

Wichtige Informationen zur Pflege- versicherung.

Alles,
was Sie
wissen
müssen!

Inhalt

Informationen rund um die Pflegeversicherung.

- 4 Versicherungsschutz.
- 6 Pflegestützpunkte und Pflegeberatung.
- 7 Voraussetzungen für Leistungen.
- 10 Leistungen.
 - ▶ Häusliche Pflegehilfe 10
 - ▶ Pflegegeld 12
 - ▶ Kombinationsleistung 13
 - ▶ Verhinderungspflege 14
 - ▶ Tages- und Nachtpflege 15
 - ▶ Weitere Kombinationsleistungen 16
 - ▶ Kurzzeitpflege 17
 - ▶ Zusätzliche Betreuungsleistungen 17
 - ▶ Vollstationäre Pflege 18
 - ▶ Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 18
- 19 Sonstige Leistungen.
- 20 Pflegezeit für Angehörige.
- 21 Soziale Absicherung.
- 23 Sonstiges.



7 Voraussetzungen für Leistungen. Antrag und Vorversicherungszeit



20 Pflegezeit für Angehörige. Kurzzeitige Freistellung

Gut zu wissen: 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 nicht ermöglicht, 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 selber finanzieren. Wir wollen Ihnen deshalb unsere Pflegeversicherung vorstellen. Die hilft Ihnen, wenn Sie Pflege brauchen.

Die Pflegeversicherung ist unverzichtbarer Bestandteil und wichtige Säule der sozialen Sicherung für alle 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 kann nur einen allgemeinen Überblick über die vielfältigen Leistungen der Pflegeversicherung geben. Bei Fragen helfen Ihnen die Mitarbeiter/-innen unserer Pflegekasse gerne weiter. Ihr/-e Pflegeberater/-in unterstützt und begleitet Sie, wenn es um Sozialleistungen und Hilfsangebote für Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf geht.

Ihre Audi BKK



Siehe auch: www.audibkk.de

Versicherungsschutz.

Durch den Versicherungsdschungel ist schwer durchzublicken. 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.



Beiträge

Der Beitrag beträgt 1,95 % der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung:

- ▶ Er wird von **Versicherten** (0,975 %, ggf. plus 0,25 % Beitragszuschlag = 1,225 %) und **Arbeitgebern** (0,975 %) aufgebracht.*
- ▶ Die **Beiträge aus Renten** der gesetzlichen Rentenversicherung werden vom Mitglied allein getragen (1,95 %, ggf. plus 0,25 % Beitragszuschlag). Für andere Mitglieder gelten Sondervorschriften.

- ▶ Der **Beitragszuschlag** ist vorgesehen für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres.**
- ▶ **Freiwillig Versicherte und Studenten zahlen den Beitrag allein.** Beschäftigte, die freiwillig versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber neben dem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch einen **Zuschuss** zum Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung. Nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz können Studenten neben dem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch einen solchen zur Pflegeversicherung erhalten.

Pflegeversichert

Entsprechend dem Grundsatz „Pflege- folgt Krankenversicherung“ gehören die bei unserer Audi BKK Pflichtversicherten (z. B. Arbeiter, Angestellte, Auszubildende, Studenten, Arbeitslosengeldempfänger, Rentner, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) gleichzeitig der Pflegekasse an, ebenso freiwillig Versicherte.

Die familienversicherten Angehörigen wie zum Beispiel Ehegatten und eingetragene Lebenspartner sowie Kinder sind beitragsfrei (familien-)pflegeversichert.

Wer aus dem versicherungspflichtigen Personenkreis ausgeschieden ist, kann sich in der sozialen Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen innerhalb von drei Monaten freiwillig versichern, dies gilt entsprechend am Ende der Familienversicherung.

Bestimmte Personen, die bisher nicht pflegeversichert waren, können freiwillig beitreten (u. a. Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bis zum 65. Lebensjahr).

Sonstige Personen

Bestimmte Personen gehören auch dann der sozialen Pflegeversicherung an, wenn sie weder gesetzlich noch privat versichert sind, aber zum Beispiel

- ▶ nach dem Bundesversorgungsgesetz Anspruch auf Kranken- oder Heilbehandlung haben oder ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorgebeziehungen,
- ▶ krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind oder
- ▶ in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind.

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 oder Lebenspartner 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 unserer Audi BKK 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 oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Meldungen

Die Meldungen zu unserer Audi BKK gelten gleichzeitig auch als Meldungen zur Pflegekasse. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern gilt die Beitrittserklärung gleichzeitig als Meldung.

* In Sachsen zahlen Versicherte 1,475 %, mit Beitragszuschlag 1,725 %, Arbeitgeber zahlen 0,475 %.

** Nicht für vor dem 1.1.1940 Geborene, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Pflegestützpunkte und Pflegeberatung.

Pflege- und Krankenkassen errichten Pflegestützpunkte, wenn sich die einzelnen Länder für deren Aufbau entscheiden. Evtl. bereits bestehende Beratungsstellen, zum Beispiel der Alten- und Sozialhilfe und der Krankenkassen, können zu Pflegestützpunkten ausgebaut werden.

In Pflegestützpunkten soll die Beratung über und die Vernetzung aller medizinisch-pflegerischen Leistungen gebündelt werden. Der Stützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem die Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger

dem von Pflegebedürftigkeit Betroffenen ihre bisherigen Dienstleistungen aufeinander abgestimmt 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.



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.

Unverzüglich nach Eingang Ihres Antrags erhalten Sie eine Vergleichsliste über die Leistungen und die Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote. Über Anträge auf Leistungen wird die Pflegekasse nach Möglichkeit spätestens innerhalb von fünf Wochen entscheiden. Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt, werden sie unverzüglich eingeleitet.

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 der Versicherte 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.



Pflegeberatung:

Jeder Pflegebedürftige hat einen umfassenden Anspruch auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der Pflegekasse. Diese Pflegeberatung kann ggf. im jeweiligen Pflegestützpunkt genutzt werden.

Pflegeberater einen individuellen Versorgungsplan. Reicht eine telefonische Pflegeberatung nicht aus, um die individuelle Situation des ratsuchenden Versicherten zu analysieren und ihn effektiv zu beraten, findet durch den Pflegeberater ein Hausbesuch statt.

Qualifizierte Pflegeberater informieren Sie telefonisch zu Hilfsangeboten und Sozialleistungen, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Betreuungs- oder Versorgungsbedarf ausgerichtet sind. Bei Bedarf erstellt der

Durch diesen Hausbesuch kann auch eine Anleitung für pflegende Angehörige erstellt werden.

Unter folgender Servicenummer erhalten Sie nähere Informationen: 07132 9994-500.

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 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 vorgeesehen ist (nicht Kombinationsleistungen).

Tip: 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 (MDK)

Die Pflegekasse veranlasst die gesetzlich vorgeschriebene Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Der Gutachter ermittelt dabei

- ▶ den aktuellen Hilfebedarf für die Anerkennung der Pflegestufe (I = erheblich Pflegebedürftige, II = Schwer- oder III = Schwerstpflegebedürftige),
- ▶ die Notwendigkeit und den Umfang von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung von Pflegebedürftigkeit (z. B. Leistungen der Prävention und medizinischen Rehabilitation),

- ▶ ob eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt (siehe „Zusätzliche Betreuungsleistungen“).

Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie Leistungen können befristet werden, wenn nach Einschätzung des MDK eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist.

Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, in einem Hospiz oder während einer ambulanten palliativen Versorgung erfolgt die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche.

Pflegebedürftigkeit

Maßgebend für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufen ist ausschließlich „der auf Dauer erforderliche Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung“. Diese Hilfe kann in der Unterstützung der teilweisen oder vollständigen Übernahme von Verrichtungen oder in der Beaufsichtigung bzw. Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme von Verrichtungen bestehen.

Regelmäßig?

Der Hilfebedarf ist „regelmäßig“, wenn er mindestens einmal pro Woche und auf Dauer – mindestens sechs Monate – anfällt.

Maßstab für die Bemessung des Pflegeaufwandes ist grundsätzlich die Pflegezeit, die nicht professionelle Personen im Sinne einer Laienpflege benötigen würden. Maßgebend ist zwar stets die individuelle Pflegesituation, jedoch gibt es Orientierungswerte für die Pflegezeit. Damit sollen pflegebedürftige Menschen mit ähnlichen Einschränkungen möglichst gleich behandelt, d. h. derselben Pflegestufe zugeordnet werden.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson benötigt, muss aufgrund der individuellen Pflegesituation, bezogen auf eine Woche, im Tagesdurchschnitt bestimmte Mindestwerte erreichen (siehe untenstehende Tabelle).

Dabei werden pflegebedürftige Kinder wegen des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind im Bereich der

- ▶ **Körperpflege (Grundpflege):** das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung;
- ▶ **Ernährung (Grundpflege):** das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;
- ▶ **Mobilität (Grundpflege):** das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;

- ▶ **hauswirtschaftlichen Versorgung:** das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen der Wohnung.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes werden auch verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen berücksichtigt, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil dieser Verrichtungen ist oder in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.



Mindestwerte für die Pflegestufen (im Tagesdurchschnitt)

| Pflegestufe | Hilfebedarf (Körperpflege, Ernährung, Mobilität – Grundpflege) | Insgesamt mind. ... Minuten | Davon Grundpflege mehr als ... Minuten | Davon hauswirtschaftl. Versorgung** mehrmals wöchentlich (in Minuten) |
|-------------|--|-----------------------------|--|---|
| I | wenigstens 2 Verrichtungen mind. 1x täglich | 90 | 45 | 45 |
| II | mind. 3x täglich zu verschiedenen Tageszeiten | 180 | 120 | 60 |
| III | rund um die Uhr,* auch nachts | 300 | 240 | 60 |

* Zu verschiedenen Tageszeiten (6–22 Uhr) und auch regelmäßig mindestens 1x nachts (22–6 Uhr).

** Eine überwiegend bzw. ausschließlich hauswirtschaftliche Versorgung erfüllt nicht die Voraussetzungen.

Leistungen.

Ein Pflegebedürftiger ist nicht wie der andere. Unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit erfordern unterschiedliche Leistungen der Pflegeversicherung. Der Leistungskatalog der Audi BKK verspricht die richtige Hilfe für jeden, der Hilfe braucht.

Häusliche Pflegehilfe

Voraussetzungen

Pflegebedürftige erhalten bei häuslicher Pflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung. Dies gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung oder in einem Altenwohnheim lebt. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Pflegebedürftige 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“).

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 dem Pflegebedürftigen vorgeschrieben. Darin sind Art, Inhalt und Umfang der Leistung (einschl. Vergütung) geregelt. Der Pflegedienst händigt dem Pflegebedürftigen unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages aus, nach Aufforderung auch der Pflegekasse.

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



Pflegeeinsätze

Die Leistungen umfassen in Pflegestufe:

- I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 440 Euro,
- II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.040 Euro,
- III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.510 Euro.

Zur Vermeidung von Härten können Pflegebedürftige der Pflegestufe III auf Antrag weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich erhalten, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt. Besteht der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe (z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt) nicht für einen vollen Kalendermonat, erfolgt keine anteilige Kürzung.

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 ist.

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.



Siehe auch: www.audibkk.de

Pflegegeld

Voraussetzungen

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

Höhe

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

| | |
|-----------------|----------|
| Pflegestufe I | 225 Euro |
| Pflegestufe II | 430 Euro |
| Pflegestufe III | 685 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 der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim aufhält (siehe „Vollstationäre Pflege“).

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 gekürzt; für den Aufnahme- und Entlassungstag bzw. ersten und letzten Tag wird Pflegegeld gezahlt (siehe „Kurzzeitpflege“, „Verhinderungspflege“).

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 Pflegetage 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 Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
- ▶ bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

einen Beratungseinsatz, zum Beispiel durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, abzurufen. 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 (einschl. praktischer pflegefachlicher Unterstützung).

Die Vergütung für die Beratung wird direkt mit der Pflegekasse abgerechnet, die Erkenntnisse werden mitgeteilt – das Einverständnis des Pflegebedürftigen vorausgesetzt. Wird die Beratung nicht abgerufen bzw. nicht nachgewiesen, wird das Pflegegeld gekürzt bzw. eingestellt.

Kombinationsleistung

Voraussetzungen

Nimmt der Pflegebedürftige die häusliche Pflegehilfe nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Pflegegeld und häusliche Pflegehilfe in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige grundsätzlich für die Dauer von sechs Monaten gebunden.



Kombinationsleistung

| Pflegestufe | Häusliche Pflegehilfe | | | Noch anteilig zu zahlendes monatl. Pflegegeld | |
|------------------------|--------------------------------|--|-----------------|---|---------------|
| | Zustehender monatl. Gesamtwert | In Anspruch genommen monatl. im Wert von | Ausgeschöpft in | Prozentualer Anteil aus Pflegegeld | Zahlbetrag |
| | Euro | Euro | % | Euro | Euro |
| I | 440,00 | 264,00 | 60 | 40% aus 225,00 | 90,00 |
| II | 1.040,00 | 520,00 | 50 | 50% aus 430,00 | 215,00 |
| III | 1.510,00 | 1.057,00 | 70 | 30% aus 685,00 | 205,50 |
| Härtefall (III) | 1.918,00 | 1.591,94 | 83 | 17% aus 685,00 | 116,45 |

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 vier Wochen je Kalenderjahr übernommen, und zwar in Höhe von bis zu 1.510 Euro. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben.

Leistungen

Die Verhinderungspflege ist nicht auf die Ersatzpflege im Haushalt des Pflegebedürftigen 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 erfolgen. Es können die pflegebedingten Aufwendungen berücksichtigt werden.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse das Pflegegeld der entsprechenden Pflegestufe nicht überschreiten. Bei Nachweis höherer Auslagen (z. B. Verdienstausschlag, Fahrkosten) ist eine Kostenerstattung von bis zu 1.510 Euro möglich; dies gilt auch, wenn die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt wird.

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



Tages- und Nachtpflege

Voraussetzungen

Pflegebedürftige 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, eine teilweise Entlastung der Pflegeperson zu erreichen oder bei einer nur für einige Stunden notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.

Höhe

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

Tages- und Nachtpflege

| Pflegestufe | Im Gesamtwert bis zu monatl. |
|-------------|------------------------------|
| I | 440 Euro |
| II | 1.040 Euro |
| III | 1.510 Euro |



Weitere Kombinationsleistungen

Pflegebedürftige können die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegehilfe nach ihrer Wahl miteinander kombinieren. Je weniger Leistungen der Tages- und Nachtpflege beansprucht werden, umso höher sind Pflegehilfe und Pflegegeld. Der höchstmögliche Gesamtanspruch beträgt das 1,5fache.

Kombinationsmöglichkeiten

| Tages-/Nachtpflege | Pflegehilfe oder Pflegegeld |
|--------------------|-----------------------------|
| 100 % | 50 % |
| 90 % | 60 % |
| 80 % | 70 % |
| 70 % | 80 % |
| 60 % | 90 % |
| 50 % und weniger | 100 % |

Weitere Beispiele dazu:

Beispiel 1:

Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II besteht Anspruch auf Pflegehilfe oder Tagespflege jeweils bis zu 1.040 Euro monatlich.

Werden beide Ansprüche kombiniert, beträgt die Gesamtleistung bis zu 1.560 Euro (1.040 Euro x 1,5). Werden für Tagespflege 1.040 Euro abgerufen (100 %), kann noch Pflegehilfe von 520 Euro (50 %) beansprucht werden.

Beispiel 2:

Wird für Pflegehilfe weniger als 520 Euro beansprucht, werden für Tagespflege ebenso maximal 1.040 Euro aufgewendet (Höchstbetrag!).

Daneben kann auch ein anteiliges Pflegegeld bezahlt werden, weil der Gesamtleistungsanspruch von 150 % nicht ausgeschöpft wird.

Beispiel 3:

In Pflegestufe II beträgt das Pflegegeld 430 Euro monatlich. Für Tagespflege werden bis zu 1.040 Euro monatlich geleistet.

Beträgt bei einer Kombination zum Beispiel der Aufwand für die Tagespflege 1.040 Euro, wird daneben das halbe Pflegegeld (= 215 Euro monatlich) gezahlt.

Beispiel 4:

Leistung der Tages- und Nachtpflege 208 Euro (20 %), Pflegehilfe 520 Euro (50 %), das anteilige Pflegegeld beträgt 215 Euro (50 %). Die insgesamt mögliche Leistung ist noch nicht ausgeschöpft (120 %) – Tages-/Nachtpflege könnte bis auf 50 % erhöht werden.

Beispiel 5:

Tages- und Nachtpflege 624 Euro (60 %), Pflegehilfe 520 Euro (50 %), das anteilige Pflegegeld beträgt 172 Euro (40 %). Die insgesamt mögliche Leistung ist ausgeschöpft (150 %).

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). Bei zu Hause gepflegten Kindern besteht der Anspruch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen zum Beispiel der Hilfe für behinderte Menschen.

Höhe

Der Anspruch besteht für maximal vier Wochen pro Kalenderjahr. Übernommen werden die pflegebedingten Aufwendungen (einschl. soziale Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) bis zum Gesamtbetrag von 1.510 Euro im Kalenderjahr. Sofern der Leistungsrahmen ausgeschöpft ist, beraten wir Sie gerne über weitere mögliche Leistungen (z. B. Verhinderungspflege oder Pflegegeld).

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Voraussetzungen

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III in häuslicher Pflege mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind und

einen erheblichen allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf haben, erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen. Dies gilt auch für Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.

Höhe

Für zusätzliche Betreuungsleistungen stehen 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) zur Verfügung. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag, solche mit einem höheren Bedarf den erhöhten Betrag. Sofern im laufenden Kalenderjahr nicht der ganze Betrag aufgebraucht wurde, kann der Restanspruch ins folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Als zusätzliche Betreuungsleistungen gelten Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, Tages-/Nachtpflege (teilstationäre Pflege), außerdem besondere Angebote der Pflegedienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung oder sogenannte niedrigschwellige Betreuungsleistungen, die insbesondere von ehrenamtlichen Helfern unter fachlicher Anleitung durchgeführt werden.

Beratungseinsätze

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllt, können Versicherte halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.



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.

Höhe

Die Leistung beträgt monatlich pauschal in Pflegestufe

| | |
|------------------|------------|
| I | 1.023 Euro |
| II | 1.279 Euro |
| III | 1.510 Euro |
| III (Härtefälle) | 1.825 Euro |

Insgesamt dürfen 75 % des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbaren Investitionskosten nicht überschritten werden. Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege besteht der Grundsatz, dass Pflegebedürftige Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen.

Für zusätzliche Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung trägt die Pflegekasse einen Vergütungszuschlag.

Wenn Pflegebedürftige vollstationäre Pflege wählen, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von monatlich 440 Euro in Pflegestufe I und 1.040 Euro in Pflegestufe II. In Pflegestufe III wird die Notwendigkeit vollstationärer Pflege unterstellt. Erhöht sich der Pflegebedarf, ist das Pflegeheim berechtigt, den Heimbewohner schriftlich aufzufordern, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen.

Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Für Pflegebedürftige, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ganztägig (Tag und Nacht) untergebracht und verpflegt werden, wird zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege ein Pauschalbetrag gezahlt.

Dieser beläuft sich auf 10 % des Heimentgelts, das der Träger der Sozialhilfe mit der Einrichtung vereinbart hat (maximal 256 Euro monatlich).

Über zusätzliche Leistungen für die Pflege – zum Beispiel an Wochenenden oder während der Ferien – berät Sie unsere Pflegekasse gerne persönlich.



Sonstige Leistungen.

Pflegehilfsmittel

Unsere Pflegekasse stellt im häuslichen Bereich Pflegehilfsmittel, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder ihm 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: zur Erleichterung der Pflege Pflegebetten, Pflegebettenzubehör, Bettzurichtungen, spezielle Pflegebettische; zur Körperpflege/Hygiene Waschsyste, Produkte zur Hygiene im Bett; zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität Notrufsysteme und zur Linderung von Beschwerden Lagerungsrollen.

Bei Pflegehilfsmitteln, die nicht leihweise überlassen werden, leistet der Versicherte eine Zuzahlung in Höhe von 10 %, höchstens jedoch 25 Euro je Mittel. Versicherte unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit.

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

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 31 Euro übernommen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden insgesamt mit bis zu 2.557 Euro bezuschusst. Dadurch soll die häusliche Pflege ermöglicht bzw. erleichtert oder eine selbstständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen 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. Dient eine Maßnahme zugleich mehreren Pflegebedürftigen, die verschiedenen Pflegekassen angehören, ist die zuerst angegangene Pflegekasse Kostenträger für die gesamte Maßnahme.

Der Eigenanteil beträgt 10 % der Kosten der Maßnahme, höchstens 50 % der monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

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



Pflegezeit für Angehörige.

Im akuten Pflegefall haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage freustellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die dadurch erforderliche Arbeitsbefreiung ist gegenüber dem Arbeitgeber (auf Verlangen) durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nachzuweisen. Diese kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer in Anspruch nehmen – unabhängig von der Betriebsgröße.

Ein Beschäftigter hat darüber hinaus für die Dauer von bis zu sechs Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit. Voraussetzung ist, dass ein naher Angehöriger, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in häuslicher Umgebung gepflegt wird. Dieser Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflege-

kinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Bei einer teilweisen Freistellung treffen Arbeitgeber und Beschäftigter eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit. Der Arbeitgeber kann dies nur aus dringenden Gründen ablehnen. Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Tage vor Inanspruchnahme schriftlich angekündigt werden. Hierbei hat der Beschäftigte mitzuteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang er Pflegezeit in Anspruch nehmen will. Wenn der Beschäftigte nur eine teilweise Freistellung verlangt, muss er die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angeben.

Grundsätzlich können Beschäftigte die Pflegezeit vorzeitig nur mit Zustimmung des Arbeitgebers beenden. Ausnahmsweise endet sie vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.



Soziale Absicherung.

Voraussetzungen

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

Pflegepersonen

Als Pflegeperson gilt, wer nicht erwerbstätig einen Pflegebedürftigen (Stufe I, II oder III) wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt im Rahmen der Begutachtung auch den zeitlichen Umfang der häuslichen Pflege fest. Bei der Pflgetätigkeit durch Familienangehörige wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass sie die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben. Gleiches gilt für die Pflgetätigkeit sonstiger Personen, wenn die finanzielle Anerkennung nicht das gezahlte Pflegegeld (je nach Pflegestufe 225 Euro, 430 Euro, 685 Euro) übersteigt.

Krankenversicherung

Durch die Pflgetätigkeit 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.

Ruhen?

Die Leistungen zur sozialen Absicherung ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufent-

halt (EU, EWR und Schweiz siehe „Aufenthalt im Ausland?“) bzw. Erholungsurlaub der Pflegeperson bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung/medizinischen Rehabilitation. Bitte lassen Sie sich individuell beraten.

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 Beiträge richten sich nach dem Umfang der Pflgetätigkeit. Je größer der Pflegeaufwand ist, desto höher sind das „angenommene“ Arbeitsentgelt und damit die spätere Rente. 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.

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

Arbeitslosenversicherung

Pflegepersonen, die nach der Pflgetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach dem Sozialgesetzbuch III (Arbeitsförderung) gefördert werden. Pflegepersonen, die Angehörige pflegen, können sich in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterversichern (innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit, Vorversicherungszeit in den letzten 24 Monaten mindestens zwölf Monate).

Pflegezeit

Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz bleibt der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in der Regel bestehen. Jeder, der einen Angehörigen mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt, ist 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 Pflgetätigkeit auch unfallversichert, wobei es auf den zeitlichen Umfang der Pflgetätigkeit nicht ankommt. Dazu zählen Hilfen im Bereich der Körperpflege und – soweit diese überwiegend dem Pflegebedürftigen zugutekommen – auch Pflgetätigkeiten in den Bereichen Ernährung, Mobilität sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Pflegepersonen erhalten nach einem Unfall oder einer Berufskrankheit die im Sozialgesetzbuch VII vorgesehenen Leistungen (umfassende Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Geldleistungen usw.). Die Beiträge trägt der gemeindliche Unfallversicherungsträger, in dessen Bereich der Ort der Pflgetätigkeit (Pflegehaushalt) liegt.

Sonstiges.

Pflegekurs/Beratungsgespräch

Für Angehörige und Pflegende 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 Pflgetätigkeit in der häuslichen Umgebung notwendig und hilfreich sind. Bitte fragen Sie uns, wenn Bedarf oder Interesse besteht.

Andere Leistungsträger

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ruhen in Höhe anderer Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit.

Beispiele: Bezieher einer Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz, von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Haus- oder Anstaltspflege, Pflegegeld) oder einer Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht sowie von Leistungen aus dem Ausland.

Beihilfe/Heilfürsorge

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



PAULA® – die Pflegedatenbank

Die bundesweite Pflegedatenbank PAULA® bietet für alle Versicherten Hilfe dabei, ein passendes Pflegeangebot zu finden. Pflegebedürftige und Angehörige können mit Hilfe der Datenbank ein passendes Pflegeheim, einen ambulanten Pflegedienst, spezielle Betreuungsangebote für Demenzkranke und Behinderte oder ein Hospiz zu finden. Die Datenbank liefert eine Übersicht über 35.000 Leistungsangebote.

Nutzerfreundliche Suchfunktionen wie die Eingabe der Pflegeart, also ambulante oder stationäre Pflege, die Postleitzahl und die Eingrenzung auf einen Umkreis von 5 bis 100 km ermöglichen eine schnelle Auswahl.

Bundesweit erstmals bietet die Pflegedatenbank einen Preisvergleich ambulanter Pflege-

einrichtungen an. Die Datenbank stellt für jeden Pflegedienst eine komplette Preisliste zur Verfügung. Im Bereich der stationären Pflege erhalten Interessierte ebenfalls gestaffelt je nach Pflegestufe eine Preisauskunft über das monatliche Heimentgelt, über den Anteil der Pflegekassen und den Anteil des Versicherten. Die Betreuungsangebote erstrecken sich über vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege, Hospize/Kinderhospize, ambulante Pflege sowie spezielle Betreuungsangebote für Demenzerkrankte und Behinderte.

In der Rubrik „Vollstationäre Pflege“ kann nach Einrichtungen für einzelne Erkrankungen wie z. B. Demenz oder Multiple Sklerose, aber auch nach Blinden- oder Pflegeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche gesucht werden.



| Service-Center | Telefonnummer | Adresse | E-Mail-Adresse |
|----------------------------|----------------|---|-------------------------|
| Baden-Württemberg | | | |
| Neckarsulm | 07132 9994-0 | NSU-Straße 1, 74172 Neckarsulm | neckarsulm@audibkk.de |
| Singen | 07731 7993-0 | Scheffelstraße 19, 78224 Singen | singen@audibkk.de |
| Bayern | | | |
| Augsburg | 0821 508779-0 | Schaezlerstraße 13 1/2, 86150 Augsburg | augsburg@audibkk.de |
| Coburg | 09561 23429-0 | Alfred-Sauerteig-Anlage 1, 96450 Coburg | coburg@audibkk.de |
| Ebern | 09531 94284-0 | Bahnhofstraße 6a, 96106 Ebern | ebern@audibkk.de |
| Ingolstadt | 0841 887-0 | Ettinger Straße 70, 85057 Ingolstadt | ingolstadt@audibkk.de |
| Ingolstadt (Stadtbüro) | 0841 887-222 | Rathausplatz 1, 85049 Ingolstadt | ingolstadt@audibkk.de |
| Neuburg | 08431 5399-0 | Rosenstraße 163, 86633 Neuburg | neuburg@audibkk.de |
| Neumarkt | 09181 2977-0 | Ringstraße 1, 92318 Neumarkt | neumarkt@audibkk.de |
| Hessen | | | |
| Baunatal | 0561 521786-0 | Gerhard-Fieseler-Weg 1, 34225 Baunatal (Volkswagen Werk, Kundencenter) | baunatal@audibkk.de |
| Niedersachsen | | | |
| Braunschweig | 0531 354793-0 | Gifhorer Straße 180, 38112 Braunschweig (Volkswagen Werk, Alte Verwaltung) | braunschweig@audibkk.de |
| Emden | 04921 91851-0 | Niedersachsenstraße, 26723 Emden (Volkswagen Werk, Am Haupttor) | emden@audibkk.de |
| Gifhorn | 05371 94292-0 | Steinweg 60, 38518 Gifhorn | gifhorn@audibkk.de |
| Hannover | 0511 763621-0 | Mecklenheidestraße 74, 30419 Hannover (Volkswagen Nutzfahrzeuge, Sektor 3) | hannover@audibkk.de |
| Helmstedt | 05351 52353-0 | Neumärker Straße 1a-3, 38350 Helmstedt (Marktpassage) | helmstedt@audibkk.de |
| Salzgitter | 05341 30146-0 | Industriestraße Nord, 38239 Salzgitter (Volkswagen Werk, Tor 1) | salzgitter@audibkk.de |
| Seelze | 05137 9059-60 | Rathausplatz 2, 30926 Seelze | seelze@audibkk.de |
| Wolfsburg | 05361 8482-0 | Porschestraße 1, 38440 Wolfsburg | wolfsburg@audibkk.de |
| Nordrhein-Westfalen | | | |
| Netphen | 0271 773049-0 | Siegstraße 28, 57250 Netphen | netphen@audibkk.de |
| Neunkirchen | 02735 6594-0 | Emilienstraße 12, 57290 Neunkirchen | neunkirchen@audibkk.de |
| Sachsen | | | |
| Chemnitz | 0371 3342783-0 | Kauffahrtei 47, 09120 Chemnitz (Motorenwerk Chemnitz, Wache Tor A, Geb. 203) | chemnitz@audibkk.de |
| Zwickau | 0375 440696-0 | Schubertstraße 104, 08058 Zwickau (Volkswagen Sachsen GmbH, Kundendienstwerkstatt) | zwickau@audibkk.de |

Zentrale Postanschrift:

Audi BKK
Postfach 100160
85001 Ingolstadt

Stand: 1. September 2011

Alle Ausführungen in dieser Broschüre stellen Kurzfassungen dar und ersetzen keinesfalls eine ärztliche oder therapeutische Behandlung, rechtsverbindlich sind ausschließlich Gesetz und Satzung der Audi BKK.