

Ihr Antrag auf Leistungen der Pflegekasse vom _____ - MD noch nicht beauftragt -

Erstantrag Höherstufungsantrag

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

Leistungen der Salus BKK Pflegeversicherung

Pflegegeld
Die Pflege wird Zuhause z.B. durch Angehörige sichergestellt.

Pflegesachleistung
Die Pflege wird Zuhause durch einen Pflegedienst durchgeführt.

Vollstationäre Pflege
Die Pflege wird in einem vollstationären Pflegeheim durchgeführt.

Kombinationsleistung
Die Pflege wird z.B. durch Angehörige sichergestellt und durch einen Pflegedienst unterstützt.

Allgemeine Angaben zur Art, Dauer und Umfang der Pflege

Die Pflege wird seit dem

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 durchgeführt von:

einem Pflegedienst einem Pflegeheim einer Pflegeperson

Bezeichnung/Anschrift des Pflegeheimes/-dienstes

Name und Anschrift der Pflegeperson

Telefonnummer des Pflegeheimes/-dienstes
(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

Telefonnummer der Pflegeperson
(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

Leistungen anderer Träger

Leistungen Ihrer Salus BKK Pflegekasse können gegenüber Pflegeleistungen anderer Institutionen (z. B. ausländischer Leistungsträger) gleich- oder nachrangig sein. Um diese Vor- oder Nachrangigkeit prüfen zu können, benötigen wir die nachfolgenden Angaben von Ihnen. Damit helfen Sie uns auch eventuelle Überzahlungen zu vermeiden, die sich letztendlich zu Ihrem Nachteil auswirken können (z. B. durch hohe Rückzahlungsforderungen). Bitte legen Sie dem Antrag mögliche Nachweise in Kopie bei.

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von einem anderen Leistungsträger Ja Nein Art der Leistung:

Ich habe Pflegeleistungen bei einem anderen Leistungsträger beantragt Ja Nein Art der Leistung:

Ich habe Beihilfeanspruch Ja Nein Art der Leistung:

Die Leistungen erhalte ich von / werden beantragt bei:

Sozialamt Unfallversicherung Versorgungsamt ausländischer Träger sonstige Stelle

Name und Anschrift des ausgewählten Trägers

Vorversicherungszeiten in der Pflegeversicherung

Ein Leistungsanspruch in der Pflegeversicherung besteht, wenn eine Vorversicherungszeit erfüllt wird. Dafür muss die pflegebedürftige Person in den letzten 10 Jahren vor der Antragsstellung mindestens 2 Jahre Mitglied der gesetzlichen Pflegekasse oder nach § 25 SGB XI in dieser familienversichert gewesen sein. Für Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil diese erfüllt.

-> In den letzten 10 Jahren vor Antragstellung war ich wie folgt versichert

Zeitraum

versichert bei folgender Kranken-
/Pflegekasse

Angaben zu einem gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten (nur ausfüllen, falls vorhanden)

Ist für die pflegebedürftige Person ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden oder eine bevollmächtigte Person vorhanden, bitten wir Sie um nachfolgende Angaben. Fügen Sie dem Pflegeantrag in diesem Fall eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. der vorliegenden Vollmacht bei.

Für die pflegebedürftige Person wurde	<input type="checkbox"/> ein gesetzlicher Betreuer bestellt	<input type="checkbox"/> die Betreuung beantragt	<input type="checkbox"/> eine bevollmächtigte Person ernannt
---------------------------------------	---	--	--

Name des Betreuers/der bevollmächtigten Person

Anschrift des Betreuers/der bevollmächtigten Person

Dieser Antrag wurde von o.g. bevollmächtigter Person/gesetzlichen ausgefüllt und unterschrieben

Ja

Nein

Angaben zum behandelnden Arzt

Name/Anschrift des behandelnden Arztes

Telefonnummer des behandelnden Arztes

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch den Medizinischen Dienst (MD). Hierzu ist eine Begutachtung durch den MD notwendig, bei der auf Wunsch auch der behandelnde Hausarzt einbezogen werden kann.

Die nachfolgende Erklärung ist freiwillig.

Ihnen entstehen keine rechtlichen Nachteile, sofern Sie nicht damit einverstanden sind! Wird keine Wahl getroffen, werten wir dies nicht als Zustimmung.

-> Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt – sofern erforderlich – dem MD ärztliche Berichte, Gutachten und andere Befunddokumentationen zur Einsicht zur Verfügung stellt. Dafür entbinde ich den o. g. Arzt / die o. g. Ärztin gegenüber dem MD von der Schweigepflicht.

Ja

Nein

Angaben zur Bankverbindung (nur auszufüllen, wenn Pflegegeld oder Kombinationsleistungen beantragt werden!)

-> Bitte überweisen Sie das (anteilige) Pflegegeld auf folgendes Konto

Kontoinhaber/in

Geldinstitut

IBAN

BIC

-> Es handelt sich bei o. g. Bankverbindung

um das Konto der pflegebedürftigen Person (eigene Bankverbindung)

um das Konto einer anderen Person (fremde Bankverbindung, z. B. einer Vertrauensperson)

Erklärung bei fremder Bankverbindung

Ich bin befugt die Zahlungen der Pflegekasse für die im Antrag genannte pflegebedürftige Person zu erhalten. Ich verpflichte mich, zu viel gezahlte Beträge für Pflegeleistungen (z. B. Pflegegeld) nach dem SGB XI an die Pflegekasse der Salus BKK zurückzuzahlen. Weiterhin verpflichte ich mich, jede Änderung meiner Bankverbindung und / oder meines Wohnsitzes unverzüglich der Pflegekasse der Salus BKK mitzuteilen.

Name/Anschrift des Betreuers/der bevollmächtigten Person

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

-> Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Künftige Änderungen werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen.

Datenschutzhinweis: (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7 und 28 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) sowie § 60 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Leistungsanspruchs zu erheben. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Ort

Datum

Unterschrift der / des Versicherten oder des Betreuers / Bevollmächtigten

Salus BKK Pflegekasse Siemensstraße 5 a 63263 Neu-Isenburg Kostenfreies Kundentelefon 08002213222 www.salus-bkk.de

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Leistungen auf Antrag

Die Pflegekasse beauftragt umgehend den Medizinischen Dienst oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, welcher Pflegegrad zutrifft sowie des Umfangs der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson. Dabei werden auch Beeinträchtigungen von außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung festgestellt; außerdem ob Leistungen zur Prävention/Rehabilitation sowie (Pflege-)Hilfsmittel erforderlich sind. Antragsteller erhalten das Gutachten von der Pflegekasse; Sie können sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des medizinischen Dienstes vertraulich an eine Ombudsperson wenden. Im Internet finden Sie unter: <https://pflegefinder.bkk-dachverband.de> Informationen über Leistungsangebote und Vergütungen der zugelassenen Einrichtungen und Dienste.

Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad

Pflegebedürftig sind Personen mit gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Berücksichtigt werden in der Begutachtung folgende Bereiche:

- Mobilität (z. B. Fortbewegen, Positionswechsel Bett)
- kognitive/kommunikative Fähigkeiten (z. B. Orientierung, Alltagshandlungen)
- Verhaltensweisen (z. B. Abwehr, Antriebslosigkeit)
- Selbstversorgung (z. B. Körperpflege, Ankleiden)
- Krankheiten/Therapien (z. B. Medikamente, Wundversorgung, Arztbesuche)
- Alltagsleben (z. B. Kontakte, sich beschäftigen)

Beeinträchtigung	Pflegegrad
geringe	1
erhebliche	2
schwere	3
schwerste	4
schwerste (besondere Anforderungen)	5

Leistungen

Grundsätzlich sind verschiedene Geld- und Sachleistungen für die Pflegegrade 2 bis 5 vorgesehen. Auch bei geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sollen Leistungen den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen (siehe „Pflegegrad 1“).

Häusliche Pflegehilfe

Bei häuslicher Pflege sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung durch geeignete Pflegekräfte als Sachleistung vorgesehen (einschl. pflegefachliche Anleitungen). Mehrere Pflegebedürftige können die Leistungen ggf. gemeinsam in Anspruch nehmen. In einem „Pflegevertrag“ sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der vereinbarten Vergütung geregelt.

Pflugesachleistungen	
Pflegegrad	im Wert bis zu monatlich
2	796,00 EUR
3	1.497,00 EUR
4	1.859,00 EUR
5	2.299,00 EUR

Pflegegeld

Pflegegeld wird gezahlt, sofern Pflegebedürftige die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellen. Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer Maßnahme in einer Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung oder bei häuslicher Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen vergleichbar der „Pflegehilfe“ wird Pflegegeld für die ersten acht Wochen weitergezahlt (anschließend ruht der Anspruch). Die Hälfte des bisher bezogenen – ggf. anteiligen – Pflegegeldes wird jeweils für bis zu acht Wochen bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege je Kalenderjahr fortgezahlt. Als Kombinationsleistung kann Pflegegeld anteilig bezahlt werden, wenn die häusliche Pflegehilfe nicht ausgeschöpft ist.

Pflegegeld	
Pflegegrad	im Wert von monatlich
2	347,00 EUR
3	599,00 EUR
4	800,00 EUR
5	990,00 EUR

Pflegegrad 1

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend des Pflegegrades 1 haben Personen mit geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Der Entlastungsbetrag i. Höhe von 131,00 EUR monatlich kann beispielsweise für die Pflugesachleistung und bei Aufnahme in eine (teil-)stationäre Pflegeeinrichtung beansprucht werden.

Wird Pflegegeld bezogen, haben Pflegebedürftige bei Pflegegrad 2 bis 5 einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz, zum Beispiel durch einen zugelassenen Pflegedienst, abzurufen. Die Vergütung für den Beratungseinsatz wird direkt mit der Pflegekasse abgerechnet. Wird der Beratungseinsatz nicht abgerufen bzw. nicht nachgewiesen, wird das Pflegegeld gekürzt bzw. eingestellt.

Verhinderungspflege

Ist der Pflegeperson die häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich, übernehmen wir die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen und bis zur Höhe eines Gesamtleistungsbetrages (Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zusammen) in Höhe von maximal 3.539 € je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson(en) den Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 2) vor der erstmaligen Verhinderung bereits sechs Monate zu Hause gepflegt hat (haben).

Erfolgt die Ersatzpflege durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grade oder Personen, die mit dem Pflegebedürftigen zusammenleben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen (= 1,5facher Betrag) nicht überschreiten. Bei Nachweis höherer Auslagen (z.B. Verdienstausschlag, Fahrkosten) ist eine Kostenerstattung bis zu den Höchstbeträgen möglich; dies gilt auch, wenn die Ersatzpflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerter bzw. erwerbsmäßig ausgeübt wird. Siehe auch Leistung „Kurzzeitpflege“.

Seit dem 01.01.2026 können Leistungen der Verhinderungspflege nur bis zum Ende des Folgejahres nach Inanspruchnahme erstattet werden. Bitte reichen Sie Ihren Antrag auf Kostenerstattung rechtzeitig ein.

Tages- und Nachtpflege

Es besteht Anspruch auf teilstationäre Pflege in geeigneten Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Die Aufwendungen der Pflege, Betreuungen und medizinische Behandlungspflege werden wie folgt übernommen:

Tages- und Nachtpflege	
Pflegegrad	im Wert bis zu monatlich
2	721,00 EUR
3	1.357,00 EUR
4	1.686,00 EUR
5	2.085,00 EUR

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zu Pflegesachleistungen und Pflegegeld (einschließlich Kombinationsleistungen) beansprucht werden.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige erhalten einen Entlastungsbetrag von 131,00 EUR monatlich zur Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeit- pflege sowie Tages-/Nachtpflege, außerdem für besondere Angebote der Pflegedienste (ohne Leistungen zur körperbezogenen Selbstversorgung) sowie für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag. Die im Kalenderjahr nicht ausgeschöpften Beträge können ins folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Kurzzeitpflege

Ist häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang möglich und teilstationäre Pflege nicht ausreichend, besteht Anspruch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 auf vollstationäre Pflege (z. B. Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen) für maximal acht Wochen und bis zur Höhe eines Gesamtleistungsbetrages (Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zusammen) in Höhe von maximal 3.539 €. Maßgebend sind die pflegebedingten Aufwendungen (einschl. Betreuung und medizinische Behandlungspflege). Ein entsprechender Anspruch besteht auch in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, wenn während einer Maßnahme für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Vollstationäre Pflege

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen (einschl. Betreuung und medizinische Behandlungspflege), ggf. Aufwendungen für Unterkunft/Verpflegung, insgesamt bis zum Leistungsbetrag. Außerdem besteht Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung (auch in teilstationären Einrichtungen). Ab dem 01.01.2022 übernehmen wir bei der stationären Versorgung im Pflegeheim einen Zuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil in Pflegeheimen – neben dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag. Dieser Zuschlag steigt mit der Dauer der stationären Pflege.

Vollstationäre Leistungen je Kalendermonat	
Pflegegrad	im Wert von monatlich
2	805,00 EUR
3	1.319,00 EUR
4	1.855,00 EUR
5	2.096,00 EUR

Pflegehilfsmittel und sonstige Leistungen

Dazu zählen auch Pflegehilfsmittel (für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gilt eine Pauschale von 42,00 EUR monatlich), Pflegekurse für Angehörige und sonstige an ehrenamtlicher Pflege interessierte Personen (ggf. in häuslicher Umgebung).

Soziale Sicherung für Pflegepersonen

Pflegepersonen, die einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 nicht erwerbsmäßig insgesamt mindestens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, sind unter bestimmten Voraussetzungen in der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung sozial abgesichert. Dies gilt entsprechend für die gesetzliche Unfallversicherung.

Wohnumfeldverbesserung	Ambulante betreute Wohngruppe
<p>Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden insgesamt bis zu 4.180,00 EUR bezuschusst. Dadurch soll die häusliche Pflege ermöglicht bzw. erleichtert oder eine selbstständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen erreicht werden. Dazu zählen Maßnahmen, die eine Anpassung bezwecken und in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z. B. Treppenlift); außerdem Eingriffe in die Bausubstanz (z. B. Türverbreiterung) und technische Hilfen im Haushalt (z.B. Ein- und Umbau von Mobiliar). Auch der Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung zählt zu den förderungsfähigen Maßnahmen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, wird der Zuschuss von höchstens 4.180,00 EUR je pflegebedürftige Person bis zum Gesamtbetrag von 16.720,00 EUR je Maßnahme gezahlt.</p>	<p>Pflegebedürftige, die Pflegehilfe, Pflegegeld oder Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen, erhalten einen Wohngruppenzuschlag von je 224,00 EUR monatlich bei einem organisierten gemeinschaftlichen Wohnen von mindestens drei pflegebedürftigen Personen (höchstens zwölf Bewohner). In der Wohngruppe muss eine Person organisatorische, verwaltende oder betreuende Tätigkeiten verrichten. Neugründungen von solchen Wohngruppen werden neben dem Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einmalig mit 2.613,00 EUR je Anspruchsberechtigtem gefördert. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.452,00 EUR begrenzt. Dieser Förderbetrag kann für (weitere) altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet werden.</p>