegrad entsprechenden Pflegegeldes begrenzt. Zusätzlich sind nachgewiesene Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstausschlag), die der Pflegeperson in Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstehen, bis zum Höchstbetrag von 1.612 Euro erstattungsfähig.

An den Kosten einer Verhinderungspflege durch Pflegepersonen der Gruppe c) beteiligt sich die Pflegekasse in gleicher Höhe wie beim Einsatz

eines professionellen Pflegedienstes, falls die Aufwendungen notwendig waren und nachgewiesen werden.

Sofern Pflegeleistungen in Form von Pflegegeld bezogen werden, besteht während der Verhinderungspflege Anspruch auf Weiterzahlung eines hälftigen Pflegegeldes bis zur Dauer von sechs Wochen. Die Weiterzahlung setzt voraus, dass direkt vor Beginn der Verhinderungspflege bereits ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestanden hat.

6. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegehilfsmittel dienen dazu, dem Pflegebedürftigen 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.

Pflegehilfsmittel können sein

Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und Körperhygiene

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

Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung und Mobilität

- Hausnotrufsysteme

Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

- Lagerungsrollen

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Saugende Bettschutzeinlagen
- Schutzbekleidung, z. B. Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz
- Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, z. B. Desinfektionsmittel

Ob und in welcher Weise die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln notwendig ist, überprüft die Pflegekasse im Zusammenhang mit einer beauftragten Pflegefachkraft oder dem Medizinischen Dienst. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übernimmt die Pflegekasse bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Kriterien und einer pflegerischen Notwendigkeit bis zu 40 Euro monatlich.

Pflegehilfsmittel, wie z. B. Pflegebetten, werden nach Möglichkeit leihweise überlassen, wobei dann eine Zuzahlung durch die Versicherten entfällt. Können Hilfsmittel, z. B. aus hygienischen Gründen, nicht leihweise überlassen werden, entsteht für den Pflegebedürftigen ein Eigenanteil von 10 Prozent, höchstens jedoch von 25 Euro.

Beispiele:

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

In Härtefällen können Versicherte für weitere, über die Belastungsgrenze hinausgehende Zuzahlungen auf Antrag befreit werden. Die Kosten für die Anpassung, Wartung oder Instandsetzung von Pflegehilfsmitteln trägt die Pflegekasse bei der KKH in voller Höhe. Für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind keine Zuzahlungen zu leisten. Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes können unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse bis zu 4.000 Euro je Maßnahme übernommen werden. Hierbei muss es sich um Maßnahmen handeln, aufgrund derer die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen 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 z. B. infrage

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

Die Zuschusshöhe richtet sich nach dem Kostenumfang 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.



7. 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 Euro monatlich zu ihren bisherigen Leistungen. Davon können sie eine Person finanzieren, die z. B. organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Aufgaben übernimmt.

Die Gründung neuer Wohngruppen soll mit bis zu 2.500 Euro 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 Euro begrenzt.

8. Tages- und Nachtpflege

Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen 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 z. B. angezeigt sein, um Pflegepersonen zu entlasten, aber auch bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Leistungsinhalte sind die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendun-

Die Leistungshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad:

- bei Pflegegrad 2 689 Euro,
- bei Pflegegrad 3 1.298 Euro,
- bei Pflegegrad 4 1.612 Euro,
- bei Pflegegrad 5 1.995 Euro

monatlich.

gen der Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Leistungen umfassen auch die täglichen Hin- und Rückfahrten des Pflegebedürftigen, 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 der Krankenversicherung (MDK) einen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege.



9. Kurzzeitpflege

Reichen vorübergehend weder die häusliche Pflege noch die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege aus, z. B. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen, kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Kurzzeitpflege in einer (voll-) stationären Vertragspflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden.

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 1.612 Euro 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 3.224 Euro pro Kalenderjahr übernommen werden.

Sofern Pflegeleistungen in Form von Pflegegeld bezogen werden, besteht während der Kurzzeitpflege Anspruch auf Weiterzahlung eines hälfti-

gen Pflegegeldes 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.

10. 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 Pflegevertragseinrichtungen bestehen folgende Leistungsansprüche:



- Pflegegrad 2, erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit, im Wert bis zu 770 Euro,
- Pflegegrad 3, schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit, im Wert bis zu 1.262 Euro,
- Pflegegrad 4, schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit, im Wert bis zu 1.775 Euro,
- Pflegegrad 5, schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung, im Wert bis zu 2.005 Euro

monatlich.

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

11. 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, übernimmt die Pflegekasse 10 Prozent des vereinbarten Heimentgelts, höchstens 266 Euro monatlich. Erfolgt bei diesem Personenkreis zeitweise die Betreuung im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten), kann für die heimbetreuungsfreien Zeiten ein Pflegegeld ausgezahlt werden. Dieses Pflegegeld errechnet sich aus den tatsächlichen Pflegetagen in der Familie.

12. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Pflegen Sie als Angehöriger, Bekannter oder Freund einen bei der KKH versicherten Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung? Dann zahlt die Pflegekasse bei der KKH für Sie unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die Beitragszahlung zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen setzt u. a. voraus, dass Sie

- einen oder mehrere Pflegebedürftige/n 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 bzw. bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht rentenversichert waren oder eine Beitragserstattung erhalten haben.

Wenn Sie als Nichtfamilienangehöriger pflegen, darf Ihre Aufwandsentschädigung das gesetzliche Pflegegeld nicht übersteigen. Eigene Beitragsanteile entrichten Sie nicht, da die KKH den vollen Beitrag zur Rentenversicherung für Sie übernimmt.

Die Pflegekasse zahlt 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 des Pflegebedürftigen und andererseits nach der Art der Leistung, die dieser in Anspruch nimmt. Seit 2017 werden auch Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, wenn der Pflegebedürftige nur Sachleistungen und keine Geldleistungen in Anspruch nimmt.

Darüber hinaus zahlt die 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.

13. 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 6 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 durch die Pflegekasse gezahlt werden.

Eine Freistellung von der Arbeit ist auch zur Sterbegleitung (bis zur Dauer von max. 3 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 einen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die sofortige pflegerische Versorgung des betroffenen Angehörigen sicherzustellen. Für die Dauer der kurzzeitigen Freistellung zahlt die Pflegekasse ein Pflegeunterstützungsgeld. Diese Lohnersatzleistung beläuft sich auf 90 % (100 %, wenn in den letzten 12 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 einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Auf den reduzierten Lohn wird dabei noch einmal die Hälfte der Differenz zum bisherigen Lohn hinzugezahlt. Wird beispielsweise die Arbeitszeit während der Pflegephase um die Hälfte reduziert, erhalten die Beschäftigten weiterhin 75 Prozent des letzten Bruttoeinkommens. Zum Aus-



gleich erhalten sie, wenn sie wieder voll arbeiten, weiterhin nur 75 Prozent des Gehalts – so lange, bis der gezahlte Vorschuss wieder ausgeglichen ist.

Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten. Werden Pflegezeit und Familienpflegezeit kombiniert, darf der Freistellungszeitraum max. 2 Jahre insgesamt betragen. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben gewährt in diesem Zusammenhang zinslose Darlehen, damit die finanzielle Belastung durch Verdienstaufschlag bzw. Entgeltreduzierung besser bewältigt werden kann.

14. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die Pflegekasse bei der KKH bietet 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. Neben der Vermittlung von Pflegetechniken und spezieller pflegerischer Maßnahmen, z. B. zur Verhütung zusätzlicher Erkrankungen, sollen die Kurse der psychischen Situation des Pflegebedürftigen, seiner 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 Pflegetätigkeit, 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 bei Ihrer KKH Servicestelle über das spezielle Pflegekursangebot vor Ort.

15. 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 Euro 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.).

16. 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.

Ihre KKH Servicestelle berät Sie gern.

17. Staatliche Förderung der privaten Vorsorge

Seit dem 01. 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 Mindest-Eigenbetrag von monatlich 10 Euro einen Zuschuss in Höhe von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr erhalten. Je früher der Einstieg in diese neue Vorsorgemöglichkeit erfolgt, desto geringer wird die mögliche Versorgungslücke im Pflegefall ausfallen.

Handeln Sie jetzt.

KKH **MeinPLUS**

einfach | individuell | innovativ

Versicherer ist die
DFV Deutsche Familienversicherung AG

Mit den privaten Zusatzangeboten KKH MeinPLUS Pflege* sichern Sie sich ganz einfach die steuerliche Förderung – die sogenannte Bahr-Pflege-Förderung. Mit den innovativen Ergänzungsmodulen der KKH MeinPLUS Pflege gestalten Sie darüber hinaus Ihre sofortige Absicherung individuell nach Ihren Bedürfnissen.

Die MeinPLUS Servicegesellschaft – Partner der KKH – berät Sie gern.

Service-Telefon 069 95869989
www.kkh-meinplus.de

* Risikoträger und Vertragspartner der hier angebotenen Versicherungen ist die DFV Deutsche Familienversicherung AG.



Wichtige Telefonnummern und Ansprechpartner

KKH Servicestelle

Pflegedienst

Das gesamte Spektrum des Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrechts der Pflegeversicherung kann in einer Kurzbroschüre natürlich nicht ausreichend dargestellt werden. Bitte wenden Sie sich deshalb in allen Fragen zum Bereich der Pflegeversicherung vertrauensvoll an Ihre nächste KKH Servicestelle. Unsere fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind stets hilfsbereit und stehen gern zu Ihrer Verfügung.

Ihre Pflegekasse bei der KKH





Rechtzeitig vorsorgen!

Nutzen Sie die privaten Zusatzversicherungen von KKH MeinPLUS Pflege* für eine individuelle Absicherung Ihres Pflegerisikos.

* Vertragspartner der hier angebotenen Versicherungen ist die DFV Deutsche Familienversicherung AG.

Exklusive Zusatzversicherungen
für Versicherte der KKH:

KKH Mein**PLUS**

einfach | individuell | innovativ

Versicherer ist die
DFV Deutsche Familienversicherung AG

MeinPLUS Servicegesellschaft
Partner der KKH

Service-Telefon 069 95869989

www.meinplusservice.de

KKH Kaufmännische Krankenkasse

30125 Hannover

service@kkh.de

www.kkh.de