

Audi BKK

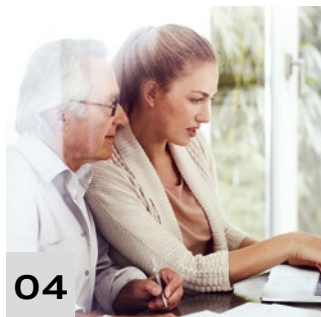


**Das Wichtigste
zur Pflege-
versicherung.**

Ein Ratgeber Ihrer Audi BKK.

Zuhören ist unsere
stärkste Leistung.

Inhalt



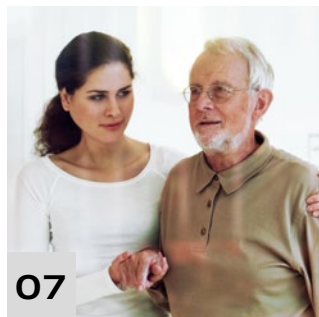
04

Versicherungsschutz.



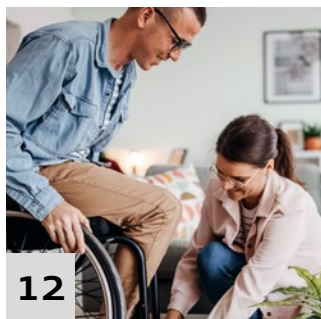
06

Pflegestützpunkte und
Pflegeberatung.



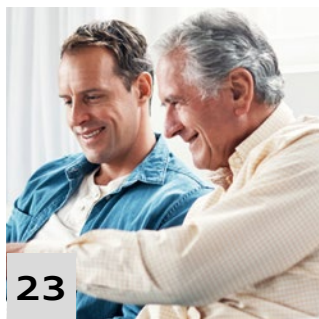
07

Voraussetzungen
für Leistungen.



12

Leistungen.



23

Pflegezeit für Angehörige.



26

Unterstützung in
der Pflege.

Hilfe, wenn Sie Pflege brauchen.

Menschen sind häufig auf Pflege angewiesen – weil sie älter werden und körperlich, seelisch oder geistig erkranken oder weil sie mit einer Behinderung leben müssen, die es ihnen unmöglich macht, selbstständig die Hürden des Alltags zu bewältigen. Pflegebedürftige benötigen dann die Hilfe der Familie oder von Bekannten. Aber: Pflege kostet Geld. Und nicht jeder kann das selbst finanzieren. Wir wollen Ihnen deshalb unsere Pflegeversicherung vorstellen – die Ihnen hilft, wenn Sie Pflege brauchen.

Die Pflegeversicherung ist unverzichtbarer Bestandteil und wichtige Säule der sozialen Sicherung für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Sie hat bei Versicherten wie Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Durch die Leistungen der Pflegeversicherung können viele Pflegebedürftige entsprechend ihren persönlichen Wünschen zu Hause versorgt werden; sie helfen zudem, die damit zusammenhängenden finanziellen Aufwendungen zu tragen.

Die Pflegeversicherung sieht auch Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegeperson vor und beteiligt sich an den Kosten der vollstationären Pflege.

Diese Broschüre gibt einen allgemeinen Überblick über die vielfältigen Leistungen der Pflegeversicherung. Bei Fragen helfen Ihnen die Mitarbeitenden unserer Pflegekasse gern weiter. Ihre Pflegeberaterin oder Ihr Pflegeberater unterstützen und begleiten Sie, wenn es um Sozialleistungen und Hilfsangebote für Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf geht.

Ihre Audi BKK



Versicherungsschutz.

Durch den Versicherungsdschungel durchzublicken ist schwer. Und so stellen sich viele Fragen: Wann sind Sie pflegeversichert? Welche Beiträge müssen Sie dafür zahlen? Wir wollen für mehr Klarheit sorgen. Und für mehr Sicherheit im Fall der Pflegebedürftigkeit.

Pflegeversichert

Jede Person, die gesetzlich krankenversichert ist, wird automatisch in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert. Dies gilt für alle Mitglieder sowie deren beitragsfrei versicherten Familienangehörigen.

Befreiung auf Antrag

Freiwillig Versicherte können auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit werden. Sie müssen nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre mitversicherten Angehörigen, Lebenspartner oder Lebenspartnerinnen Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Info: Für den Antrag gilt eine Frist von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht. Weil die Befreiung nicht widerrufen werden kann, sollten Sie sich von der Audi BKK Pflegekasse beraten lassen.

Private Versicherung

Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können diesen Vertrag mit Wirkung zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Dieses Recht haben auch Familienangehörige, Lebenspartner oder Lebenspartnerinnen, wenn für sie eine Familienversicherung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Beiträge

Der Beitrag ab Juli 2023 beträgt 3,4 Prozent des Bruttoeinkommens bzw. 4 Prozent für Kinderlose bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung. Für Familien mit Kindern reduziert sich der neue Beitragssatz zur Pflegeversicherung je nach Anzahl der Kinder für die Dauer der Erziehungsphase (bis zum 25. Lebensjahr des Kindes). Die Aufteilung Ihres Beitragsanteils ab 1. Juli 2023 finden Sie unter: www.audibkk.de/beitragssatz-pv



- › Der Beitrag wird von **Versicherten** und Arbeitgebenden aufgebracht.*
- › Die **Beiträge aus Renten** der gesetzlichen Rentenversicherung werden vom Mitglied allein getragen. Für andere Mitglieder gelten Sondervorschriften.
- › Der **Beitragszuschlag** ist vorgesehen für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres.
- › **Freiwillig Versicherte und Studierende zahlen den Beitrag allein.** Beschäftigte, die freiwillig versichert sind, erhalten von ihren Arbeitgebenden neben dem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch einen **Zuschuss** zum Beitrag zur Pflegeversicherung. Nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz können Studierende neben dem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch einen Zuschuss zur Pflegeversicherung erhalten.

* Für das Bundesland Sachsen gilt eine Sonderregelung (siehe Link/QR-Code).

Pflegestützpunkte und Pflegeberatung.

Pflege- und Krankenkassen sowie Kommunen errichten Pflegestützpunkte, wenn sich die einzelnen Länder für deren Aufbau entscheiden.

In Pflegestützpunkten soll die Beratung über die Vernetzung aller medizinisch-pflegerischen Leistungen gebündelt werden. Der Stützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem die Mitarbeitenden der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Person ihre bisherigen Dienstleistungen aufeinander abge-

stimmt vermitteln. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten hier alle wichtigen Antragsformulare, Informationen und konkrete Hilfestellungen. Wenn etwa eine Wohnung altengerecht umgebaut werden soll, wird zu möglichen Zuschüssen der Pflegekasse beraten. Ebenso zu geeigneten Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Angeboten.

Im Pflegestützpunkt soll also das gesamte Leistungsgeschehen für Pflegebedürftige koordiniert werden.

Pflegeberatung

Jede pflegebedürftige Person hat einen umfassenden Anspruch auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der Pflegekasse. Nach Eingang eines erstmaligen Antrags haben Sie Anspruch auf einen individuellen Beratungstermin, der innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang stattfindet.

Sie erhalten telefonisch eine qualifizierte Beratung zu Hilfsangeboten und Sozialleistungen, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Betreuungs- oder Versorgungsbedarf

ausgerichtet sind. Bei Bedarf erstellt die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater einen individuellen Versorgungsplan. Reicht eine telefonische Pflegeberatung nicht aus, um die Situation zu analysieren und die versicherte Person effektiv zu beraten, macht der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin einen Hausbesuch. Durch diesen Hausbesuch kann auch eine Anleitung für pflegende Angehörige erstellt werden.

Unter folgender Zentralnummer erhalten Sie nähere Informationen:
0841 887-888



Voraussetzungen für Leistungen.

Bitte Antrag stellen

Bitte stellen Sie bei Pflegebedürftigkeit rechtzeitig einen Antrag. Eine ärztliche Bescheinigung ist dazu nicht erforderlich. Die Leistungen beginnen, wenn alle Voraussetzungen vorliegen; werden sie später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit beantragt, leistet unsere Pflegekasse ab Beginn des Monats der Antragstellung.

Auf Wunsch erhalten Sie eine Vergleichsliste mit den Leistungen und den Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Über Anträge auf Leistungen hat die Pflegekasse innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden. Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt, erhalten Sie hierüber eine gesonderte Nachricht.

Vorversicherungszeit

Die Vorversicherungszeit beträgt grundsätzlich zwei Jahre innerhalb von zehn Jahren vor der Antragstellung. Es gilt sowohl die eigene Versicherung als auch die Familienversicherung – für Kinder liegt sie vor, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Zeiten, die bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung unterbrochen in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegt worden sind, werden angerechnet.

Hat die versicherte Person die zum Zeitpunkt der Antragstellung erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt, beginnen die Leistungen, sobald die Vorversicherungszeit erfüllt wird. Unsere Pflegekasse berät Sie, wann ggf. ein neuer Antrag gestellt werden kann.

Aufenthalt im Ausland?

Der Anspruch auf Leistungen ruht grundsätzlich, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt (z. B. Urlaub) werden folgende Leistungen bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr fortgezahlt: das Pflegegeld oder, bei Begleitung durch eine professionelle Pflegekraft, auch die Pflegesachleistung (einschl. Kombinationsleistung). Bei einer mitreisenden Ersatzpflegekraft gilt dies auch für die Verhinderungspflege. Bei gewöhnlichem Aufenthalt/Wohnort in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR; Mitgliedsstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein und Norwegen) oder der Schweiz besteht Anspruch auf Pflegegeld auch über sechs Wochen hinaus, eine Versicherung in der deutschen Pflegeversicherung vorausgesetzt. Ein Anspruch auf Pflegesachleistungen ist möglich, wenn er nach dem Recht des Aufenthaltsstaates vorgesehen ist (nicht Kombinationsleistungen).

Tipp: Um Nachteile zu vermeiden, setzen Sie sich bitte rechtzeitig mit uns in Verbindung, wenn es um Pflegeleistungen geht, die im Ausland erbracht werden sollen.

Medizinischer Dienst

Die Pflegekasse veranlasst die gesetzlich vorgeschriebene Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD). Dabei werden die Beeinträchtigungen für die Anerkennung der Pflegegrade in folgenden Bereichen ermittelt:

- Mobilität, z. B. Fortbewegen innerhalb der Wohnung, Treppensteigen
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten, z. B. Orientierung zu Zeit und Ort
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, z. B. motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, verbale Aggression
- Selbstversorgung, z. B. Körperpflege und Ernährung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, z. B. Medikation, Injektionen, Behandlungstermine, Verbandswechsel und Wundversorgung
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, z. B. Gestaltung des Tagesablaufes, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit geht es seit dem 1. Januar 2017 nicht mehr um den zeitlichen Aufwand der Pflege. Es wird ermittelt, ob die erforderliche Fähigkeit noch vorhanden ist und ob damit verbundene Tätigkeiten selbstständig oder nur unselbstständig ausgeübt werden können. Hierbei werden nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeit in den jeweiligen Kriterien Einzelpunkte vergeben.

Die Summen der Punkte werden nach den unten stehenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

- **Punktbereich 0 = selbstständig**
Die Person kann die Aktivität in der Regel selbstständig durchführen.
- **Punktbereich 1 = überwiegend selbstständig**
Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen.

- **Punktbereich 2 = überwiegend unselbstständig**
Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen.
- **Punktbereich 3 = unselbstständig**
Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht durchführen bzw. steuern, auch nicht teilweise.

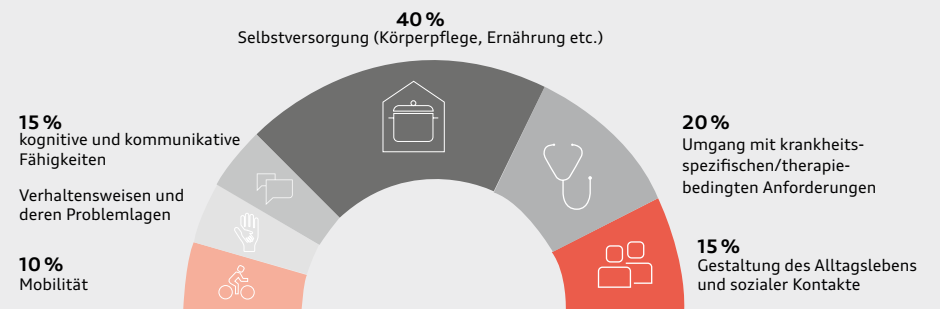
Jeder Punktbereich von 0 bis 3 wird in einem Lebensbereich unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten sowie der Gewichtung der Lebensbereiche nach dem unten stehenden Schaubild zugeordnet.

Maßgebend für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit sind die ermittelten Beeinträchtigungen. Der Hilfebedarf muss auf Dauer – mindestens sechs Monate – vorliegen.

Was erwartet Sie bei der Pflegebegutachtung? Das Informationsvideo des Medizinischen Dienstes klärt Sie über den Ablauf auf.



Diese Lebensbereiche werden anhand des Schaubildes betrachtet und gewichtet:



Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Fünf Pflegegrade

Zur Ermittlung eines Pflegegrades werden die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Leistungsbereich addiert und – unterschiedlich gewichtet – in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. Diese Gesamtpunkte ergeben die Zuordnung zum maßgeblichen Pflegegrad.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Beispiel für die Gewichtung anhand des Leistungsbereichs Mobilität:

Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	Punktebewertung
Positionswechsel im Bett		X			1
Halten einer stabilen Sitzposition		X			1
Umsetzen			X		2
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs			X		2
Treppensteigen			X		2
Summe					8

Der Leistungsbereich Mobilität wird mit zehn Prozent gewichtet. Aus dem unten stehenden Schaubild ergeben sich **7,5 Modulpunkte** für die Pflegegradfeststellung.

Leistungs- bereich Mobilität	0 keine Beeinträchtigung	1 geringe Beeinträchtigung	2 erhebliche Beeinträchtigung	3 schwere Beeinträchtigung	4 schwerste Beeinträchtigung
Gewichtung = 10 %	0 bis 1 entspricht 0 Punkten	2 bis 3 entspricht 2,5 Punkten	4 bis 5 entspricht 5 Punkten	6 bis 9 entspricht 7,5 Punkten	10 bis 15 entspricht 10 Punkten

Aus den ermittelten und gewichteten Gesamtpunkten der einzelnen Leistungsbereiche/Module wird der Pflegegrad ermittelt:

- > **Pflegegrad 1:**
geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
- > **Pflegegrad 2:**
erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
- > **Pflegegrad 3:**
schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
- > **Pflegegrad 4:**
schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
- > **Pflegegrad 5:**
schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunktzahl unter 90 liegt.



Leistungen.

Kein pflegebedürftiger Mensch ist so wie der andere. Unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit erfordern unterschiedliche Leistungen der Pflegeversicherung. Der Leistungskatalog der Audi BKK verspricht die richtige Hilfe für alle, die Hilfe brauchen.

Leistungen für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1

- > Pflegeberatung sowie Beratung in der häuslichen Umgebung
- > Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
- > Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
- > Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
- > Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- > Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- > Monatlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro, der zweckgebunden für Leistungen der Tages- oder Kurzzeitpflege, Leistungen zur Unterstützung im Alltag von zugelassenen Leistungserbringenden sowie Leistungen von Pflegediensten mit Ausnahme von Leistungen der Selbstversorgung einzusetzen ist

Häusliche Pflegehilfe

Voraussetzungen

Pflegebedürftige erhalten bei häuslicher Pflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung. Dies gilt auch dann, wenn die pflegebedürftige Person in einer Seniorenwohnung oder in einem Seniorenwohnheim lebt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die pflegebedürftige Person die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht. Häusliche Pflegehilfe ist dann nicht möglich, wenn es sich bei der Einrichtung um ein zugelassenes Pflegeheim handelt (siehe „Vollstationäre Pflege“, S. 21).

Kein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe besteht, wenn Pflegebedürftige zum Beispiel in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kindergärten, Schulen und Internaten, Werkstätten und Wohnheimen für behinderte Menschen gepflegt werden bzw. im Rahmen häuslicher Krankenpflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten.

Pflegevertrag

Die häusliche Pflegehilfe wird durch professionelle Pflegedienste und ggf. geeignete Einzelpersonen (Pflegefachkräfte) erbracht, die unmittelbar mit der Pflegekasse abrechnen. Dabei sind schriftliche Pflegeverträge mit der pflegebedürftigen Person vorgeschrieben. Darin sind Art, Inhalt und Umfang der Leistung (einschl. Vergütung) geregelt. Der Pflegedienst händigt der pflegebedürftigen Person unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrags aus, nach Aufforderung auch der Pflegekasse.

Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz können Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen. Der Pflegedienst teilt wesentliche Änderungen des Zustands der pflegebedürftigen Person der Pflegekasse unverzüglich mit.

Gesamtwert von monatlichen Pflegeeinsätzen

Pflegegrad 2	761 Euro
Pflegegrad 3	1.432 Euro
Pflegegrad 4	1.778 Euro
Pflegegrad 5	2.200 Euro

Gemeinsame Leistungen

Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam in Anspruch nehmen, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Dies können Menschen zum Beispiel in einer Wohngemeinschaft, im selben Gebäude oder in der gleichen Umgebung, etwa in einer Straße, sein.

Die hierdurch entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen können zum Beispiel für besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung genutzt werden.

Pflegegeld

Voraussetzungen

Wenn Pflegebedürftige die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung selbst sicherstellen, erhalten sie Pflegegeld entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Höhe des Pflegegeldes (je Kalendermonat)

Pflegegrad 2	332 Euro
Pflegegrad 3	573 Euro
Pflegegrad 4	765 Euro
Pflegegrad 5	947 Euro

Das Pflegegeld wird monatlich im Voraus gezahlt; wenn der Anspruch nicht für einen vollen Kalendermonat besteht, anteilig.

Ausnahmen

Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn sich die pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim aufhält (siehe „Vollstationäre Pflege“, S. 21). Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme oder bei häuslicher Krankenpflege mit Anspruch auf

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird Pflegegeld für die ersten vier Wochen weitergezahlt (anschließend ruht der Anspruch).

Bei Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege wird das Pflegegeld für die Dauer dieser Leistung zur Hälfte weiterbezahlt; für den Aufnahme- und Entlassungstag bzw. den ersten und letzten Tag wird Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (siehe „Verhinderungspflege“ und „Kurzzeitpflege“, S. 17 und S. 19).

Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung) kommt für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in den Ferienzeiten) die Zahlung des Pflegegeldes für die tatsächlichen Pflage tage in der Familie in Betracht; die Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege. Insgesamt sind die Leistungen auf den entsprechenden Betrag für die häusliche Pflegehilfe begrenzt.

Beratungseinsätze

Wird ausschließlich Pflegegeld bezogen, haben Pflegebedürftige

- > bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
- > bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

einen Beratungseinsatz, zum Beispiel durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, nachzuweisen. Besteht ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, kann der Beratungseinsatz in den genannten Zeiträumen zweimal in Anspruch genommen werden.

Dadurch soll die Qualität der häuslichen Pflege gesichert werden (einschließlich praktischer pflegefachlicher Unterstützung). Die Vergütung für die Beratung wird direkt mit der Pflegekasse abgerechnet, die Erkenntnisse werden mitgeteilt – das Einverständnis der pflegebedürftigen Person vorausgesetzt. Wird die Beratung nicht abgerufen bzw. nicht nachgewiesen, wird das Pflegegeld gekürzt bzw. die Zahlung eingestellt.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.



Eine Übersicht über die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung finden Sie auf Seite 27.



Kombinationsleistung (aus häuslicher Pflegehilfe und Pflegegeld)

Voraussetzungen

Wird die häusliche Pflegehilfe nur teilweise in Anspruch genommen, erhalten Pflegebedürftige daneben ein anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung der Inanspruchnahme der Kombinationsleistung ist die pflegebedürftige Person grundsätzlich für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Monatlicher Entlastungsbetrag (Entlastungs- und Betreuungsleistungen)

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden für folgende Leistungen einsetzbar:

- Ergänzung zur Verlängerung einer Kurzzeitpflege
- Ergänzung zur Erhöhung der Häufigkeit der Tages- und Nachtpflege
- Zuschuss zum Eigenanteil der Kurzzeit- oder stationären Verhinderungspflege

- Erstattung von Leistungen ambulanter Pflegedienste
- Erstattung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Es handelt sich hierbei um einen monatlichen Anspruch. Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Des Weiteren können nicht verbrauchte Mittel des Vorjahres in das folgende Kalenderjahr übertragen werden. Dieser Betrag kann bis spätestens 30. Juni des Folgejahres eingesetzt werden.

Auch während einer vollstationären Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme oder eines Leistungsbezugs von häuslicher Krankenpflege (mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) kann für die Dauer von bis zu vier Wochen der bisherige Anteil des Pflegegeldes weitergezahlt werden.

Verhinderungspflege

Voraussetzungen

Ist eine Pflegeperson (z. B. Angehörige, Bekannte) an der Pflege gehindert, werden die Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr übernommen, und zwar in Höhe von bis zu 1.612 Euro. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben.

Des Weiteren können bis zu 50 Prozent (bis zu 806 Euro) des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege zusätzlich für die Verhinderungspflege ausgegeben werden. Die Verhinderungspflege kann dadurch in Höhe von insgesamt 2.418 Euro im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Betrag aus der Kurzzeitpflege wird vom Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege abgezogen.

Besonderheiten für Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres des Pflegegrades 4 oder 5:

Diese Personen können die Leistungen der Verhinderungspflege um den noch nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.774 Euro in Anspruch nehmen. Der Gesamtanspruch des sogenannten Entlastungsbudgets beträgt für das Jahr 2024 somit 3.386 Euro.

Die maximale Dauer ist auf acht Wochen im Jahr begrenzt. Das sogenannte Entlastungsbudget kann auch stundenweise ohne eine Begrenzung der Dauer in Anspruch genommen werden.

Leistungen

Die Verhinderungspflege ist nicht auf die Ersatzpflege im Haushalt der pflegebedürftigen Person beschränkt. Diese Leistung kann z. B. auch in einer Pflegeeinrichtung, einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, einer Krankenwohnung, einem Kindergarten, einer Schule, einem Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen erbracht werden. Die pflegebedingten Aufwendungen können berücksichtigt werden.

Wird die Verhinderungspflege von einer bis zum zweiten Grad verwandten oder verschwägerten Person ausgeführt oder lebt die Person mit dem pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Gemeinschaft, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse für die Verhinderungspflege das 1,5-Fache des Pflegegeldes der entsprechenden Pflegestufe nicht überschreiten. Bei Nachweis höherer Auslagen, wie Verdienstausschluss und Fahrtkosten, ist eine Kostenerstattung von bis zu 1.612 Euro möglich.

Zur Möglichkeit der häuslichen Pflegehilfe neben der Verhinderungspflege sowie zu den Auswirkungen auf das Pflegegeld berät Sie unsere Pflegekasse gern individuell (siehe auch „Kurzzeitpflege“, S. 19).

Tages- und Nachtpflege

Voraussetzungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Dies gilt insbesondere bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, um eine (Teil-)Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson zu ermöglichen oder eine teilweise Entlastung der Pflegeperson zu erreichen, oder bei einer nur für einige Stunden notwendigen ständigen Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Person.

Monatliche Höchstbeträge für Tages- und Nachtpflege

Die Aufwendungen für Pflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege werden bis zu bestimmten Höchstbeträgen wie folgt übernommen:

Pflegegrad 2	bis zu 689 Euro
Pflegegrad 3	bis zu 1.298 Euro
Pflegegrad 4	bis zu 1.612 Euro
Pflegegrad 5	bis zu 1.995 Euro



Kurzzeitpflege

Voraussetzungen

Kann die häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung (für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen).

Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

Bei zu Hause gepflegten Kindern besteht der Anspruch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen.

Höhe

Der Anspruch besteht für maximal acht Wochen pro Kalenderjahr. Übernommen werden die pflegebedingten Aufwendungen (einschl. sozialer Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) bis zum Gesamtbetrag von 1.774 Euro im Kalenderjahr.



Nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. In diesem Fall erhöht sich der Leistungsanspruch für die Kurzzeitpflege auf bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr. Der in Anspruch genommene Anteil aus dem Leistungsbetrag aus der Verhinderungspflege wird auch hier vom Leistungsbetrag für eine künftige Verhinderungspflege abgezogen.



Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen **Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn**

- > sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
- > sie Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen beziehen,
- > in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.

Bitte beachten Sie: Werden zusätzlich zu Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen Leistungen der Tages- oder Nachtpflege durchgeführt, muss durch den Medizinischen Dienst nachgewiesen werden, dass die Pflege in der Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht sichergestellt ist.

Bitte lassen Sie sich hierzu individuell beraten.

Vollstationäre Pflege

Voraussetzungen

Anspruch auf Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in vollstationären Einrichtungen besteht, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder aus besonderen Gründen nicht in Betracht kommt.

Monatliche Leistungshöhe für vollstationäre Pflege

Pflegegrad 1	125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

Zuschüsse zu den Pflegekosten im Heim

Pflegebedürftige, die in vollstationären Einrichtungen leben, erhalten ab dem 1. Januar 2022 einen Leistungszuschlag auf den zu zahlenden Eigenanteil an Pflegekosten. Für Personen mit den Pflegegraden 2 bis 5 beträgt der Leistungszuschlag

- > 15 Prozent des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen innerhalb des ersten Jahres,
- > 30 Prozent des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, wenn sie mehr als zwölf Monate im Heim leben,
- > 50 Prozent des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, wenn sie mehr als 24 Monate im Heim leben, und
- > 75 Prozent des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen, wenn sie mehr als 36 Monate im Heim leben.

Angefangene Monate in Pflegeeinrichtungen werden als volle Monate angerechnet.

Gut zu wissen: Bezuschusst werden nur die pflegebedingten Aufwendungen. Weiterhin nicht bezuschusst werden die weiteren, teilweise erheblichen Kosten für Bewohnerinnen und Bewohner wie Unterkunfts- und Verpflegungskosten, die Ausbildungsumlage und die Investitionskosten. Der Zuschuss wird von der Pflegekasse direkt mit dem Pflegeheim abgerechnet – die Eigenanteilsrechnung wird entsprechend vermindert.

Für zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen, die im Heim leben, trägt die Pflegekasse einen Vergütungszuschlag.

Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Für Pflegebedürftige, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ganztätig (Tag und Nacht) untergebracht und gepflegt werden, wird zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege ein Pauschalbetrag gezahlt. Dieser beläuft sich auf zehn Prozent des Heimentgelts, das der Träger der Sozialhilfe mit der Einrichtung vereinbart hat (maximal 266 Euro monatlich).

Unsere Pflegekasse berät Sie gern zur Ersatzpflege – zum Beispiel am Wochenende oder während der Ferien.

Sonstige Leistungen.

Pflegehilfsmittel

Unsere Pflegekasse stellt im häuslichen Bereich Pflegehilfsmittel, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (für Hilfsmittel wegen Krankheit oder Behinderung können die Krankenversicherung – auch in vollstationären Einrichtungen – oder andere Leistungsträger zuständig sein). Dazu zählen zum Beispiel Pflegebetten, Pflegebettenzubehör, Waschsysteme, Produkte zur Hygiene im Bett, Notrufsysteme oder Lagerungsrollen.

Bei Pflegehilfsmitteln, die nicht leihweise überlassen werden, leisten Versicherte eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent, höchstens jedoch 40 Euro je Mittel. Versicherte unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit.

Wie in der Krankenversicherung gibt es Regelungen zur Vermeidung von Härten. Befreit von der Zahlung des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags sind Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze in der Krankenversicherung erreicht haben bzw. sie durch die oben genannten Zuzahlungen erreichen.

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Die Aufwendungen für solche Hilfsmittel (z. B. saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen, Desinfektionsmittel) werden monatlich in Höhe von bis zu 40 Euro übernommen.

Übergangspflege im Krankenhaus

Seit Januar 2022 gilt das neu geschaffene Angebot einer bis zu zehntägigen Übergangspflege im Krankenhaus. Auf diese Leistung besteht ein Anspruch, wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt die Versorgung nicht oder nur mit erheblichem Aufwand sichergestellt werden kann. Gemeint ist hier die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege und mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI. Wenn diese Leistungen nicht unmittelbar im Anschluss an die stationäre Behandlung verfügbar sind, können Pflegebedürftige in dem Krankenhaus, in dem sie behandelt wurden, für bis zu zehn Tage eine Übergangspflege in Anspruch nehmen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden insgesamt mit bis zu 4.000 Euro bezuschusst. Dadurch soll die häusliche Pflege ermöglicht bzw. erleichtert oder eine selbstständigere Lebensführung der pflegebedürftigen Person erreicht werden. Im Einzelnen zählen dazu fest mit dem Gebäude verbundene technische Hilfen (z. B. Rampen, Treppenlifte) oder Umbaumaßnahmen (z. B. Türverbreiterung, bodengleicher Zugang zur Dusche) bzw. der Ein- oder Umbau von Mobiliar.

Die Besonderheit dieses Leistungsbereiches erfordert eine individuelle Beratung, die Ihre Pflegekasse gern anbietet.

Pflegezeit für Angehörige.

Wenn ein Mensch aus dem nahen Angehörigenkreis plötzlich pflegebedürftig wird, muss schnell gehandelt werden. Im akuten Pflegefall können sich alle Arbeitnehmenden und Auszubildenden pro Jahr – auch geringfügig Beschäftigte – bis zu zehn Tage von der Arbeit freistellen lassen, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Die Möglichkeit zur Freistellung soll in einer einmaligen akuten Notsituation helfen und besteht daher nur einmal für jede pflegebedürftige Person aus dem Angehörigenkreis. Ein Einkommensausgleich für die Zeit der Freistellung wird über das Pflegeunterstützungsgeld geschaffen.

Als nahe Angehörige gelten Eltern, Großeltern und Schwiegereltern, Partner und Partnerinnen einer Ehe, Lebensgemeinschaft oder eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister und Kinder, Schwieger- und Enkelkinder. Die Pflegezeit ist der Arbeitsstelle unverzüglich und spätestens am ersten Arbeitstag der Freistellung am frühen Morgen zu melden. Zur Feststellung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld wird eine ärztliche Bescheinigung erforderlich, die nachgereicht werden kann.

Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes

Das Pflegeunterstützungsgeld ist eine Leistung der Pflegeversicherung. Der Anspruch besteht

für maximal zehn Arbeitstage, ist aber bei Entgeltfortzahlung durch die Arbeitsstelle und Kinderkrankengeld oder einer vergleichbaren Leistung der Unfallversicherung ausgeschlossen. Die Höhe beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts abzüglich der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung sowie der Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit. Die Hälfte dieser Beiträge übernimmt die Audi BKK Pflegekasse für Sie. Wenn Sie in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung eine Einmalzahlung wie Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld erhalten haben, beträgt das Pflegeunterstützungsgeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoentgelts. Auch hier werden die oben genannten Beiträge noch abgezogen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird nach Kalendertagen berechnet. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Ansprechperson der Audi BKK Pflegekasse.

Pflegezeit

In der Pflegezeit können sich Beschäftigte bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise freistellen lassen. Möglich ist das jedoch nur in Betrieben mit mindestens 15 Beschäftigten. Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht während dieser Zeit nicht. Während der Pflegezeit besteht ein besonderer Kündigungsschutz. Die Pflegezeit ist mindestens zehn Tage vor Beginn schriftlich bei der Arbeitsstelle zu beantragen.

Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit kann bis zu 24 Monate in Anspruch genommen werden. Hier wird die Arbeitszeit reduziert. Die wöchentliche Arbeitszeit muss während dieser Zeit mindestens 15 Stunden betragen. Diese Möglichkeit besteht nur in Betrieben, die mindestens 25 Beschäftigte haben. Anders als bei der Pflegezeit besteht

hier die Möglichkeit eines Einkommensausgleichs. Dieser ist als zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zu beantragen. Die Familienpflegezeit muss mindestens acht Wochen vor Beginn schriftlich angekündigt werden. Die Teilzeitregelung ist in einer schriftlichen Vereinbarung festzuhalten.

Soziale Absicherung

Voraussetzungen

Wer Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung betreut, wird sozial abgesichert. Dadurch soll die Pflegebereitschaft gefördert und der hohe persönliche Einsatz der Pflegepersonen anerkannt werden.

Pflegepersonen

Als Pflegeperson gilt, wer nicht erwerbstätig **eine oder mehrere** pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 2 bis 5) wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf zwei Tage, pflegt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt im Rahmen der Begutachtung auch den zeitlichen Umfang der häuslichen Pflege fest. Bei der Pflegetätigkeit durch Familienangehörige wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass sie die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben. Gleiches gilt für die Pflegetätigkeit sonstiger Personen, wenn die finanzielle Anerkennung nicht das gezahlte Pflegegeld (je nach Pflegegrad) übersteigt.

Rentenversicherung

Pflegepersonen sind grundsätzlich rentenversicherungspflichtig, und zwar mit dem Beginn ihrer für mindestens zwei Monate vorgesehenen Pflegeleistung bzw. -tätigkeit, wenn sie daneben nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Ein zusätzlicher Antrag ist nicht erforderlich, unsere Pflegekasse prüft die Voraussetzungen anhand eines besonderen Fragebogens. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person und der in Anspruch genommenen Leistung (Pflegegeld,

Kombinationsleistungen oder Sachleistungen). Grundlage für die Beiträge ist die „Bezugsgröße“ (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung), die jährlich zum 1. Januar neu festgesetzt wird. Die Zahlung und Überweisung der Beiträge übernimmt die Pflegekasse, der Pflegeperson werden die gemeldeten Daten schriftlich mitgeteilt.

Die für die Versicherungspflicht geforderte Stundenzahl von mindestens zehn Wochenstunden kann seit 2013 auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer pflegebedürftiger Personen erfüllt werden. Voraussetzung ist unverändert, dass die Pflegebedürftigen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Die Änderung erlaubt damit künftig ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen. Dadurch werden Pflegepersonen in die Rentenversicherung miteinbezogen, die z. B. zwei behinderte Kinder im Umfang von jeweils unter zehn Stunden wöchentlich, aber beide insgesamt über zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf zwei Tage, pflegen.

Bei Veränderungen des Pflegeaufwandes, Unterbrechung der Pflegetätigkeit, Auslandsaufenthalt oder Aufnahme einer Berufstätigkeit informieren Sie bitte umgehend unsere Pflegekasse. Damit können Sie nachträgliche Korrekturen vermeiden.

Krankenversicherung

Durch die Pflegetätigkeit wird kein Krankenversicherungsschutz begründet. Eine bestehende Krankenversicherung (eigene oder Familienversicherung) wird, unabhängig von der Höhe

des Pflegegeldes, davon nicht berührt. Das Pflegegeld gilt nicht als Einkommen im Sinne des Sozialversicherungs- und Steuerrechts.

Arbeitslosenversicherung

Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, sind nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert, wenn die Pflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt, die Pflege mindestens zehn Stunden, verteilt auf zwei Tage in der Woche, ausgeübt wird, die Pflege im häuslichen Umfeld erfolgt und wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig in der Arbeitsförderung waren.

Pflegezeit

Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz bleibt der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in der Regel bestehen. Alle, die eine angehörige Person mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen, sind in der Pflegezeit – wie vorstehend beschrieben – rentenversichert. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit (unabhängig vom Pflegeumfang) fort, die Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt während der Pflegezeit (vollständig freigestellt oder nur noch geringfügig beschäftigt) beitragsfrei erhalten,

wenn eine Familienversicherung besteht. Sonst versichert sich der pflegende Angehörige zum Beispiel freiwillig weiter und entrichtet dafür in der Regel den Mindestbeitrag. Auf Antrag erstattet die Pflegekasse den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags. Eine Mindestpflegezeit wird nicht vorausgesetzt.

Unfallversicherung

Pflegepersonen sind im Rahmen ihrer Pflegetätigkeit auch unfallversichert, wobei es auf den zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit nicht ankommt. Unfallversicherungsschutz besteht in allen Bereichen, die als maßgebend für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Hilfen bei der Haushaltsführung sind in den Unfallversicherungsschutz einbezogen.





Unterstützung in der Pflege.

Pflegekurs und Beratungsgespräch

Für Angehörige und Pflegenden ist diese Tätigkeit oftmals mit körperlichen und seelischen Belastungen verbunden. Zu ihrer Entlastung und zur Verbesserung der Pflegesituation werden deshalb Beratungsgespräche und Pflegekurse angeboten. Dort werden Kenntnisse vermittelt und vertieft, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung notwendig und hilfreich sind. Bitte fragen Sie uns, wenn Bedarf oder Interesse besteht.

Konkrete Unterstützung durch Online-Kurse

Wie geht Pflege und wer kann helfen? Die Übernahme einer Pflege stellt gerade zu Beginn Angehörige vor neue Herausforderungen. Antworten auf viele Ihrer Fragen finden Sie bei den kostenlosen Online-Pflegekursen zu Alzheimer und Demenz, Selbstfürsorge durch Achtsamkeit sowie Grundlagen der häuslichen Pflege, die Sie bei Ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit unterstützen. www.curendo.de/audibkk

Andere Leistungsträger

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ruhen in Höhe anderer Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit. Beispiele: Personen, die eine Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Haus- oder Anstaltspflege, Pflegegeld) oder einer Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht sowie Leistungen aus dem Ausland beziehen.

Beihilfe und Heilfürsorge

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die ihnen jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt für die Beiträge entsprechend.

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick:

Monatliche Leistung	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	-	332 €	573 €	765 €	947 €
Pflegesachdienstleistungen	-	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €
Wohngruppenzuschlag	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Tages- und Nachtpflege	-	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Vollstationäre Pflege	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Entlastungsbetrag	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €

BKK Pflegefinder – die Pflegedatenbank

Die bundesweite Pflegedatenbank hilft allen Versicherten dabei, ein passendes Pflegeangebot zu finden.

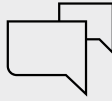
- › Pflegebedürftige und Angehörige können hier ein passendes Pflegeheim oder einen ambulanten Pflegedienst finden.
- › Die Datenbank liefert eine Übersicht über 35.000 Leistungsangebote.
- › Nutzerfreundliche Suchfunktionen wie die Eingabe der Pflegeart (ambulant/stationär), der Postleitzahl und die Eingrenzung auf einen bestimmten Umkreis ermöglichen eine schnelle Auswahl.
- › Die Datenbank bietet einen bundesweiten Preisvergleich ambulanter Pflegeeinrichtungen an: Sie stellt für jeden Pflegedienst eine komplette Preisliste zur Verfügung.

Bei stationärer Pflege erhält man eine nach Pflegegrad gestaffelte Preisauskunft über das monatliche Heimentgelt.

- › Das Pflegeangebot in der Datenbank erstreckt sich über vollstationäre Pflege, Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege.
- › Rubrik „Vollstationäre Pflege“: Hier kann nach Einrichtungen, die auf bestimmte Erkrankungen wie z. B. Demenz oder multiple Sklerose spezialisiert sind, aber auch nach Blinden- oder Pflegeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche gesucht werden.

Besuchen Sie die bundesweite Pflegedatenbank unter: www.bkk-pflegefinder.de

Sie haben noch weitere **Fragen?**



Sehr gern. Denn Zuhören ist unsere stärkste Leistung. Rufen Sie uns einfach an unter **0841 887-887** (Ortstarif). Oder schauen Sie direkt im Service-Center in Ihrer Nähe vorbei. www.audibkk.de/kontakt

Kennen Sie schon unser **Online-Magazin?**

„Ihr Gesundheitscoach“ liefert Ihnen aktuelle News und spannende Artikel rund um die Themen Bewegung, Ernährung, Gesundheit und Entspannung. Schauen Sie doch mal rein unter: www.audibkk.de/gesundheit

Zentrale Postanschrift:

Audi BKK
Postfach 100160
85001 Ingolstadt

Stand: Januar 2024

Alle Ausführungen in dieser Broschüre stellen Kurzfassungen dar; rechtsverbindlich sind ausschließlich Gesetz und Satzung der Audi BKK.

Bildnachweise

Titel: istockphoto.com/greenleaf123;
S. 4: Mert Dürümoglu, S. 7: Strandperle/
Odilon Dimier; S. 8: istockphoto.com/
Image_Source; S. 11: istockphoto.com/
enigma_images; S. 15: istockphoto.
com/vorDa; S. 16: istockphoto.com/
StefaNikolic; S. 18-19: stock.adobe.
com/Halfpoint; S. 20: istockphoto.com/
KatarzynaBialasiewicz; S. 25: istockphoto.
com/shapecharge; S. 26: istockphoto.
com/Hispanolistic

