

P F L E G E

OPTIMAL VORSORGEN FÜR ELTERN & FAMILIE

RATGEBER



- Alzheimer-Demenz
- Alle Informationen zur Pflege im Heim
- Ihre gesetzlichen Ansprüche
- Ihre private Vorsorge
- Alle gesetzlichen Grundlagen zum Thema Pflege
- Ablehnung der Pflegestufe: was tun?
- Alle Pflegestützpunkte
- Mit vielen großen und kleinen Informationshilfen



Jetzt aber!

Einmal muss es nun aber sein. Immer nur auf den nächsten Tag verschieben, ist keine Lösung. Keine Lösung für die vielen Fragen zur Pflegevorsorge im Alter. Etwas Arbeit muss man sich einfach machen, desto schneller hat man für sich – und für die Angehörigen – Klarheit.

Diese Zeitschrift bringt für Sie alle Informationen auf den Punkt. Und was man heute nicht liest, das liest man eben am Wochenende in aller Ruhe. Hauptsache: Das Thema wird angepackt.

„Was Du heute kannst besorgen, das ...“
Und da ist doch was dran an dieser alten Volksweisheit, oder nicht?

Man kann „Pflege & Vorsorge“ auch im Bekanntenkreis kursieren lassen. Warum sein Wissen nicht mit Freunden teilen?

Schreiben Sie uns zudem ruhig, wenn Sie Ihre eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiet weitergeben möchten. Vielleicht können Sie anderen damit eine Hilfestellung geben.



Herzlichst,
Ihr

Klaus Barde
Herausgeber

Ihre **private**
Vorsorge ist auf
erstklassige,
unabhängige
Beratung
angewiesen.

- Honorarberater arbeiten unabhängig von einer Bank, Versicherungs- oder Kapitalanlagegesellschaft
- Honorarberater verdienen keine Provision durch Beratung oder Verkauf
- Honorarberater sind fachlich hochqualifiziert
- Honorarberater betreuen ihre Kunden nachhaltig
- Honorarberater stehen für eine neue, echte Qualität.
- Sie finden Ihren Honorarberater auf www.vdh24.de

Lesen Sie hierzu auch die Empfehlung von Stiftung Warentest.



Editorial 3

DIE FAKTEN

Hauptpflegepersonen im Haushalt 6

EINE PFLEGEGESCHICHTE

Meine Frau 8

ELTERN & PFLEGE

Das Wichtigste
Alle wesentlichen Dinge auf einen Blick 10

Das Familiengespräch
Viele schieben den Zeitpunkt immer weiter hinaus. Dabei ist es so wichtig, frühzeitig alle Fragen des Alters rechtzeitig mit den Eltern zu klären. 12

Unterhalt
Wenn Ihre Einkommens- und Vermögenslage es ermöglicht, so können Sie verpflichtet werden, mit Ihren privaten Mitteln die Pflege Ihrer Eltern zu unterstützen. 14

Pflege: Eine enorme Herausforderung für die Angehörigen
Pflege darf nicht Selbstaussbeutung des Pflegenden bedeuten. Geht es dem Pfleger nicht gut, wie soll es da auf Dauer dem zu Pflegenden gut gehen? 16

POLITIK

Kapitalgedeckte Pflegevorsorge: Pflege-Bahr
Januar 2013 tritt das „Pflegerneuerungsrechtsgesetz“ in Kraft. 18

DEMENZ

Allgemeine Einführung
Wenn sich die Persönlichkeit eines sehr nahen Angehörigen immer mehr verändert, ist das für eine Familie oft kaum auszuhalten. 20

Mehr Geld ab Januar 2013 22

Alzheimer-Demenz
Eine medizinische Lösung ist noch nicht gefunden. In der Entwicklung sind jedoch Bluttests, die bereits im Vorstadium der Krankheit diese aufdecken können. 23

Betreutes Wohnen in einer Demenz-WG
Die Bewohner der WG erleben ihren Tagesablauf als normaler Alltag. Sie sind versorgt aber nicht entmündigt! In der Gemeinschaft entwickeln sich viele gemeinsame Aktivitäten. Basis ist die gemeinsame Haushaltsführung. 26

WOHNEN IM ALTER

Angst vor einer neuen Welt? Nicht mehr die gewohnte Küche, nie mehr der Blick vom eigenen Balkon? Abschied von netten Nachbarn. Das fällt ungemein schwer. Und doch kann es die richtige Entscheidung sein 28

PFLEGE IM HEIM

Allgemeine Einführung
Pflegebedürftige alte Menschen sind meist in Pflegeheimen, behinderte pflegebedürftige Personen in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht. Oft sind Altenpflegeheime mit Altenheimen kombiniert. In einem Wohnheim lebende Menschen können ebenfalls pflegebedürftig sein. Hier ist meist aber die Integration in das soziale Umfeld gewünscht. 30

Rechnen, rechnen, rechnen
Für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen. Und das wird teuer! 32

Auswahl-Kriterien
Manchmal ist es gut, einfach Punkt für Punkt einen Fragebogen abzuarbeiten. Geht es doch bei der Wahl eines Pflegeheims immer auch um die langjährige Wahl von Lebensqualität im Alter. 33

HILFE VOR ORT

Pflegestützpunkte sind die örtliche Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige. 36

TAGESPFLEGE

Die Diskussion „eigene vier Wände contra Pflegeheim oder Seniorenunterkunft“, läuft in vielen Familien oft jahrelang. Ein Entschluss wird meist erst sehr, sehr spät gefasst. Die Möglichkeit auf eine Tagespflege auszuweichen, wird oft überhaupt nicht bedacht. 38

KURZZEITPFLEGE

Was nun? Der alleinstehende Vater wird aus dem Krankenhaus entlassen und kein Angehöriger kann in dieser Woche vor Ort sein.
Ein typischer Fall für die Kurzzeitpflege. 40

PFLEGEDIENSTE

Wen lasse ich in mein Haus?
Die ambulante Pflege hat auch sehr viel mit Sympathie und Vertrauen zu tun.42

Auswahl & Organisation
Der Weg zur häuslichen Pflege mit Pflegediensten44

PFLEGESTUFEN

Pflegestufe abgelehnt – was tun?
Täglich kommen in Deutschlands Haushalte ablehnende Bescheide zum Thema Pflegestufe. Die Verärgerung ist dann groß. Subjektiv empfundene Härtefälle werden aus Sicht der Betroffenen als „nicht so schlimm“ abqualifiziert. Gleiches gilt auch häufig für beantragte Höherstufungen der bereits bestehenden Pflegestufe46

Die 3 Pflegestufen
Über die Zuordnung zur jeweiligen Pflegestufe entscheidet das Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Informationen dazu werden vom MDK zuhause oder im Pflegeheim erhoben. Maßgeblich sind dabei die sogenannten Zeitorientierungswerte. 55

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Den Unterschied sollte man kennen: Häusliche (ambulante) Krankenpflege hat nichts mit den Leistungen der Pflegekasse im Rahmen der Pflegestufen zu tun!48

HILFSMITTEL

Hilfsmittel für Kranke werden dann vom Arzt als nützlich erachtet, wenn der Kranke dadurch mehr Selbstständigkeit erlangt. Prävention ist zusätzlich für die Krankenkasse ein sehr gewichtiges Argument, um dem Versicherten die Kosten für Hilfsmittel zu erstatten.49

GESETZLICHE ANSPRÜCHE

Das neue Gesetz
Das Bundeskabinett hat am 28. März den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) beschlossen. Das Thema Demenz steht dabei im Vordergrund.50

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung
Ihre Krankenkasse prüft, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Sie notwendig sind, um Ihre Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden. Der Maßstab dafür, welche Leistungen Sie als Pflegebedürftiger erhalten, ist der Grad Ihrer Hilfsbedürftigkeit. 52

PRIVATE VORSORGE

Die Möglichkeiten der privaten Vorsorge
Für eine "Rundum-Pflege" ist die Pflege-Pflichtversicherung nicht gedacht. Nur die Grundabsicherung ist gewährleistet. Mit einer privaten Pflege-Zusatzversicherung kann die Grundabsicherung aufgestockt werden. 56

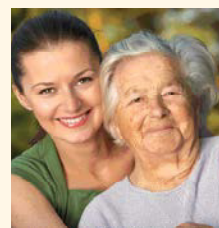
Vorsorge-Mathematik
Beratung & Auswahl einer Pflege-Zusatzversicherung 58

PFLEGEZEIT

Arbeitnehmer dürfen Sonderurlaub beantragen, um nahe Angehörige ambulant zu pflegen. 59

ANERKANNTE VORSORGEPARTNER FÜR DEN PFLEGEFALL

- DFV Deutsche Familienversicherung AG 62
- Münchener Verein Versicherungsgruppe68
- Zurich Gruppe 74



SERVICE

- Pflege-Lexikon.....80
- Pflegestützpunkte / Adressen.....89

Impressum98

Belastung der Hauptpflegepersonen 1998 und

Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person



2010 in Prozent

Verwandschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in %

Basis: Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten

	1998	2010
Verwandschaftsverhältnis		
(Ehe-)Partnerin	20	19
(Ehe-)Partner	12	15
Tochter	23	26
Sohn	5	10
Schwiegertochter	10	8
Schwiegersohn	0	1
Mutter	11	10
Vater	2	1
Sonstige Verwandte	10	4
Nachbar/innen/Bekannte	7	6
Wohnort		
Gleicher Haushalt	73	66
Getrennter Haushalt	27	34

Quelle: Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010



Meine Frau

„Meine Frau hatte es im Juni 2007 schwer erwischt. Auf der Treppe hat sie das Gleichgewicht verloren und ist mehrere Stufen abgestürzt. Ich war am Briefkasten und hörte den Schlag. Sie kam nach kurzer Zeit wieder zu sich. Beim Aufsetzen klagte sie über Übelkeit und Kopfschmerzen – also auf ins Krankenhaus.“

Es folgten 4 Wochen Intensivstation in echtem sowie künstlichem Koma, Kabeln für die ständige Überwachung der Körperfunktionen, Schläuchen für die Beatmung, Schläuche durch die Nase für die Ernährung, Schläuche für den Urin.

Der Sturz hatte nicht nur einen Sprung in der Schädeldecke bewirkt. Das Gehirn, das ja in einer Flüssigkeit schwimmt, war bei dem Sturz gegen den Schädelknochen geprallt. Eine Blutung war die Folge. Außerdem schwoll das Gewebe an und erzeugte einen Überdruck, der Nervenfunktionen einschränkte. Aus dem Rückenmark wurde periodisch Flüssigkeit entnommen, um diesen Überdruck abzusinken.

Nach 3 Monaten sollte es in die Reha gehen. Die Schläuche wurden nun fest installiert: Trachealkatheter in der Luftröhre, Schläuche durch die Bauchdecke in Magen und Blase. Sensoren für Atmung und Herzrhythmus vervollständigten das Gewirr. Diese Schläuche sind und bleiben Fremdkörper. Immer wieder versuchte meine Frau instinktiv, die Schläuche zu entfernen. Also wurden die Hände an das Bett gefesselt.

In der Reha wurde sie dann zunehmend wacher; die Probleme aber nicht weniger. Der Überdruck im Kopf blieb, daher wieder zurück in die Klinik. Vor jeder Operation musste ich als Vormund meine Zustimmung geben. Das ist sehr schwierig, wenn die unerwünschten Nebenwirkungen und Fehlermöglichkeiten groß sind. Zudem fühlt man sich den Ansichten des Arztes ausgeliefert. Schließlich wurde der Kopf aufgebohrt und ein weiterer Schlauch mit einem steuerbaren Druckventil unter der Haut bis in den Bauchraum geführt.

Wie Folter

Das Herbeiführen von Erstickungszuständen unter medizinischer Überwachung ist

eine bekannte Foltermethode. Sie führt zu anhaltenden Angstzuständen. Ähnliches geschieht mit der Einführung von Trachealkathetern in die Luftröhre. Diese Katheter sind sinnvoll für den Notfall. Für den Dauereinsatz sind sie ungeeignet. So ein „Instrument“ führt von der Luftröhre unterhalb des Kehlkopfes direkt ins Freie. Damit unterbleibt das Anfeuchten und Anwärmen der Luft im Nasenraum. Die Folge: Austrocknung und Verschleimung der Lunge. Dieser zähe Schleim kann nicht abgehustet werden. Er wird in der Kanüle ständig auf und ab bewegt. Die Sauerstoffversorgung der Lunge vermindert sich. Erstickungszustände treten ein. Die schlauen Überwachungsapparate lösen dann Alarm aus, wenn der Sauerstoffgehalt im Blut zu sehr absinkt. Dann kommt der Pfleger und saugt den Schleim ab. Das verschlimmert die Situation zwischenzeitlich. Meine Frau war danach stets völlig verschwitzt und erschöpft. Und: je häufiger abgesaugt wird, desto mehr Schleim wird in der Lunge erzeugt. Sollte es nicht längst eine Kanüle geben, die für das Ein- und Ausatmen getrennte Wege vorsieht? So, dass der Schleim mit jedem Atemzug nach draußen befördert wird? Oder handelt es sich hier um eine Sparmaßnahme im Gesundheitswesen?

Ein Leid folgt dem anderen

Hinzu kam das, was ich als Isolationshaft bezeichnen möchte. Eine Kommunikation mit dem Personal und den „Mitgefangenen“ wird total unterbunden. Meine Frau hat 6 Monate kein Wort gesprochen, weil die Kanüle in der Luftröhre den Luftstrom zu den Stimmbändern blockierte. Manchmal bewegte sie spontan die Lippen, aber es kam kein Ton und sie starrte verzweifelt an die Decke.

Dann gab es den immer häufiger auftretenden Brechreiz. Es ist wohl die ein-

zige Art für den Patienten, seinen Protest zu äußern. Die Gefahr besteht, dass Erbrochenes in die Lunge kommt und eine Lungenentzündung auslöst.

Um die Gefahr des Erbrechens zu vermindern, wurde die Magensonde verlängert. Der Nahrungsbrei ging so direkt in den Darm. Gleichzeitig wurde ein weiterer Schlauch gelegt, um die Verdauungssäfte, die ja weiterhin im Magen produziert werden, in einen Beutel abzuleiten. Diese Änderung bedingte eine vorverdaute Nahrung, die der Darm unmittelbar verarbeiten kann. Bei meiner Frau bildeten sich dabei offensichtlich jede Menge Gase, es rumorte ständig. Die Gase wurden auch in den Beutel für die Magensäfte gedrückt, der innerhalb von weniger als einer Stunde prall gefüllt war. Danach fing meine Frau an heftig zu schlucken ...

Dank all dieser Umstände und dem fortlaufenden Schlafmangel war meine Frau oft zu erschöpft, um Therapieangebote wahrnehmen zu können. Darauf reagierten wiederum die Ärzte sehr unzufrieden. „Austherapiert“ ist der Fachausdruck, wenn diesen dann nichts mehr einfällt. Die Konsequenz: Ab ins Pflegeheim. Und das bedeutet unter solchen Umständen Folter bis zum Tod.

Der weitere Leidensweg meiner Frau machte mich mit vielen Institutionen im Kranken- und Pflegebereich vertraut. Es zeigte sich: wer hier nicht kämpft, hat schon verloren. Wenn man nicht besser als die „Experten“ ist, wird man oft gnadenlos übers Ohr gehauen.

Allein die Umstände bis zur Erlangung einer Pflegestufe können einen nervlich und wirtschaftlich an die Grenzen der Belastbarkeit treiben.

Quelle: Ein 20 seitiger Leserbrief an die Redaktion von „Pflege & Vorsorge“

Das Wichtigste!

Mut zum Thema!

Familiengespräche im großen Kreis, die älteren Kinder sollten mit dabei sein, können die Basis für verbindliche Absprachen und Vorsorgemaßnahmen für den Pflegefall sein. Man spricht über so vieles – einer sollte den Mut haben, auch dieses Thema in die Runde zu werfen.

Vor allem: Wenn Sie mit Ihren Eltern über dieses Thema beraten, dann zwingen Sie sich, auch für sich selbst die Dinge in Angriff zu nehmen.



► PFLEGEBEDÜRFTIG IST

- wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei den alltäglichen Dingen des Lebens Hilfe braucht...
- ...und dies dauerhaft oder voraussichtlich für wenigstens sechs Monate.

► ANSPRECHPARTNER

Ansprechpartner ist dann der Pflegestützpunkt vor Ort (Adressen Seite 89 – 98). Er berät Betroffene zügig über alle Hilfsmöglichkeiten und organisiert diese auch. Der Anspruch auf Pflegeberatung ist gesetzlich verbindlich. Gesetzlich Ver-

sicherte nehmen zudem parallel Kontakt zu ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse auf. Das Erstgespräch in dieser Sache können auch bevollmächtigte Familienangehörige, Nachbarn oder Bekannte führen. Privat Krankenversicherte sprechen mit ihrem gewählten Versicherer.

► KONKRETE FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Gesetzlich Versicherte stellt hierzu einen Antrag bei ihrem Versicherer. Dieser beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der Gutachter des MDK kommt ins Haus und

prüft, ob eine Pflegestufe gemäß den gesetzlichen Vorgaben gegeben ist. Der Befund wird der Pflegeversicherung mitgeteilt. Privat Versicherte stellen diesen Antrag bei ihrem Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dann durch die Gesellschaft MEDICPROOF.

► PFLEGESTUFEN

Der Umfang des Hilfebedarfs regelt die Zuordnung in eine der drei Pflegestufen. Hieraus ergeben sich monatliche finanzielle Leistungen für den Pflegebedürftigen aus seiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse (Pflegekasse).





Stressfrei

Mit rechtzeitigen Gesprächen, ausreichender Information und bewusster Vorsorge können Sie das Thema Pflege in aller Ruhe angehen. Hier sind einige der Punkte, die Sie sehr gut selbst klären können

1. Wie ist meine Pflegevorsorge finanziert?
2. Wie haben meine Eltern ihre Pflegevorsorge finanziert?
3. Werden und wollen wir überhaupt die Eltern pflegen?
4. Ist eine echte Pflege räumlich bei uns oder eher in der Wohnung der Eltern möglich?
5. Müsste man im Pflegefall Umbauten vornehmen?
6. Wir sehen uns mit den Eltern Pflegeheime in der Nähe an.
7. Wir nehmen Kontakt mit einem oder mehreren Pflegediensten auf und führen ein Informationsgespräch.
8. Was ist Demenz – wie kann ich sie erkennen?
9. Wer soll uns im Ernstfall vertreten können?
10. Wer von uns oder aus dem familiären Umfeld soll als Bevollmächtigter die Eltern vertreten?
11. Ich lege mir einen Pflege-Ordner an, damit auch meine Kinder Zugriff auf alle wichtigen Informationen haben.

► KEINE PFLEGESTUFE

Wird keine Pflegestufe festgestellt, so sind alle Kosten für die Pflege aus eigenen privaten Mitteln, von den Angehörigen oder in letzter Instanz teilweise vom Sozialamt zu zahlen. Um diese Kosten abzufedern, besteht die Möglichkeit sich frühzeitig zu versichern. Hierzu bietet der Markt „Pflegegeldversicherungen / Pflegegeldversicherungen“, „Pflege-Rentenversicherungen“ und „Pflegekosten-Versicherungen“

► WER PFLEGT?

Angehörige, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime können jeweils allein oder in

vielfältiger Kombination die Pflege eines Betroffenen wahrnehmen.

► DEMENZ

Leistungen aus der gesetzlichen wie privaten Pflegepflichtversicherung gibt es für Demenzkranke auch dann, wenn diese noch nicht die Voraussetzungen für die Aufnahme in eine Pflegestufe erfüllen.

Das Kind als Pflegefall

Eine angeborene Erkrankung, ein Geburtsfehler oder ein Unfall – und schon wird Ihr Kind zum Pflegefall. 2,75 % aller Menschen mit einer Pflegestufe sind Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 15 Jahren. Die Pflege findet überwiegend im Haushalt der Familien statt. Eine gezielte private Vorsorge für diesen Fall wurde so gut wie nie getroffen.

Das Familiengespräch: Nicht auf die lange Bank schieben ...



„Sprich Du doch einfach mal mit ihr,“ mit diesem Satz wird in vielen Familien der Anfang zum Thema Pflege im Alter gemacht. Oder auch verdrängt. Denn wenn „Du“ sich nicht traut, dann kann es wieder Monate dauern, bis ein neuer Anlauf gemacht wird. Wer hört es schon gerne, dass er als langsamer als früher, als vergesslich oder gar tadelig wahrgenommen wird? Es geht nicht immer ohne die „beleidigte Leberwurst“ oder Lautstärke über die Bühne – das erste Familiengespräch in Sachen Pflege.

Der richtige Zeitpunkt

Und wann ist der richtige Zeitpunkt dafür gekommen? Wenn Opa mit dem Wagen kaum noch aus der Garage kommt und regelmäßig an den Bordstein schrammt? Wenn Mutter mehrfach beim Bügeln das heiße Eisen liegen lässt oder sich selbst aus der Wohnung ausschließt?

Nicht zu vergessen: Wer das Gespräch in Gang setzt, muss es irgendetwann auch zu Ende führen. Und damit übernimmt man Verantwortung und Arbeit. Ja, und jetzt, fragen dann so manche Eltern? Hast Du

Dich gekümmert, warum hören wir nichts vom Heim, Du hast den Antrag bestimmt falsch ausgefüllt, wolltest Du nicht die Treppenstufen kleiner machen?

Kurzum: Vorsorge macht Arbeit. Gar keine Vorsorge sorgt für menschliche und finanzielle Probleme sowie für ein schlechtes Gewissen den Eltern gegenüber.

Also sollte man sich an ein bis zwei Wochenenden treffen und das ganze Thema in allen Punkten besprechen. Nichts erzwingen, sondern Stück für Stück die Punkte abarbeiten.

In Gelddingen offen reden

Alles sollte finanziell geordnet sein, wenn Schlaganfall, Unfall, Herzinfarkt oder Demenz tatsächlich eintreten. Unabhängig davon, muss das Wohnen im Alter einfach abgeklärt werden. Die Wartezeiten für gute Altenwohnheime sind sehr lang. Wer seinen Eltern beim altersgerechten Ausbau von Wohnung oder Haus zur Hand gehen will, kann das ebenfalls nicht an einem Sonntag erledigen. Auch wenn kein Elternteil jemals zum Pflegefall im Rahmen einer gesetzlichen Pflegestufe wird, es gibt genug Einschränkungen im Alter, für die man vorsorgen kann.

Mut gehört auch dazu, über Betreuungsverfügungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu sprechen. Nicht zu vergessen das Thema Testament.

Da kommt schon Vieles zusammen. Einschließlich Streitgespräche über sensible Themen, die man Jahrzehnte in die Ecke gekehrt hat. Die jüngere Familie hat zudem einen mehr oder weniger konkreten eigenen Lebensentwurf. Die eventuelle Pflege der Eltern steht hierzu durchaus in Konkurrenz. Man darf nicht vergessen: Jedes Ehepaar bringt zwei Elternteile mit. Allein vor diesem Hintergrund ist ein gut überlegtes, frühzeitig angesprochenes und wirtschaftlich abgesichertes „Eltern-Management“ für alle Beteiligten von großem Nutzen!

Wem vertraue ich mich an?

Kinderlose Paare und Singles haben selten jemanden, dem sie sich im Alter anvertrauen können. Und die Hoffnung auf den Partner, der einen einmal pflegen könnte, ist naiv. Dafür sind die Scheidungsraten und die Wahrscheinlichkeit, dass beide Partner im Alter an Gebrechen leiden könnten, einfach zu hoch. Der Personalmangel in der professionellen Pflege, nicht umsonst gibt es den Begriff vom Pflege-Notstand, macht zudem heute und vor allem zukünftig eine qualitativ hochwertige Pflege für alle generell unmöglich. Es kann daher nicht nur heißen: „Sprich Du mit ihr“. Jeder, der seine zwanzig bis dreißig Jahre im Ruhestand mit Lebensqualität füllen will, muss auch mit sich selbst einmal „ein ernstes Gespräch führen“.

- ▶ Der Eltern-Unterhalt ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), Paragraf 1601 geregelt.
- ▶ Elternunterhalt muss nur dann gezahlt werden, wenn die Eltern bedürftig sind.
- ▶ Das Sozialamt wird aktiv, wenn bei einem Pflegebedürftigen die Rente nicht ausreicht. Dieses Geld wird jedoch von den Kindern zurück verlangt.
- ▶ Wer dem Sozialamt sein Vermögen nicht nennt, wird geschätzt.
- ▶ Das Sozialamt wird zudem über Nachfragen bei den Finanzämtern aktiv.
- ▶ Zuerst kommen die Ehepartner füreinander auf. Danach werden die Kinder belangt.
- ▶ Bei mehreren unterhaltspflichtigen und zudem auch leistungsfähigen Kindern, wird der Unterhalt anteilig nach Einkommen geschuldet.
- ▶ Durch den Unterhalt darf es nicht zur dauerhaften Senkung der Lebenshaltung des Kindes kommen.
- ▶ Immobilien müssen für den Unterhalt der Eltern nicht beliehen werden.
- ▶ Unterhaltszahlungen sind nach Paragraf 33 a Einkommensteuergesetz (EStG) absetzbar (8004 Euro).



Wenn Ihre Einkommens- und Vermögenslage es ermöglicht, so können Sie verpflichtet werden, mit Ihren privaten Mitteln die Pflege Ihrer Eltern zu unterstützen. Hierzu sollten Sie folgende Informationen kennen:

- Welche Angehörigen sind zur Unterstützung verpflichtet?
- Die Vermögenswerte des Pflegebedürftigen
- Ab welcher Einkommenshöhe kann man Sie zu Unterhaltszahlungen verpflichten?
- Ausnahmen von der Unterhaltspflicht

Welche Angehörigen sind zur Unterstützung verpflichtet?

Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) finden Sie in den Paragraphen §§ 1601 ff. die Bedingungen, unter denen Angehörige zu Unterhaltszahlungen verpflichtet werden können. Wir zitieren: „Verwandte in gerader Linie sind verpflichtet, einander Unterhalt zu gewähren.“ Kinder sind mit ihren Eltern und Großeltern direkt verwandt. Die Unterhalts-Verpflichtung gilt auf dieser Ebene in beide Richtungen. Die Seitenlinie Geschwister, Schwägerne und noch weiter entfernte Verwandte müssen nicht für einander aufkommen. Wenn mehrere Kinder vorhanden sind, richtet sich deren Anteil an den Unterhaltszahlungen nach deren individueller Leistungsfähigkeit. Sich zu drücken, hat kaum Erfolg. Der Pflegebedürftige muss nämlich seine unterhaltspflichtigen Angehörigen bekannt geben. Wird eine Beteiligung z.B. an den Heimkosten notwendig, dann informiert das Sozialamt die Angehörigen mittels der „Rechtswahrungsanzeige“, dass sie nun prinzipiell zur Be-

teiligung am Unterhalt verpflichtet sind. Jetzt müssen Sie Ihre Leistungsfähigkeit/ Nicht-Leistungsfähigkeit durch Offenlegung Ihrer finanziellen Verhältnisse gegenüber dem Sozialamt nachweisen. Das Sozialamt ermittelt danach auf der Basis Ihrer Angaben und unter Berücksichtigung Ihrer sonstiger Belastungen (Selbstbehalt) den zu zahlenden Betrag. Sollte sich eine Zahlungspflicht für Sie ergeben, dann setzt diese rückwirkend mit dem Datum der Zustellung der Rechtswahrungsanzeige ein.

Die Vermögenswerte des Pflegebedürftigen

Eine Alten- und Pflegeheimunterbringung kostet heute im Durchschnitt zumindest 3000 Euro monatlich. Darüber hinaus sind keine Grenzen gesetzt. Darum ist es so wertvoll, sich bereits schon lange vor dem möglichen Pflegefall ein Bild von den Heimen in der eigenen Region zu machen! Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt beim Heimaufenthalt nur die reine Pflege ab. Unterkunft und Verpfle-

gung müssen anderweitig finanziert werden. Reichen die finanziell verfügbaren Mittel des Pflegebedürftigen nicht aus, so informiert das Heim das Sozialamt. Dieses zahlt den Restbetrag als Hilfe zur Pflege. Vorher wird geprüft, ob der Pflegebedürftige größere Vermögenswerte innerhalb der letzten 10 Jahre verschenkt hat. Nun treten die Erben in gerader Linie ins Bild. Schenkungen an diese müssen an den Pflegebedürftigen zurückerstattet und zunächst verbraucht werden, bevor das Sozialamt eintritt.

So genannte Pflicht- und Anstandsschenkungen können im Einzelfall von diesem Procedere ausgenommen werden. Schwierig gestalten sich Vermögensnachweise im Rahmen von Erbschaft und Schenkung bei Immobilien. In diesem Fall sollte man anwaltlichen Beistand suchen.

Ab welcher Einkommenshöhe können Sie zu Unterhaltszahlungen verpflichtet werden?

Nicht ganz leicht zu erfassen sind die Regelungen, die die finanzielle Leistungsfähigkeit von Angehörigen betreffen. Denn hier kommt der Selbstbehalt ins Spiel.

Der Selbstbehalt ist die Summe, die einem Angehörigen zugestanden wird, um seine eigene Lebensführung angemessen bestreiten zu können. Maßstab für den Selbstbehalt ist eine für das Unterhaltsrecht vom Oberlandesgericht Düsseldorf erstellte Tabelle. Siehe Kasten „Düsseldorfer Tabelle“. Diese Tabelle ist jedoch im Einzelfall nicht immer verbindlich.

Vom Einkommen, das die 1.500 Euro übersteigt, können dem Angehörigen weitere 50 % als Selbstbehalt zugerechnet werden. Manche Städte und Gemeinden ziehen jedoch auch 100 % des über dem Selbstbehalt von 1500 Euro liegenden Einkommens ein. Für den Ehegatten des zahlungspflichtigen Angehörigen verbleiben mindestens 1.050 Euro, sofern der Ehegatte nicht selber ein hohes Einkommen erzielt. Wenn sich Kinder des Zahlungspflichtigen in der Ausbildung

befinden, können pro Kind ebenfalls Selbstbehalte angerechnet werden.

Die konkrete Berechnung soll laut dem Gesetzgeber generell nicht mechanisch erfolgen, sondern auch die soziale Stellung und die Lebensgewohnheiten des Unterhaltsverpflichteten berücksichtigen. Vermögenswerte der Kinder wie Wohneigentum und Geldanlagen werden nur im Falle großer Kapitalvolumina derselben beansprucht. Zudem ist es sinnvoll, den staatlichen Anspruch der Eltern auf Grundsicherung zu prüfen. Wenn der Pflegebedürftige eine so niedrige Rente bezieht, daß er beim Sozialamt einen Anspruch auf die Grundsicherung hat, kann nicht auf Ihr Einkommen zurückgegriffen werden, sofern es nicht über 100.000 Euro im Jahr beträgt.

Auf Ihr Vermögen darf das Sozialamt erst dann zurück greifen, wenn es höher ist als das Schonvermögen. Das aus der Hartz-IV-Gesetzgebung bekannte Schonvermögen beinhaltet zum Beispiel ein Haus, in dem Sie wohnen, einen PKW der Klein- oder Mittelklasse sowie Vermögen, das Sie für Ihre eigene Altersvorsorge angelegt haben. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass diese Rückstellungen für die Altersvorsorge 5% des während der bisherigen Arbeitszeit erzielten Einkommens betragen dürfen. Jedes Sozialamt hat zudem seine eigene Bewertung zum Thema Schonvermögen.

Auf einen Blick

Von Ihrem Nettoeinkommen werden zuerst die Kosten für die Kinder und Ihren Ehepartner (sofern nicht voll berufstätig) abgezogen.

Hinzu kommen Kosten wie die eigene Altersvorsorge und Gesundheitskosten, Ihre Fahrtkosten für den Besuch des bedürftigen Angehörigen sowie die regelmäßige Begleichung von Zins- und Tilgungsbeträgen. Danach wird der Selbstbehalt abgezogen.

Ergebnis: Für Sie verbleibt ein hoher Freibetrag.

Ausnahmen von der Unterhaltspflicht

Nach § 1611 BGB gibt es Gründe dafür, dass die formale Unterhaltspflicht eines Angehörigen nicht in Kraft tritt. Dies gilt, wenn sich der betreffende Elternteil nicht um den Unterhalt der Kinder oder des Kindes gekümmert oder den/die Zahlungspflichtigen schwer beleidigt hat. Sollte der jetzt Bedürftige seinen Lebensunterhalt und sein Vermögen fahrlässig aufs Spiel gesetzt haben, entfällt die Zahlungsverpflichtung ebenfalls.



„Düsseldorfer Tabelle“

In der „Düsseldorfer Tabelle“, herausgegeben vom Oberlandesgericht Düsseldorf, werden Unterhaltsleitlinien und Regelsätze für den Kindesunterhalt festgelegt. Zum 01.01.2011 trat die neue Düsseldorfer Tabelle in Kraft.

- Selbstbehalt für erwerbslose Unterhaltspflichtige: **770 Euro** bei bestehender Unterhaltspflicht gegenüber Kindern bis zu einem Alter von 21 Jahren (im Haushalt eines Elternteils und allgemeine Schulausbildung).
- Gegenüber anderen volljährigen Kindern beträgt der Selbstbehalt **1.150 Euro**.
- Ist der Unterhaltspflichtige erwerbstätig, gilt ein Selbstbehalt von **950 Euro**
- Selbstbehalt bei Unterhaltspflicht gegenüber einem Ehegatten oder der Mutter/dem Vater eines nicht-ehelichen Kindes: **1.050 Euro**
- Selbstbehalt bei Unterhaltspflicht gegenüber den Eltern: **1.500 Euro**

Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2009 (Forsa-Institut / Techniker Krankenkasse) sagte fast jeder zweite pflegende Angehörige, dass ihn die Aufgaben zuhause an den Rand eines Burnouts bringen.

Pflege darf nicht Selbstaussbeutung des Pflegenden bedeuten. Geht es dem Pfleger nicht gut, wie soll es da auf Dauer dem zu Pflegenden gut gehen?



Pflege: eine enorme Herausforderung für die Angehörigen

Mehrheitlich werden Pflegebedürftige zu Hause von Familienangehörigen, Nachbarn oder Freunden gepflegt. Und da sind es vorrangig die Frauen, die bei Krankheit, bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter oder bei einer Behinderung, die Pflege übernehmen. Ohne pflegende Angehörige wäre die häusliche Pflege unmöglich.

Immer ältere Pflegefälle

Wer zuhause pflegt, steht zudem in der ersten Reihe bei der Wahrnehmung eines wesentlichen Phänomens: Die Menschen werden immer älter.

Damit wächst die Anzahl der zu betreuenden Krankheitsbilder. Aus Pflegefällen werden schwere Pflegefälle. Auch der pflegende Laie benötigt mehr Fachwissen und Hilfsmittel, die vor Ort einsetzbar sind. Überlagert werden dabei viele Gebrechen zusätzlich von der altersbedingten Demenz.

Pflege ist Dauerdruck

Pflegende Angehörige müssen ihr Leben somit oft nicht nur für Jahre sondern für Jahrzehnte auf die Erfordernisse des Pflegebedürftigen umstellen. Als Angehöriger müssen Sie sich daher fragen: Bin ich dem gewachsen, will ich das wirklich? Und: Ist der Pflege-Rhythmus zuhause dann aber zur Gewohnheit geworden, fällt der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erst recht schwer. Er wird so lange wir möglich hinausgeschoben. Damit gefährdet aber auch der pflegende Angehörige seine eigene Gesundheit.

Der Dauerdruck einer einmal gewählten Verantwortung kann zu depressiven Verstimmungen wie auch zu Aggressionen führen. Die liebe Mutter ist dann nicht mehr die liebe Mutter, sondern der immer fordernde, alle Energien aussaugende, klagende Mensch. Das gerne tabuisierte Thema „Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen“ hat hier seine Wurzel.

Das Thema Pflege kennt zudem noch eine andere Situation. Krankenhausaufenthalte werden auch bei Schwerkranken immer kürzer. Daher müssen sich Angehörige häufig sehr schnell auf eine radikal

veränderte häusliche Situation einstellen. Die Pflege ist ruckzuck zu organisieren, wenn der Anruf aus dem Krankenhaus die Entlassung ankündigt.

Bedenken Sie: In Ihrem Umfeld gilt es vielleicht als selbstverständlich, dass die Pflege von der Familie übernommen wird. Vor allem von der Tochter wird dieser Schritt meist erwartet. Sollen Sie sich nun zur Pflege bereit erklären, obwohl Sie sich dieser Aufgabe überhaupt nicht gewachsen fühlen?

Zwischen Aggressivität und Unmündigkeit

Und: Was Sie vielleicht schon einmal in einem Heim gesehen und kritisiert haben, kann nun auch Ihnen passieren. Sie wechseln im Rahmen der Pflege in die Mutterrolle und behandeln den pflegebedürftigen Elternteil wie ein hilfloses Kind. Die Konflikte beginnen. Sie erschrecken sich über sich selbst und Ihr Vater wird aggressiv, weil er sich noch lange nicht unmündig fühlt.

Der andere Fall: Ihr Vater nimmt diese Rolle an und gibt sich hilfloser als er ist, jammert und klagt. Sie dagegen „gehen auf die Palme“.

Beide Verhaltensmuster münden oft in einen Dauerzustand. Das hat nichts mit Bösartigkeit zu tun. Solche Verhaltensweisen sind zutiefst menschlich und alltäglich. Die Frage ist nur, wollen Sie Ihr Leben, vielleicht sogar Ihren eigenen anstehenden Lebensabend diesen Belastungen aussetzen?

Pflege kann krank machen

Wenn Sie sich auf das Thema häusliche Pflege einlassen, können folgende seelische Beschwerden nicht ausgeschlossen werden: Traurigkeit, negatives Denken, Überreaktionen (Reizbarkeit), Schlafstörungen, Einsamkeitsgefühle. Aus diesen seelischen Problemen erwachsen im Einzelfall auch medizinische Probleme.

Soziale Einschränkungen

Pflege erfordert fast immer einen hohen Zeitaufwand. Der Wochendurchschnitt liegt hier bei über dreißig Stunden. Das

schränkt soziale Kontakte ein. Tätigkeiten außer Haus werden oft gehetzt und mit schlechtem Gewissen erledigt. Ein ermüdendes Gefühl der Aussichtslosigkeit angesichts der Pflegesituation kann sich dauerhaft einstellen. Wer eine 24-Stunden-Pflege leistet, kann den Belastungen nicht ausweichen und hat auch keine Zeitfenster, um zu regenerieren.

Stress

Potenzielle Konflikte bestimmen im Pflegefall die Hintergrundmusik. Immer wieder zurück gestellte Bedürfnisse, Überlastung und Zeitdefizite führen bei pflegenden Angehörigen zu Aggressionen. Ein Streit mit dem Pflegebedürftigen ist keine Seltenheit. Dazu kommen Gefühle von Ungerechtigkeit und Verzweiflung sowie Schuldgefühle.

Fit für die Pflege?

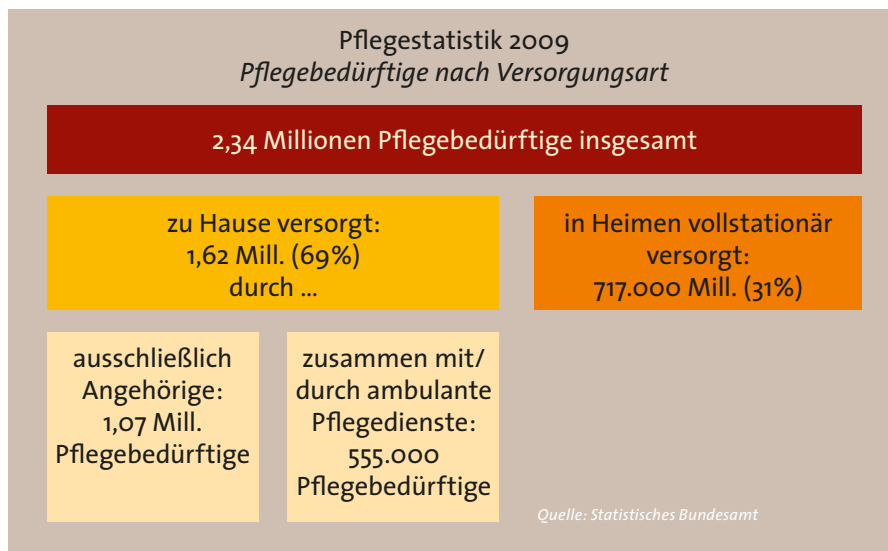
Pflege ist auch körperliche Arbeit. Ist der zu pflegende Elternteil dazu noch übergewichtig, dann sind Betten, Heben, Umlagern, Hilfe beim Aufstehen, Anziehen, Begleitung auf Spaziergängen, z.B. mit Rollstuhl, eine tägliche Anstrengung. Schulung muss daher sein! Wenn Sie keine Schulung erhalten, können Ihre Handlungen möglicherweise gesundheitschädigend für Sie und Ihre Eltern sein. Fehlhaltungen des Pflegebedürftigen wie

aber auch bei Ihnen, führen langfristig zu schmerzhaften körperlichen Beeinträchtigungen. Muskelverspannungen, Gelenksbeschwerden, Schäden der Wirbelsäule sind hier typisch.

Herausforderungen seitens pflegebedürftiger Eltern

Stellen Sie sich darauf ein, dass sich der Mensch, so wie Sie ihn kannten und liebten, im Laufe einer jahrelangen Pflegebedürftigkeit massiv verändern kann. Schönreden hilft nicht weiter! Rechnen Sie und Ihre Familie also mit der Möglichkeit von

- Aggressivität oder Gewalttätigkeit seitens des Pflegebedürftigen
- Fehlende Dankbarkeit, auch von anderen Angehörigen bis hin zu bössartigen Unterstellungen (Erbschleicher, etc.)
- Tägliche Aufrechnung längst vergangener Geschehnisse



Pflege-Bahr

Private Pflegezusatzversicherungen sollen nach dem Vorbild der Riesterrente staatlich gefördert werden. Hierzu tritt ab 01. Januar 2013 das „Pflegetagegeldversicherungsgesetz“ in Kraft. Die Versicherungsgesellschaften werden dazu allen Bürgern eigens entwickelte Pflegetagegeldversicherungen anbieten.

Die bisher bekannten Rahmendaten für den Bürger lauten:

- 60 Euro einkommensunabhängige staatliche Förderung jährlich
- Begrenzung der entsprechenden Abschluss- und Verwaltungskosten der Versicherung
- Die Versicherungsart entspricht der bekannten Pflegetagegeldversicherung
- 120 Euro Mindestbeitrag jährlich müssen je Person in diese Versicherung eingezahlt werden
- Die maximale Leistung hat die doppelte Höhe der sozialen Pflegepflichtversicherung, minimal jedoch 600 Euro monatlich in der Pflegestufe 3
- Leistungen generell in allen Pflegestufen, auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) in der Pflegestufe 0
- Vertragsabschluss für alle Volljährigen ohne Altersbegrenzung, dafür allerdings mit einer Wartezeit von bis zu fünf Jahren mit Versicherungsschutz, jedoch ohne Zahlung von Versicherungsleistungen während dieser Wartezeit
- Keine Ablehnung von Versicherungsnehmern aufgrund etwaiger gesundheitlicher Einschränkungen, sofern bei Antragsstellung noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) bezogen werden oder jemals wurden
- Keine Vereinbarung von Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen

Jeder Bürger kann natürlich nach der Einführung der staatlich geförderten privaten Pflegetagegeldversicherung weiterhin ein ungeförderndes Produkt mit Gesundheitsprüfung und wahlfreien Leistungen sowie die ungefördernde Pflegekosten- oder Pflegerentenversicherung abschließen. Ob ein Wechsel zwischen geförderten und ungefördernden Produkten möglich sein wird, dazu gibt es noch keine verbindliche Regelung.

Der große Vorteil des so genannten Pflege-Bahr ist, dass Kunden, die bisher nicht versicherbar waren, problemlos eine solche Police abschließen können. Das bedeutet, auch mit Krebs, Demenz, Leberzirrhose oder zum Beispiel einer HIV-Infektion wird man als Antragsteller nicht zurückgewiesen.

Doch ist das so ganz umsonst zu haben? Die Expertenmeinung hierzu lautet: Die Versicherungsbeiträge werden entsprechend teuer sein. Denn diese Risiken im Versicherungsbestand muss der Versicherer im Interesse aller Versicherten mit einkalkulieren.

Grundsätzlich gilt:

Eine Absicherung für den Pflegefall mit dem geförderten Mindestbetrag allein ist sehr, sehr mager. Andererseits haben erst 2,5 % aller Bürger auch privat etwas für den Pflegefall getan. Aber: Im Rahmen der anstehenden Unisex-Tarife* sollte man den Abschluss einer Pflegeversicherung nicht zwingend auf 2013 verschieben. Sinnvoll ist eine Beratung, die aufzeigt, ob die 5,- Euro Subvention des Staates günstiger ist, als der rechtzeitige Abschluss einer Pflegevorsorge vor dem Hintergrund der neuen Unisex-Versicherungen.

Die Versicherer begrüßen die neue kapitalgedeckte Pflegevorsorge:

„Wenn der Pflege-Bahr dazu führt, dass sich mehr Menschen mit dem Pflege-risiko auseinander setzen, ist es nicht entscheidend, ob sie nach individueller Prüfung einen geförderten Tarif oder einen nicht geförderten Tarif wählen. Hauptsache ist, sie erkennen den Bedarf für sich und sorgen vor.“

Für die Menschen wäre es fatal, wenn die Bundesregierung weiterhin nur auf die Umlagefinanzierung setzt. Die Kombination von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren in der Pflege ist ein historisch wichtiger Schritt. Bei der Altersvorsorge ist die Erkenntnis heute schon unstrittig und das gleiche gilt auch für die Pflege.

Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung um das Kapitaldeckungsverfahren mit staatlicher Förderung zu ergänzen ist die richtige, wegweisende Fortentwicklung zu mehr eigenverantwortlicher Pflegevorsorge.“

Klaus Henkel, Vorstandsvorsitzender, Süddeutsche Krankenversicherung (SDK)

* Der Europäische Gerichtshof hat beschlossen: ab dem 21.12.2012 gibt es nur noch Unisex-Tarife. Bei der Berechnung von Versicherungsbeiträgen darf das Geschlecht des Versicherungsnehmers keine Rolle mehr spielen. Darum gibt es nur noch einen Tarif für Männer und Frauen. Das ist, je nach Versicherungsart, mal für das eine, mal für das andere Geschlecht von Vorteil. Die Unisex-Tarife gelten nur für neue Verträge. Versicherungen, die vor dem 21.12.2012 abgeschlossen werden, sind davon nicht betroffen. Die Beitragsunterschiede können durchaus erheblich sein. Darum sollte sich jeder, der eine Versicherung abschließen möchte, rechtzeitig beraten lassen, welche Tarifvariante für ihn günstiger ausfällt.



Demenz

Ein Thema, mit dem wir uns alle auseinandersetzen müssen.
Ohne Ausnahme!

Wenn sich die Persönlichkeit eines sehr nahen Angehörigen immer mehr verändert, ist das für eine Familie oft kaum auszuhalten. Wenn, wie so häufig, die Ehefrau ihren demenzkranken Partner pflegt, verliert sich der alte Rhythmus einer langjährigen Beziehung. Alles beginnt von vorn. Man handelt so, wie man früher nie mit dem geliebten Menschen umgegangen wäre. Vieles bewegt sich in die Richtung einer Entmündigung des anderen. Der Abschied vom alten Bild des Lebensgefährten steht an. Trauer um die Vergangenheit, Trauer über die „verlorene“ Zukunft; viele schwere Stunden stehen an.

Überforderung

Die Pflege ist dann besonders belastend, wenn die Beziehung zu dem Demenzkranken in der Vergangenheit nicht har-

monisch war. Aufgestauter Groll aus der Beziehung verstärkt sich nun. Männliche Angehörige können hier eher auf Distanz gehen und sich durch Versachlichung schützen. Die pflegende Frau verzweifelt eher an der Aufgabe.

Entlastung

Ambulante Pflegedienste betreuen auch demenzkranke Patienten. Nicht immer ist hier jedoch die notwendige innere Ausgeglichenheit und echte Qualifikation gegeben. Hier gilt es vorher zu prüfen und nicht aus der Not heraus einfach nur ja zu sagen. Alzheimer-Gesellschaften und -Wohlfahrtsverbände haben in einigen Städten Betreuungsgruppen ins Leben gerufen. Demenz-Kranke können hier an ein bis zwei Tagen in der Woche stundenweise betreut werden. Demenzkranke, die zu Hause gepflegt werden, können in

Tagespflegeeinrichtungen aufgenommen werden. Sie werden meist von einem Fahrdienst morgens abgeholt und am Nachmittag wieder zurückgebracht. Pflegende Angehörige können sich zudem entlasten, wenn sie für den gepflegten Elternteil eine Kurzzeitpflege von maximal 28 Tagen im Jahr über die Pflegekasse in Anspruch nehmen. Neu und sehr erfreulich ist das Angebot einiger Alzheimer-Gesellschaften. Sie bieten betreuten Urlaub mit demenzkranken Patienten an.

Schutz vor Kosten

Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt das Risiko Demenz bisher kaum ab. Der Umfang der abgedeckten Leistungen (Pflegestufen) ist genau definiert. Steht die Demenz hiermit im Zusammenhang, wird sie berücksichtigt. Ansonsten: Nein!

Beispiel: Die an Demenz erkrankte Mutter kann ihre Körperpflege durchaus selbständig durchführen. Sie bricht aber den Waschvorgang immer wieder ab und verlässt dann jedes Mal das Badezimmer. Sie kann sich also selbst waschen, aber nur unter Aufsicht. Da die an Demenz erkrankte Mutter nur an das Waschen erinnert werden muss, fällt hier keine Eingruppierung gemäß einer Pflegestufe an. Obwohl ein Betroffener also zum Teil fast 24 Stunden am Tag Betreuung und Aufsicht benötigt, zählt er nicht für die Pflegestufe.

Angehörige können jedoch zur Entlastung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag aufgrund der „eingeschränkten Alltagskompetenz“ beantragen. Also ohne Pflegestufe 1. Wird der Antrag bewilligt, sind 100 bis 200 Euro monatlich möglich. Bei den Krankenversicherungen finden sich leider kaum Tarife, die einen Versicherungsschutz bei Demenz beinhalten. Wenn Sie das Thema Demenz für sich oder Ihre Angehörigen gezielt absichern wollen, dann geht das vorrangig über eine private Pflege-Zusatzversicherung. Also mittels einer Pflege-Rentenversicherung und insbesondere über eine Pflegekostenversicherung.

Eingeschränkte Alltagskompetenz

Um Mittel zu diesem Pflege-Tatbestand (§ 45a SGB XI) beantragen zu können (zusätzlicher Betreuungsbetrag), sind folgende Problemstellungen ins Feld zu führen:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

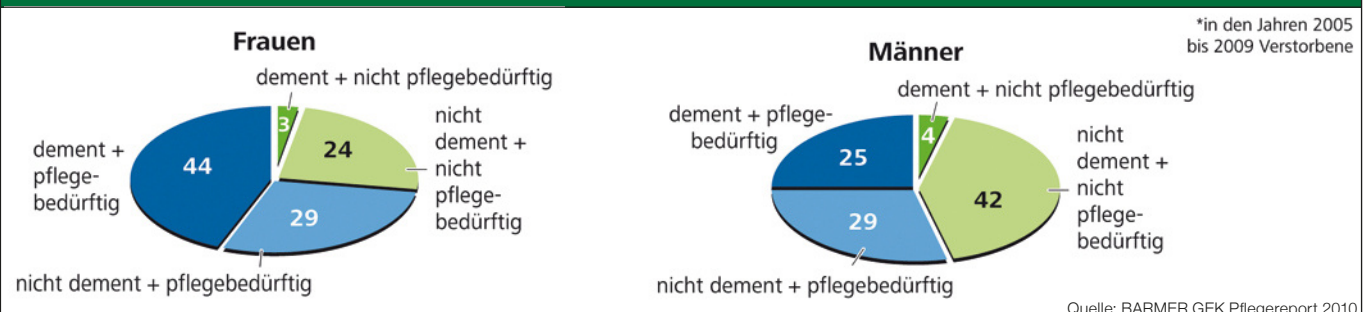
Beurteilung

Die Beurteilung zur „eingeschränkten Alltagskompetenz“ durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wird auf der Grundlage dieser 13 Punkte durchgeführt. Das Verfahren nennt sich PEA-Assessment. Eine Pflegestufe wird damit nicht zugeteilt. Im Volksmund spricht man hier auch von der Pflegestufe 0. Der zusätzlicher Betreuungsbetrag wird nicht an den Versicherten ausgezahlt. Die Abrechnung erfolgt direkt mit der Pflegekasse. Die entsprechende Betreuung wird in einer Pflegeeinrichtung in der Gruppe oder als Einzelbetreuung sowie auch zu Hause durchgeführt.

Betragsermittlung

Den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich können Versicherte beantragen, bei denen im PEA-Assessment zumindest in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgestellt werden. Der erhöhte Betrag von bis zu 200 Euro monatlich ist möglich, wenn beim PEA-Assessment zusätzlich in mindestens einem weiteren Bereich aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bescheinigt werden. Gemessen am echten Bedarf sind diese monatlichen 100 bis 200 Euro jedoch ein viel zu geringer Betrag. Neue Grundbeträge ab 2013! Siehe Seite 22 und 50.

Demenzerkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit bei alten Menschen*, Anteile in Prozent



Mehr Geld ab Januar 2013: Leistungsbeträge für Demenzkranke

Leistungserhöhungen ab 2013 sind rot gekennzeichnet. Die Beiträge sind in Euro angegeben.

	Keine Pflegestufe / jedoch Anerkennung erheblicher Betreuungsbedarf		Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3	
	bisher	ab 2013	bisher	ab 2013	bisher	ab 2013	bisher	ab 2013
Betreuungsleistungen	100/ 200	100/ 200	100/ 200	100/ 200	100/ 200	100/ 200	100/ 200	100/ 200
Pflegegeld	–	120	235	305	440	525	700	700
Sachleistung	–	225	450	665	1.100	1.250	1.550	1.550
Verhinderungspflegeleistung	–	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550
Kurzzeitpflegeleistung	–	–	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550	1.550
Wohnanpassung / Hilfsmittel	–	2.557	2.557	2.557	2.557	2.557	2.557	2.557

Quelle: eva-stuttgart.de

Der Wegweiser Demenz des Bundesfamilienministeriums bietet ein umfassendes Informations- und Unterstützungsangebot für Demenzkranke und ihre Angehörigen.

www.wegweiser-demenz.de

► Hier erfahren Sie mehr

Alzheimer Forschung Initiative e.V.

Erklärung von Demenz-Tests: Mini-Mental-Status-Test (MMST), Demenz-Detektions-Test (DemTekt), Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Syndrom Kurztest (SKT).

► www.alzheimer-forschung.de

Kompetenznetz Demenzen

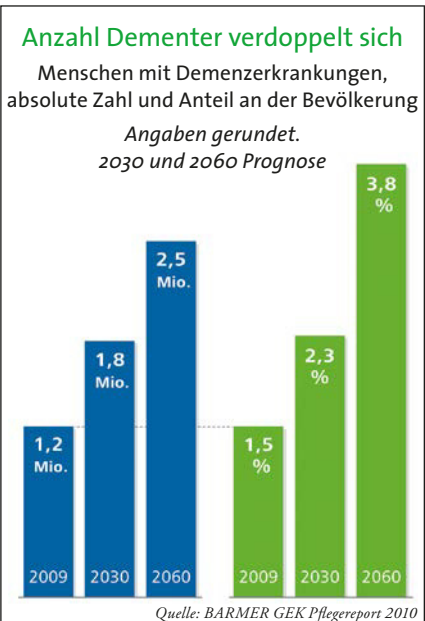
Weiterführende Informationen zur Früherkennung und Diagnostik.

► www.kompetenznetz-demenzen.de

Neurologen und Psychiater im Netz

Hier finden Sie Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten für einen Demenz-Test.

► www.psychiater-im-netz.de



Demenz-Selbsthilfegruppe

In Ihrem Heimatort gibt es keine Demenz-Selbsthilfegruppe? Dann gründen Sie eine!

NAKOS unterstützt Sie dabei. NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Telefon: 030 / 31 01 89 60 · selbsthilfe@nakos.de · www.nakos.de
Beratungszeiten: Di. 9–13 Uhr, Mi. 9–12 Uhr, Do. 14–17 Uhr, Fr. 10–13 Uhr





Alzheimer-Demenz

Alzheimer ist schockierend. Und das in allererster Linie für den Erkrankten selbst. Wer merkt, wie sein Gedächtnis stetig geringer wird, gerät in Panik und Hilflosigkeit, Resignation und Trotz. Erst im Endstadium dieser Demenz weiß der Erkrankte nicht mehr, was mit ihm geschieht. Bis zu diesem Zeitpunkt versucht er jedoch, in seinem Kopf „Ordnung“ herzustellen. Für den Angehörigen ist es Verwirrung, für den Kranken sind es verzweifelte Versuche der Selbstrettung. Und eine medizinische Lösung ist noch nicht gefunden. In der Entwicklung sind jedoch Bluttests, die bereits im Vorstadium der Krankheit diese aufdecken können. Drei vorbeugende Faktoren haben die zahlreichen Erhebungen auf diesem Feld jedoch ermittelt: sportliche Aktivität, vielfältige Kontakte mit anderen Menschen und gesunde Ernährung.

Ausblick: die zunehmende Lebenserwartung führt zum schnellen Anstieg von Alzheimererkrankungen. Eine weltweite Herausforderung für jedes Gesundheitssystem. Experten rechnen damit, dass die Forschung in zehn bis 15 Jahren die Ansätze gefunden hat, um die Alzheimerdemenz zu heilen.

► Medizinische Erkennung

Im Verlauf dieser Krankheit lagern sich immer mehr Eiweiß-Spaltprodukte im Gehirn ab. Sie beeinträchtigen die Reizübertragung zwischen den Nervenzellen (Neuronen). In diesem Zusammenhang sterben Nervenzellen vorrangig im so genannten Schläfen- und Scheitellappen des Gehirns ab. Diese sind im Wesentlichen verantwortlich für Gedächtnis, Sprache und Denkfähigkeit. Das Sterben dieser spezifischen Nervenzellen zeigt sich dann in der abnehmenden geistigen Leistungsfähigkeit.

Ein zusätzliches, unverkennbares Merkmal der Krankheit sind Veränderungen der Gehirnbotenstoffe (Neurotransmitter). An Alzheimer erkrankte Personen produzieren insbesondere den Botenstoff Acetylcholin in abnehmender Größe. Im Rahmen der Erblichkeit dieser Krankheit kann in einigen Fällen eine familiäre Auffälligkeit festgestellt werden. Unabhängig von Zwischenstufen in der

Entwicklung dieser Krankheit werden drei Haupt-Phasen unterschieden.

A Geistige Einschränkungen

Der Betroffene wird vergesslich. Das betrifft vor allem das Kurzzeitgedächtnis. Orientierungsprobleme treten auf. Diese Unsicherheit zieht oft auffällige Stimmungsschwankungen nach sich. Depressionen sind möglich.

B Selbstkontrolle leidet

Das selbstständige Verrichten der alltäglichen Aufgaben fällt schwer. Dinge wie Ankleiden, Hygiene, Kontaktpflege lassen nach. Die Vergesslichkeit nimmt zu. Sprach- und Erkennungsstörungen sind möglich.

C Hilflosigkeit

Das Gedächtnis zerfällt zusehends. Auch das Langzeitgedächtnis ist nun betroffen. Der Kranke ist kaum noch kontaktfähig. Die Selbstwahrnehmung leidet stark.

Die Kontrolle über die Darm- und Blasen-tätigkeit wird unmöglich. Phänomene wie Schluckstörungen und Krampfanfällen können auftreten.

► Typische erste Anzeichen

Zunehmende Vergesslichkeit

- Mehrfach wiederholte Fragen
- Wortfindungsschwierigkeiten
- Verwechseln von Wochentagen oder Tageszeit
- Schwierigkeiten mit der Orientierung in unvertrauter Umgebung

► Verhaltensweisen zur Kompensation

Der betroffene Angehörige spürt seine Einschränkung. Unter anderem typisch ist die stetig wachsende Zuhilfenahme von Notizen. Mittels Ausreden und der Vermeidung komplexer Arbeiten sowie auch dem Fernhalten von Gesprächen sollen Außenstehende über den realen Zustand getäuscht werden.

Demenz-Telefon



Der persönliche Besuch in einer Beratungsstelle ist nicht jedem leicht möglich. Hilfreich ist dann ein Anruf beim Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Bundesweit einheitliche Telefonnummer:

01803-17 10 17
(Alzheimer-Telefon)

Telefonkosten bei Anrufen aus dem deutschen Festnetz 9 Cent pro Minute. Anrufe aus dem Ausland oder aus Handynetzen sind unter dieser Nummer nicht möglich.

info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

► Signale im Alltag

Die Einschränkungen werden zuerst nur bei sonst gut gelösten anspruchsvolleren Aufgaben sichtbar. In den Dingen des Alltags merken Angehörige zunächst keine Auffälligkeiten. Wer zudem generell in Pflege ist und keine Anforderungen größerer Art mehr selbst erfüllen muss, kann mit seiner Demenz lange „unerkannt“ bleiben. Nicht automatisch haben wir es aber beim Auftreten „typischer“ Demenzsituationen auch mit Demenz zu tun. Für die Einschränkung geistiger Leistungsfähigkeit kann es etliche Gründe geben. Depressionen, Schilddrüsenunterfunktion und Durchblutungsstörungen des Gehirns sind nur einige davon. Auch starker Stress führt oft zu Verwirrungen. Nur eine gezielte Untersuchung kann daher Aufschluss und somit auch Sicherheit geben.

► Diagnose

Es zählt die Krankengeschichte, verbunden mit den Informationen der Angehörigen und eventuell des mit der Person vertrauten Hausarztes. Doch ein Vorher-Nachher-Vergleich allein reicht natürlich nicht aus. Hinzu kommt eine neurologische

Untersuchung. Ferner gibt es spezifische Testbögen, um eine Alzheimer-Diagnose abzusichern. Eine Kernspintomographie des Kopfes und die Liquor-Untersuchung (Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit) ergänzen diese. Letzteres, als neurochemische Demenzdiagnostik bezeichnetes Verfahren, macht die Krankheit bereits im Frühstadium sichtbar.

► Ansätze zur Früherkennung

Neuer Bluttest

Forscher des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes „Demenzen“ haben einen neuen Bluttest für die Alzheimer-Erkrankung entwickelt. Mit ihm weisen sie bestimmte Proteine nach – die β -Amyloidpeptide (A β Peptide). Diese A β -Peptide spielen eine Schlüsselrolle für die Entstehung von Alzheimerdemenz. Das Protein tritt bei den betroffenen Personen in großer Anzahl in krankhaften Ablagerungen im Gehirn auf. Es gibt zudem mehrere Unterformen der A β -Peptide, die unterschiedlich giftig für die Nervenzellen sind.

Die Analyse dieser Unterformen im Blut

- hilft bei der Früherkennung von Alzheimer-Patienten
- macht den rechtzeitigen Einsatz von Medikamenten möglich, die den Krankheitsverlauf verlangsamen.
- liefert Ansatzpunkte zur Unterscheidung von anderen Demenzarten

Neue Technik in der Kernspintomographie

Ein zweiter Weg: Forscher haben die Kernspintomographie so weiterentwickelt, dass sie bereits kleinste, für die Alzheimer-Erkrankung typische Veränderungen des Gehirns entdecken können. Diese Untersuchungstechnik mit dem Namen Diffusion Tensor Imaging (DTI), macht auf Schnittbildern des Gehirns den Untergang von Nervenfasern sichtbar.

Das Forscherteam, das ebenfalls vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell unterstützt wird, untersuchte mithilfe von DTI die Gehirne von neun Patienten mit leichter

Alzheimerdemenz. Die Wissenschaftler verglichen dann die Ergebnisse mit DTI-Hirn-Bildern von zehn gesunden Personen. Im so genannten Corpus callosum, das die rechte mit der linken Hirnhälfte verbindet, fanden sie zwischen den beiden Gruppen auffällige Unterschiede. Bei den Alzheimer-Patienten war ein Teil der Nervenfasern in dieser Hirnregion abgestorben. In anderen Gehirnzonen bestanden keine Differenzen. Erst im späteren Krankheitsverlauf lässt sich dann auch in anderen Gehirnarealen nachweisen, wie sich die Hirnmasse reduziert. Die Wissenschaftler schließen aus ihren Experimenten, dass sich durch DTI folglich bereits frühe Formen der Alzheimerdemenz feststellen lassen.

► Alzheimerdemenz & Ernährung

Eine Langzeitstudie beobachtete über 2000 gesunde Personen in New York über Zeiträume von 4 bis 13 Jahren.

Je konsequenter die Teilnehmer eine traditionelle mediterrane* Ernährungsweise bevorzugten, desto niedriger war das Risiko, an Alzheimer-Demenz zu erkranken. Deutlich wurde zudem, dass es nicht nur auf ausgewählte gesunde Lebensmittel ankommt. Entscheidend war vielmehr die ausgewogene Mischung.

Ferner ergaben Studien, dass Kaffee- und Teetrinker signifikant seltener an einer Alzheimer-Demenz erkranken als Menschen, die kein Coffein zu sich genommen hatten. Je mehr Coffein die Menschen konsumierten, desto besser waren sie geschützt.

** Viel Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte und Getreide. Ergänzt durch Milchprodukte und Fisch. Wenig rotes Fleisch und Geflügel, wenig tierische Fette, dafür Olivenöl.*

► Spezielle Medikamente

Medikamente können die Krankheit nicht heilen, aber ihren Verlauf verzögern. So kann eine Heimeinweisung um bis zu zwei Jahre hinausgezögert werden. Daher ist es so wichtig, frühzeitig zum Arzt gehen. Alle in diesem Zusammenhang bekannten spezifischen Alzheimer-Medikamente sind verschreibungspflichtig.

DEMENZ

Nebenwirkungen sind nicht auszuschließen. Zudem verschreiben Ärzte bei Alzheimerdemenz:

Antidepressiva

Sie werden manchmal bei Demenz-Patienten zur Behandlung von Depressionen eingesetzt. Schlafstörungen, psychomotorische Unruhezustände und Ängste können damit ebenfalls abgeschwächt werden.

Antipsychotika

Werden zur Behandlung von Wahnerleben, Sinnestäuschungen, psychomotorischen Unruhezuständen, Aggressivität und Angstzuständen gegeben.

Mittel zur Gehirndurchblutung

Arzneimittel aus der Gruppe der Nootropica werden zur Verbesserung der Durchblutung des Gehirns eingesetzt.

Prophylaktische Vitamine

Vitamin E (Alpha-Tocopherol), Vitamin C, Selen, grüner Tee sowie Ginkgo biloba wirken gegen freie Sauerstoffradikale.

► **Therapieformen**

Validationstherapie

Hier geht es um die Akzeptanz der Gefühle und der besonderen Erlebenswelt der Erkrankten. Die noch vorhandenen Wahrnehmungsfelder werden gezielt aktiviert. Man bemüht sich, die Biographie des Patienten mit in die Therapie einzubinden.

Selbst-Erhaltungs-Therapie / Erinnerungstherapie

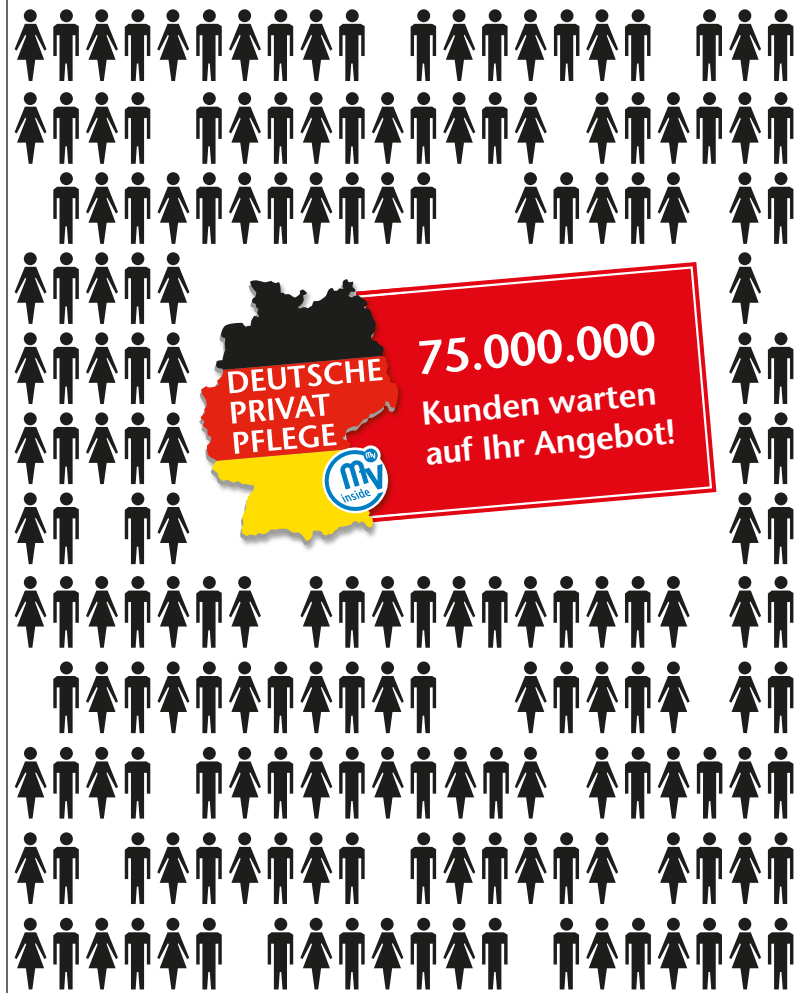
Auch diese Therapien orientieren sich konkret an den Gefühlsäußerungen der Patienten. Es geht darum, diesen ein stabileres Empfinden der persönlichen Identität zu vermitteln.

Diverse Angebote

Therapien mit Tieren, Kunst-, Tanz- und Musiktherapie sind weitere Ansätze zur Vermittlung einer ausgeglicheneren Gefühlswelt für die oft innerlich sehr beunruhigten Patienten. Ergotherapie im häuslichen Wohnbereich gilt als hilfreich für die Ausführung von Alltagsaktivitäten und die Steigerung der Lebensqualität. Damit werden zudem die Angehörigen etwas entlastet.

Angehörigentraining

Wer an einem solchen Training teilnimmt, verlässt die Enge des eigenen Haushalts. Man erkennt: das Demenzproblem ist allgegenwärtig und überfordert nicht nur einen selbst. Diese Trainings erleichtern das Verständnis für das Verhalten sowie den praktischen Umgang mit Demenzkranken. Angehörigentraining kann die endgültige Unterbringung von Demenzkranken in einem Pflegeheim zeitlich deutlich verschieben.



Startschuss Pflege-Offensive.

Jetzt noch attraktivere Leistungen
für Sie und Ihre Kunden!

- Pflegestufe 0 für Demenzabsicherung
- Einmalleistung bis 10.000 EUR
- Vertriebstool Pflege-Lotse kostenlos
- Blog www.bahrgeld.de



Verschenken Sie weder Zeit
noch Geld. Jetzt durchstarten!



my MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE
Der Generationen-Versicherer

Kostenfreie Info-Hotline:
0800/8007008

info@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

Platz 1 im Test „Beliebtester Versicherer 2012“
des Nachrichtensenders n-tv zusammen mit dem
Deutschen Institut für Servicequalität (DISQ)



Betreutes Wohnen in einer Demenz-WG

Kein Tag mehr im Fernsehen, ohne dass nicht ein Sender über das Thema Demenz berichtet. Dabei werden auch des öfteren Demenz-Wohngemeinschaften vorgestellt. Demenz ist ja der häufigste Grund für eine Pflegebedürftigkeit und meist verbunden mit der vollstationären Versorgung im Pflegeheim.

Aber es geht eben auch anders.

Die häusliche Pflege und Betreuung von demenzkranken Angehörigen ist tatsächlich ein 24-Stunden-Job. Der Betroffene ist ja meist körperlich durchaus noch fit und nicht der typische, oft bettlägerige Pflegefall. Darum liegt der Schwerpunkt bei Demenzkranken in der Beaufsichtigung und Betreuung. Der Pflegeaspekt tritt erst bei fortgeschrittener Demenz auf. Auch wenn ein ambulanter Pflegedienst mit zur Seite steht: Die Belastung bei einer mittelschweren Demenz schon so groß, dass die Angehörigen gezwungen sind, über Alternativen nachzudenken.

Vor diesem Hintergrund ist die ambulante Versorgung von Demenzkranken durch die Bildung von Wohngemeinschaften eine sinnvolle Maßnahme.

Gründer einer Demenz Wohngemeinschaft können Angehörige, Selbsthilfegruppen, Pflegedienste, Vereine und andere Interessensgruppen sein. Der Vermieter der Wohnimmobilie darf, um frei von den Regularien des Heimgesetzes zu bleiben, nicht als Gründer der WG auftreten.

Pluspunkte der ambulant betreuten Demenz WG

Die Bewohner der WG erleben ihren Tagesablauf als normaler Alltag. Sie sind versorgt aber nicht entmündigt! In der Gemeinschaft entwickeln sich viele gemeinsame Aktivitäten. Basis ist die gemeinsame Haushaltsführung. Die Hal-

tung von Haustieren, diverse Brett- und Kartenspiele, Musik und vieles mehr sind tägliche Anregung. Die Angehörigen besuchen ihr Familienmitglied in seiner eigenen Wohnung. Die typische Stimmung einer Heimatmosphäre wird vermieden. Auch kostentechnisch gibt es Vorteile: Die Eigenbeteiligung ist, wenn man die Zahlungen der Pflegekasse mit einrechnet, durchschnittlich geringer als bei einem Heimaufenthalt.

Die neuen Wohnformen

Pflege und Betreuung in den sogenannten neuen Wohnformen ist ein echter, nachhaltiger Trend. Der Begriff des „betreuten Wohnens“ ist fast jedermann in der Bevölkerung bekannt. Welche Hauptunterschiede finden sich zwischen Demenz-WG und „betreutem Wohnen“?

- In der Demenz WG ist meist eine 24 Stunden-Betreuung gegeben.
- Viele alltägliche Dinge werden gemeinsam gemacht
- Die Bewohner einer Demenz-WG haben dieselbe Grunderkrankung. Die Betreuung und die Tagesplanung kann daher „aus einem Guss“ erfolgen.

Vergleich:

Demenz-WG und Pflegeheim

Im Verhältnis zu einem Heim hat eine Demenz WG nur zwischen 5 bis maximal Mitglieder. Der Zusammenhalt

und die Geborgenheit sind entsprechend in der Wohngemeinschaft stabiler und emotional sicherer. Die Mitglieder einer Demenz-WG leben eigenverantwortlich als normaler Privathaushalt. Sie sind zudem echte Mieter mit allen Rechten und Pflichten.

Die potenzielle Entmündigung, die durch die Abläufe in einem Heim oft schleichend gegeben ist, entfällt völlig. Man bleibt „Frau Elke Schulz“ und ist nicht eine von Vielen. Zudem werden die Zimmer im Rahmen der WG ja völlig individuell mit den eigenen Möbeln, Büchern, etc. eingerichtet. Die Beteiligung an Aktivitäten der Wohngruppe ist völlig frei. Die individuelle, freie Wahl der pflegerischen Leistungen spart Geld.

Ab 80 steigt das Erkrankungsrisiko steil an

Altersgruppe	Männer Prozent	Frauer Prozent
30 bis 59 Jahre	0,16	0,09
60 bis 64 Jahre	1,58	0,47
65 bis 69 Jahre	2,17	1,10
70 bis 74 Jahre	4,61	3,86
75 bis 79 Jahre	5,04	6,67
80 bis 84 Jahre	12,12	13,50
85 bis 89 Jahre	18,45	22,76
90 bis 94 Jahre	32,10	32,25
95 bis 99 Jahre	31,58	36,00

WG Gründung

Die Vertreter der Wohngemeinschaft bilden eine Interessengemeinschaft. Meist in der rechtlichen Form eines Vereins oder einer Gesellschaft Bürgerlichen Rechts (GBR). Hilfestellung auf diesem Feld leistet zum Beispiel die Alzheimer Gesellschaft. Sie berät und begleitet Angehörige, die eine Demenz Wohngemeinschaft aufbauen wollen. Die staatlichen Vorgaben hinsichtlich einer „Heimaufsicht“ entfallen hier.

WG Alltag

Zu den Punkten, die bei Gründung einer Demenz WG zu regeln sind, zählen z.B.

- Mietvertrag mit dem Vermieter des Wohnraums,
- Entscheidungen über die Nutzung und Gestaltung der Wohnräume
- Klärung der finanziellen Beteiligung der Mitglieder bei gemeinsamen Anschaffungen
- Verfassung der Tagesablaufs in der Gemeinschaft, wie z.B. die Essenszeiten und Essenspläne.
- Auswahl und Beauftragung eines Pflegedienstes oder mehrerer Pflegedienste.
- Führung einer Haushaltskasse,
- Abschluss von Versicherungen,

Vor allem entscheidet die Interessengemeinschaft darüber, wer in die Wohngemeinschaft einzieht. Eine Hausordnung regelt z.B. aber auch Dinge wie den Auszug und Neu-Einzug von Bewohnern.

Der ambulante Pflegedienst

Die Beauftragung eines Pflegedienstes erfolgt per Pflegevertrag zwischen dem jeweils einzelnen Mitglied der Demenz Wohngemeinschaft und einem ambulanten Pflegedienst. Um eine möglichst hohe zeitliche und fachliche Übereinstimmung im Rahmen von Pflege und Betreuung sicher zu stellen, bemüht man sich meist alle Leistungen auf einen Pflegedienst zu vereinen.

Stadien der Demenz

Leicht	Mittel	Schwer
Vergessen von Terminen Ständiges Wiederholen der gleichen Fragen	Verlust von Zeitgefühl Nichterkennen der gewohnten Umgebung, der Partner/Familienmitglieder	Verlust der Sprache Verlust der Kontrolle über Blase und Darm (Inkontinenz)
Orientierungsprobleme an neuen Orten (z.B. im Urlaub)	Unterstützung beim Waschen, Anziehen und Essen notwendig	Völliger Verlust des Gehvermögens, Bettlägerigkeit
Die Betroffenen spüren, dass sich etwas verändert	Die Betroffenen haben keine Krankheitseinsicht	

Mögliche Konsequenzen im Verhalten

Angst Nörgeln, Grantigkeit	Misstrauen Sehen von nicht existenten Personen und Tieren	
Depressionen	andere Wahnideen oder Halluzinationen	
Aggressionen, Schreien, Schimpfen		

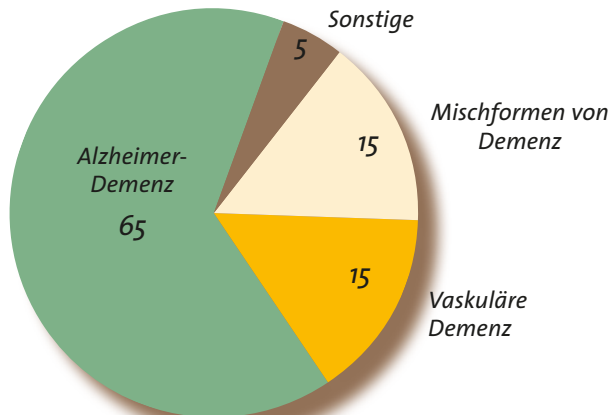
Die zwei Seiten der Alzheimer-Demenz

	Gedächtnis	Verhalten
Symptome	Vergessen von Namen Verlegen von Dingen gestörte Orientierung gestörtes Zeitgefühl Sprachstörungen Angehörige und Freunde werden nicht erkannt	unruhig aggressiv misstrauisch depressiv gestörter Tag-Nacht-Rythmus Halluzinationen
Konsequenzen	Alltagsaktivitäten werden nicht mehr bewältigt Einschränkung der Selbstständigkeit Pflegebedürftigkeit Heimeinweisung	

Medikamentöse Therapie

Basistherapie	Verhaltensauffälligkeiten
Acetylcholinesterasehemmer z.B. Galantamin	vorzugsweise atypische Neuroleptika z.B. Risperidon

Häufigste Formen von Demenz



Quelle: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung – Demenz-Report 2011

Schnelltest Verhaltensänderungen bei Demenz

1. Fühlen Sie sich mutlos und traurig?
2. Meiden Sie zunehmend Ihren Freundes- und Bekanntenkreis?
3. Sind Sie häufig lustlos und niedergeschlagen oder zunehmend unruhig und rastlos?
4. Fühlen Sie sich von anderen Menschen beobachtet, verfolgt oder gar bedroht?
5. Tun oder sagen Sie öfter Dinge in der Öffentlichkeit, die Sie früher nicht gesagt oder getan hätten?
6. Geraten Sie leicht in Zorn oder reagieren Sie auf Ereignisse/Situationen/ Personen häufig unbeherrscht und verärgert?

Wenn mehr als zwei dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, ist dies bereits ein begründeter Anlass, weitere Maßnahmen und eventuell eine Therapie einzuleiten. Da viele der Betroffenen oft nicht in der Lage sind, solche Fragen klar zu beantworten, sollten auch die Angehörigen in die Befragung mit einbezogen werden.

(nach P. Calabrese, Neurologische Universitätsklinik Bochum)

Quelle: deutsches grünes Kreuz e.V.

Ein Umzug ohne Vorurteile



Angst vor einer neuen Welt? Nicht mehr die gewohnte Küche, nie mehr der Blick vom eigenen Balkon? Abschied von netten Nachbarn. Das fällt ungemein schwer. Und doch kann es die richtige Entscheidung sein. Nicht getragen vom Gefühl aber von der Erkenntnis, dass es so auch nicht mehr weitergehen kann. Getragen zudem von der Einsicht, daß man nun doch auf Hilfe angewiesen ist. Hilfe, die man eigentlich nie in Anspruch nehmen wollte.

Senioren-Residenzen & Co.



Wer sich mit Seniorenstiften, Senioren-Residenzen und ähnlichen, besonders anspruchsvoll anmutenden Angeboten befasst, merkt, dass diese relativ teuer sind. Dafür werden zumeist sehr hochwertige Wohnungen und Anlagen einschließlich sehr umfassender Betreuungs- und Serviceleistungen offeriert. Diese Häuser wurden oft über den so genannten freien Kapitalmarkt mittels geschlossener Beteiligungsfonds finanziert. Hier sollten Sie klare Auskunft über die Eigentümerstruktur und die langfristig mittels Garantien gesicherte Finanzierung des Objektes einfordern

Betreutes Wohnen

Natürlich ist auch das Mieten oder der Kauf einer Wohnung im Rahmen des „Betreuten Wohnens“ in einer entsprechenden Wohnanlage eine gute Idee, um weiterhin weitestgehend unabhängig zu leben. Hier finden Sie altersgerechte, barrierefreie Wohnungen verschiedener Größe. Dazu kommen je nach Wunsch einfache oder anspruchsvollere Betreuungsleistungen. Hausmeisterdienste und die täglich mögliche Ansprache von Betreuungsfachkräften erleichtern das Leben und geben Sicherheit. Betreute Wohnanlagen verfügen über Gemeinschaftsräume und bieten oft ein buntes Programm an Veranstaltungen auf sehr hohem Niveau. Aber, der Begriff „Betreutes Wohnen“ unterliegt keinen gesetzlich festgelegten Normen. Somit ist jedes Angebot genauestens zu prüfen!

Wohngemeinschaften

Sehr erfreulich ist auch die Zunahme generationenübergreifender Wohnformen. Hier leben jüngere und ältere Menschen in einem Haus zusammen. Man übernimmt gegenseitige Hilfsdienste und verbringt auch einen Teil der Freizeit zusammen. Bei größerer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit werden ambulante Pflegedienste und weitere Dienstleistungen genutzt.

Betreute Wohngemeinschaften

Eine weitere Form ist das selbst organisierte gemeinsame Wohnen von z.B. Demenzkranken oder körperlich Behinderten in betreuten Wohngemeinschaften. Siehe Beitrag auf Seite 26.

Hier wohnen meist 4 bis 15 hilfe- und pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung oder einem Haus zusammen. Jeder Bewohner hat seinen eigenen Wohn- und Schlafbereich. Im Gemeinschaftsbereich findet der Lebensalltag statt. Die Pflege und Betreuung der Bewohner wird von ambulanten Pflegediensten übernommen.

Pflegeheime



Hier erhalten pflegebedürftige Menschen eine umfassende Pflege und Versorgung. Einige Pflegeheime orientieren ihr Betreuungsangebot stark am Hilfebedarf der Bewohner. Das bedeutet zum Beispiel spezielle Wohnbereiche oder Betreuungs-

angebote für demenziell erkrankte Menschen oder Heime mit Pflegestation für Wachkoma-Patienten.

Pflegeheime unterliegen gesetzlichen Standards und Regelungen. Dazu zählen zum Beispiel: eine umfassende Versorgung, mindestens 50% Fachkräfte im Bereich Pflege und Betreuung, barrierefreie Räume.

Hauspflegekraft



Einkaufsservice, Fahrdienste, Essensdienste und ambulanter Pflegedienst können auch durch eine von Ihnen selbst angestellte qualifizierte Hauspflegekraft ersetzt werden. Für eine angestellte Hauspflegekraft sind Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuer zu zahlen. Hinzu kommen die Arbeitszeit- und Urlaubsregelung sowie andere Vereinbarungen. Ihr Ansprechpartner ist hier die Agentur für Arbeit.

Wohnberatung

Die eigene Wohnung sollte man an die Bedürfnisse im Alter und bei Pflegebedürftigkeit anpassen. Schwellenlose Zugänge, rutschfeste Böden, eine Sicherheitskette an der Tür, ein Notruf-Telefon, Haltegriffe und Laufleisten sind einfach zu besorgen und z.B. von den Kindern leicht anzubringen. Viele Kommunen unterhalten für ältere Mitbürger extra eine Wohnberatung.

Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Rechtzeitig suchen – mit Vorfreude wählen.



Die Qualität der Seniorenheime wird immer besser

Addiert man die Wünsche an das ideale Pflegeheim, dann passt nur ein Wort: Paradies! In einem herrlichen Park am Seeufer gelegen, ganz ruhig, nahe dem Stadtzentrum, großzügig in allen Belangen und zugleich gemütlich und voller liebenswürdiger Menschen und hochqualifiziertem Pflegepersonal. Aber: Das vollstationäre Pflegeheim vor Ort kann nicht immer die traumhafte Seniorenresidenz aus der Werbung sein. Die zudem auch meist nur für Wenige zu finanzieren ist.

Ja, wie finde ich das Heim, das meinen persönlichen Anforderungen am besten gerecht wird? Und dann gibt es ja auch noch die Wartezeiten! Grund genug also, um sich rechtzeitig mit der Frage „Wie wohne ich im Alter?“ bzw. „Wo kann ich meine Eltern gut unterbringen“ zu befassen. Und welche Einrichtung soll es überhaupt sein?

Pflegebedürftige alte Menschen sind meist in Pflegeheimen, behinderte pflegebedürftige Personen in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht. Oft sind Altenpflegeheime mit Altenheimen

kombiniert. In einem Wohnheim lebende Menschen können ebenfalls pflegebedürftig sein. Hier ist meist aber die Integration in das soziale Umfeld gewünscht. Das Thema Pflege steht bei der Wahl eines Wohnheimes nicht im Vordergrund.

Das Pflegeheim ist eine Einrichtung, in der pflegebedürftige Menschen ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht sind. Sie werden unter der Verantwortung professioneller Pflegekräfte gepflegt und versorgt. In vollstationären Einrichtungen erfolgt in der Regel eine dauerhafte Unterbringung.

Manche Pflegeheime bieten zusätzlich die zeitlich befristete Kurzzeitpflege an.

■ **Bewertungsnoten für fast jedes vollstationäre Pflegeheim**

Über 10.000 vollstationäre Pflegeheime gibt es in Deutschland. Vom Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK) wurden bis Ende 2011 nahezu alle diese Heime überprüft und bewertet. Zwischen diesen Einrichtungen besteht durchaus Wettbewerb. Sie sind der Kunde und können daher selbstbewusst Leistungen und Preise vergleichen.

■ Vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung

Eine vollstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung ist immer dann gegeben, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind. Die Entscheidung hierüber liegt bei den Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherer (MDK). Hinzu kommt, dass diese Entscheidung auch bei sogenannten „Besonderheiten im Einzelfall“ gefällt werden kann. Darunter wird unter anderem verstanden: Das Fehlen einer Pflegeperson oder auch die Überforderung z.B. des pflegenden Angehörigen, die Verwahrlosung des gepflegten Menschen wie auch eine offenkundige Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz des Pflegebedürftigen.

■ Begriffsklärung

Viele Begriffe in der Pflege sind durchaus schwierig auseinander zu halten. So wird

die Vollstationäre Pflege ausschließlich in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) geleistet. Das hat also nichts mit Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Rehabilitationszentren zu tun. Übrigens: Wenn ein Pflegebedürftiger in einer vollstationären Einrichtung und daneben aber an den Wochenenden im zu Hause gepflegt wird, dann besteht an die Pflegekasse auch ein Anspruch auf die Leistungen der häuslichen Pflege. Die Pflegekasse übernimmt generell alle Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige selbst.

Lebt der Pflegebedürftige in einer Pflegeeinrichtung, die keinen Vertrag mit seiner Pflegekasse hat, werden ihm nur 80 % des jeweiligen Höchstbetrags von seiner Pflegekasse erstattet. Das Sozialamt darf diese Differenz nicht ausgleichen.

Heim? Ja, wenn ...

- häusliche Pflege generell nicht möglich ist
- häusliche Pflege aus medizinischer Sicht nicht möglich ist
- der Arzt dazu rät
- der Verlauf einer Krankheit nicht abzusehen ist
- ein ambulanter Pflegedienst nicht mehr ausreicht

Pro Heim, weil ...

- oft guter bis sehr hoher Komfort
- rundum Betreuung
- schnelle ärztliche Versorgung
- sehr große Auswahl in vielen Preisklassen
- ein Probewohnen heute oft möglich ist
- Heimverträge guten Einblick in Rechte und Pflichten bieten

Zwischen trostlos und modern: Altenheim, Altenwohnheim, Altenpflegeheim

Diese Begriffe sind für viele Menschen mit unangenehmen Gefühlen besetzt. Fast jeder hat aus seiner Jugend die Erinnerung an ein großes, düsteres Haus mit dem Schild „Altenheim“. Und noch immer gibt es genug Einrichtungen in Deutschland, die äußerlich und auch im Haus selbst einen bedrückenden Eindruck hinterlassen. Die Unterscheidung der Heimtypen in Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim ist heute jedoch fließend. Darum findet man jetzt in den meisten Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine Kombination aus „Altenwohnheim“, „Altenheim“ und „Altenpflegeheim“. Auch die Nachfrage von Senioren nach dem klassischen Altenheim ist rückläufig. Altenheime verändern ihr Konzept hin zu Altenpflegeheimen und Wohnheimen. Der Begriff „Betreutes Wohnen“ zeigt, wohin generell die Zukunft der Unterbringung im Alter geht.

Klassische Wohnformen im Alter				
Wohnform	Typische Unterbringung	Versorgung & Hilfe	Vorteile	Nachteile
Altenwohnheim	Separate, kleine bis auch größere Wohnung in einem Heim in privater oder öffentlicher sowie institutioneller Trägerschaft. Die Haushaltsführung seitens des Bewohners ist selbständig	Allgemeine Versorgungssicherheit, Notrufanlage, meist Anspruch auf einen Pflegeplatz	Auf Wunsch weitestmögliche Unabhängigkeit. Kontaktaufnahme im Heim nach Bedarf.	Im Rahmen einer Pflegestufe oft Umzug in die vollstationäre Pflege
Altenheim	Zimmer, aber auch kleine Appartements in einem Heim. Die Einrichtung ist meist aus eigenem Bestand des Bewohners.	Die tägliche Haushaltsführung wie Verpflegung und Grundreinigung des Zimmers wird dem Heimbewohner meist abgenommen	Gesicherter täglicher Bedarf	Man unterwirft sich weitgehend den Regeln eines Heimaufenthalts. Im Rahmen einer Pflegestufe oft Umzug in die vollstationäre Pflege
Altenpflegeheim	Einzel- oder Mehrbettzimmer. Private Einrichtung ist nicht immer möglich.	Pflegerische Vollversorgung	Gesicherte täglicher Bedarf und meist professionelle pflegerische Hilfe	Sehr grosse Abhängigkeit von anderen Personen

Rechnen, Rechnen, Rechnen ...



Je nach Pflegestufe zahlt die Pflegekasse für die Unterbringung (vollstationäre Pflege) monatlich

- 1.023,- Euro (Stufe I)
- 1.279,- Euro (Stufe II)
- 1.550,- Euro (Stufe III)
- 1.918,- Euro (Härtefall)

Damit sind aber nur die Kosten der Pflege abgedeckt. Für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen. Und das wird teuer! Auf dem Markt kursiert eine Fülle an durchschnittlichen Angaben für die Gesamtkosten eines vollstationären Pflegeheimplatzes. Das liegt an den großen regionalen Unterschieden. Nach den Daten des statistischen Bundesamtes betragen die durchschnittlichen monatlichen Heimkosten in Deutschland (2007) in der Pflegestufe I 1.915,00 Euro, in der Pflegestufe II 2.341 Euro und in der Pflegestufe III 2.766 Euro.

Das sind die Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung. Hinzu kamen für die pflegebedürftigen Heimbewohner noch Investitionskosten (siehe Kasten unten), die durchschnittlich bei 367 Euro monatlich lagen.

■ Neue Bundesländer am preiswertesten

Die Kosten der Heime in den neuen Bundesländern sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt am niedrigsten. Sachsen ist mit 2.280 Euro durchschnittlicher Heimkosten in der Pflegestufe III zweitgünstigstes, Sachsen-Anhalt mit 2.250 Euro günstigstes Bundesland. Am teuersten ist die Pflegebedürftigkeit in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Hamburg. Hier lagen die durchschnittlichen monatlichen Heimkosten bei 3.131 Euro (NRW) bzw. bei 3.040 Euro (Hamburg).

■ Gefangen im Ermessens-Spielraum

Wenn Sie für sich oder Ihre Angehörigen eine vollstationäre Pflege wählen, obwohl diese nach den Feststellungen der Pflegekasse nicht notwendig ist, so gibt es zu den pflegebedingten Aufwendungen nur einen monatlichen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung, also aktuell gemäß

- Pflegestufe I: 450,- Euro
- Pflegestufe II: 1.100,- Euro
- Pflegestufe III: 1.550,- Euro.

Was sind Investitionskosten?

Die Rechnung Ihres Pflegeheims an Sie bzw. Ihre Angehörigen beinhaltet folgende Positionen:

- ◆ **Unterkunft**
- ◆ **Verpflegung**
- ◆ **Pflege**
- ◆ **evtl. Zusatzleistungen**
- ◆ **gesondert ausgewiesene Investitionskosten**

Dazu ein kleiner Ausflug in die Paragraphen des Sozialgesetzbuches (SGB).

- § 82 Abs.1 SGB XI enthält Regelungen, welches (angemessene) Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und

welche (leistungsgerechte) Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen verlangt werden dürfen.

- § 82 Abs.2 SGB XI dagegen bestimmt, welche Aufwendungen bei der Berechnung der Vergütung für Unterkunft und Verpflegung sowie allgemeine Pflegeleistungen in dieser Kalkulation nicht enthalten sein dürfen.

Aber: Zwar dürfen die Kosten für Aufwendungen gemäß dieses § 82 Abs.2 SGB XI nicht im Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie der Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen

enthalten sein, sie können aber als Investitionskosten den Bewohnerinnen und Bewohnern in Rechnung gestellt werden (§ 83 Abs. 3 und 4 SGB XI).

Unter Investitionskosten werden dabei die Kosten verstanden, die der jeweilige Heimträger aufzuwenden hat, um die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude zu errichten, instand zu halten und – falls das Objekt von einem Investor gemietet oder gepachtet wurde – Mieten und Pacht zu finanzieren, sein Kapital zu verzinsen und einen Unternehmervorgewinn zu erwirtschaften.

Auswahl-Kriterien

Einiges weiß man selbst, was man so fragen will. Doch manchmal ist es gut, einfach Punkt für Punkt einen Fragebogen abzarbeiten. Geht es doch bei der Wahl eines Pflegeheims immer auch um die langjährige Wahl von Lebensqualität im Alter. Besichtigen Sie auf jeden Fall mehrere Pflegeheime, bevor Sie sich für eines entscheiden. Ohne Vergleich geht es einfach nicht!



Vor der Besichtigung

- Ihre erste Vorauswahl können Sie zum anhand der vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorgenommenen Bewertung vornehmen. Sie finden diese sehr gut aufbereitet zum Beispiel auf der Seite www.bkk-pfle-gefinder.de. Wählen Sie dazu im Eingabefeld „Pflegeart“ den Begriff „Vollstationäre Pflege“ aus und geben Sie Ihre Postleitzahl ein. Nun können Sie sich die Details zu den Pflegeeinrichtungen anzeigen lassen.
- Prüfen Sie dann das Ihnen aufgrund Ihrer Anforderung vorab zugesandte Informationsmaterial des Pflegeheims. Verstehen Sie die Preisliste der Einrichtung?
- Notieren Sie sich erste Fragen.
- Ist ein zeitnaher Besichtigungstermin möglich? Oder vertröstet man Sie?

Die Besichtigung

Die Lage

Kann das Heim für die wichtigsten Angehörigen und Besuchern auch gut erreicht werden? Sind Nahverkehrsverbindungen in der Nähe? Wie steht es mit Lärmbelästigungen? Wie nahe ist das nächste große Krankenhaus? Ist der erste Eindruck von Lage und Bild des Hauses emotional angenehm?

Unterkunft

- Wie groß und hell sind die Verbindungen (Flure) zu den Zimmern oder Wohnungen?
- Die Verbindung von Treppenaufgängen und Fahrstühlen einschließlich die Bewegungsfreiheit für Rollstühle: Gibt es hier Engpässe?
- Sind die Wohnräume tatsächlich senioren- und behindertengerecht ausgestattet? Sind Wohnraum und auch Sanitärraum zugänglich für den Rollstuhl? Haben WC und Dusche stabile Haltegriffe? Ist ein zugänglicher Balkon vorhanden? Wie modern ist das Bett – ist es zumindest höhenverstellbar? Wie ist die Durchlüftung der Einrichtung? Empfinden Sie die Luft als abgestanden und ermüdend? Wie wirken der Pflegezustand und der allgemeine bauliche Zustand der Einrichtung auf Sie?
- Sind alle Räume wie z.B. Speisesaal, Cafeteria, Therapieräume und die Verwaltung barrierefrei zu erreichen? Gibt es eine leicht zugängliche Grünanlage mit schattigen Plätzen? Wie steht es mit der Orientierung in dem Gebäude oder den Gebäuden?

Verpflegung

Lassen Sie sich die Speisepläne der vergangenen Wochen zeigen. Wie viele Mahlzeiten wurden pro Tag angeboten? Wird Nachmittags etwas angeboten? Wie groß ist die Auswahlmöglichkeit bei Frühstück, Mittagessen und Abendbrot? Wird Essen für Diabetiker und Vegetarier angeboten? Sie sollten auf jeden Fall einfach eine Mahlzeit mitessen. Bedienung, Atmosphäre im Speisesaal, Qualität des Essens – so gewinnt man echte Eindrücke!

Personelle Ausstattung

Fragen Sie nach dem Zahlenverhältnis zwischen qualifizierten Pflegekräften sowie Hilfskräften und Bewohnern. Gibt es für jeden Wohnbereich / Flur examinierte Pflegekräfte? Oder teilen sich mehrere Wohnebenen nur eine Fachkraft? Wie viele Personen arbeiten nachts und wie sind diese qualifiziert? Unterhält das Haus einen professionellen Sozialdienst mit Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern? Wie war eigentlich der Umgangston des Personals im Hause, als Sie die Einrichtung besichtigten?

Management-Qualität

Neutrale Institutionen wie z.B. der Pflege-TÜV vergeben Zertifikate an Einrichtungen, die sich externen Qualitätskontrollen unterziehen. Kann die von Ihnen besuchte Einrichtung so etwas vorweisen? Lernen Sie das Führungsteam der Einrichtung kennen. Fragen Sie auch nach der Regelung des Themas Beschwerdemanagement.

Die kleinen, aber wichtigen Dinge

Können die Bewohner so lange schlafen wie sie wollen? Gibt es Pflichtzeiten für die Nachtruhe? Ist ein Haustelefon, das die Bewohner untereinander kostenlos nutzen können, vorhanden? Kann ein eigenes Telefon angemeldet werden? Sind Handys gestattet? Ist Heimurlaub jederzeit möglich?

Kooperationspartner

Welche externen Dienstleister arbeiten mit der Einrichtung zusammen? Zum Beispiel: Ärzte, Apotheken, Krankengymnasten, Frisöre, Fußpflegedienste etc.

Einbindung der Angehörigen

Können Sie sich als Angehöriger zu festen Terminen mit Pflegekräften, Mitarbeitern der Verwaltung und jemandem vom Sozialdienst in Ruhe zusammensetzen, um die aktuelle Situation Ihrer Eltern oder Ihres Ehepartners zu besprechen?

Die Alternative: Wenn Sie natürlich gerne Ihr Alter zu Hause verbringen möchten, so können Sie beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit ein sehr breites Angebot von Pflege und Betreuungsleistungen nutzen. Ihre lokal wie regional passenden Informationen hierzu erhalten Sie vom Pflegeberater Ihrer Pflegekasse (Krankenkasse), den Pflegestützpunkten der Bundesländer und bei vielen Einrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände.

Qualität der stationären Pflegeeinrichtung Mundus Seniorenresidenz GmbH

Wilhelmshöher Allee 319, 34131 Kassel · Tel.: 0561-935730 · Fax: 0561-9357333
o.bahr@mundus-leben.de · www.mundus-leben.de



So übersichtlich und vor allem hilfreich sind die Bewertungen des MDK für vollstationäre Pflegeheime (www.bkk-pflegefinder.de)



Kostenloser Leitfaden

„Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform – Ein Wegweiser für ältere Menschen“, so heißt der kostenlose Leitfaden des Bundesfamilienministeriums. Sie erhalten ihn per Telefon ☎ 01805 - 77 80 90 oder per E-Mail broschuerenstelle@bmfjsfj.bund.de

Am Ende kommt es nur hierauf an: Der Heimvertrag

Der Heimvertrag ist nach deutschem Recht ein Vertrag zwischen einem Unternehmer (Heimträger) und einem volljährigen Verbraucher (Heimbewohner), in dem sich der Unternehmer zur Überlassung von Wohnraum und zur Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verpflichtet, die der Bewältigung eines durch Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedingten Hilfebedarfs dienen. Heimverträge unterliegen dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG). Der Heimvertrag soll Sie oder Ihren Angehörigen vor Benachteiligungen schützen. Lesen Sie diesen Vertrag auch allein zu Hause und nicht nur einmal am Tag der Unterschriftsleistung! Er ist die Basis aller eventuellen späteren Rechtsstreitigkeiten!

Vertragsinhalt und Informationspflichten

Der Vertrag muss mindestens Folgendes beinhalten:

- eine Beschreibung der einzelnen Leistungen des Heimträgers nach Art, Inhalt und Umfang
- die Angabe der für diese Leistungen jeweils zu zahlenden Beträge, getrennt nach
 - Überlassung des Wohnraums
 - Pflege- oder Betreuungsleistungen
 - Verpflegung, wenn diese Teil der Betreuungsleistungen ist
 - einzelnen weiteren Leistungen
 - Kosten, die nach den Regeln der Pflegeversicherung gesondert als Investitionskosten berechnet werden können
 - das Gesamtentgelt.

Der Heimträger muss Sie über diese Inhalte bereits bei Anbahnung des Vertrags, also vor Vertragsschluss in Textform und in leicht verständlicher Sprache informieren. Darüber hinaus muss der Heimträger den zukünftigen Heimbewohner in gleicher Weise über sein allgemeines Leistungsangebot informieren. Dies muss

im Heimvertrag als Vertragsgrundlage benannt werden. Abweichungen von diesen vorvertraglichen Informationen müssen kenntlich gemacht werden.

Informiert werden muss insbesondere:

- in hervorgehobener Form über die Ausstattung und Lage des Gebäudes, in dem sich der künftige Wohnraum befindet. Über alle dem gemeinschaftlichen Gebrauch dienenden Anlagen und Einrichtungen, zu denen der Heimbewohner Zugang hat. Die Nutzungsbedingungen derselben, sofern notwendig.
- über alle Leistungen nach Art, Inhalt und Umfang
- über die Pflegenoten der Pflegeversicherung, die das Heim erhalten hat
- über das den Pflege- oder Betreuungsleistungen zugrunde liegende Leistungskonzept
- über die Voraussetzungen möglicher Leistungs- und Entgeltveränderungen

Ihre erste Adresse: Der Pflegestützpunkt

Pflegestützpunkte sind die örtliche Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Sie sollen den organisatorischen Aufwand bei der Beantragung von Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen, Hilfe bei der Pflege und von der Altenhilfe reduzieren.



Die pflegebedürftige Mutter wird aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen. Was tun, wenn dort niemand ist, der nun die weitere Pflege übernehmen kann? Ganz einfach! Sie wenden sich an den für Sie nächsten Pflegestützpunkt. Gemeinsam mit den dortigen Fachkräften beraten Sie sich, welche Hilfe und Unterstützung Ihre Mutter benötigt, um weiterhin allein wohnen zu können.

Eltern wollen zu Hause leben

Nahezu jeder Pflegebedürftige will zu Hause leben. Pflegestützpunkte helfen dabei, dass Betroffene, deren häusliche Versorgung gefährdet ist, dennoch in den eigenen vier Wänden verbleiben können. Das ist natürlich auch kostengünstiger als ein Pflegeheim.

Zusammen mit dem Stützpunkt wird geklärt, ob wie in unserem Beispiel, nach einem Krankenhausaufenthalt die Mutter auch ambulant die notwendige therapeutische und pflegerische Hilfe erhalten kann. Hierzu wird dann bei positivem Ergebnis ein ambulanter Pflegedienst organisiert. Dieser kommt zum Beispiel dreimal täglich und hat zuvor die Wohnung auf die so wichtige Barrierefreiheit hin überprüft.

Eine Alternative wäre hier die Kurzzeitpflege. In der Kurzzeitpflege wird ein pflegebedürftiger Mensch für einen begrenzten Zeitraum (28 Tage) stationär in einem

Pflege- oder Seniorenheim aufgenommen. Eine Möglichkeit, die sich jedoch nicht jeder leisten kann.

Bei der Organisation der Überführung vom Krankenhaus direkt in die Wohnung sind die Mitarbeiter eines Pflegestützpunkts ebenfalls gern behilflich.

Kostenlose, umfassende Dienstleistung

Pflegestützpunkte beraten Pflegebedürftige aller Altersstufen und deren Angehörige.

Diese Leistung wird unabhängig, neutral und kostenlos für den Ratsuchenden erbracht. Die qualifizierten Sozialarbeiter und Pflegeberater des Pflegestützpunktes kommen auch ins Haus, um sich einen persönlichen Eindruck zu machen. Sie erkennen, ob Hilfsmittel und Wohnraumanpassungen notwendig sind.

Die Übersicht aller Pflegestützpunkte finden Sie ab Seite 89.

Informationen zum Thema
Demenz, Wohnen im Alter, Heimberatung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, sozialrechtliche Beratung

Psychosoziale Beratung

Unterstützung bei Anträgen
auf Pflegestufe, Grundsicherung im Alter und Schwerbehindertenausweis

Individuelle Beratung zur häuslichen Versorgung bei Pflegebedarf:
Wahl der Sozialstation, Tages-/Kurzzeitpflege, Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Mobilitäts- und Begleitdienste, Essen auf Rädern und haushaltsnahe Dienstleistungen

**Pflegestützpunkte:
Ansprechpartner
rund um das Thema
Pflege**

Ein guter Kompromiss: Teilstationär mit der Tagespflege



Die Diskussion „eigene vier Wände contra Pflegeheim oder Seniorenunterkunft“, läuft in vielen Familien oft jahrelang. Die Argumente wechseln hin und her. Ein Entschluss wird meist erst sehr, sehr spät gefasst. Die Möglichkeit auf eine Tagespflege auszuweichen, wird meist überhaupt nicht bedacht.

Auch bei professioneller Hilfe durch einen Pflegedienst ist die Belastung für eine Pflegeperson immer noch außerordentlich. Den Vater pflegen, halbtags berufstätig sein und den eigenen Haushalt mit Kindern schmeißen: wie soll das gut gehen? Und: Der Gesetzgeber vergütet nach wie vor die familiäre Pflege erheblich geringer als die professionelle Pflege.

Tagespflege – eine Form der teilstationären Betreuung

Die Tagespflege ist eine etablierte aber wenig bekannte Form der teilstationären Betreuung für Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Diese Einrichtungen sind von morgens bis abends geöffnet. Hier wird der nicht (!) bettlägerige Angehörige versorgt und umfassend betreut. Üblich ist, dass die pflegebedürftige Person mit einem Fahrdienst der Tagespflegeeinrichtung morgens von zu Hause abgeholt und abends wieder zurückgebracht wird. Damit gewinnen die pflegenden Angehörigen Zeit für ihren eigenen Alltag. Für den Pflegebedürftigen ergeben sich zusätzliche soziale Kontakte und damit wertvolle Anregungen für Körper und Seele.

Besonders attraktiv ist der Punkt, dass keine Verpflichtung besteht, den pflegebedürftigen Angehörigen täglich zur Tagespflege zu bringen. Man entscheidet sich nach Wunsch und Bedarf. Sie zahlen die Tagespflegeeinrichtung also nur nach tatsächlicher Inanspruchnahme.

Ihre Ansprüche an eine GUTE Tagespflege

Eine gute Tagespflege umfasst vielfältige aktivierend-pflegerische und therapeutische Leistungen. Sie muss erstens entsprechend der Platzzahl der Einrichtung qualifiziertes Pflegepersonal beschäftigen. Unabhängig von der Pflege gilt es, den sozialen, kommunikativen Bereich abzudecken. Dieses Personal zur Betreuung der Tagespflegegäste sollte auf keinen Fall eine Verlegenheitslösung darstellen. Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, immer wieder neu einen gelungenen Tagesablauf zu veranstalten.

Dazu zählen unter anderem Bewegungsübungen für die Koordination und Lockerung der Muskeln, Anregungen zur Förderung und Erhaltung geistiger Fähigkeiten, Basteln, Spielen, Singen, Kochen und vieles mehr, wie z.B. Ausflüge oder gemeinsame Einkäufe.

Dank der Entlastung der Angehörigen durch eine Tagespflege kann so ein Aufenthalt im Pflegeheim vermieden werden. Die vertraute Umgebung bleibt erhalten. Wer gar keine Angehörigen hat, kann entsprechend natürlich auch eigenständig von der Tagespflege profitieren.

Wer bezahlt die Tagespflege?

Die Kosten für Tagespflege werden durch die Pflegekassen übernommen (§41 SGB IX Pflege-Versicherungsgesetz). Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Die Voraussetzungen hierfür sind die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Pflegekasse und das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit – mindestens Pflegestufe I – nach den Kriterien des Pflege-Versicherungsgesetzes.

Neben der Tagespflege dürfen auch ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Allerdings übernimmt die Pflegekasse für diese so genannten Sachleistungen und Leistungen der Tagespflege zusammen lediglich die Kosten bis zu den für die Sachleistungen bestehenden Höchstwerten. Den Antrag auf Tagespflege stellen Sie bei Ihrer Pflegekasse.

Das müssen Sie oder Ihre Angehörigen selbst bezahlen

- Kosten für Unterkunft und Verpflegung (so genannte Hotelkosten)
- Kosten für Pflege und Fahrtkosten, sofern diese wegen Überschreitens des Höchstbetrages der jeweiligen Pflegestufe nicht oder nicht in vollem Umfang durch die Pflegekasse gezahlt werden,
- Eventuelle Investitionskosten. Pflegedienste können von ihren zu betreuenden Personen Entgelte für die notwendigen Investitionen erheben, soweit sie keine öffentlichen Fördermittel erhalten.

Grundsätzlich müssen die Leistungen, die von der Pflegeversicherung nicht gedeckt sind, selbst getragen werden. Dies gilt auch für nicht versicherte Personen und für Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sind (Pflegestufe 0).

Dann springt das Sozialamt ein

Reichen die Leistungen der Pflegekassen sowie das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, um die Kosten eines Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung zu bezahlen, kann das Sozialamt die Restkosten übernehmen. Voraussetzungen dafür sind:

- Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XII, das ist z.B. immer der Fall, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes (Pflegestufe) vorliegt
- wenn alle möglichen Leistungen Dritter (Pflegekassen, vertraglich Verpflichtete) in Anspruch genommen worden sind
- wenn die sonstigen Voraussetzungen für eine Übernahme vorliegen (mangelndes Einkommen und Vermögen).

Auch wenn das Sozialamt die Restkosten übernimmt, müssen Besucherinnen und Besucher aber wegen der häuslichen Ersparnisse, die während einer Tagespflege entstehen, einen Eigenanteil zahlen. Die Höhe richtet sich nach den jeweiligen finanziellen Verhältnissen und muss daher im Einzelfall berechnet werden.

Die Tagespflege ist für Sie als Angehöriger ein sehr flexibles Instrument für die Bewältigung der Pflegeanforderungen.

Sozialhilfe

Anträge auf Hilfeleistungen in Tagespflegeeinrichtungen nach dem SGB XII stellen Sie beim Sozialamt Ihrer Stadt oder Gemeinde. Sozialhilfe wird frühestens ab dem Datum gewährt, an dem Ihr Sozialamt von der Notlage erfährt. Ihr Antrag sollte also noch vor dem ersten Besuch der Tagespflege gestellt werden.

Folgende Unterlagen werden bei der Antragstellung benötigt:

- Personalausweis
- Betreuungsurkunde, falls Betreuer vom Amtsgericht bestellt ist / ansonsten ggf. Vollmacht
- Bescheid der Pflegekasse
- Einkommensnachweise (z.B. Rentenbescheide, Bescheide über Werks-, Firmen- und Betriebsrenten, Bescheid über Arbeitslosengeld oder -hilfe, Gehaltsnachweise etc.)
- Auszüge des/der Girokontos/Girokonten aus den letzten 6 Monaten
- Nachweise über Vermögen (z.B. Sparbücher, Wertpapiere, Bausparverträge, Policen von Lebens- und Sterbegeldversicherungen, KFZ-Scheine, Grundbuchauszüge, Einheitswertbescheide etc.)
- Nachweise über verkaufte, übertragenes oder verschenktes Vermögen (z.B. Kaufverträge, Übergabeverträge, Altteilsverträge, Schenkungsverträge) innerhalb der letzten 10 Jahre
- Nachweise zu Kosten der Unterkunft (z.B. Mietvertrag, Wohngeldbescheid; bei Hauseigentum: Nachweise über Belastungen, öffentliche Abgaben, Gebäudeversicherung etc.)
- Nachweise über vom Einkommen absetzbare Versicherungsbeiträge (z.B. Privat-Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung)



Rettungsanker Kurzzeitpflege

Was nun? Der alleinstehende Vater wird aus dem Krankenhaus entlassen und kein Angehöriger kann in dieser Woche vor Ort sein. Ein typischer Fall für die Kurzzeitpflege, bis der Sohn von seiner Geschäftsreise im Ausland zurück ist und sich um die weitere Organisation kümmern kann.

In der Kurzzeitpflege werden pflegebedürftige Menschen für einen begrenzten Zeitraum von bis zu 28 Tagen stationär in einem Pflege- oder Seniorenheim aufgenommen. Viele Situationen im Pflegealltag können den Einsatz dieser Möglichkeit urplötzlich notwendig machen.

Beispiele

- Zeitüberbrückung während der Suche nach einem festen Heimplatz.
- Die Pflegebedürftigkeit verschlimmert sich. Sie benötigen für Ihren Angehörigen die gezielte Hilfe von Fachkräften. Ein Krankenhausaufenthalt soll jedoch umgangen werden.
- Der allein stehender Angehörige ist nach einem Krankenhausaufenthalt noch pflegebedürftig. Es mangelt jedoch an privater Hilfe vor Ort.
- Spezielle Nachsorge nach schweren Erkrankungen für die Pflegefachpersonal benötigt wird.
- Der Partner eines pflegebedürftigen Menschen wird krank und kann sich erst einmal nicht für den Pflegefall einsetzen.
- Verlegung in die Kurzzeitpflege während der Umbauarbeiten im Haus des Pflegefalls
- Urlaub der pflegenden Angehörigen

Kurzzeitpflege ohne Pflegestufe

Ist zum Beispiel direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt keine häusliche Betreuung möglich und war der Angehörige zudem bisher noch nicht pflegebedürftig, dann muss bei der Pflegekasse sofort eine Pflegestufe beantragt werden. Stellt die Begutachtung eine Pflegestufe fest, werden die Kosten der Kurzzeitpflege ab dem Datum der Antragstellung übernommen.

Kosten vergleichen

Jede Pflege-Einrichtung hat ihre eigene Kalkulation. Der Wettbewerb ist hier genauso hart, wie in anderen Bereichen des täglichen Lebens. Somit ist es absolut richtig, sich Angebote einzuholen und diese zu vergleichen.

Der Idealfall

Das bieten Spitzen-Einrichtungen in der Kurzzeit- und Tagespflege

Für Pflege und Betreuung steht rund um die Uhr ein Team bereit, das aus examinierten Krankenschwestern/-pflegern, staatlich anerkannten Altenpflegerinnen/-pflegern und Pflegehelferinnen/-helfern besteht. Man arbeitet mit Ärzten, Zahnärzten, Krankengymnasten, Logopäden, Fußpflegerinnen und Friseurinnen zusammen, die stetig „Hausbesuche“ in der Pflege-Station oder dem Heim durchführen.

Während des Aufenthaltes sind qualifizierte Ansprechpartner vor Ort, die nicht nur zu den pflegerischen Dienstleistungen Auskunft geben können. Hierzu zählen vor allem Fachkräfte aus der Sozialarbeit.

Mehrheit kennt Ihren Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nicht



Befragung (N=2,187), Angaben in % Rundungsdifferenzen
Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2011

kurz informiert

- Kurzzeitpflege ist für höchstens vier Wochen pro Jahr möglich, zum Beispiel in Krisensituationen
- Eine finanzielle Unterstützung ist in Höhe bis zu 1.550 Euro pro Jahr geregelt
- Der Anspruch ist unabhängig davon, wie lange der Pflegebedürftige bereits zuhause gepflegt wurde

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise 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. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

§ 39 SGB XI Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege ist im Unterschied zur Kurzzeitpflege eine häusliche (also keine stationäre) Pflege bei krankheits-, urlaubs- oder sonstig bedingter Verhinderung der Pflegeperson. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können kombiniert werden. Der Pflegebedürftige kann etwa zunächst Kurzzeitpflege erhalten und nach Erschöpfung des Leistungsanspruchs durch Zeitablauf oder durch das schon vorherige Erreichen der finanziellen Leistungsgrenze in der Kurzzeitpflegeeinrichtung verbleiben. Es werden dann von der Pflegekasse jedoch nur noch die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung übernommen, dagegen nicht mehr die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung.

Kostenübernahme bei der Verhinderungspflege

Bei einer professionellen Ersatzpflegekraft werden die Kosten für maximal vier Wochen im Jahr übernommen; 1.550 Euro seit Januar 2012. Wird die Pflege durch einen Angehörigen übernommen, der bis zum 2. Grad verwandt (z. B. Eltern, Kinder, Enkel) oder verschwägert ist (z. B. Schwiegereltern, Schwiegerkinder) oder mit im gemeinsamen Haushalt (z. B. Lebensgefährtin) lebt, kann eine Verhinderungspflege bis maximal zur Höhe des jeweiligen Pflegegeldes der entsprechenden Pflegestufe übernommen werden.

So etwas gibt es!

Urlaub & Pflege e.V.

Der Verein Urlaub & Pflege e.V. wurde 1999 in Münster gegründet. Es handelt sich um einen gemeinnützigen Reiseveranstalter, der sich auf Reisen für Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf spezialisiert hat.

Das Reiseangebot richtet sich an

- Gäste im Rollstuhl
- Gäste mit Hilfs- und Pflegebedarf bis zur Pflegestufe 3
- Blinde und sehbehinderte Gäste
- Dementiell erkrankte Gäste

Reisen können hier pflegebedürftige Menschen von Pflegestufe 1 bis Pflegestufe 3, die in einem Pflegeheim wohnen oder zu Hause gepflegt werden. Die Reisen werden von examinierten Pflegekräften begleitet und es gibt auch einen Nachtdienst, damit nächtliche Hilfe kein Problem ist. Man achtet auf barrierefreie Unterkünfte und Ausflugsziele. Bei Bedarf erhält der Reisende von Urlaub & Pflege eine eigene Begleitperson für pflegerische Hilfen und zum Schieben des Rollstuhls.

Demenz

Zwei Reisen sind speziell auf die Bedürfnisse dementiell erkrankter Gäste ausgerichtet. Die Pflege wird, wie auch bei den anderen Gruppenreisen, rund um die Uhr durch sichergestellt. Zusätzlich gibt es bei diesen Reisen für dementiell erkrankte Gäste ein „Nachtcafé“. Hier finden Gäste mit nächtlicher Unruhe Ansprache und Beschäftigung. Ein ruhiges Ausflugsprogramm, eine familiäre Umgebung durch kleine Gruppengröße sowie Biographiearbeit und Bezugspflege bilden die Grundlage dafür, dass sich Gäste mit Demenz trotz der Veränderungen und anfänglichen Orientierungsschwierigkeiten wohl und geborgen fühlen.

► www.urlaub-und-pflege.de

Das große Angebot: Pflegedienste



Wen lasse ich in mein Haus?
Die ambulante Pflege hat auch
sehr viel mit Sympathie und
Vertrauen zu tun.

Wer soll es sein? Ein Blick in das Telefonbuch zeigt: Ambulante Pflegedienste ohne Ende. Wie in vielen Bereichen des Lebens, ist aber auch hier nicht alles Gold was glänzt. Wen lasse ich täglich in meinen Haushalt oder in den Haushalt meiner Eltern? Sympathie geht hier noch oft vor Qualifikation. Man will sich ja wohlfühlen mit diesen Menschen, die einen vielleicht noch Jahrzehnte begleiten werden. Und wenn man schon beim ersten Kontakt mit der Leiterin oder dem Leiter des Pflegedienstes ein ungutes Gefühl hat? Kurzum: Es ist wirklich nicht einfach. Und manchmal muss man den Mut haben, auch einen Pflegedienst schnell wieder zu wechseln.

Ambulante Pflege bedeutet Pflege in den eigenen vier Wänden. Sie kann viele unterschiedliche Bereiche abdecken. Hierzu zählen Grundpflege und Hauswirtschaft, Krankenpflege wie auch Kinderkrankenpflege. Auch eine häusliche Betreuung auf dem Feld der psychiatrischen Pflege ist möglich. Sie als Gepflegter oder Angehöriger einer zu pflegenden Person entscheiden in Abstimmung mit dem Pflegedienst über den Umfang der Pflege.

Beachten Sie dabei: Sie sind Kunde für eine bezahlte Dienstleistung. Machen Sie diesen Tatbestand auch Ihren Eltern bewusst. Im Pflegedienst finden sich auch immer wieder Personen, denen es an Sensibilität mangelt. Dies liegt an engen Zeitvorgaben, genereller Ungeduld,

Sprachproblemen, jahrelanger Routine oder einem grundsätzlichen Unvermögen in diesem Beruf. Denn nicht jeder, der von Berufs wegen pflegt, ist auch dazu berufen.

Mit wem haben Sie es zu tun?

Die Bestimmungen der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände und der Landesverbände der Krankenversicherungen regeln, wer in einem Pflegedienst tätig sein darf. Diese Regelungen sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Sie treffen somit auf echte Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger) wie auch Personen, die sich auf der Basis von z.B. einer zweijährigen Berufstätigkeit in einer verwandten Be-

Das kann ein ambulanter Pflegedienst für Sie leisten

- Beratung und Information über vorbeugende gesundheitliche Maßnahmen
- Organisation unterschiedlichster Hilfsmittel und Verpflegungsdienste
- Einrichtung und Schaltung von Notfall-Rufen im Haushalt
- Anleitung der Angehörigen zu pflegerischen Hilfsmaßnahmen
- Teil- oder Vollübernahme von Pflegeinterventionen (gezielte pflegerische Maßnahmen)
- Begleitung und Betreuung von Demenzkranken

rufsgruppe qualifiziert haben. Darüber hinaus werden Sie mit Pflegehilfskräften ohne spezifische Qualifikation in Kontakt kommen.

Unterschiede

Als von Angebot und Nachfrage lebende privatwirtschaftlich geführte Unternehmen müssen sich auch private Pflegedienste spezialisieren und ihre Dienstleistung gezielt vermarkten. Ambulante Pflegedienste bieten daher entweder Grundpflege und hauswirtschaftliche Betreuungsleistungen oder zusätzlich medizinische Leistungen (Behandlungspflege).

Das Angebot ist im medizinischen Bereich sehr unterschiedlich. Eine echte pflegefachliche Spezialisierung ist dabei selten. Fragen Sie also, wenn es für Sie wichtig ist, gleich beim ersten telefonischen Kontakt nach den Möglichkeiten einer intensivmedizinischen oder onkologischen (Krebs) Versorgung.

Wahl- und Serviceleistungen zählen zum Angebot nahezu eines jeden Pflegedienstes. „Essen auf Rädern“, Beratung, Friseur und Kosmetik, Versorgung von Pflanzen und Haustieren, Vermittlung von ehren-

amtlichen Helfern, z.B. für die Begleitung zum Arzt oder zum Einkaufen.

Verträge mit Pflegediensten

Verträge mit einem Pflegedienst sind für Sie keine Phantasie-Verträge. Erst mit dem Beitritt zum jeweiligen Landesrahmenvertrag, dem Abschluss eines Versorgungsvertrages und einer Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen-Landesverbänden und den Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassenverbände kommt das Geschäft eines Pflegedienstes für diesen ins Rollen. Ihr Vertrag mit dem Pflegedienst hat also eine echte, kontrollfähige Basis.

Abrechnung der Grundpflege

Die pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten im Rahmen einer Pflegestufe richten sich dann nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI /SGB XII). Sie werden in einheitlichen Leistungskomplexen erbracht. Unterschiede können jedoch zwischen den Bundesländern bestehen. Ambulante Pflegedienste und Sozialverbände (z.B. Caritas) handeln die Höhe ihrer Vergütung mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern (z.B. Sozialamt) anhand der Pflegepunkte aus. Die einzelnen Hilfen im Rahmen eines Pflege-Moduls werden mit Punkten (Pflegepunkten) bewertet.

Abrechnung von Behandlungspflegeleistungen

Alle Behandlungspflegeleistungen, welche von einem Arzt verordnet werden müssen, richten sich nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V). Sie werden, je nach Pflegekasse, anhand unterschiedlicher Pauschalen an den Pflegedienst vergütet. Die Leistungen der ambulanten Krankenpflege (Behandlungspflege) können vom Patienten nur auf Basis einer ärztlichen Verordnung beantragt werden. Die Krankenkasse muss diese immer vorab genehmigen.

Kontrolle in der ambulanten Pflege

Jeder Pflegedienst hat seine eigene Qualität und beschäftigt im Laufe der Zeit auch wechselnde Mitarbeiter. Weil die Mitarbeiter von Pflegediensten meist sehr eigenständig die Betreuung vor Ort anfahren, wahrnehmen und protokollieren, wird die Arbeit im Interesse der zu pflegenden Personen von der Zentrale des jeweiligen Pflegedienstes überwacht. So wird vermieden, dass Termine aus Versehen oder bewusst nicht wahrgenommen werden.

► **Grundpflege**

Sie wissen: Der individuelle Bedarf an Grundpflege ist entscheidend für die Einordnung eines Pflegebedürftigen in die Pflegestufen der Pflegeversicherung. Daraus resultiert dann die Kostenübernahme durch die Pflegekasse. Pflegebedürftige, die zum Beispiel zu mindestens drei verschiedenen Tageszeiten einen Hilfebedarf von mindestens 120 Minuten bei der Grundpflege und einen Gesamtpflegebedarf von mindestens 180 Minuten täglich benötigen, werden der Pflegestufe II zugeordnet. Siehe auch Seite 47 und 54. Der Leistungsumfang der Grundpflege ist in **Pflege-Module**

unterteilt. Diese werden einzeln bewertet und abgerechnet.

Beispiel: Pflege-Modul „Ganzwaschung“



Waschen, Baden, Duschen, Mund-, Zahn-, Lippenpflege, Rasieren, Haut-, Haarpflege, An- u. Auskleiden, An- und Ablegen von Körperersatzstücken, Aufräumen des Pflegebereichs.

Ihr Weg zur häuslichen Pflege mit Pflegediensten

A: Ein Beratungsgespräch führen

Besprechen Sie mit einer der vier Beratungseinrichtungen Ihre ganz persönlichen Fragen zum Thema Pflege.

1. Pflegestützpunkte

Seit dem 1. Januar 2009 hat jeder Pflegebedürftige in Deutschland Anspruch auf neutrale und kostenlose Pflegeberatung. Wichtigste Träger dieser Beratung sind die unabhängigen Pflegestützpunkte. Übersicht Seite 89 und www.bi-daheim.de/service/pflegestuetzpunkte.php

2. Kirchliche Beratungsstellen
3. Kommunale Beratungsstellen
4. Caritative Beratungsstellen

B: Wohnortnahen Pflegedienst wählen

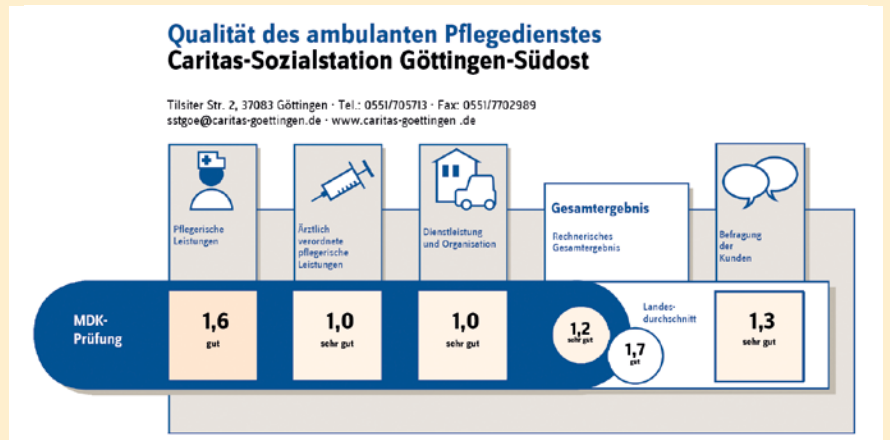
1 Haben Sie im Rahmen Ihres Beratungsgesprächs die für sich richtige Lösung gefunden, dann können Sie gezielt nach Pflegediensten in Ihrer Nähe suchen. Im Internet bieten sich Ihnen hierzu Übersichten (Transparenzberichte) von bewerteten Pflegediensten. Diese Bewertung wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorgenommen. Hier die Portal-Adressen:

www.aok-gesundheitsnavi.de
www.bkk-pflege.de
www.pflegelotse.de

2 Überlegen Sie nun, nach der gezielten Auswahl mehrerer Pflegedienste in Ihrer Wohnortnähe oder in Wohnortnähe Ihrer zu pflegenden Angehörigen, welche Einrichtungen Sie gezielt anfragen wollen.

3 Fordern Sie dort telefonisch an:

- Information, ob die vom MDK bewerteten Leistungen noch angeboten werden
- Preisliste zu den Pflegeleistungen
- Muster des Pflegevertrags



Inhaltlich vorbildlich und übersichtlich: Bewertung eines Pflegedienstes auf dem Portal der bkk. In dieser Form bilden auch weitere Internet-Portale die Qualitätsbewertung des MDK ab.

4 Besuchen Sie nach Prüfung der Unterlagen die möglichen Pflegedienste Ihrer Wahl für ein ausführliches Informationsgespräch. Nichts ist unangenehmer, als mehrfach den Pflegedienst zu wechseln und dies z.B. der zu pflegenden Mutter als notwendige Maßnahme gegen deren eventuelle Widerstände zu vermitteln.

- Wie ist Ihr erster Eindruck?
- Kann der Pflegedienst alle 3 Pflegestufen abdecken?
- Wie hoch ist der Personalstand?
- Über welche Qualifikationen (Ausbildungen) verfügen die Mitarbeiter?
- Ist Flexibilität hinsichtlich Ihrer Wunschzeiten für die Pflegemaßnahmen gegeben?
- Können Sie sich darauf verlassen, dass Ihnen/Ihren Angehörigen, soweit möglich, stets die gleiche Person zugeteilt wird?
- Achten Sie bei Ihrem Besuch auf den Umgangston/Betriebsklima der Mitarbeiter
- Will man Sie zu einem Abschluss des Pflegevertrags drängen?
- Thema Notfall: Können Sie rund um die Uhr auf den Pflegedienst zugreifen?

Die Kosten: Viele Preislisten sind durchaus erklärungsbedürftig. Vermeiden Sie daher den Schock der ersten Abrechnung. Rechnen Sie gemeinsam mit dem Pflegedienst mehrere Optionen durch. Lassen Sie sich ein verbindliches Schlussangebot für den ersten Pflegemonat geben. Erst die Praxis wird dann zeigen, ob Preis und Leistung dem entsprechen, was der Papierform nach zu erwarten war.

Ihr Pflegeplan: Basis aller Berechnungen ist der Pflegeplan. Diesen arbeiten Sie gemeinsam mit dem Dienst aus. Dabei ergeben sich oft Punkte, die Sie auch selbst regeln können, sofern Ihr Angehöriger in Ihrer eigenen Wohnung oder in Ihrer Nähe lebt.

Pflegevertrag: Das Ergebnis aller Bemühungen ist dann der Pflegevertrag. Hier geht es um Genauigkeit: Leistungsbeschreibung und Kostenzuordnung, mögliche Eigenanteile Ihrerseits, also Kosten, die nicht über einen Leistungsträger (Pflegekasse/Sozialamt) abgerechnet werden, Abrechnungsfristen, Kündigungsmöglichkeiten.

Und: Nicht hetzen! Hier geht es um Lebensqualität. Sie sind der Kunde!

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz aus-

gehündigt, beginnt der Lauf der Frist nach Satz 2 erst mit Aushändigung des Vertrages.

(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.

(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.



Ambulante Pflegedienste: Überblick

► **Ambulanter Pflegedienst:** Kombination aus Kranken- und Altenpflege, die den Pflegebedürftigen in dessen Wohnung versorgt.

► **Ansprechpartner:** Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Kommunen sowie private Pflegedienste.

► **Leistungen:** Grundpflege, medizinische Behandlung, Haushaltshilfe, Organisation von Dienstleistungen

► **Differenzierung:** Nicht alle Pflegedienste bieten die gleiche Leistung an. Das Angebot kann zum Beispiel auf spezifische Krankheiten spezialisiert sein.

► **Einzelpflegekräfte:** Wenn die Einzelpflegekraft mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag geschlossen hat, ist die Bezahlung durch die Kasse gewährleistet. Die Verpflichtung einer Einzelpflegekraft ist für die individuelle Betreuung eine gute Lösung.

► **Pflegevertrag:** Ohne Pflegevertrag geht es nicht. Auf diesen können Sie sich beru-

fen, wenn Leistungen nicht, nur teilweise oder falsch erbracht werden. Pflegedienste gestalten ihre Verträge eigenständig. Basis dieser Verträge sind Rahmenverträge der Länder. Der Vertrag kann jederzeit ohne Angabe von Gründen seitens des Pflegebedürftigen gekündigt werden. Kündigungsfristen zum jeweiligen Monatsende sind üblich.

► **Unterschrift zum Pflegevertrag:** Wenn der Angehörige mit unterschreibt, so haftet er, falls der Pflegebedürftige zahlungsunfähig wird.

► **Haftung des Pflegedienstes:** Mitarbeiter der Pflegedienste haben eine Berufshaftpflichtversicherung. Sie regelt die Schäden, die in der Verantwortung des Pflegepersonals liegen.

► **Was wird bezahlt?** Die Pflegekasse zahlt nur für die Sachleistungen der anerkannten Pflegestufe. Zusätzliche Leistungen muss der Pflegebedürftige privat tragen.



Malteser



Deutsches
Rotes
Kreuz



caritas

Die großen Pflegedienstleister:

Malteser, Caritas, Rotes Kreuz, ...

In Deutschland sind über 11.000 ambulante Pflegedienste mit rund 220.000 Beschäftigten als Vertragspartner von Kranken- und Pflegeversicherungen zugelassen. 41 Prozent der ambulanten Pflegedienste werden von gemeinnützigen Trägern wie der Diakonie oder der Caritas betrieben. 58 Prozent sind private Pflegedienste. Die gemeinnützigen Träger betreuen heute gut 55 Prozent der Pflegebedürftigen.

Bevor die gewerblichen Anbieter von Pflegedienstleistungen auf den Plan traten, nahmen sich unter anderem von der Kirche getragene Einrichtungen der häuslichen Pflege an. Sie unterhalten heute meist so genannte Sozialstationen. Sozialstationen sind somit die Einrichtungen von privaten oder öffentlichen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege.

Konfessionell zuzuordnen sind unter anderem die Caritas (1897) als Wohlfahrtsverband der katholischen Kirche und die Diakonie (1848), getragen vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, letztere oft in Kooperation mit den Johannitern (1952).

Jedem bekannt ist auch die Arbeiterwohlfahrt (AWO). Sie wurde 1919 aus der SPD heraus mit dem Ziel geboren, die Armenpflege des Kaiserreichs abzulösen und die Idee der Selbsthilfe und Solidarität in eine moderne Wohlfahrtspflege hinein zu tragen. In das Jahr 1919 fällt auch die Gründungsidee des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV). Die ambulanten Pflegedienste des Roten Kreuzes (1863) kennt nahezu jeder Bürger. Die Geburtsstunde des Malteserordens liegt bereits im Jahr 1048.



Pflegestufe abgelehnt. Was tun?



Täglich kommen in Deutschlands Haushalte ablehnende Bescheide zum Thema Pflegestufe. Die Verärgerung ist dann groß. Subjektiv empfundene Härtefälle werden aus Sicht der Betroffenen als „nicht so schlimm“ abqualifiziert. Gleiches gilt auch häufig für beantragte Höherstufungen der bereits bestehenden Pflegestufe. In allen Fällen geht es um dringend benötigtes Geld. Da ist dann kaum Platz für ein ruhiges Durchatmen und die Akzeptanz des erhaltenen Bescheides.

Die „Schuld“ im Falle einer Ablehnung wird dem MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) zugeordnet. Das ist falsch! Der MDK begutachtet die Betroffenen als völlig unabhängige Instanz. Das Ergebnis wird als Pflegegutachten bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen eingereicht. Das Gutachten des MDK gibt zu folgenden Punkten Auskunft:

- ❶ Liegen die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vor?
- ❷ In welche Pflegestufe muss eingestuft werden?
- ❸ Beginn der Pflegebedürftigkeit bzw. der Höherstufung
- ❹ Liegt ob ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf vor (Härtefall)?
- ❺ Ist eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden?
- ❻ Welchen Umfang hat die Pflegetätigkeit der Pflegeperson?

An diesem Gutachten orientiert sich die Pflegekasse. Unter Berücksichtigung aller

bekanntem Fakten (Aktenlage) wird dann die Pflegestufe erteilt oder abgelehnt.

Ihr Widerspruch

Ihre erste Konsequenz gegen einen ablehnenden Bescheid der Pflegekasse ist der Widerspruch. Er muss durch Sie oder den zu Pflegenden innerhalb von 4 Wochen nach Zustellung der Ablehnung erfolgen. Ihr Widerspruch muss schriftlich und direkt bei der für Ihren Angehörigen zuständigen Pflegekasse erfolgen. Es empfiehlt sich grundsätzlich der Versand als Einschreiben mit Rückschein.

Inhalt: Ein formloses Schreiben darüber, dass Sie Widerspruch einlegen und die Begründung dazu nachreichen. Ferner bitten Sie um Zusendung des MDK-Gutachtens (Erteilung von Akteneinsicht). Die Unterschrift zu diesem Schreiben muss der Pflegebedürftige oder sein gesetzlicher Vertreter (Betreuer) leisten.

Ein Fehler Ihrerseits kann gewesen sein, dass Sie das so wichtige Pflegetagebuch

nicht (!) geführt haben. Siehe hierzu Seite 55. Das sollten Sie von nun ab tun, um für einen weiteren Besuch des MDK gerüstet zu sein.

Ablehnungsgründe

Mit dem Gutachten des MDK in der Hand können Sie nun nachprüfen, woran es bei der Feststellung der Pflegestufe gemangelt hat.

Der typischste Ablehnungsgrund ist das Nichterreichen der für die jeweilige Pflegestufe erforderlichen Gesamtpflegezeit (Tagespflegezeit). In die Gesamtpflegezeit fallen alle Maßnahmen (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) über einen Zeitraum von 24 Stunden. Da es hier nicht um „wenn“ und „aber“ geht, sondern ganz einfach um Zeit, ist jede fehlende Minute der konkrete Ablehnungsgrund für die jeweilige Pflegestufe.

Entweder haben Sie Ihrerseits in Anspruch genommene bzw. von Ihnen geleistete Hilfen übersehen oder der tatsächliche Pflegebedarf (Pflegezeit) ist wirklich

zu niedrig, um eine Pflegestufe zu rechtfertigen. Eine Botschaft, die natürlich niemand gerne akzeptiert.

Allein geht es nicht

Es ist wichtig für Sie, sich mit der Hilfe von Fachleuten (Pflegedienst) an die Arbeit zu machen, um Ihre tatsächlichen Pflegedienstleistungen minutensicher zu erfassen. Ohne diese Erfassung macht die Widerspruchsbegründung keinen Sinn! Alles, was Sie bei der angestrebten zweiten Begutachtung durch den MDK als Erschwernisfaktor anerkannt bekommen können, wirkt sich natürlich positiv auf den Zeitaufwand für die pflegerischen Maßnahmen aus. Hieraus können die Minuten erwachsen, die Ihnen zur Anerkennung einer Pflegestufe noch fehlen.

Informationen hierzu im Kasten „Das sind Pflege-Erschwernisse“.

Zweite Begutachtung

Im Rahmen Ihres Widerspruchsverfahrens beauftragt die Pflegekasse den MDK für Ihren Fall mit einer weiteren Begutachtung. Die Erstbegutachter untersuchen nun anhand der Unterlagen sowie Ihrer schriftlich eingereichten Begründung, ob ein neues Ergebnis im Vergleich zum Erstgutachten zu rechtfertigen ist. Bei einem Nein kommt 4–6 Wochen später der MDK zu Ihnen, um eine zweite Begutachtung vor Ort vorzunehmen. Der nun neue Gutachter des MDK, also nicht die Person von der ersten Begutachtung, dokumentiert die Situation einschließlich Ihrer Angaben. Aus Erfahrung und zu Ihrer eigenen Sicherheit sollte neben eventuell weiteren Angehörigen auf jeden Fall auch fachkundiges Pflegepersonal während dieser Zweitbegutachtung mit anwesend ist.

Zweite Ablehnung

Bei Ablehnung Ihres Widerspruchs ist der Ihnen nächste mögliche Schritt eine Klage vor dem Sozialgericht. Generell gilt: Wenn Sie mangels einer Pflegestufe keine Leistungen der Pflegekasse erhalten, können Sie, bei Erfüllung der Voraussetzungen, Pflegeleistungen der Sozialhilfe beantragen.

Gesamtpflegezeiten pro Pflegestufe

- A) Pflegestufe 1 → mindestens 90 Minuten Gesamtpflegezeit
- Pflegestufe 2 → mindestens 180 Minuten Gesamtpflegezeit
- Pflegestufe 3 → mindestens 300 Minuten Gesamtpflegezeit

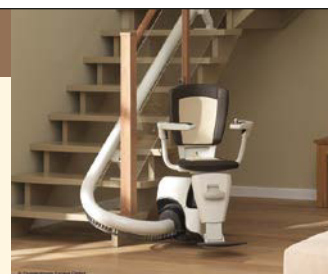
Die Gesamtpflegezeit muss einen bestimmten Anteil Grundpflege enthalten:

Anteilige Grundpflege

- B) Pflegestufe 1 → mehr als 46 Minuten
- Pflegestufe 2 → mehr als 120 Minuten
- Pflegestufe 3 → mehr als 240 Minuten

Das sind „Pflege-Erschwernisse“.

Alles, was Sie bei der Begutachtung durch den MDK zwecks Beantragung einer Pflegestufe als Erschwernisfaktor anerkannt bekommen, wirkt sich positiv auf den Zeitaufwand für die pflegerischen Maßnahmen aus.



A) Pflege-Erschwernisse

- zeitaufwendiger Hilfsmiteleinsetz (u.a. fahrbare Lifter, Decken-, Wand-Lifter)
- Körpergewicht des Pflegebedürftigen beträgt über 80 kg
- Einsteifung großer Gelenke, Fehlstellungen der Extremitäten
- hochgradige Spastik (Halbseitenlähmung / unvollständige Lähmung)
- spontane unkontrollierte Bewegungen
- Atemnot, die nur durch eine aufrechte Körperhaltung gemindert werden kann
- Blausucht durch mangelnde Sauerstoffsättigung
- Periphere Oedeme
- Verminderte Funktion und Leistung des Herz-Lungen-Kreislaufs
- Mechanische Harnlösung oder digitale Enddarmleerung
- Schluckstörungen, Störungen der Mundmotorik, Atemstörungen
- Abwehrverhalten, fehlende Kooperation (u.a. bei geistigen Behinderungen)
- stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- starke, therapieresistente Schmerzen
- pflegebehindernde räumliche Umstände

B) Zusätzliche krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

- Maßnahmen aus medizinischen Gründen, die fortlaufend ein untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den Verrichtungen der Grundpflege sind und die objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Was Sie auch wissen sollten ...

Diese Einflussgrößen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherer (MDK) als pflegeerleichternd angesehen. Sie führen entsprechend zu Abzügen in der Bemessung der Pflegezeit!

- Körpergewicht des Pflegebedürftigen unter 40 kg
- Pflegeerleichternde räumliche Gegebenheiten
- Erleichternder Hilfsmiteleinsetz

Häusliche Krankenpflege hat nichts mit Pflegestufen zu tun!

Den Unterschied sollte man kennen: Häusliche (ambulante) Krankenpflege hat nichts mit den Leistungen der Pflegekasse im Rahmen der Pflegestufen zu tun! Die so genannte ambulante Krankenpflege erfolgt durch eine examinierte Fachkraft im Haus des Patienten. Kostenträger ist die Krankenkasse. Sie müssen also nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sein.

Das sollten Sie zum Thema ambulante Krankenpflege wissen:

Generell muss eine ärztliche Verordnung vorliegen. Die Pflege wird im Haushalt der versicherten Person oder in dessen Familie geleistet. Man unterscheidet dabei:

- A) Behandlungspflege:
Ärztliche Behandlung, die von einer anerkannten Pflegefachkraft durchgeführt wird.
- B) Grundpflege:
Alle Grundverrichtungen des täglichen Lebens
- C) Hauswirtschaftliche Versorgung:
Alle Maßnahmen zur Erhaltung der eigenständigen Haushaltsführung des Patienten

Der Anspruch auf diese Maßnahmen besteht dann, wenn der Patient oder eine im Haushalt lebende Person diese Leistungen nicht selbst erbringen kann.

Wann ist die ambulante Krankenpflege überhaupt möglich?

Ausschließlich die Richtlinien der Krankenkassen bestimmen über die mögliche Verordnung des Arztes für eine ambulante Krankenpflege. Sie können sich diese nicht einfach wünschen. Sie oder Ihr Angehöriger müssen also wegen Krankheit eine ärztliche Behandlung benötigen. Die häusliche Krankenpflege wird vor diesem Hintergrund als Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes anerkannt. Hierzu gibt es auch den Tatbestand der „Krankenhausvermeidungspflege“. Das

bedeutet: Der Patient bleibt in der Wohnung oder kehrt frühzeitig nach Hause zurück. Gründe: Eine Krankenhausbehandlung ist nicht durchführbar, soll vermieden oder verkürzt werden, oder diese wird auch aus von der Krankenkasse nachvollziehbaren Gründen vom Patienten abgelehnt. Ein weiterer Aspekt ist die „Sicherungspflege“. Damit wird gesagt, dass die Behandlung überhaupt nur ambulant möglich ist und auf diesem Weg zu einem Ergebnis führen kann.

Tipp 2012 ist Zuzahlungsbefreiung möglich

Versicherte können sich von weiteren Zuzahlungen befreien lassen, sobald sie für Zuzahlungen im laufenden Jahr 2 Prozent des „Familien-Brutto“ ausgegeben haben. Ehepartner und eingetragene Lebenspartner berechnen das Familien-Brutto so: Vom gemeinsamen Brutto-Einkommen werden abgezogen 4.725 Euro und zusätzlich 7.008 Euro für jedes Kind. Bei Singles gilt das volle Brutto-Einkommen.

2 Prozent ermitteln!

Sie sammeln hierzu alle Zuzahlungsbelege. Dann melden Sie Ihrer Krankenkasse, wenn Sie die Belastungsgrenze überschritten haben. Sie erhalten eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, dass Sie keine Zuzahlungen mehr leisten müssen. Zuviel Bezahltes können Sie am Jahresende von der Kasse zurückbekommen.

Häusliche Pflege kann für Pflegebedürftige gemäß Pflegestufe bei der Pflegeversicherung abgerechnet werden. Häusliche Pflege bei Krankheit hat damit nichts zu tun! Wer ohne anerkannten Pflegebedarf und ohne Krankheit die Dienste eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen möchte, zahlt dessen Leistungen privat.

Dauer der häuslichen Krankenpflege

Mit der so genannten Erstverordnung ist eine 14 tägige häusliche Versorgung möglich. Folgeverordnungen werden entsprechend dem Zustand des Patienten ausgesprochen. Diese können auch 14 Tage überschreiten. Alle Leistungen müssen jeweils neu von der Krankenkasse genehmigt werden.

Zuzahlungen

Der Krankenkassenversicherte zahlt hier ab dem 18. Lebensjahr 10% der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr. Hinzu kommen pro Verordnung 10,- Euro.

Und ...

Anders als bei der Pflegeversicherung, leistet die Krankenkasse bei der häuslichen Krankenpflege keine Kostenübernahme der Pflege durch Angehörige.

Die Gesetzliche Regelung

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege ist gesetzlich als Regelleistung vorgeschrieben. Demnach wird die häusliche Pflege vier Wochen lang bezahlt. Sie kann in Ausnahmefällen länger gewährt werden, zum Beispiel wenn ein Arzt dies für medizinisch notwendig erachtet. Wer aber dauerhaft, oder zumindest für längere Zeit, auf Pflege angewiesen ist, muss diese Leistung über die Pflegeversicherung abrechnen. Manche Kassen gehen über das gesetzlich vorgeschriebene hinaus. So wird die häusliche Krankenpflege bei einigen Anbietern für einen längeren Zeitraum gewährt.

Kranken-Hilfsmittel & Pflege-Hilfsmittel

Waren Sie schon einmal in einem Sanitätshaus? Da springen einen alle Leiden der Welt zugleich an und man möchte am liebsten gleich wieder das Geschäft verlassen. Aber, was hilft's. Der Besuch dieser Geschäfte zählt für viele Angehörige einer zu pflegenden Person durchaus zum Alltag.

Hilfsmittel für Kranke werden dann vom Arzt als nützlich erachtet, wenn der Kranke dadurch mehr Selbstständigkeit erlangt. Prävention ist zusätzlich für die Krankenkasse ein sehr gewichtiges Argument, um dem Versicherten die Kosten für Hilfsmittel zu erstatten. Kompressionsstrümpfe, orthopädisches Schuhwerk, Hörgeräte und Inkontinenzeinlagen sind die Hilfsmittel, die jeder kennt. Der Arzt verordnet diese, die Krankenkasse muss genehmigen, dann kann gekauft werden. Kassen lehnen das verschriebene Hilfsmittel meist dann ab, wenn preiswertere Lösungen den gleichen Zweck erfüllen.

Zuzahlungen

Als gesetzlich Versicherter in der Krankenkasse fallen bei Hilfsmitteln häufig Zuzahlungen an. Das sind 10 Prozent des Preises, der zwischen Kasse und Produkthanbieter festgelegt wurde. Mindestens fallen jedoch 5 und maximal 10 Euro als Eigenleistung an. Ausnahmen: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zahlen nichts; Versicherte mit sehr geringem Einkommen und chronisch kranke Personen werden geringer belastet. Maßstab für die Zahlung ist das jährliche Haushaltsbrutto-Einkommen. Kann die versicherte Person der Kasse nachweisen, daß sie von diesem Betrag bereits über 2 Prozent für Zuzahlungen ausgibt, so erfolgt die Befreiung von weiteren Zu-

zahlungen. Chronisch Kranke erfahren Befreiung bei einem Wert von 1 Prozent. Siehe auch Seite 48.

Hilfsmittel-Richtlinien

Ärzte und Krankenkassen unterhalten einen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dieser hat Hilfsmittel-Richtlinien verfasst. Ferner gibt es das Hilfsmittelverzeichnis, geführt vom Spitzenverband der Krankenkassen. Dieses Verzeichnis ist eine rechtlich nicht verbindliche Empfehlungsliste hinsichtlich der Auswahl der Hilfsmittel.

Zuschüsse für Brillen und Kontaktlinsen erfolgen nur noch, wenn die Sehfähigkeit beider Augen extrem schlecht ist. Anders bei Kindern und Jugendlichen: Hier gilt bis zum fünfzehnten Geburtstag eine Erstattung und zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr ebenfalls dann, wenn sich die Sehfähigkeit um 0,5 Dioptrien verschlechterte.

Lieferverträge

Sie können beim Kauf Ihrer Pflege-Hilfsmittel nicht jeden Anbieter frei wählen. Seitens der Kassen haben die Anbieter mit den besten Preisen die Nase vorn. Entsprechend bestehen Lieferverträge mit den Krankenkassen. Kaufen Sie bei einem anderen Anbieter teurer ein, so zahlen Sie den Mehrbetrag selbst.

Achtung bei Pflegekassen

Ihre Krankenkasse zahlt immer dann, wenn Hilfsmittel wegen einer Krankheit notwendig sind. Die Pflegekasse zahlt nur dann, wenn eine Pflegestufe vorliegt! Die Genehmigung ist zudem mit Bedingungen verbunden. So gibt es auch ein Pflegehilfsmittel-Verzeichnis, das die Produkte regelt, die nicht von der Krankenkasse sondern nur von der Pflegekasse übernommen werden. Über die spezifischen Hilfen der Pflegekasse entscheidet der Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im An-

schluss an die Pflegebegutachtung. Was später benötigt wird, muss entsprechend neu beantragt werden. Hierzu genügt der begründete Antrag einer Pflegefachkraft.

Hilfsmittel leihen

Aufwendige Hilfsmittel, z.B. ein Pflegebett, werden heute von den Pflegekassen ohne Zuzahlung verliehen. Wer nicht leihen will, muss alles aus eigener Tasche bezahlen. Kaufen Sie generell ein Pflegehilfsmittel, dann fallen bei Genehmigung 10 Prozent Zuzahlung an – die Höchstgrenze an Zuzahlung liegt bei 25,- Euro je Hilfsmittel.



Einmalhandschuhe & Co.

Einmaliger Gebrauch: Pflege-Hilfsmittel wie die typischen Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel und Bettschutzeinlagen gehen monatlich ins Geld. Hiervon trägt die Pflegekasse 31,- Euro pro Monat. Beihilfeberechtigte erhalten 15,50 Euro. Pflegehilfsmittel für den einmaligen Gebrauch können Sie nach der Genehmigung durch Ihre Pflegekasse in Apotheken oder Sanitätsfachgeschäften frei einkaufen. Für privat Krankenversicherte gilt bei Hilfsmitteln: Der individuelle Versicherungsvertrag entscheidet.

Bei Arbeitsunfällen sowie Berufskrankheiten ist die jeweilige Berufsgenossenschaft der Kostenträger.



Das Bundeskabinett hat am 28. März den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) beschlossen. Das Thema Demenz steht dabei im Vordergrund.

2013: Neuausrichtung der Pflegeversicherung

Demenz

Ab dem 1. Januar 2013 erhalten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz), die ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) sind, monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro.

Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten 305 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 665 Euro.

Pflegebedürftige in Pflegestufe II bekommen 525 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

In der Pflegestufe 0 erhalten Demenzkranke neben den heute schon beziehbaren 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen 1 und 2 wird der bisherige Betrag aufgestockt.

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, so leben zu können, wie sie das möchten, werden Wohnformen zwischen der ambulanten und stationären Betreuung zusätzlich gefördert. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Bewohner 200 Euro zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Darüber hinaus ist ein zeitlich be-

fristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen vorgesehen mit einer Förderung von 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung.

Die ambulante Versorgung Demenzkranker wird deutlich verbessert. Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bieten ambulante Pflegedienste künftig neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielt Betreuungsleistungen an. Dies sind Leistungen, die speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker zugeschnitten sind. Siehe auch Tabelle auf Seite 22.

Vorsorge

Die freiwillige private Pflege-Vorsorge wird ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen

verständigen, die sie wirklich benötigen. Sie können neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden sollen.

Rentenanspruch

Eine rentenversicherungsrechtliche Absicherung erfordert eine Mindestpflegeaufwendung von 14 Stunden pro Woche. Zum Ausgleich von Härtefällen muss dieser Pflegeaufwand zukünftig nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei Pflegebedürftigen erreicht werden.

Rechte der Pflegebedürftigen

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekasern und Medizinischem Dienst werden gestärkt.

Der Medizinische Dienst wird verpflichtet, Servicegrundsätze zu erlassen. Dieser „Verhaltenscodex“ soll sicherstellen, dass

ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist. Antragsteller sind zudem darauf hinzuweisen, dass sie einen Anspruch darauf haben, das MDK-Gutachten zugesandt zu bekommen. Sie erhalten zudem automatisch eine Rehabilitationsempfehlung. So soll dem so wichtigen Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Ausdruck verliehen werden.

Kurzzeitpflege

Künftig wird das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt, wenn eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege für den Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird.

Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung

Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen Antragstellern zukünftig einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten. Die Beratung soll auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Versicherte lebt, erfolgen. Können Pflegekassen diese Leistung zeitgerecht nicht selbst erbringen, dann müssen sie ihm einen Beratungsgutschein für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister zur Verfügung stellen. Wichtig ist die frühzeitige Sicherstellung der Beratung, damit alle Chancen für die Organisation eines möglichst selbstbestimmten Lebens genutzt werden.

Fristgerechte Leistungsentscheide

Zeitnahe Entscheidungen sind für die Pflegebedürftigen bzw. die Antragsteller von großer Bedeutung. Wenn die Pflegekassen Leistungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen, dann haben sie

künftig dem Antragsteller ab dem ersten Tag der Überschreitung 10 Euro als erste Versorgungsleistung zur Verfügung zu stellen. Damit die Pflegekassen auch rechtzeitig entscheiden können, erhalten sie die Möglichkeit, andere Gutachter als den MDK einzusetzen. In diesem Fall hat der Versicherte die Wahl zwischen drei Gutachtern.

Medizinische Versorgung im Heim

Um die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen zu verbessern, wird dafür gesorgt, dass mehr Vereinbarungen zwi-

schen Heimen und Ärzten bzw. Zahnärzten geschlossen werden, die auch die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal regeln. Finanzielle Anreize sollen dafür sorgen, dass verstärkt Haus- bzw. Heimbesuche durch den Arzt bzw. Zahnarzt erfolgen.

Die Pflegeheime haben darüber zu informieren, wie die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln bei Ihnen organisiert ist.

Anzeige



Gedächtnislücken?

ALZHEIMER FORSCHUNG INITIATIVE e.V.

Ein Kennzeichen der Alzheimer-Krankheit sind Gedächtnislücken. Wir informieren Sie kostenlos. Schreiben oder rufen Sie uns an!

0800 / 200 400 1 (gebührenfrei)

Ernststraße 34 • 40211 Düsseldorf
www.alzheimerforschung.de

Ihre Ansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung



Dank der gesetzlichen Pflegeversicherung haben fast alle Bürger einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit. Aktuell können in Deutschland rund 2,4 Millionen Menschen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung das tägliche Leben nicht mehr selbstständig bewältigen. Sie wurden zum Pflegefall. Die gesetzliche Pflegeversicherung hilft, die Kosten der Pflege besser tragen zu können. Sie wurde 1995 eingeführt.

Was heißt pflegebedürftig?

Sie sind pflegebedürftig, wenn Sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung dauerhaft, mindestens jedoch für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen Ihres täglichen Lebens brauchen. Pflegeleistungen erhalten Sie als gesetzlich Versicherter dann, wenn Sie

- pflegebedürftig sind
- eine bestimmte Vorversicherungszeit nachweisen und
- einen Antrag auf Leistungen gestellt haben.

Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Es gilt: „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“. Ihre Pflegekasse sind unter dem Dach Ihrer Krankenkasse organisiert. Zu jeder Krankenkasse zählt immer auch eine Pflegekasse. Wenn Sie also bei einer AOK, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, landwirtschaftlichen Sozialversicherung oder der Bundesknappschaft gesetzlich krankenversichert sind, dann gehören Sie zu einer sozialen Pflegeversicherung. Ihre Familienangehörigen sind entsprechend mitversichert.

Sind Sie privat krankenversichert, dann sind Sie automatisch Mitglied der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Eine Pflegeversicherung sichert immer nur das finanzielle Risiko Ihrer Pflegebedürftigkeit ab. Sie ist keine Vollversicherung. Zusätzliche Eigenleistungen Ihrerseits sind also fast immer notwendig!

Die Leistungen Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung

Ihre Krankenkasse prüft, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Sie notwendig sind, um Ihre Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden. Der Maßstab dafür, welche Leistungen Sie als Pflegebedürftiger erhalten, ist der Grad Ihrer Hilfsbedürftigkeit. Dieser wird bei allen gesetzlich Versicherten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelt. Der Gesetzgeber hat hierzu drei Pflegestufen festgelegt. Anhand dieser sind auch die Höchstbeträge für die Leistungen durch die Pflegeversicherung festgelegt.

- Pflegestufe I
= erheblich pflegebedürftig
- Pflegestufe II
= schwerpflegebedürftig
- Pflegestufe III
= schwerstpflegebedürftig

Aus Ihrer Pflegeversicherung erhalten Sie Leistungen als Geld- oder Sachleistungen. Damit werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung finanziert. Eine Kombination von Pflegegeld- und Pflegesachleistung ist möglich. Zusätzliche Leistungen sind außerdem:

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- Tages- und Nachtpflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Zuschüsse zur pflegegerechten Gestaltung Ihres Wohnumfeldes

Wartezeit

Jeder Versicherte hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn er vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in einer Pflegekasse versichert war.

Ihre Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ihre Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung Die gesetzliche Pflegeversicherung kennt nur einheitliche Beitragsätze für alle und einheitliche Leistungen. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte des Beitrags. Kinderlose zahlen einen Beitragszuschlag. Der Beitrag wird

mit den übrigen Sozialabgaben automatisch bei der Lohn- oder Gehaltsabrechnung einbehalten. Für versicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Der aktuelle Beitragssatz zur Pflegeversicherung liegt bei 1,95 Prozent vom Lohn bzw. Gehalt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernehmen entsprechend einen Anteil von je 0,975 Prozent. Kinderlose Arbeitnehmer, die mindestens 23 Jahre alt und nach dem 31. Dezember 1939 geboren sind, zahlen einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozent. Im Bundesland Sachsen zahlt der Arbeitnehmer einen höheren Anteil vom Einkommen: 1,475 Prozent. Die Arbeitgeber übernimmt nur 0,475 Prozent. Der Grund: Hier wurde nicht, wie im übrigen Bundesgebiet zur Finanzierung der Pflegeversicherung ein Feiertag abgeschafft.

Beiträge für Rentner

Rentner zahlen ihren Beitrag allein. Berechnungsgrundlage für diesen Beitrag ist die gesetzliche Rente sowie weitere Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Studenten

Studenten sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert. Der aktuelle Beitrag beträgt monatlich 9,98 Euro oder 11,26 Euro für Kinderlose, die mindestens 23 Jahre alt sind. Er wird – wie der Krankenversicherungsbeitrag – durch die Pflegekassen in Rechnung gestellt.

Beiträge für Arbeitslose

Die Arbeitsagentur übernimmt die Beitragszahlung für Arbeitslose.

Geld für die Pflege

► Seit dem 1.1.2012 haben sich die meisten Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung geringfügig erhöht. Hier die alten und neuen Leistungen in der Übersicht. Die neuen Leistungen zur Pflege-Stufe 0 (Demenz) ab Januar 2013: Siehe Seite 22

Pflegesachleistung (Pflegeleistungen zu Hause durch professionelle Pflegedienste)		
Pflegestufe	alte Leistung	neue Leistung seit 1.1.2012
Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro (+ 10 Euro)
Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro (+ 60 Euro)
Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro (+ 40 Euro)
Härtefall	1.918	unverändert 1.918 Euro

Pflegegeld (Ambulante Pflege durch Angehörige oder Bekannte)		
Pflegestufe	alte Leistung	neue Leistung seit 1.1.2012
Pflegestufe I	225 Euro	235 Euro (+ 10 Euro)
Pflegestufe II	430 Euro	440 Euro (+ 10 Euro)
Pflegestufe III	685 Euro	700 Euro (+ 15 Euro)

Kurzzeitpflege (Siehe Seite 40)		
	alte Leistung	neue Leistung seit 1.1.2012
	1.510 Euro	1.550 Euro (+ 40 Euro)

Verhinderungspflege (Siehe Seite 41)		
	alte Leistung	neue Leistung seit 1.1.2012
	1.510 Euro	1.550 Euro (+ 40 Euro)

Tages-/ Nachtpflege		
Pflegestufe	alte Leistung	neue Leistung seit 1.1.2012
Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro (+ 10 Euro)
Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro (+ 60 Euro)
Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro (+ 40 Euro)

Vollstationäre Pflege (Pflege in einem Heim)		
Pflegestufe	alte Leistung	neue Leistung seit 1.1.2012
Pflegestufe I	1.023 Euro	unverändert 1.023 Euro
Pflegestufe II	1.279 Euro	unverändert 1.279 Euro
Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro (+ 40 Euro)
Härtefall	1.825 Euro	1.918 Euro (+ 93 Euro)

Die ANTRAGSTELLUNG für Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden für Sie nur auf Antrag erbracht. Sie als Pflegebedürftiger oder Ihre Angehörigen müssen den entsprechenden Antrag bei Ihrer Pflegekasse einreichen. Wichtig: Der Beginn der Leistung ist vom Zeitpunkt

der Antragstellung abhängig! Bereits die telefonische Information der Pflegekasse durch Ihren Arzt oder auch Ihre Nachbarn reicht im ersten Schritt aus. Ein Mitarbeiter der Pflegekasse hält dann das Datum der Antragstellung fest und versendet die Unterlagen. Rechtlich verbindliche An-

träge auf Basis der Unterlagen können nur Sie selbst stellen. Sie sind auch der Leistungsempfänger.

Ihre Angehörigen benötigen im Ernstfall eine Vollmacht oder, bei schwerwiegenden geistigen Störungen, eine Vormundschaft durch das Amtsgericht.



„Pflegebedürftigkeit“ im Detail erklärt

Ein Blick in den Paragraphen 14 SGB XI klärt auf:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches (SGB XI) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

Das Gesetz bezieht sich dabei ausschließlich (!) auf Verrichtungen in den folgenden Bereichen:

1. Körperpflege

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung,

2. Ernährung

Mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. Mobilität

Selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen,

Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. Hauswirtschaftliche Versorgung

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung.

In den von 1 bis 4 genannten Bereichen werden nur Hilfeleistungen (z.B. durch Angehörige, Nachbarn oder Pflegedienste) berücksichtigt, die regelmäßig anfallen. Kämmen heißt somit nicht Dauerwelle und Waschen steht nicht für Fußpflege.

Eine medizinische Betreuung wird beim festzustellenden Hilfebedarf nicht be-

rücksichtigt. Behandlungspflege (Einreibungen, Verbandwechsel, Wundpflege usw.) wird ebenfalls nicht als Hilfeleistung im Sinne der Pflegeversicherung berücksichtigt.

Demenz (z.B. geistige Behinderung oder Alzheimer): Hier wird nur der Zeitaufwand berücksichtigt, der für eine Hilfe unter den Punkten 1–4 anfällt. Alles, was darüber hinaus geht, fällt nicht unter die gesetzliche Pflegeversicherung.

Es ist nicht von Bedeutung, wer den Pflegebedürftigen pflegt (bzw. nicht pflegt). Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) stellt anhand von Durchschnittswerten ausschließlich fest, in welchem Umfang jemand auf Hilfestellungen angewiesen ist.

Wenn Sie es genau wissen wollen!

Die Begutachtungs-Richtlinien zur „Pflegebedürftigkeit“ nach SGB XI finden sich in den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.“* Hier zwei Beispiele daraus für unsere Leser.

Orientierung

Orientierung beschreibt das Bescheidwissen über Ort, Zeit, Situation und Person.

- Örtliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit seinen Aufenthaltsort zu kennen und sich im eigenen Bewegungsradius zurecht zu finden. Eine leichte Orientierungsstörung liegt vor, wenn der Ortsname nur mit Mühe genannt werden kann, schwer ist die Störung, wenn

die Orientierung in der Wohnung nicht mehr gelingt.

- Zeitliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit, Tag und Uhrzeit zu kennen und entsprechend den Tagesablauf strukturieren zu können. Das Nichtwissen des Kalendertages kann nicht generell als zeitliche Orientierungsstörung beurteilt werden, allerdings muss die Tageszeit gewusst werden.

- Situative Orientierung beinhaltet das Verständnis für die derzeitige Lebenslage. Gemeint ist damit nicht nur das Wissen, sich als Antragsteller in einer Begutachtung zu befinden, sondern auch das Wissen um die Hintergründe, die zur Begutachtung geführt haben.

- Personelle Orientierung beinhaltet das Wissen über die aktuelle persönliche als auch lebensgeschichtliche Situation und die individuelle Beziehung zu den Kon-

taktpersonen. Eine schwere Störung liegt vor, wenn weder der Name, noch der Geburtstag, noch das Alter angegeben werden können.

Gedächtnis

Hierzu gehört die Fähigkeit, Erlebtes und Erlerntes behalten und wiedergeben zu können. Im Langzeitgedächtnis sind biografische und anamnestiche Angaben gespeichert. Das Kurzzeitgedächtnis umfasst die Merkfähigkeit, d. h. die Speicherung neu gelernter Inhalte für einige Minuten. Seine Störung hat insbesondere Auswirkungen im täglichen Ablauf, somit beeinflusst das Kurzzeitgedächtnis entscheidend das Pflegegeschehen, diesbezügliche Störungen lassen sich mit einfachen Tests feststellen.

* www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf

Die 3 Pflegestufen

Die gesetzliche Pflegeversicherung unterscheidet 3 Pflegestufen. Bezieht man die Einstufung als „Härtefall“ mit ein, so kann auch von 4 Pflegestufen gesprochen werden. Über die Zuordnung zur jeweiligen Pflegestufe entscheidet das Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Informationen dazu werden vom MDK zuhause oder im Pflegeheim erhoben. Maßgeblich sind dabei die sogenannten Zeitorientierungswerte. Diese sind geregelt im Paragraphen 15 Abs. 3 SGB XI. Sie beziehen sich auf den täglichen Zeitaufwand für die Grundpflege. Das sind die auf Seite 47 und 54 beschriebenen Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Pflegestufe I

– *Erhebliche Pflegebedürftigkeit* –

Erhebliche Pflegebedürftigkeit erfordert mindestens einmal täglich die Hilfe bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung notwendig sein.

Pflegestufe II

– *Schwerpflegebedürftigkeit* –

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Pflegestufe III

– *Schwerstpflegebedürftigkeit* –

Bei Schwerstpflegebedürftigkeit muss der Hilfebedarf so groß ist, dass jederzeit eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein muß, weil der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt. Bei besonderer Härte (z.B. Krebserkrankung im Endstadium) kann auch die Anerkennung als „Härtefall“ erfolgen. Hieraus ergeben sich Vorteile bei der Höhe der Sachleistung bzw. bei der Kostenübernahme im Pflegeheim.

Begutachtung & Pfl egetagebuch

Paragraph 18 SGB XI regelt die Prüfung/Begutachtung einer eventuellen Pflegebedürftigkeit. Die Pflegekassen haben dazu durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Medizinische Dienst muss den Versicherten in seiner Wohnung oder im Pflegeheim untersuchen. Wird diese Untersuchung verweigert, dann kann die Pflegekasse die Leistung verweigern. Die Untersuchung kann nur dann unterbleiben, wenn auf Grund der Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits sicher ist. Die Untersuchung durch den MDK kann in Abständen wiederholt erfolgen. Oft dauert diese Begutachtung nur eine gute halbe Stunde. Das Ergebnis spiegelt dann nicht immer die Realität des Pflegealltags wieder. Warum?

- Der Pflegebedürftige verhält sich während der kurzen Begutachtung häufig anders als „normal“.
- Die Angehörigen sind nicht in der Lage, alle pflegerelevanten Aspekte in der kurzen Zeit umfassend und strukturiert mitzuteilen.

Pfl egetagebuch

Darum empfiehlt sich zwingend ein „Pfl egetagebuch“. Geht es doch immerhin um die wirtschaftlich für Sie so entscheidende Eingruppierung in die richtige Pflegestufe. Das „Pfl egetagebuch“ verzeichnet über mindestens einen Monat, welche Hilfen täglich zu welcher Zeit und wie lange im Rahmen der Pflege erbracht werden. Für viele Ärzte des MDK ist das „Pfl egetagebuch“ heute eine wichtige Hilfe, um den Grad der Pflegebedürftigkeit korrekt zu bestimmen. Vordrucke dazu halten die Pflegekassen bereit.

Kinder: Bei der Zuordnung von Kindern in die Pflegestufen ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Zeitorientierungswerte

- Pflegestufe I
Mindestens 90 Minuten;
hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen
- Pflegestufe II
Mindestens drei Stunden;
hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen
- Pflegestufe III
Mindestens fünf Stunden;
hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
Zusätzlich muss in der Pflegestufe III auch in der Nacht (22:00 Uhr bis 6:00 Uhr) regelmäßig ein Pflegeeinsatz notwendig sein.



Ohne geht es nicht! Die private Pflege-Vorsorge

Mit einer Pflege-Zusatzversicherung ergänzen Sie die Grundabsicherung durch die Pflege-Pflichtversicherung

Das gesetzliche System der Pflege-Pflichtversicherung stößt an seine Grenzen. Private Initiative ist gefragt, um Altersarmut im Falle der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Für eine "Rundum-Pflege" ist die Pflege-Pflichtversicherung nämlich nicht gedacht. Nur die Grundabsicherung ist gewährleistet. Allein ein Heimplatz kann aber 3000 Euro und mehr kosten. Sollten hierfür die eigenen Mittel bzw. das Geld der Eltern nicht ausreichen, müssen die Kinder oder das Sozialamt helfen. Mit einer privaten Pflege-Zusatzversicherung kann die Grundabsicherung aufgestockt werden. Die Beiträge sind durchaus nicht so hoch, wie oft angenommen.

► PFLEGEKOSTENVERSICHERUNG

Anders als die garantierte monatliche Pflege-Rentenversicherung oder der Tagessatz einer Pflegetagegeldversicherung leisten Pflegekostentarife die nicht durch die gesetzliche Pflegepflichtversicherung abgedeckten Pflegekosten.

Es gibt Angebote, die die Kosten bis zu einem bestimmten maximalen oder auch prozentualen Höchstsatz erstatten.

Der Höchstsatz richtet sich dabei nach den durchschnittlichen Pflegekosten in Deutschland. Die Leistungen aus einer Pflegekostenversicherung sind, orientiert an den Original-Rechnungen der Pflegedienstleister und Pflegehilfsmittel, zweckgebunden zu verwenden.

Bei den Leistungen wird häufig unterschieden, ob diese durch Angehörige oder ambulant durch professionelle Pflegekräfte sowie teilstationär oder stationär erbracht werden.

Sehr schwer ist es für den Laien, die Tarife der verschiedenen Versicherer klar zu unterscheiden. Die Regelungen für die Kosten-Erstattung sind einfach zu unterschiedlich. Problematisch wird es oft, wenn gar keine Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung beansprucht werden kann, weil die entsprechende Wartezeit (Mindestversicherungszeit) noch nicht erfüllt ist. Die Definition des Pflegefalls orientiert sich bei den meisten Pflegekostentarifen an den drei Pflegestufen. Demenz ist daher bis auf Ausnahmen meist nicht oder nur gering abgesichert. Die Prämienstabilität kann bei dieser Versicherungslösung bei Vertragsabschluss nicht langfristig garantiert werden. Bei einer Kündigung gehen,

wie bei der privaten Krankenversicherung, die Alterungsrückstellungen verloren.

Beitragszahlung

Die Beitragszahlung läuft bei den meisten Tarifen im Rentenalter und bei Pflegebedürftigkeit fort.

Beitragsfreistellung

Eine Beitragsfreistellung ist hier ohne Verlust des Versicherungsschutzes nicht möglich.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung bei Abschluss einer Pflegekostenversicherung ist für den Versicherungsnehmer anspruchsvoller als in der Pflege-Rentenversicherung.

Geltungsbereich

Wer im Ausland lebt oder dort seinen Ruhestand verbringen will, muss wissen: Der Geltungsbereich dieser Versicherungsform ist nahezu immer auf Deutschland oder Europa beschränkt.

► PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

Pflegetagegeldversicherungen sichern Ihnen einen festgelegten Tagessatz. Dieser kommt je nach Pflegestufe in unterschiedlicher Höhe zur Auszahlung. Die Pflege-

stufe orientiert sich an der gesetzlichen Einstufung. Achtung: Bei manchen Tarifen gilt eine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von bis zu 3 Jahren. Erst dann startet Ihr Versicherungsschutz.

Vorteil: Der eindeutige Vorteil der Pflegetagegeldversicherung ist, dass Sie völlig frei über die Auszahlungen verfügen können. Damit können auch Familien sich, pflegetechnisch betrachtet, umfassend absichern. Die recht niedrigen Prämien und dazu die Bildung von Alterungsrückstellungen, um auch für das Alter bezahlbare Prämien zu ermöglichen, sind echte Pluspunkte. Andererseits mangelt es an einer langfristig garantierten Prämienstabilität und bei Kündigung gehen Ihnen die Altersrückstellungen verloren.

Beitragszahlung

Die Beitragszahlung setzt sich auch im Rentenalter und bei Pflegebedürftigkeit fort.

Beitragsfreistellung

Eine Beitragsfreistellung ohne Verlust des Versicherungsschutzes ist nicht möglich.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung bei Abschluss von Pflegetagegeld ist für den Versicherungsnehmer anspruchsvoller als in der Pflege-Rentenversicherung.

Geltungsbereich

Der Geltungsbereich dieser Versicherungsform ist nahezu immer auf Deutschland oder Europa beschränkt.

► PFLEGE-RENTENVERSICHERUNG

Mit einer Pflege-Rentenversicherung versichern Sie eine vertraglich fixierte monatliche Rente, die je nach Pflegestufe in unterschiedlicher Höhe zur Auszahlung kommt. Die Leistungsprüfung hinsichtlich der Pflegestufe orientiert sich dabei an einer Einstufung nach SGB oder ADL oder einer Einstufung anhand beider Prüfkriterien (siehe Kasten auf dieser Seite). Zu beachten ist, dass in diesem Segment kaum Versicherungen für Kinder angeboten werden.

Vorteil: Das Plus der meisten Pflege-Rentenversicherungen ist, dass Sie frei über die Auszahlungen verfügen können. Ihre Beiträge bleiben hier stabil und die garantierte Leistung erhöht sich zudem um nicht garantierte Überschüsse. Wie aus der Lebensversicherung bekannt, kommt es hier stets zur Bildung eines Rückkaufwertes.

Beitragszahlung

Ihre Beitragszahlung läuft meist nur bis zum Rentenbeginn. In der Folge genießen Sie einen beitragsfreien lebenslangen Versicherungsschutz.

Beitragsfreistellung

Üblich ist die Beitragsfreistellung ab Eintritt des Leistungsfalles.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung ist großzügiger als bei Pflege-Zusatzversicherungen, die von den privaten Krankenkassen angeboten werden.

Vorteile einer privaten Pflegevorsorge

- Guter Versicherungsschutz im Pflegefall auch schon im Kindesalter
- Bezahlbarkeit auch von anspruchsvollen Pflege-Leistungen und guten Pflege-Heimen
- Wirtschaftliche Unabhängigkeit im Pflegefall
- Entlastung der Angehörigen

Geltungsbereich

Diese Versicherungsform hat meist Weltgeltung.

Wichtig: Die so genannte Pflegestufe 0 (Demenz) wird in sehr vielen Tarifen berücksichtigt.

Es gibt drei Pflege-Zusatzversicherungen

Pflegekostenversicherung

Mit einer Pflegekostenversicherung werden Ihnen die nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung verbleibenden Kosten erstattet. Hier gibt es unterschiedliche Angebote der Versicherer. Sie können wählen zwischen Tarifen, die die Restkosten ganz oder teilweise übernehmen. Für diese Restkosten muss von Ihnen jeweils ein genauer Nachweis geführt werden.

- *Anbieter: Private Krankenkassen*

Pflegetagegeldversicherung

Hier wird bei Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflegetag gezahlt. Tagegeld wird unabhängig von den tatsächlichen Belastungen durch die Pflege überwiesen. Die Pflegetagegeldversicherung zahlt also die vereinbarten Beiträge, ganz gleich, ob Sie oder Ihre Eltern zu Hause, in einem Heim, von Fachpersonal oder von Angehörigen gepflegt werden.

- *Anbieter: Private Krankenkassen*

Pflege-Rentenversicherung

Die Pflege-Rentenversicherung bietet Ihnen maximale Flexibilität und Freiheit. Sie richtet sich nicht an der Art der Pflege, sondern vorrangig an der Pflegestufe aus. Sie erhalten hier ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Pflege in Anspruch nehmen, monatlich eine feste Rente in der vertraglich vereinbarten Höhe. Diese Rente können Sie bzw. Ihre Eltern für eine Pflege Ihrer Wahl einsetzen. Bei dieser Versicherungsart gibt es sehr viele Vertragsvarianten.

- *Anbieter: Lebensversicherung*

Beratung & Auswahl einer Pflege-Zusatzversicherung

Es bedarf für die private Pflege-Vorsorge einer exakten Analyse und Vorgehensweise, die der Verbraucher ohne profundes Fachwissen schwer selbst umsetzen kann. Gerade die Risikoprüfung der gesundheitlichen Voraussetzungen beim Abschluss einer Police ist ein wichtiger Schlüssel bei der Wahl des geeigneten Produktes und damit letztendlich des Preises. Oftmals kann man keine private Pflegepolice mehr abschließen, da der aktuelle Gesundheitszustand dies nicht zulässt.

Es gibt jedoch Tarife, die die Möglichkeit bieten, dennoch Versicherungsschutz zu erhalten. Bei diesen Tarifen wird ganz konkret nur nach gewissen schweren Krankheiten gefragt.

Beispiel

Rechnen wir einmal folgendes Beispiel für den 50jährigen Klaus S. Er will sich mit bis zu 1500 Euro monatlich für die Pflegekosten privat absichern; Demenz soll auf jeden Fall mit abgesichert sein.

Die günstigste Absicherung – vorausgesetzt der Gesundheitszustand ist gut – bieten Tagesgeldtarife an. Sie zahlen bei Pflegebedürftigkeit eine vereinbarte Summe pro Tag – unabhängig von den tatsächlichen Kosten. Zudem liegt die freie Verfügbarkeit der Barleistung vor, so dass jeder selbst entscheiden kann, wofür er den Betrag verwenden möchte.

Hier sind die Tarifunterschiede der Anbieter sehr groß. So können Tagesgelder versichert werden, die bereits ab Stufe 1

ambulante Pflegeleistungen zu 100% erbringen; alles eine Frage des persönlichen Geschmacks und des monatlichen Beitrages.

In unserem Beispiel bietet Anbieter A. ein Tagesgeld an, das auch bei ambulanter Pflege Leistungen aus dem versicherten Tagessatz erbringt: 30% Stufe 1; 60% Stufe 2 und 100% Stufe 3.

Bei so einem Vertrag würde ein Versicherter Tagessatz von 50 Euro (entspricht rd. 1500 Euro pro Monat) für Klaus 35 Euro monatlich kosten.

Nehmen wir an, der Leistungsfall tritt nach 25 Jahren, also mit dem 75. Lebensjahre ein. In unserem Rechenbeispiel wurden bis dahin 25 Jahre lang 35 Euro monatlich – das entspricht 10.500 Euro Gesamtzahlung – eingezahlt. Die Leistung bei Stufe 3 beträgt jetzt monatlich 1500 Euro. Bei einer angenommenen Pflegedauer von 5 Jahren würden somit 90.000 Euro an Versicherungsleistung ausgezahlt. Das entspricht, bezogen auf den Kapitaleinsatz der monatlichen Beiträge, einer Verzinsung von 13,74% der eingesetzten Beiträge.

Fazit

Eine qualifizierte Beratung ist entscheidend für die individuell richtige Wahl einer Pflege-Zusatzversicherung. Bekannt für eine ebenso unabhängige wie zudem nicht provisionsgetriebene Beratung ist die Leistung der echten Honorarberater. Man findet diese auf der Internetseite www.vdh24.de

Der Pflegefall kann jeden Tag eintreten!

Gibt es eigentlich Alternativen zu Ihrer privaten Pflege-Zusatzversicherung? Ja, Sie können für sich, Ihre Kinder oder Eltern für den Pflegefall eine große Summe Kapital ansparen. Wie groß diese Summe jedoch sein soll, kann Ihnen heute niemand sagen. Wie will man wissen, welche Pflegestufe und welche Kosten auf einen zukommen? Entscheidend jedoch ist: Der Pflegefall kann heute, morgen, in drei Monaten oder auch zwanzig Jahren auftreten. Da ist der einzige realistische Schutz der Ihnen verbleibt, die Versicherungslösung. Und: die durchschnittliche Pflegedauer beträgt heute mehr als 5 Jahre. Und natürlich besteht häufig auch 20 Jahre und mehr ein Pflegebedarf. Wie will man da die zusätzlichen Aufwendungen allein aus der Rente oder Pension bezahlen?

SGB & ADL

Erweiterte Ermittlung Ihrer gesetzlichen Pflegestufe

Die Pflegekassen beauftragen den medizinischen Dienst der Krankenkassen MDK oder bei privat Krankenversicherten die Gesellschaft Medicproof mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dazu erfolgt in der Regel ein Hausbesuch beim Pflegebedürftigen. Neben einer körperlichen Untersuchung und Sichtung ärztlicher und pflegerischer Befunde wird dabei nach dem individuellen Hilfebedarf gefragt. Bei der Leistungsprüfung für Ihre private Pflege-Rentenversicherung arbeiten zudem manche Versicherer mit einer so genannten erweiterten Leistungsprüfung. Das bedeutet, dass die Einstufung Ihrer Pflegebedürftigkeit anhand der gesetzlichen Definition (Sozialgesetzbuch SGB XI) und zusätzlich nach einem Punktesystem (ADL – Activities of daily living) überprüft wird. Neben diesen beiden Leistungsprüfungen kann auch noch das Thema Demenz berücksichtigt werden.

Warum macht man das?

Dahinter steckt die Erfahrung einiger Lebensversicherer, dass bestimmte Fähigkeiten im täglichen Leben, was die Körperpflege und Hilfestellungen für Pflegebedürftige betrifft, individuell unterschiedlich eingeschätzt werden müssen. Im Resultat bedeutet dies, dass eine versagte Pflegebedürftigkeit nach SGB durch eine zusätzliche Leistungsprüfung nach ADL-Kriterien doch zur Anerkennung einer Leistung durch Ihren privaten Versicherer führen kann.

ADL

Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) gehören zu einem ganzheitlichen Pflegemodell in der Alten- und Krankenpflege. Dieses Modell beruht auf Virginia Henderson (Modell der 14 Bedürfnisse) und Nancy Roper (Modell des Lebens).



Sie sind berufstätig und haben einen Ihnen sehr am Herzen liegenden pflegebedürftigen Angehörigen? Sie möchten ihm mehr Zeit widmen? Diese gute Idee belohnt der Gesetzgeber mit bis zu sechs Monaten „Pflege-Urlaub“ und für diese Zeit zudem mit „besonderem Kündigungsschutz“. Aber: ohne Lohnfortzahlung! Das Thema Pflegezeit wird im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) geregelt und gilt nicht für Beamte.

Pflege-Urlaub & Familien-Pflegezeit

Arbeitnehmer dürfen Sonderurlaub annehmen, um nahe Angehörige ambulant zu pflegen. Voraussetzung: Es muss die Eingruppierung in eine Pflegestufe vorliegen. Längstens für sechs Monate und im Notfall sofort für 10 Tage ist diese Freistellung möglich. Es genügt die Information Ihres Arbeitgebers. Eine Ablehnung ist nicht möglich.

Im Notfall – Ihr kurzzeitiger Pflege-Einsatz

Zehn Arbeitstage können Sie sich ohne jede Antragsfrist von der Arbeit befreien lassen. Die Firmengröße ist dabei unerheblich. Ein Arzt sollte jedoch mittels Attest bestätigen, dass die zu pflegende Person allem Ermessen nach pflegebedürftig ist und die Hilfe des Angehörigen benö-

tigt. Ein vor Ort Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) prüft dann, ob eine Pflegestufe vorliegt. Ist dies nicht der Fall, so ändert das nichts an der Rechtmäßigkeit des zehntägigen Urlaubs.

Die sechsmonatige Pflegezeit

In diesem Fall muss zum Beginn der Pflegezeit die Pflegebedürftigkeit bereits feststehen. Dazu müssen Sie Ihrer Firma die Bescheinigung der Pflegekasse oder des medizinischen Dienstes (MDK) vorlegen. Und: Nur Mitarbeiter in Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern können diesen Urlaub in Anspruch nehmen. Lehrlinge und Heimarbeiter gelten als Mitarbeiter. Die sechsmonatige Pflegezeit müssen Sie zehn Arbeitstage vor Beginn

bei Ihrem Arbeitgeber schriftlich beantragen. Eine Ablehnung ist, wie gesagt, nicht möglich.

Wollen Sie für die Pflege Ihre Arbeitszeit nur einschränken, so bedarf es einer Arbeitszeitübersicht. Ihre Firmenleitung kann diese Stundenaufteilung ablehnen, wenn dringende betriebliche Belange dargelegt werden können.

Ohne Einkommen ...

Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ist hier grundsätzlich eine Lohnfortzahlung möglich. Der hierfür geltende Paragraph 616 BGB wird jedoch in Arbeitsverträgen oft ausgeschlossen. Generell gilt diese Lohnfortzahlung auch nur für einige Tage, nicht für Monate. Erkundigen Sie sich also vorher.

Möglich ist natürlich immer die Teilung oder Übergabe von Mitteln aus der Pflegekasse (Pflegegeld) oder von einer privaten Pflege-Zusatzversicherung (Pflege-Tagegeld/Pflege-Rentenversicherung) seitens des zu pflegenden Angehörigen an Sie.

Ihre eigene Krankenversicherung in der Pflegezeit

1. Zehn Tage Pflegezeit:
Sie müssen nichts veranlassen
2. Sechsmontatige Pflegezeit, Teilzeit:
Sie müssen nichts veranlassen, wenn Sie für über 400,- Euro monatlich in Teilzeit arbeiten.
- 3 Sechsmontatige Pflegezeit, ohne Arbeitsleistung:
Ihr Versicherungsschutz endet zum Start der Pflegezeit.

- *gesetzlich pflichtversichert und verheiratet:*
Vielleicht sind Sie beitragsfrei über die gesetzliche Krankenkasse des Ehepartners familienversichert.
- *gesetzlich pflichtversichert, alleinstehend:*
Freiwillig weiterversichern. Zuschuss beantragen bei der Pflegekasse/privaten Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen
- *freiwillig gesetzlich versichert:*
Sie bleiben freiwilliges Mitglied Ihrer gesetzlichen Kasse. Zuschuss beantragen bei der Pflegekasse/privaten Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen
- *privat versichert:*
Sie bleiben ohnehin in der Pflegezeit privat versichert. Zuschuss beantragen bei der Pflegekasse/privaten Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen

Ihre eigene Renten- und Arbeitslosenversicherung in der Pflegezeit

Ihre Beiträge für die Rentenversicherung übernimmt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen. Sie müssen dazu Ihren Angehörigen nachweislich mindestens 14 Stunden pro Woche pflegen. Sie stellen dazu Ihren Antrag bei der Pflegekasse. Ihre Arbeitslosenversicherung läuft beitragsfrei für Sie fort.

2 Jahre Familien-Pflegezeit

Das Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, das Familienpflegezeitgesetz (FpfZG), ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.



Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder

Der Staat will die Familienpflegezeit fördern und berufstätigen Menschen, die pflegebedürftige Angehörige haben, soll die Möglichkeit gegeben werden, für maximal zwei Jahre ihre Arbeitszeit zu reduzieren, im Beruf zu bleiben und ihre Angehörigen selbst zu pflegen. Das Arbeitsentgelt der pflegenden Angehörigen wird hierzu aufgestockt.

Auf der Basis des neuen Gesetzes können Arbeitnehmer und Arbeitgeber einen Vertrag zur Familienpflegezeit abschließen. Der Arbeitgeber ist jedoch nicht verpflichtet, einen solchen Vertrag abzuschließen.

Die Familienpflegezeit sieht eine Verminderung der wöchentlichen Arbeitszeit bis zu einem Mindestumfang von 15 Stunden vor. Dies ist für zwei Jahre möglich. Während dieser Zeit kann ein pflegebedürftiger naher Angehöriger gepflegt werden. Der Arbeitgeber stockt dabei das Arbeitsentgelt um die Hälfte der Differenz zwischen dem bisherigen Gehalt und dem sich durch die Arbeitszeitreduzierung ergebenden geringeren Gehalt auf. Diese finanzielle Last kann der Arbeitgeber mit einem zinslosen Bundesdarlehen finanzieren. Die Rückzahlung des Darlehens, dass durch das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ausgezahlt wird, ist so gestaltet, dass der Beschäftigte nach Ablauf der Familienpflegezeit, der Pflegephase, so lange Vollzeit zum geringeren Gehalt arbeitet, bis das Darlehen abbezahlt ist. Das Ausfallrisiko, dass der Arbeitnehmer stirbt oder vorzeitig aus dem Betrieb austritt, wird durch eine Familienpflegezeit-Versicherung abgesichert.

Fragezeichen

Zwei Jahre nur Halbtagsarbeit ist sicher eine große Hilfe für die pflegende Person. Doch was geschieht danach? Der alte Zustand kehrt wieder ein. Die zwei Jahre waren eine sinnvolle Entlastung, doch das Kernproblem ist nicht aufgehoben. Und: das verringerte Einkommen während der Familienpflegezeit ist möglicherweise nicht kostendeckend für den Haushalt. Besonders kleine Betriebe sprechen sich übrigens gegen die Familienpflegezeit aus. Grund ist vor allem die zusätzliche Bürokratie. Zudem, wer kann auf eine Fachkraft halbtags verzichten, ohne diese zu ersetzen?

Pflegezeit ist nicht Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit muss von der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz von 2008 abgegrenzt werden. Auf die Pflegezeit besteht zudem ein Rechtsanspruch.

Streng statistisch betrachtet, wird jeder Zweite irgendwann in seinem Leben zum Pflegefall.

„Besonders umfassendes Pflegetagegeld“

„Pflege & Vorsorge“ im Gespräch
mit Philipp J. N. Vogel, Vorstand der
DFV Deutsche Familienversicherung AG



Der 21.12.2012 gilt als wichtiges Datum für den Abschluss von Personenversicherungen. Stichwort: Unisex. Was bedeutet das für den Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung?

Die Auswirkungen von Unisex sind in der Pflegeversicherung besonders groß, denn Männer, die nach dem 21.12.2012 eine private Pflegezusatzversicherung abschließen, müssen mit Beitragssteigerungen von ca. 30% rechnen. Anders bei Frauen: diese werden zukünftig von bis zu 25% günstigeren Beiträgen profitieren. Ein wichtiger Hinweis in der Beratung. Für Männer lohnt es sich also sehr, sich vor dem Stichtag die günstigeren „alten“ Tarife ein Leben lang zu sichern. Damit Frauen das Thema Pflege-Vorsorge mit Blick auf die günstigeren „neuen“ Tarife nicht aufschieben, bieten wir als erster Versicherer bereits seit Januar 2012 einen Unisex-Tarif für unser Pflegetagegeld an.

Was sagt der Begriff Pflegetagegeld eigentlich genau aus? Worauf sollte man bei der Auswahl des passenden Produktes achten?

Eine Pflegetagegeld-Versicherung zahlt dem Versicherten im Pflegefall ein zuvor vereinbartes Tagegeld, das frei verwendet werden kann. Dank seiner Leistungsstärke und deutlich günstigeren Tarife im Vergleich zur Pflegerente führt das Pflegetagegeld mit fast 2 Millionen Verträgen die Vorsorge-Statistik in Deutschland an. Grund für uns, mit der DFV-DeutschlandPflege ein besonders umfassendes Pflegetagegeld anzubieten. Dieses orientiert sich maßgeblich an den Bedürfnissen unserer Kunden und hilft, die finanziellen Herausforderungen im Pflegefall optimal zu bewältigen:

– So kann der Kunde entscheiden, wie, von wem und wo er gepflegt werden möchte. Unabhängig, ob die Pflege zum Beispiel durch Angehörige, ambulante Pflegedienste oder stationär erfolgt, stellen wir immer 100% des Pflegegeldes zur Verfügung.

– Der steigenden Zahl an Demenzerkrankungen tragen wir dabei besonders Rechnung: Bereits bei der Feststellung von zwei Kriterien nach § 45a SGB XI

erhalten unsere Kunden Leistungen. Fallen Pflegestufe und Demenz zusammen, ist außerdem eine Leistungsverdopplung möglich.

– Bei uns kann der Alterssitz ohne Weiteres verlegt werden, denn als einziger Anbieter akzeptieren wir Pflegeleistungen ohne Zusatzvereinbarung weltweit und leisten, egal wo der Kunde Pflege in Anspruch nehmen möchte.

– Die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und im Pflegefall ermöglicht besondere finanzielle Entlastung in Notsituationen.

Bei der DFV-DeutschlandPflege kann daher von einer marktführenden Produktlösung gesprochen werden. Als einziger Anbieter haben wir vom verbraucherorientierten Analysehaus PremiumCircle Deutschland die Bestnote erhalten. Bei Morgen & Morgen gibt es neben uns nur einen weiteren Anbieter mit dem besten Prädikat. Die Positionierung wurde vor kurzem durch FOCUS-MONEY („Beste Tarifbedingungen Pflege“, „Beste Pflegetagegeldversicherung für Frauen 40, 50, und 60 Jahre“ und „Top Pflegetagegeld für Männer 40, 50 und 60 Jahre“) eindrucksvoll belegt.

Im Rahmen des Pflegetagegeldes ist manchmal von der Sofortleistung die Rede. Welchen Nutzen hat diese für den Versicherten? Muss hierzu eine extra Police abgeschlossen werden?

Wir wissen, dass sich Pflegebedürftige möglichst lange in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld pflegen lassen wollen. Dafür werden oft Umbauarbeiten notwendig. Mit unserer Einmalleistung bis 10.000 Euro bei Eintritt des Pflegefalls können diese Kosten komfortabel geschultert werden. Diese Sofortleistung ist selbstverständlich Bestandteil der DFV-DeutschlandPflege. Eine extra Police muss bei uns dafür nicht abgeschlossen werden.

Die Beitragsentwicklung ist bei jedem langfristig angelegten Vorsorgeprodukt ein relevantes Thema. Zahlt der Kunde immer den gleichen Beitrag?

Grundsätzlich gilt auch in der Pflege-Vorsorge „je früher, desto günstiger“. Der Beitrag für ein, bei Abschluss der Versicherung 5-jähriges Mädchen liegt heute zum Beispiel bei 5,20 Euro für die Dauer des Vertrages. Eine bei Abschluss 50-jährige Frau zahlt hingegen fortlaufend einen Monatsbeitrag von 51,85 Euro. Alle im Markt befindlichen Pflegetagegeldangebote verfügen zwar über eine so genannte Beitragsanpassungsklausel, allerdings können Beiträge danach nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angemessen angepasst werden. Das Pflegetagegeld ist dabei nicht mit Krankenvolltarifen vergleichbar, die zum Beispiel durch steigende Kosten regelmäßig Beitragserhöhungen unterliegen.

Bei der Pflegetagegeld-Versicherung handelt es sich um eine so genannte Summenversicherung, die unabhängig von Kostenentwicklungen und daher sehr stabil ist. Beitragsanpassungen sind selten und wenn, dann moderat. In der Vergangenheit kam es eher zu Beitragsenkungen. Für die Beitragsstabilität unserer DFV-DeutschlandPflege haben wir von der marktführenden Ratingagentur Assekurata bereits wiederholt die Note „sehr gut“ erhalten. Grund hierfür sind unsere strenge Risikoprüfung und Voreiterschaft in Sachen Rechnungszins. Dieser beträgt bei uns statt der marktüblichen 3,5% nur 3%, wodurch wir der angespannten Kapitalmarktsituation im Sinne unserer Kunden besonders Rechnung tragen.

Ein weiteres Feld sind die Gesundheitsfragen. Jeder, der sich schon einmal gegen Berufsunfähigkeit versichern wollte, weiß, wie gewissenhaft man hier sein muss. Ist das beim Thema Pflegetagegeld auch so kompliziert?

Nein, im Gegenteil. Für den Abschluss der DFV-DeutschlandPflege müssen nur zwei Gesundheitsfragen beantwortet werden. Befindet sich der Kunde gerade im Gespräch mit seinem Vorsorgeberater, kann eine gegebenenfalls notwendige, erweiterte Gesundheitsprüfung auch telefonisch erfolgen. Am Ende des Telefonates können wir dann in aller Regel eine Annahmendeckung treffen. Risikoausschlüsse oder Beitragszuschläge kennen wir nicht.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erweitert die Politik ab 2013 den Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der so genannte „Pflege-Bahr“ soll die private Pflegevorsorge fördern. Wie beurteilen Sie diesen Ansatz?

Die Einführung des „Pflege-Bahr“ ist ein richtiges und wichtiges politisches Signal. Obwohl die gesetzliche Pflegepflichtversicherung nur einen Teil der Kosten deckt, haben erst 2,5% der deutschen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger privat vorgesorgt. Und schon heute werden 40% der Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung in Pflegestufe 3 zum Sozialfall.

„Pflege-Bahr“ wird einen Beitrag dazu leisten, dass die Notwendigkeit der privaten Vorsorge stärker erkannt wird. Gleichzeitig wird „Pflege-Bahr“ nicht geeignet sein, um die erhebliche Versorgungslücke im Pflegefall zu schließen. Als dritte Säule der privaten Pflegevorsorge werden Pflege-Bahr-Produkte die Absicherung vielmehr ergänzen.

Um unseren Kunden auch hier schon heute alle Optionen zu bieten, haben wir die „Pflege Bahr AnpassungsGarantie“ entwickelt. Hierdurch besteht die Möglichkeit, eine vor dem 01.01.2013 abgeschlossene Pflegetagegeldversicherung zu reduzieren und einen Teilbetrag in ein von der DFV angebotenes und staatlich gefördertes Pflege-Bahr-Produkt zu investieren. Das heißt: in der Summe eine optimale Pflege-Vorsorge.

Das Pflegetagegeld der DFV Deutsche Familienversicherung AG

Tarif	DFV-DeutschlandPflege PZV*)																				
Eintrittsalter	1-75 Jahre																				
Leistungen	<p>Die DFV-DeutschlandPflege bietet dem Kunden für alle Pflegestufen eine flexible Absicherung nach seinen individuellen Bedürfnissen und Lebensplanungen. Der Kunde kann frei wählen, ob er für ambulante und stationäre Pflege den gleichen Schutz wünscht oder ob er bei stationärer Pflege mit höheren Kosten rechnet und somit auch höhere Leistungen erwartet. Weiterhin kann der Kunde das erhebliche Demenzrisiko bei Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Pflegestufen separat versichern und sein Pflegetagegeld dabei auf Wunsch verdoppeln.</p> <p>Eine Absicherung ist in jeder einzelnen Pflegestufe ab einem Pflegetagegeld von 150 Euro pro Monat möglich. Eine maximale Absicherung pro Monat kann bis zu 6.000 Euro erfolgen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Absicherung</th> <th>Ambulante Pflege</th> <th>Stationäre Pflege</th> <th>Demenz</th> <th>Max. Absicherung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>3.000 Euro</td> <td>3.000 Euro</td> <td>3.000 Euro</td> <td>6.000 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>2.250 Euro</td> <td>3.000 Euro</td> <td>2.250 Euro</td> <td>5.250 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1.500 Euro</td> <td>3.000 Euro</td> <td>1.500 Euro</td> <td>4.500 Euro</td> </tr> </tbody> </table>	Absicherung	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Demenz	Max. Absicherung	Pflegestufe III	3.000 Euro	3.000 Euro	3.000 Euro	6.000 Euro	Pflegestufe II	2.250 Euro	3.000 Euro	2.250 Euro	5.250 Euro	Pflegestufe I	1.500 Euro	3.000 Euro	1.500 Euro	4.500 Euro
Absicherung	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Demenz	Max. Absicherung																	
Pflegestufe III	3.000 Euro	3.000 Euro	3.000 Euro	6.000 Euro																	
Pflegestufe II	2.250 Euro	3.000 Euro	2.250 Euro	5.250 Euro																	
Pflegestufe I	1.500 Euro	3.000 Euro	1.500 Euro	4.500 Euro																	
Leistungen bei Pflegestufe 0 / Demenz ohne Pflegestufe	Leistungen in der Pflegestufe 0 werden bis zu 900 Euro pro Monat gezahlt. Geleistet wird bereits bei einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz (2 Kriterien) und sowohl bei Demenz als auch bei psychischer Störung oder geistiger Behinderung.																				
Sofortleistungen	Sofortleistungen, die unmittelbar bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit einmalig gezahlt werden, sind bis zu 10.000 Euro möglich.																				
Versicherungsdynamik	Vor Eintritt des Pflegefalls werden die Leistungen alle drei Jahre um 5% erhöht.																				
Leistungsdynamik	Nach Eintritt des Pflegefalls werden die Leistungen optional alle drei Jahre um 10% erhöht.																				
Nachversicherungsgarantie	Die Versicherungsleistungen können bis zum 50. Lebensjahr innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre oder bei Eintritt persönlicher Ereignisse bis zu 30% ohne Gesundheitsprüfung erhöht werden.																				
Beitragsfreiheit	Sobald Leistungen aus dem Tarif erbracht werden, wird der Vertrag vollständig beitragsfrei gestellt. Weiterhin besteht Beitragsfreiheit bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit.																				
Wartezeit/Karenzzeit	Es bestehen keine Warte- oder Karenzzeiten.																				
Mindestvertragsdauer	Es besteht keine Mindestvertragsdauer. Der Vertrag kann bei Leistungsfreiheit täglich gekündigt werden.																				
Leistungen im Ausland	Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Unabhängig vom Wohn- oder Aufenthaltsort des Kunden werden die Leistungen auf ein deutsches Bankkonto gezahlt.																				
Gutachten	Die Versicherung folgt uneingeschränkt dem Gutachterverfahren der Pflegepflichtversicherung.																				
Bewertungen	<ul style="list-style-type: none"> · Morgen & Morgen: Bestes Produkt im Test (April 2012) · PremiumCircle: Bestes Produkt im Test (April 2012) · FOCUS-MONEY: Bestes Pflegetagegeld für 40-, 50- und 60-jährige Frauen (August 2012) · FOCUS-MONEY: TOP Pflegetagegeld für 40-, 50-, 60-jährige Männer (August 2012) 																				

*) Es gelten die Versicherungsbedingungen der DFV Deutsche Familienversicherung AG.

Preis-Beispiel

bei einem Eintrittsalter von 30, 40 oder 50 Jahren

	Pflege durch Angehörige oder Laienpflege	Pflege durch Pflegedienste	Teilstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege
Pflegestufe III	1.200 Euro	1.200 Euro	1.200 Euro	1.200 Euro
Pflegestufe II	900 Euro	900 Euro	900 Euro	900 Euro
Pflegestufe I	600 Euro	600 Euro	600 Euro	600 Euro
Pflegestufe 0	300 Euro	300 Euro	300 Euro	300 Euro

Sofortleistung	2.000 Euro
Beitragsfreiheit	Sofort ab Leistungsfall

	30 Jahre	40 Jahre	50 Jahre
Monatlicher Beitrag im UNISEX-Tarif	16,55 Euro	29,54 Euro	51,85 Euro
Monatlicher Beitrag noch bis zum 21.12.2012 für einen Mann im BISEX-Tarif *)	13,17 Euro	23,39 Euro	41,15 Euro

**) Durch die verpflichtende Einführung von UNISEX-Tarifen zum 21.12.2012 werden die Beiträge für Frauen günstiger und die Beiträge für Männer höher. Da die DFV bereits seit 01.01.2012 UNISEX-Tarife anbietet, wird für Frauen bereits der günstigste Beitrag ausgewiesen.*

Die DFV-DeutschlandPflege

Die DFV-DeutschlandPflege ist das erste und einzige Pfl egetagegeld-Produkt am Markt, das optional bei Demenzerkrankungen und Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen I, II oder III erweiterte Leistungen bis zum Doppelten des vereinbarten Pfl egetagegeldes zahlt. Die Produkte werden als flexible Variante im Tarif Flex (Höhe für jede einzelne Pflegestufe und Sofortleistung variabel bestimmbar) oder als fertige Produktlinien Basis, Komfort und Premium angeboten, die sich in Höhe der Leistung und der abgesicherten Pflegestufe unterscheiden.

Weltweite Leistungen ohne zusätzliche Vereinbarungen, die optionale Dynamik im Leistungsfall ohne Altersgrenze, Beitragsfreiheit sofort im Leistungsfall und bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, keine Wartezeiten, umfassende Nachversicherungsmöglichkeiten ohne neue Gesundheitsprüfung und die Pflege Bahr AnpassungsGarantie zeichnen die Produkte der DFV-DeutschlandPflege aus.

Die DFV Schutzengelgarantie

Mit der optionalen DFV Schutzengelgarantie erhält man eine Vertrauensperson als persönlichen Schutzengel im Pflegefall. Ob zu Hause oder im Pflegeheim: Diese Vertrauensperson tritt regelmäßig mit dem Kunden telefonisch oder persönlich in Kontakt und prüft die erbrachten Pflegeleistungen in den Bereichen Pflege, medizinische Versorgung, soziale Betreuung und Alltagsgestaltung. Gemeinsam bewertet wird auch die Versorgungssituation in den Bereichen Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Im Rahmen eines Besuchsberichts werden konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht und – soweit erforderlich – die Leistungserbringer aufgefordert, ihre Leistungserbringung zu optimieren. Wird die Situation im Sinne des Pflegebedürftigen nicht verändert, setzt der Schutzengel die Rechte des Kunden bis zur Prozessführung durch. Auch die Kostenübernahme für das Einklagen berechtigter Ansprüche im Namen des Kunden ist in der Schutzengelgarantie enthalten.

„Wir halten unser Serviceversprechen ein!“

„Pflege & Vorsorge“ im Gespräch mit Markus Reis, Leiter Produktmanagement Kranken- u. Pflegeversicherung der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe.



Unfall und Krankheit können auch für junge Menschen bereits den Eintritt des Pflegefalls bedeuten. Doch wie sieht es in der Praxis aus? Wird frühzeitig genug eine private Pflegetagegeldversicherung abgeschlossen?

Ja, da haben Sie absolut recht. Der Abschluss einer Pflegezusatzversicherung ist auch für jüngere Menschen absolut

sinnvoll, zumal die Absicherung in jungen Jahren wesentlich günstiger ist. Dennoch beschäftigen sich ältere Menschen verständlicherweise wesentlich intensiver mit diesem Thema. Beim MÜNCHENER VEREIN stellen wir jedoch fest, dass wir auch immer mehr junge Menschen von einer Pflegezusatzversicherung überzeugen. Wir richten hier unsere An-

sprache zu diesem Thema gezielt auf deren Lebenssituation aus.

Ihr Konzept für die Pflegeabsicherung ist ein flexibles Baukastenprinzip. Welche Wahlmöglichkeiten hat der Versicherte?

Bei der Entwicklung der DEUTSCHEN PRIVAT PFLEGE war uns ganz wich-

tig, dass wir den Vertriebspartnern und Kunden eine Produktlösung anbieten, bei der diese entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse und finanziellen Möglichkeiten eine maßgeschneiderte Absicherung erhalten.

Aus diesem Grund haben wir ein Bausteinprinzip geschaffen, welches absolut variabel ist und durch die neuen Leistungs-Bausteine noch flexibler wird. Der Vertriebspartner hat nicht nur die Möglichkeit, die Pflegestagegeldhöhe für jede Pflegestufe flexibel zu wählen, sondern er kann hier auch nochmals zwischen ambulanten und vollstationärem Bereich unterscheiden.

Des Weiteren kann eine Beitragsbefreiung je nach gewählter Tarifvariation ab Pflegestufe 0, I, II oder III vereinbart werden. Auch unsere Einmalleistungsbausteine sind extrem flexibel gestaltet. Ich möchte Sie hier auf die Beschreibung in der Produktdarstellung auf den Seiten 70 und 71 dieser Zeitschrift verweisen.

Richtig verstanden? Ich kann mich gezielt für eine bestimmte Pflegestufe zusätzlich zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung absichern?

Ja, entgegen starren Produktkonzepten, bei denen prozentual festgelegt ist, in welchem Verhältnis die Pflegestagegeld in Pflegestufe 1, 2 und 3 abgesichert wird, kann der Kunde bei der DEUTSCHEN PRIVAT PFLEGE nahezu frei bestimmen, wie er seine Absicherung gestaltet und seine Pflegeglücke schließt.

Und wie verhält es sich bei einer Demenz? Ist diese automatisch mit versichert?

Nein, auch hier bleiben wir unserem Konzept treu. Der Vertriebspartner muss nichts verkaufen und der Kunde nichts abschließen, was er nicht möchte. Auch hier kann flexibel für die sogenannte Pflegestufe 0 ein Tagegeld gewählt werden. Wenn der Vertriebspartner hier keinen Bedarf sieht, wählt er diese auch nicht aus.

In Lebensversicherungen wird mittels einer so genannten Dynamisierung des Beitrags der im Rahmen der Jahre auftretende Kaufkraftverlust des Geldes ausgeglichen. Wie verhält es sich damit beim Pflegestagegeld? 120,- Euro Tagegeld, die ich heute abschließe, entsprechen in 20 Jahren sicher nicht mehr dem gleichen Wert, oder doch?

Die Dynamik ist ein absolut wichtiges Element in einem Produkt. Gerade bei einer Pflegezusatzversicherung läuft die Absicherung mehrere Jahrzehnte und deshalb ist es wichtig, dass sich eine bereits geschlossene Absicherungslücke Jahre später aufgrund des Kaufkraftverlusts nicht wieder öffnet. Die DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE ist obligatorisch mit einer Dynamik ausgestattet. Wer keine Dynamisierung wünscht, kann dieser widersprechen.

Vorher wird ja gern viel versprochen. Von Ihrem Hause zum Beispiel eine Pflegeplatzgarantie für Ihre Kunden. Und das innerhalb von 24 Stunden. Hand aufs Herz, ist das realistisch?

Unsere Kunden können sich darauf verlassen, dass wir unsere Serviceversprechen einhalten. Wir sind ganz aktuell vom Deutschen Institut für Servicequalität (DISQ) mit Platz eins als beliebtester Versicherer ausgezeichnet worden. In der Studie „Bester Krankenversicherer“, ebenfalls vom DISQ, erzielten wir schon zum dritten Mal in Folge eine Top 3-Platzierung. Bei beiden Auszeichnungen spielte das Thema Service eine ganz zentrale Rolle.

Bei unserer 24 h Pflegeplatzgarantie arbeiten wir mit Phoenix Seniorenzentren, einem sehr renommierten Kooperationspartner zusammen, so dass die Erfüllung der Garantie bundesweit sichergestellt ist. Wir garantieren dem Kunden sogar innerhalb von 48 h auch einen Kurzzeitpflegeplatz, wenn dieser benötigt wird. Dies alles sind Leistungen, die deutlich über die reine Produktleistung hinausgehen, für uns aber selbstverständlich und auch kostenlos sind.



**„Dank der Hilfe des WEISSEN RINGS kann ich wieder lachen.“
Nadine S.**

**Wir helfen
Kriminalitätsoffern!**

**Helfen Sie uns
helfen!**

**Spendenkonto 34 34 34
Deutsche Bank Mainz
BLZ 550 700 40**

**Auch ich/wir wollen etwas tun. Ich/wir möchten gerne Mitglied im WEISSEN RING werden.
(Monatlicher Mindestbeitrag € 1,50,
Ehepaare € 3,75,
Jugendliche € 1,25.)**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Unterschrift:

**WEISSER RING e. V.
Weberstraße 16
55130 Mainz
www.weisser-ring.de**

Das Pflegetagegeld der Münchener Verein Versicherungsgruppe

Tarif	Select Care Pflege – DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE															
Eintrittsalter	0 Jahre, kein Höchstaufnahmearter															
Leistung	<p>Die DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE besteht aus vielen kleinen Bausteintarifen (Tarifkonzept SELECT CARE Pflege). Der Kunde kann pro Pflegestufe nahezu frei entscheiden, welche Absicherung er wählt. Für die Pflegestufe „0“ kann eine Absicherung von 0 bis zu 40 EUR Tagegeld gewählt werden. Für die Pflegestufe 1 kann eine Absicherung zwischen 0 und 80 EUR Tagegeld gewählt werden. Für die Pflegestufe 2 kann eine Absicherung zwischen 0 und 120 EUR Tagegeld gewählt werden. Für die Pflegestufe 3 kann eine Absicherung zwischen 0 und 150 EUR Tagegeld gewählt werden.</p> <p><i>Einzig Bedingung:</i> Wenn Sie einen Betrag in Pflegestufe „0“ wählen, muss der in Pflegestufe I gewählte Betrag größer oder gleich dem Betrag der Pflegestufe 0 sein. Wenn Sie einen Betrag in Pflegestufe I wählen, muss der in Pflegestufe II gewählte Betrag größer oder gleich der Pflegestufe I sein. Wenn Sie einen Betrag in Pflegestufe II wählen, muss der in Pflegestufe III gewählte Betrag größer oder gleich der Pflegestufe II sein.</p> <p>Wenn der Kunde es wünscht, kann er bei seiner Absicherung zwischen der häuslichen und vollstationären Pflege unterschiedliche Absicherungen wählen. Beispiel:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Versichertes Risiko bei</th> <th>ambulanter Pflege</th> <th>vollstationärer Pflege</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe „0“</td> <td>10 EUR</td> <td>20 EUR</td> </tr> <tr> <td>Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe I</td> <td>10 EUR</td> <td>20 EUR</td> </tr> <tr> <td>Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe II</td> <td>20 EUR</td> <td>30 EUR</td> </tr> <tr> <td>Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe III</td> <td>40 EUR</td> <td>80 EUR</td> </tr> </tbody> </table>	Versichertes Risiko bei	ambulanter Pflege	vollstationärer Pflege	Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe „0“	10 EUR	20 EUR	Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe I	10 EUR	20 EUR	Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe II	20 EUR	30 EUR	Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe III	40 EUR	80 EUR
Versichertes Risiko bei	ambulanter Pflege	vollstationärer Pflege														
Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe „0“	10 EUR	20 EUR														
Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe I	10 EUR	20 EUR														
Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe II	20 EUR	30 EUR														
Pflegegeld gesamt bei Pflegestufe III	40 EUR	80 EUR														
Pflegestufe „0“ (Demenz)	Die Pflegestufe „0“ kann, wie oben bereits dargestellt, flexibel mit einem Tagegeld abgesichert werden.															
Mindestvertragsdauer	Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht															
Maximale Absicherungshöhe	Pflegestufe „0“: bis max. 40 EUR Tagegeld Pflegestufe 1: bis max. 80 EUR Tagegeld Pflegestufe 2: bis max. 120 EUR Tagegeld Pflegestufe 3: bis max. 150 EUR Tagegeld															
Dynamik	Hat die versicherte Person das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt eine Anpassung an die Lebenshaltungs-kosten gemäß Verbraucherpreisindex jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages oder nach einer Leistungsanpassung auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit und bei Beitragsbefreiung. Das zusätzliche Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass sich ein Mehrbeitrag entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den letzten 3 Jahren ergibt. Der hinzukommende Beitrag beläuft sich jedoch auf mind. 10% und ist auf höchstens 20% des bisherigen Beitrags begrenzt. Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter.															
Wartezeit	3 Jahre; entfällt bei Unfall															
Karenzzeiten	keine															
Sofortleistung	keine															
Beitragsfreistellung	Zusätzlich zum Pflegetagegeld kann eine Beitragsbefreiung ab Pflegestufe „0“ (wenn auch ein Tagegeld für die Pflegestufe „0“ vereinbart ist) oder ab Pflegestufe I (Pflegefall) oder ab Leistungsfall (Pflegestufe II bzw. III) vereinbart werden. Sie gilt für den gesamten Beitrag der versicherten Pflegetagegeld-Tarifstufen.															
Einmalleistung	Es kann zwischen zwei Einmalleistungsbausteinen flexibel gewählt werden. Es besteht die Möglichkeit in 1.000 EUR Schritten bis max. 10.000 EUR die Auswahl für eine Einmalleistung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I oder Einmalleistung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.															
Gesundheitsprüfung	Viele Tarifvarianten sind ohne Gesundheitsfragen möglich – dies hängt von der gewünschten Höhe der Tagegeldabsicherung ab.															
Laienpflege	100% Leistung falls die Pflege durch Laien übernommen wird															
Leistungen ins Ausland	Auf Antrag wird auch im Ausland die Pflegeleistung ausbezahlt, unabhängig davon, ob die versicherte Person in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung versichert ist.															

Preis-Beispiele

Produktkonstellation	Monatlicher Beitrag Mann (49 Jahre)	Monatlicher Beitrag Frau (49 Jahre)
<p><i>Pflegegeld</i> Pfleigestufe 0 : 10 EUR Pfleigestufe I : 10 EUR Pfleigestufe II : 20 EUR Pfleigestufe III : 40 EUR</p> <p><i>Beitragsbefreiung</i> ab Pfleigestufe 0</p> <p><i>Einmalleistung</i> ab Pflegebedürftigkeit in Pfleigestufe I mit 5.000 EUR</p>	<p>mit ambulanter Pflege: 42,02 EUR nur stationäre Pflege: 24,07 EUR</p>	<p>mit ambulanter Pflege: 57,91 EUR nur stationäre Pflege: 35,93 EUR</p>
<p><i>Pflegegeld</i> Pfleigestufe 0 : 10 EUR Pfleigestufe I : 10 EUR Pfleigestufe II : 20 EUR Pfleigestufe III : 40 EUR</p> <p><i>Beitragsbefreiung</i> ab Pfleigestufe 0</p> <p><i>Einmalleistung</i> bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit mit 5.000 EUR</p>	<p>mit ambulanter Pflege: 32,47 EUR nur stationäre Pflege: 14,52 EUR</p>	<p>mit ambulanter Pflege: 48,36 EUR nur stationäre Pflege: 26,38 EUR</p>
<p><i>Pflegegeld</i> Pfleigestufe 0 : 10 EUR Pfleigestufe I : 10 EUR Pfleigestufe II : 20 EUR Pfleigestufe III : 40 EUR</p> <p><i>Beitragsbefreiung</i> ab Pfleigestufe 0</p> <p><i>Ohne Einmalleistung</i></p>	<p>mit ambulanter Pflege: 29,07 EUR nur stationäre Pflege: 11,12 EUR</p>	<p>mit ambulanter Pflege: 44,96 EUR nur stationäre Pflege: 22,98 EUR</p>

„Die private Pflegerente ist eine notwendige Ergänzung“

„Pflege & Vorsorge“ im Gespräch mit Frank Trapp, Leiter Produktmanagement Leben bei der Zurich Gruppe in Deutschland



► Ein Pflegefall bringt große finanzielle Belastungen für die Betroffenen mit sich. So belaufen sich zum Beispiel die durchschnittlichen Kosten bei Pflegestufe I auf 2.300 Euro im Monat. Die gesetzliche Vorsorge deckt nur einen geringen Teil davon ab. Mit einer privaten Pflegerentenversicherung können finanzielle Lücken geschlossen und so im Falle des Falles Ersparnisse und andere Besitzwerte, wie das eigene Haus, erhalten werden.

Eine Option zur finanziellen Absicherung im Pflegefall ist die Pflegerentenversicherung. Wann und wie leistet diese Form der Pflegevorsorge?

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet lediglich eine Grundabsicherung. Die private Pflegerente ist eine notwendige Ergänzung, um im Falle des Falles den gewohnten Lebensstandard zu sichern.

Unser Produkt bietet generell Schutz bei Pflegestufe III. Im Leistungsfall zahlen wir 100 Prozent der vereinbarten Pflegerente und der Kunde muss keine Beitragszahlung mehr tätigen. Zusätzlich können Kunden die Absicherung der Pflegestufen I und II vereinbaren. Die Höhe der Pflegerente in den einzelnen Pflegestufen kann innerhalb der Tarifgrenzen frei gewählt werden.

Unsere Definition des Pflegefalls entspricht exakt der gesetzlichen Regelung; Das heißt Zurich leistet, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung auch leistet. Alternativ prüfen wir im Rahmen einer sogenannten Günstigerprüfung, ob ein Leistungsanspruch – gegeben falls auf eine höhere Pflegestufe – nach dem Punktesystem besteht. Die für den Kunden jeweils bessere Einstufung ist dann maßgeblich.

Kann man die einzelnen Pflegestufen auch getrennt versichern?

Ja, denn unsere Pflegerente bietet drei Produktlinien an, die sich im Versicherungsumfang unterscheiden. So ist es möglich von der erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) bis hin zur Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) abzusichern. Die PflegeRente Basis deckt die Pflegestufe III zu 100 Prozent der vereinbarten Pflegerente ab und kann damit professionelle Pflege rund um die Uhr ermöglichen. Bei der PflegeRente Klassik wird zusätzlich zur Stufe III (100 Prozent) auch Pflegestufe II (50 Prozent der vereinbarten Pflegerente) abgesichert. Ergänzt werden kann die Klassik-Variante durch eine Beitragfreistellung ab Pflegestufe I. Die PflegeRente Exklusiv deckt darüber hinaus mit 25 Prozent der vereinbarten Pflegerente die Pflegestufe I ab.

Der Versicherungsschutz kann somit durch zahlreiche Optionen erweitert und jederzeit an die Kundenwünsche angepasst werden.

PflegeRente BASIS	Pflegestufe III
PflegeRente KLASSIK	Pflegestufe II + III
PflegeRente EXKLUSIV	Pflegestufe I + II + III



Mit privater Vorsorge dem Alter sorgenfrei entgegenblicken.

Gibt es wie bei den Lebensversicherungen eine Überschussbeteiligung aus den Gewinnen des für diese Versicherung angelegten Geldes? Welche Rentenhöhe ist denn überhaupt möglich?

Die Pflegerente ist nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Somit erhält der Kunde eine Überschussbeteiligung, die so genannte Plus-Rente, die seine vereinbarte Pflegerente erhöht. Die Plus-Rente ist ab Beginn der Pflegerentenzahlung für die Dauer der Pflegebedürftigkeit garantiert. Für das Jahr 2012 gilt eine Plus-Rente von 30 Prozent. Hinzu kommt die Bonusrente, eine zusätzliche laufende Überschussbeteiligung.

Wichtige Frage: Demenz ist zwar keine eigene Pflegestufe, aber ein immer häufigeres Pflegefallrisiko. Wie verhält es sich hier mit der Leistung?

Bei den Produktvarianten Klassik und Exklusiv wird auch bei Demenz eine Leistung von 50 Prozent der vereinbarten Pflegerente erbracht. Die Feststellung der Demenz erfolgt anhand eines neurologischen Gutachtens und mittels anerkannter Testverfahren.

Haben Pflegerenten auch einen Todesfallschutz mit eingeschlossen?

Im Todesfall vor Beginn der Pflegerentenzahlung werden bis zu 100 Prozent der eingezahlten Beiträge erstattet. Die Höhe der Beitragsrückerstattung ist bei Antragstellung frei wählbar. Sie ist jedoch begrenzt auf die Beiträge, die bis zum Jahrestag der Versicherung gezahlt wurden, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet.

Bei Zahlung eines Einmalbeitrags ist die Beitragsrückgewähr grundsätzlich mitversichert. Bei laufender Beitragszahlung kann der Todesfallschutz auf Wunsch als Leistung vereinbart werden.

Wie sicher ist der Erhalt dieser Rente im Pflegefall? Wird der Pflegefall völlig unabhängig festgestellt?

Der Versicherungsschutz unserer Pflegerente gilt weltweit. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Pflegebedürftigkeit gekommen ist, sofern die Pflegebedürftigkeit innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens festgestellt wird.

Maßgebend ist die gesetzliche Definition nach Sozialgesetzbuch; liegt also ein anerkannter Pflegefall vor, zahlen auch wir; darüber hinaus kann über das Punktesystem die bereits angesprochene Günstigerprüfung erfolgen.

**Jeden Monat
kostenfrei neu:**

www.hbmagazin.de

www.hbmagazin.de



Ihr kleines Pflege-Lexikon

Aktivierende Pflege	Aktivierende Pflege fördert die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen. Er wird in die Pflege mit einbezogen und bestimmt, soweit möglich, das Pflegeziel und die Pflegemaßnahme mit.
Altenheim	„Altenheime“ haben sich in die Richtung „Betreutes Wohnen“ weiterentwickelt oder sind von Pflegeheimen abgelöst worden. Als Altenheim bezeichnet man eine Einrichtung, in der alte Menschen wohnen und betreut werden. Die Bewohner sind wenig pflegebedürftig. Sie haben keinen eigenen Haushalt und nehmen meist hauswirtschaftliche Dienstleistungen (Reinigung, Verpflegung, Wäscheservice etc.) in Anspruch.
Altenwohnanlage/ (Alten-)Wohnstift	Einrichtung für selbstständiges, unabhängiges Wohnen in einem eigenen Appartement. Wohnanlagen und Wohnstifte haben oft Gemeinschaftsräume wie z.B. Veranstaltungssaal, Bibliothek, Musik- und Fitnessraum. Hinzu kommen gastronomische Angebote. Die Mieter können ihren Interessen nachgehen und Gesellschaft finden. Bei Pflegebedürftigkeit wird Pflege in der eigenen Wohnung angeboten. Altenwohnanlagen mit einem sehr gehobenen Wohn- und Betreuungsangebot firmieren meist als Seniorenstift/Seniorenresidenz.
Alzheimer-Krankheit	siehe Demenz
Ambulant betreute Wohngemeinschaft	Hier leben in der Regel 4 bis 15 Personen in einer großen Wohnung oder einem Haus zusammen. Alle Bewohner sind rechtlich gesehen Mieter. Sie zahlen Miete für den eigenen Wohnraum und anteilig für die gemeinschaftlich genutzten Räume. Die Bewohner haben das Hausrecht. Sie können folglich kommen und gehen und Besuch empfangen, wie sie wollen. Sie bestimmen in der Regel über neue Mitbewohner und über die Ausstattung der Räume. Zudem wird vereinbart, welche Versorgungsleistungen in Anspruch genommen werden sollen (Reinigungsdienste, Essensdienste etc.). Die Betreuung erfolgt durch einen oder mehrere ambulante Pflegedienste. Diese werden in der Regel frei gewählt. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für an Demenz erkrankte Menschen sind nach den gleichen Kriterien organisiert. Die Angehörigen bzw. die rechtlichen Betreuer sind jedoch stärker in die Entscheidungen und Organisationsabläufe einbezogen.
Ambulante Pflege / Ambulanter Pflegedienst	Bei ambulanter Pflege werden die pflegerische und die eventuelle hauswirtschaftliche Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst in der Wohnung des Pflegebedürftigen vorgenommen.
Angehörigengremium/ Angehörigenvertretung	Für Wohngemeinschaften sind die Angehörigen oft als rechtliche Vertreter ihrer dort lebenden pflegebedürftigen Angehörigen tätig.
Barbetrag	Bewohner, die ihren Pflegeheimaufenthalt nicht allein mit ihrem eigenen Einkommen oder Vermögen, sondern nur mit Unterstützung der Sozialhilfe finanzieren können, erhalten vom Sozialhilfeträger einen monatlichen Barbetrag. Der Barbetrag ist gedacht für Ausgaben wie Friseurbesuch, Fußpflege und z.B. Hygieneartikel oder Ausgaben des täglichen Bedarfs. Der Betrag setzt sich aus einem Grundbetrag, den alle Berechtigten bekommen und einem Zusatzbetrag zusammen. Dieser richtet sich nach der Höhe des eingesetzten Einkommens. Die Pflegeeinrichtung nimmt den Barbetrag vom Sozialhilfeträger entgegen und zahlt ihn an den Bewohner aus. Möglich ist auch die Verwaltung von Barbeträgen im Auftrag des Bewohners.
Barrierefrei	In der Wohnung oder im Haus werden Umbauten ausgeführt, um die Begehung aller Räume im Alter gefahrlos zu ermöglichen. Manche Kommunen bieten hierzu Wohnberatungen an. Beispiele für Maßnahmen: Einbau einer schwellenlosen Dusche anstelle der Badewanne, Verbreiterung von Türen, Haltegriffe an den Wänden, speziell in den Sanitär-Räumen, Beseitigung von Stolperkanten. Umbauten im eigenen Wohnumfeld können zudem gefördert werden. Sie müssen dazu die DIN-Norm für behindertengerechten Wohnraum DIN 18025, Teile 1 und 2, erfüllen. Zuschussmöglichkeiten gibt es über die Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialämter und Versorgungsämter.

Begleitservice	Hilfestellung für Besorgungen und Einkäufe, Spaziergänge und Veranstaltungen. Anbieter sind ambulante Dienste und andere Dienstleister sein.
Behandlungspflege (§ 37 Absatz 2 SGB V)	Eine vom Arzt verordnete medizinische Pflegeleistung, die oft auch im Hause des Pflegebedürftigen zur Anwendung kommt. Zu den Leistungen der Behandlungspflege gehören z. B. das Setzen von Spritzen, der Wechsel von Verbänden oder die Versorgung von offenen Druckgeschwüren (Dekubitus). Die Behandlungspflege wird vom ambulanten Pflegedienst direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Im Pflegeheim ist die medizinische Behandlungspflege im Entgelt für Betreuung und Pflege enthalten.
Beihilfe	Leistungen nach dem Beihilferecht für Beamte
Betreutes Wohnen/ Betreute Wohnanlagen	Wohnform, die eine selbstständige Lebensführung in den „eigenen vier Wänden“ einer Wohnanlage auch bei Nachlassen der Leistungsfähigkeit ermöglicht. Hilfestellungen stehen als Grundservice und Wahlservice bei Bedarf zur Verfügung. Die Wohnungen bzw. Wohnanlagen sind meist barrierefrei und mit Begegnungs- und Gemeinschaftsräumen ausgestattet. Bei vermehrter Pflegebedürftigkeit kann jedoch der Umzug in ein Pflegeheim notwendig werden. Für den Wohnraum und die Betreuungsleistungen werden separate Miet- und Betreuungsverträge abgeschlossen. Die Bezeichnung „Betreutes Wohnen“ ist gesetzlich nicht geschützt! Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen informieren über Anlagen, die ein Qualitätssiegel vorweisen können.
Betreuungsbetrag für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (§§ 45a, 45b SGB XI)	Pflegebedürftige Menschen, die einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Aufsicht haben und bei denen der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eine dauerhafte Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt hat, können bei ihrer Pflegekasse zusätzliche Leistungen beanspruchen. Dazu zählen vorrangig Demenzerkrankte und Personen mit geistigen Behinderungen oder psychiatrischen Erkrankungen. Der Betreuungsbetrag beträgt hier maximal 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. 2.400 Euro (erhöhter Betrag) pro Kalenderjahr. Der Antrag hierzu wird bei der Pflegekasse gestellt. Für das entsprechende Gutachten des MDK gibt es einen Kriterienkatalog darüber, welche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegen muss.
Betreuungsgruppen (kommunal)	Betreuungsgruppen werden vorrangig für Menschen mit Demenz eingerichtet. Sie haben das Ziel, deren pflegende Angehörige zu entlasten. Erfahrungsgemäß finden diese Gruppen ein- bis zweimal wöchentlich am Nachmittag statt. Angeboten werden dazu Mehrzweckräume in den Gemeinden. Eine Fachkraft und geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter gestalten die Treffen. Angeboten werden z. B. Gesang, Backen, Spielen, Biografiearbeit, Erzählen, Gymnastik, Spaziergänge und vieles mehr.
Betreuungspauschale	Kostengröße für den Grundservice im „Betreuten Wohnen“.
Betreuungsrecht / Rechtliche Betreuung / Betreuungsverfügung	Wenn eine Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht wahrnehmen kann, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf Antrag dieser Person oder auch von Amts wegen einen Betreuer für die betreffende Person (vgl. § 1896 Bürgerliches Gesetzbuch). Mitarbeiter des Pflegeheims, in dem die betreffende Person lebt, dürfen nicht zum Betreuer bestellt werden. Häufig übernehmen Angehörige oder gute Freunde diese Betreuung. Um einem Missbrauch vorzubeugen, hat die betroffene Person die Möglichkeit, vorab eine schriftliche Betreuungsverfügung zu verfassen. Diese regelt, wer im Ernstfall als gesetzlichen Betreuer eingesetzt werden soll. Diese Betreuungsverfügung kann kostenfrei in einem Register der Bundesnotarkammer hinterlegt werden (Vorsorgevollmacht).
Betreuungsvertrag	Der Betreuungsvertrag wird im „Betreuten Wohnen“ abgeschlossen. Er regelt die Leistungen, die der Mieter im Rahmen des Grundservices erhält.
Biografiearbeit	Biografiearbeit ist für alte Menschen, besonders aber bei Demenzerkrankten von Bedeutung. Ziel der Biografiearbeit ist es, Menschen und Stationen aus dem Leben der Pflegebedürftigen sowie seine Einstellungen sichtbar zu machen. Dies ermöglicht die Selbstvergewisserung und damit Stabilisierung der Erinnerung des Erkrankten. Zudem gewinnt das Pflegepersonal mehr Bezug zur Individualität der zu pflegenden Person.
Dekubitus	Ein Druckgeschwür, das sich bei längerer Bettlägerigkeit und/ oder körperlicher Unbeweglichkeit unter anderem an den Fersen oder am Kreuzbein bildet. Im Jahr 2000 wurde vom Bundesgesundheitsministerium ein verbindlicher nationaler Standard zur Vorbeugung von Druckgeschwüren

	(Dekubitusprophylaxe) erarbeitet. Zu den Vorbeugemaßnahmen gegen Druckgeschwüre zählt vor allem die Erhaltung der Mobilität des Pflegebedürftigen, ergänzt durch die sorgfältige Beobachtung der gefährdeten Körperstellen. Ferner die stetige Durchführung druckentlastender Maßnahmen.
Demenz / Alzheimer-Krankheit	Die Alzheimer-Krankheit ist die bekannteste Form von Demenz. Demenz bedeutet wörtlich übersetzt „abnehmender Geist“. Demenzkranke leiden am Schwinden ihrer geistigen Kraft und ihrer geistigen Fähigkeiten. Im Verlauf der Krankheit vergessen und verlieren sie mehr und mehr Fähigkeiten, wie z. B. Lesen, Schreiben, Namen von Familienangehörigen oder den Toilettengang. Demenzkranke werden orientierungslos hinsichtlich Zeit und Raum. Angst wie auch Aggressivität gegenüber der Umwelt, die sie aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr verstehen, treten im Verlauf der Krankheit vermehrt auf.
Einzelpflegekräfte	Es besteht nach Prüfung die Möglichkeit, dass mit der Pflegekasse auch die Pflege und Betreuung durch Einzelpflegekräfte, d. h. durch selbstständige Kranken- oder Altenpfleger, abgerechnet werden kann. Eine Grundlage dafür ist z.B., dass die Pflege durch eine Einzelpflegekraft besonders wirksam und wirtschaftlich ist und dem Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.
Ergotherapie	Ergotherapie unterstützt Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt sind. Das vorrangige Ziel von ergotherapeutischen Maßnahmen ist es, die Selbstversorgung zu verbessern. Gezielte therapeutische Übungen und der Einsatz von Hilfsmitteln werden genutzt, um das Beste an Rehabilitation zu erreichen.
Fachkraftquote im Heim	Betreuende Tätigkeiten dürfen nach § 5 Heimpersonalverordnung des Bundes nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei muss mindestens eine beschäftigte Person und bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als 4 pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jede zweite weitere angestellte Person eine Fachkraft sein. In Pflegeheimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Pflegefachkraft ständig anwesend sein. Fachkräfte gemäß der Heimpersonalverordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Alten- oder Krankenpfleger sind echte Fachkräfte. Altenpflegehelfer und Krankenpflegehelfer sowie sonstige Hilfskräfte sind keine Fachkräfte. Mit der Ablösung des Heimgesetzes des Bundes durch die jeweiligen Heimgesetze der 16 Bundesländer kann die Regelung zur Fachkraftquote durch eigene Bestimmungen der Länder ersetzt werden. Mehrheitlich wurden aber bisher keine ländereigenen Heimgesetze vorgelegt.
Fahrdienst	Gemeinnützige Träger, wie z. B. Malteser oder Johanniter, bieten Fahrdienste für alte und behinderte Menschen an. Auskunft hierzu kann direkt bei den gemeinnützigen Trägern eingeholt werden.
Freiheitsentziehende/-beschränkende Maßnahmen	Als freiheitsentziehende sowie freiheitsbeschränkende Maßnahme wird alles bezeichnet, was einen Menschen daran hindert, aus eigenem Willen seinen Aufenthaltsort zu verändern. Beispiele: Bettgitter, Bauchgurte am Bett, Abschließen der Zimmer etc. Derartige Maßnahmen sind dann zulässig, wenn die betroffene Person damit einverstanden ist oder wenn die Heimleitung einen richterlichen Beschluss eingeholt hat. Sturzgefahr und der Drang zur Entfernung aus dem Heim sind typische Gründe zur massiven Einschränkung des Pflegebedürftigen.
Geldleistung (§ 37 SGB XI, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)	Anstelle der Sachleistung können Pflegebedürftige bei der Pflegekasse ein Pflegegeld beantragen. Voraussetzung dafür ist, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld seine erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Höhe der Geldleistung richtet sich nach der Pflegestufe. Nach Zahlung der Geldleistung wird mittels Beratungsbesuchen die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege überprüft.
Geriatric	Altersheilkunde: Die Geriatrie befasst sich mit der Entstehung, der Vorbeugung, der Diagnose und der Behandlung von Krankheiten, die vorwiegend im Alter auftreten. Ärzte und Pflegekräfte können sich in dieser Fachrichtung gezielt qualifizieren.
Gerontologie	Alterswissenschaft: Gerontologie befasst sich mit der Erforschung des Alters. Die Gerontologie umfasst viele unterschiedliche Fachgebiete, wie z.B. Geriatrie, Physiotherapie in der Geriatrie, Gerontopsychologie und Alterssoziologie.

Grundpflege	Grundpflege ist die Unterstützung des Pflegebedürftigen bei Alltagsverrichtungen. Dazu zählen die Körperpflege, Hilfe und Unterstützung beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken, beim Aufstehen und Gehen sowie beim Betten und Lagern.; ferner vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von zusätzlichen Einschränkungen wie Aufliegen, Versteifungen oder Mund- und Rachenentzündungen.
Grundservice	Die vertraglichen Betreuungsleistungen im „Betreuten Wohnen“. In der Regel handelt es sich dabei um einen Hausmeisterservice und Beratungsleistungen durch eine Betreuungskraft sowie oft auch die Installation eines Notrufs. Hinzu kommen je nach Einrichtung auch Freizeit- und Gemeinschaftsveranstaltungen. Zusätzliche Dienstleistungen zählen als Wahlservice.
Gütesiegel und Zertifikate (TÜV)	Ambulante Pflegedienste und Pflegeheime können durch Berufsverbände, Technische Überwachungsvereine (TÜV) sowie Beratungsunternehmen Gütesiegel oder Zertifikate erhalten. Grundlage dafür ist, dass sich die jeweilige Einrichtung durch Außenstehende zu einem bestimmten Zeitpunkt überprüfen lässt. Derartige Auszeichnungen haben Gültigkeit nur über einen begrenzten Zeitraum. Von Bedeutung ist, welche Qualitätsmaßstäbe einer Zertifizierung zugrunde liegen. Ist es eine gekaufte „Wald und Wiesen“- Auszeichnung oder das Ergebnis einer fachkompetenten, längeren Prüfung?
Härtefallregelung	siehe Pflegestufen
Haushaltsnahe Dienstleistungen	Für bestimmte haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse und Dienstleistungen können die Steuerermäßigungen in Anspruch genommen werden. Voraussetzung für eine haushaltsnahe Dienstleistung ist, dass es sich um Tätigkeiten handelt, die durch Mitglieder des privaten Haushalts in regelmäßigen kürzeren Abständen erledigt werden. Hierunter fallen z. B. Schönheitsreparaturen oder kleinere Ausbesserungsarbeiten. Tätigkeiten, die den Einsatz einer Fachkraft erfordern (z. B. Fliesenlegearbeiten, Wasserinstallationen) sind nicht damit gemeint.
Haushaltsunterstützung durch ambulante Pflegedienste	Ambulante Pflegedienste bieten auch die hauswirtschaftliche Versorgung an. Sie wird von festangestellten oder geringfügig beschäftigten Mitarbeitern ausgeführt. Diese hauswirtschaftlichen Leistungen können auch durch einen Kooperationspartner abgedeckt werden.
Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	Häusliche Krankenpflege ist eine Pflegeleistung durch einen ambulanten Pflegedienst. Vorliegen muss dazu die ärztliche Verordnung und die Genehmigung derselben durch Ihre Krankenkasse. Voraussetzung: Eine Krankenhausbehandlung ist notwendig, kann aber nicht ausgeführt werden. Häusliche Krankenpflege umfasst Grund- und Behandlungspflege sowie bei Bedarf auch die notwendige Haushaltsunterstützung eines ambulanten Pflegedienstes.
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten der notwendigen Ersatzpflege für maximal 4 Wochen. Aktuell bis zu 1.510 Euro, ab 1.1.2012 bis zu 1.550 Euro jährlich.
Hausnotruf	Die einfachste Maßnahme, um einen älteren Menschen ohne Angehörige in dessen Nähe in überraschenden Notlagen zu schützen. Hausnotrufe sind ein auf Telefontechnik basierendes System. Auslöser des Alarms ist mehrheitlich ein tragbarer Notrufsender (sogenannter Funkfinger zum Umhängen oder ein Armband mit einer Taste). Zudem gibt es auch in der Wohnung angebrachte Sensoren (z. B. Bewegungsmelder). Der Notrufer erreicht eine Leitstelle, die die Daten des Betroffenen aufzeigt. Kosten: Gerätemiete und die Rufbereitschaft zur Anrufannahme und -weiterleitung. Der Hausnotruf gilt als Pflegehilfsmittel. Die Kosten können bei pflegebedürftigen Personen, die einer Pflegestufe angehören, teilweise von der Pflegekasse übernommen werden.
Hauspflegekräfte	Pflege und Versorgung in der eigenen Wohnung kann auch durch selbst angestellte Hauspflegekräfte geregelt werden. Dafür müssen, wie bei jedem Arbeitsverhältnis, Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuer abgeführt und arbeitsrechtliche Vorschriften eingehalten werden.
Heimaufsicht	Je nach Bundesland liegt die Heimaufsicht bei den oberen Landesbehörden (z. B. Sozialministerium) oder in der jeweiligen Kommune vor Ort (Landratsämter der Kreise oder Stadt). Die Heimaufsicht übt Kontrollfunktionen gegenüber den Pflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen aus. Es geht dabei um die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften des Heimgesetzes und darum, Missstände durch Anordnungen und Auflagen zu beseitigen. Die Heimaufsicht ist zu angekündigten und unangekündigten Besuchen berechtigt.

Heimentgelt	Gesamtentgelt für die Versorgung in einem Pflegeheim. Zusammensetzung: Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen, Behandlungspflege und soziale Betreuung, für Unterkunft und Verpflegung (auch Hotelkosten genannt) sowie das Entgelt für nicht geförderte Investitionskosten. Mögliche Zuschläge: Betreuung von Demenzzkranken. Das Entgelt für die allgemeine Pflegeleistungen wird bis zu einem Höchstbetrag je nach Pflegestufe von der Pflegekasse übernommen.
Heimgesetz (HeimG)	Das Deutschland geltende Heimgesetz des Bundes wurde seit 2006 zum Teil durch eigene Regelungen der Länder ersetzt. Generell dient ein Heimgesetz dem Schutz der Bewohner in Pflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen. Regelt werden darin die Mitwirkungsrechte von Bewohnern und bestimmte Mindeststandards von Heimen für die Ausstattung mit Personal sowie bauliche Normen. Die Heimaufsicht hat diese Mindeststandards zu kontrollieren und Missstände zu beseitigen. Das alte Heimgesetz enthielt auch Vorschriften für die zwischen Heimträger und Bewohner abzuschließenden privatrechtlichen Verträge. Diese Vorschriften sind mit Wirkung vom 1. Oktober 2009 durch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) des Bundes ersetzt worden.
Heimordnung	Eine Heimordnung entspricht einer Hausordnung. Sie muss jedem Bewohner ausgehändigt werden. In der Regel ist sie dem Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) beigefügt.
Heimvertrag	Seit Oktober 2009 sind Heimverträge auf der Grundlage des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) zu schließen. Der Träger eines Pflegeheims muss mit jedem Bewohner einen Heimvertrag abschließen. Der Heimvertrag ist ein privatrechtlicher Vertrag zwischen Heimträger und Bewohner. Im Heimvertrag sind die Rechte und Pflichten des Trägers und des Bewohners, insbesondere die Leistungen des Trägers und das vom Bewohner insgesamt zu entrichtende Heimentgelt geregelt. Zusatzleistungen sind im Einzelnen gesondert aufzuführen und die jeweiligen Entgeltbestandteile hierfür ebenfalls gesondert anzugeben.
Hospiz	Ein Hospiz ist eine Einrichtung oder Dienstleistung der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung. Für die Arbeit von Hospizdiensten sind fünf Grundsätze ausschlaggebend: 1. Der kranke Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes. 2. Unterstützung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team. 3. Freiwillige Begleiter werden in die Arbeit mit einbezogen. 4. Die Behandlung ist auf Schmerzlinderung und Sterbebegleitung und nicht auf Heilung ausgerichtet 5. Es findet eine Trauerbegleitung der Angehörigen statt.
Kombinationsleistung (Kombination von Geldleistung und Sachleistung § 38 SGB XI)	Nimmt ein Pflegebedürftiger, der ambulant gepflegt wird, Sachleistungen in Anspruch und schöpft sein Budget dabei nicht aus, so kann er zusätzlich anteilig Pflegegeld ausgezahlt bekommen. Diese Kombinationsleistung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. In der Praxis berechnen die Pflegekassen das anteilige Pflegegeld monatlich nach Erhalt der Sachleistungsrechnung. Beispiel für Pflegestufe II: Sie haben im Monat Oktober Sachleistungen durch einen Pflegedienst in Höhe von 400 Euro beansprucht. Gemäß Pflegestufe stehen Ihnen jedoch 980 Euro monatlich zu. Hiervon haben Sie gemäß Beispiel nur 40,8 % verbraucht. In der Pflegestufe II haben Sie monatlich einen Anspruch auf 420 Euro Pflegegeld. Von diesen 420 Euro erhalten Sie die restlichen 59,2 %, also 248,64 Euro.
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	Wenn die häusliche Pflege nicht immer ausreicht oder nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden kann, so besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Der Anspruch auf diese Kurzzeitpflege ist auf 4 Wochen (28Tage) pro Kalenderjahr begrenzt. Die Pflegekasse übernimmt hierfür die pflege- und betreuungsbedingten Aufwendungen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu 1.510 Euro, ab 1.1.2012 bis zu 1.550 Euro je Kalenderjahr.
Leistungen nach dem Beihilferecht	Beamte können mit der Beihilfe eine besondere Versorgungsleistung nutzen. Personen, die nach den Vorschriften des Beamtensrechts Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten jeweils die Hälfte der ihnen zustehenden Leistungen. Das heißt, dass die beihilfeberechtigten Personen (Beamten) darüber hinaus noch privat kranken- und pflegeversichert sind und berechtigt sind, auch die Leistungen hieraus zu beziehen. Die Beihilfe gewährt ihre Leistungen bei ambulanter und stationärer Pflege.
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	Die Kriegsopferversorgung und die Kriegsopferfürsorge sind im Bundesversorgungsgesetz geregelt. Auch die Opfer von Impfschäden nach dem Bundesseuchengesetz, die Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz, die Opfer von haft- bzw. verfolgungsbedingten

	<p>Gesundheitsschäden durch das SED-Regime nach dem strafrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Rehabilitationsgesetz sowie Beschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz und dem Zivildienstgesetz können Leistungen, die an das Bundesversorgungsgesetz angelehnt sind, beziehen. Die Pflegeleistungen nach BVG sind „Pflegezulagen“ und „Hilfe zur Pflege“ sowie ein „Pflegeausgleich“ an Witwen, die ihren Ehemann zu Lebzeiten gepflegt haben. Pflegezulagen werden je nach Pflegebedürftigkeit gezahlt. Die Leistungen nach dem BVG werden bei den Versorgungsämtern beantragt.</p>
(Leistungs-)Modul	<p>Bei der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst werden Ihnen die Leistungen der Pflegeversicherung zumeist in einzelnen Modulen dargestellt, die einzeln von Ihnen „gekauft“ werden können. So gibt es z. B. die Leistung Körperpflege als „Große Toilette“ oder auch als „Kleine Toilette“, worunter eine vollständige Pflege verstanden werden kann bzw. eine Teil-pflege. Je nach Bundesland sehen die Leistungen ähnlich aus. Sie können aber unterschiedliche Inhalte bzw. Abrechnungsmodalitäten haben. Verzeichnisse der Leistungsmodule bzw. Auskünfte zur Abrechnung erhalten Sie bei den Pflegekassen oder bei den ambulanten Pflegediensten / Sozialstationen.</p>
Logopädie	<p>Logopädie steht für Sprachheilbehandlung oder Sprachtherapie für sprachgestörte Menschen. Sprachstörungen treten im Alter meist nach neurologischen Erkrankungen und nach einem Schlaganfall auf, wenn das Sprachzentrum betroffen ist (Aphasie). Logopäden arbeiten meist mit einer eigenen Praxis. Hausbesuche sind jedoch möglich. Die Kosten für diese Therapie werden von den Krankenkassen übernommen.</p>
MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)	<p>Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Pflegekassen führt der MDK die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen) durch. Darüber hinaus berät er die Pflegekassen in Fragen der pflegerischen Versorgung. Für die privaten Pflegepflichtversicherungen der privat Versicherten wird diese Arbeit von der Gesellschaft Medicproof GmbH durchgeführt. Sie ist der neutrale Dienstleister für alle privaten Krankenversicherungsunternehmen. Der MDK führt zudem, ebenfalls im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen, Qualitätsprüfungen durch. Er überprüft, ob die Leistungen der Pflegeeinrichtungen den Qualitätsstandards entsprechen. Die entsprechenden Bewertungen für ambulante Pflegedienste sowie für vollstationäre Pflegeheime sind im Internet ausgewiesen. Siehe u.a. auch www.bkk-pflegefinder.de</p>
Mehrgenerationenhäuser	<p>Mehrgenerationenhäuser beinhalten Konzepte, bei denen generationsübergreifend zwischen „Alten und Jungen“ Unterstützung geleistet wird (Kinderhütung, Kochen, Haushalt, Schularbeitenüberwachung, Gartenarbeit etc.) Wesentliches Merkmal von Mehrgenerationenhäusern ist enge Zusammenarbeit von freiwilligen und professionellen Kräften und Hilfsdiensten.</p>
Mittagstisch	<p>Bei einem Mittagstisch bieten soziale Einrichtungen wie z. B. Pflegeheime oder Mehrgenerationenhäuser die Möglichkeit, kostengünstig an einem Mittagessen teilzunehmen. Der Mittagstisch dient oft auch als Gelegenheit, die jeweilige Einrichtung einmal unverbindlich kennenzulernen.</p>
Musiktherapie	<p>„Musiktherapie“ wird als psychotherapeutische Maßnahme eingesetzt. Im Pflegeheim oder in Einrichtungen für Demenzkranke kann sie u.a. bewirken, dass angenehme Erinnerungen ausgelöst werden und schwankende Stimmungen reguliert werden. Insbesondere starke Isolationsgefühle (Einsamkeit) können tendenziell wieder aufgelöst werden.</p>
Nachtpflege / Demenz	<p>Pflegeheime sowie auch sonstige Einrichtungen für Demenzkranke bieten zum Teil diesen Service an. Es geht darum, Bewohnern, die erst später ins Bett gehen wollen oder auch sollen, in den späten Stunden des Tages Anregung und Betreuung zu bieten. Nachtpflege dient der Entlastung pflegender Angehöriger. Die Pflegebedürftigen werden tagsüber zu Hause betreut. Nachts werden Pflege und Versorgung sowie Aufsicht in einem Pflegeheim durchgeführt. Ambulante Pflegedienste bieten ambulante Nachtpflege an.</p>
Nebenkosten (Pflegeheim)	<p>Nebenkosten sind Kosten des persönlichen Bedarfs in einem Pflegeheim (u.a. Friseur). Dafür muss der Pflegeheimbewohner selbst aufkommen. Bei Selbstzahlern kann das Pflegeheim auf Wunsch, siehe auch Verwaltung des Barbetrages bei Sozialempfängern, die Verwaltung dieser Nebenkosten treuhänderisch übernehmen. Der Bewohner zahlt dann für die Nebenkosten monatlich eine Pauschale an das Pflegeheim.</p>

Notruf	siehe Hausnotruf
Palliativpflege	Bei palliativer Betreuung handelt es sich um eine Methode zur umfassenden Linderung von Beschwerden in körperlicher, sozialer und psychischer wie auch spiritueller (geistlich/religiöser) Hinsicht. Die Betreuung erfolgt hier durch ein Team aus Ärzten, Pflegekräften, ehrenamtlichen Begleitern, Sozialarbeitern, Psychologen, Seelsorgern und Physiotherapeuten. Ziel der Palliativpflege ist die Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen / Patienten und ihren Familien. Die Problemstellung ist immer eine lebensbedrohliche Erkrankung. Typisch in der Palliativpflege ist die Sterbebegleitung. Hospizdienste versorgen und begleiten die Sterbenden im Sinne der Palliativpflege.
Patientenverfügung	Eine Patientenverfügung ist ein Schriftstück, in dem die betroffene Person zukünftige Regelungen in Bezug auf ihre medizinische Versorgung verfasst. Die Patientenverfügung kann so beispielsweise den Wunsch des Betroffenen beinhalten, im Ernstfall keine lebensverlängernden Maßnahmen zu erhalten. Achtung: Patientenverfügungen sollten möglichst individuell abgefasst werden und in regelmäßigen Abständen zur Bestätigung, dass der Inhalt der getroffenen Verfügung noch gilt, erneut unterschrieben werden. Seit September 2009 ist die Patientenverfügung und damit das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten im Betreuungsrecht verankert. Vordrucke und Anregungen hierzu werden von vielen Institutionen angeboten.
Personalschlüssel	Er drückt das Verhältnis zwischen der Zahl der Pflegeheimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte aus. Personalschlüssel werden für jede Pflegestufe extra ermittelt und in der sogenannten Pflegesatzvereinbarung zwischen den Kostenträgern (u.a. Pflegekasse) und der Einrichtung vereinbart.
Pflegeberater (Anspruch auf Pflegeberatung)	Seit 2009 besteht für Pflegebedürftige und deren Angehörige ein Anspruch auf Pflegeberatung. Pflegeberater finden Sie bei den Pflegekassen bzw. in den Pflegestützpunkten. Sie helfen bei allen Fragen zur Organisation von Pflege und Betreuung. Sie kümmern sich um Formalien, beraten über Leistungen und erstellen Anträge. Gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen an der Pflege Beteiligten kann z.B. ein individueller Versorgungsplan erstellt werden. Pflegeberater kommen auch zu den Betroffenen ins Haus.
Pflegedokumentation	In der Pflegedokumentation werden die Pflegeleistungen, die ein Heim-Bewohner erhält, dokumentiert. Sinn dieser Dokumentation ist es sicherzustellen, dass alle Pflege- und Betreuungskräfte sich sehr schnell darüber informieren können, welche pflegerischen Maßnahmen ein Bewohner benötigt.
Pflegeheim	Einrichtung für die pflegebedürftige Menschen, die einen besonders hohen Pflege- und Versorgungsbedarf haben.
Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittel sind Vorrichtungen, Geräte und Sachmittel, die zur Pflege notwendig sind. Dazu gehören u.a. Hilfen für die Mobilität, beim Greifen, Hören und Sehen, beim Ankleiden sowie für die Körperpflege. Man unterscheidet technische Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, WC-Sitzerhöhungen, Patientenlifte) und Verbrauchsartikel (z. B. Inkontinenzartikel). Die Kosten für Hilfsmittel werden teilweise von der Pflege- bzw. Krankenversicherung übernommen.
Pflegekasse	Die Pflegekassen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung. Sie sind immer bei der Krankenkasse des Pflegebedürftigen angesiedelt. Pflegekassen ziehen die Beiträge ein, verwalten die Finanzmittel und entscheiden über die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Pflegekassen sind zudem verpflichtet, ihre Versicherten über die ihnen zustehenden Leistungen zu informieren und zu beraten.
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	Pflegebedürftige haben bei häuslicher (ambulanter) Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in Form der sogenannte Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Häusliche Pflegehilfe wird durch ambulante Pflegedienste erbracht, die mit den Pflegekassen einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben. Demgemäß leisten sie die Pflege- und Hilfeleistungen im Haushalt des Pflegebedürftigen. Wie diese inhaltlich aussehen, ist in Leistungsmodulen festgelegt. Der Umfang der Sachleistung ist immer abhängig von der Pflegestufe. Die Pflegekasse zahlt für die Kosten der Sachleistung im Rahmen der Pflegestufen pro Monat einen bestimmten Betrag. Übersteigen die Pflegeleistungen diesen Betrag, so sind diese Mehrkosten privat zu bezahlen.

Pflegezeit	Angehörige von Pflegebedürftigen haben seit Juli 2008 einen bis zu 6-monatigen Anspruch auf Pflegezeit. Für diesem Zeitraum können sich Angehörige in Betrieben mit über 15 Beschäftigten für die Pflege unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen. Die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung sowie der Versicherungsschutz in der Kranken- und Pflegeversicherung bleiben erhalten. Zudem haben Angehörige in einer akut auftretenden Pflegesituation einen Anspruch auf die kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage. Diese kurzzeitige Freistellung ist für alle Arbeitnehmer, unabhängig von der Betriebsgröße, möglich. Hieraus erwachsen keinerlei wirtschaftliche Nachteile für den Arbeitnehmer
Rehabilitation	Häufig schließt sich an einen Aufenthalt in der Akutklinik ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik an. Dieser dauert in der Regel drei Wochen. In der Rehabilitationsklinik steht ein breites Angebot an Therapien wie z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, physikalische Therapie etc. zur Verfügung. Ziel der Rehabilitation ist es, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erhalten oder zu vergrößern.
Rundlauf	Der Rundlauf ist eine architektonische Besonderheit, die besonders in Wohngruppen für Demenzerkrankte angelegt wird. Wenn der pflegebedürftige Mensch, dessen Orientierungssinn beeinträchtigt ist, sein Zimmer verlässt, kann er sich dank der Rundlaufausrichtung nicht im Haus verirren. Er kommt dank des Rundlaufs wieder in sein Zimmer zurück. Rundläufe werden auch angelegt, um motorisch unruhige Bewohner ungefährdet zu beschäftigen.
Sachleistung	siehe Pflegesachleistung
Seniorenstift/Seniorenresidenz	Seniorenstifte oder auch Seniorenresidenzen sind Altenwohnanlagen mit hohem Anspruch an Wohn- und Lebensqualität. Der Träger sind meist private Anbieter. Die Preisgestaltung ist für die breite Bevölkerung zu hoch.
Seniorenwohnungen	Kommunen und Wohnungsbauunternehmen reagieren mit speziellen Seniorenwohnungen auf die demografische Entwicklung. Seniorenwohnungen sind oft barrierefrei und mit Aufzügen eingerichtet. Die Lage ist bewusst nahe von Verkehrsanbindungen und vielseitigen Geschäftslagen. Eine Betreuung ist nicht damit verbunden.
SGB-V-Leistungen	SGB-V-Leistungen sind die Leistungen gemäß der Gesetzlichen Krankenversicherung.
SGB-XI-Leistungen	SGB-XI-Leistungen sind die Leistungen gemäß der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegegeld, Pflegesachleistung).
Sozialdienst	Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zur Betreuung von Pflegeheimbewohnern.
Sozialgesetzbuch (SGB)	Das Sozialgesetzbuch enthält unter anderem die Rechtsgrundlagen der Krankenversicherung (SGB V), der Rentenversicherung (SGB VI), der Unfallversicherung (SGB VII) und der Pflegeversicherung (SGB XI).
Sozialhilfeträger	Als Sozialhilfeträger werden die Ämter / Behörden bezeichnet, die für die Gewährung von Leistungen zuständig sind, die unter die Sozialhilfe fallen.
Sozialstation	siehe ambulanter Pflegedienst
Stationäre Pflege	Bei stationärer Pflege lebt der pflegebedürftige Mensch in einer Einrichtung, die Pflege und Versorgung „rund um die Uhr“ anbietet (Pflegeheim), meist Einzel- oder Doppelzimmer. Voraussetzung für die Aufnahme ist meist die Einstufung in eine Pflegestufe.
Sturzprophylaxe	Unter Sturzprophylaxe versteht man Maßnahmen zum Vorbeugen und Vermeiden von Stürzen.
Tagdienst	Tagdienst bezeichnet die Pflegedienstmitarbeiter, die in einem Pflegeheim am Tag ihren Dienst im Rahmen eines Schichtsystems leisten. Der Tagdienst wird abgelöst vom Nachtdienst.
Tagespflege	Ein Angebot für Menschen, die aufgrund körperlicher Behinderung oder psychischer Veränderung tagsüber der Pflege und Betreuung in einer Tagespflegestätte bedürfen. Die Tagesgäste leben und schlafen jedoch in ihrer eigenen Wohnung. Auch einzelne Tage in der Woche sind möglich. Die Tagesbetreuung entlastet pflegende Angehörige. Dauerhafte stationäre Pflege kann so verzögert oder ganz vermieden werden.

Teilstationäre Pflege	Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann. Auch zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege geeignet. Teilstationäre Pflege kann ergänzend neben Pflegesachleistungen und Pflegegeld beansprucht werden. Ansprechpartner hierzu ist die Pflegekasse.
Verhinderungspflege	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
Versorgungsamt	Die Aufgaben der Versorgungsämter sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Opferentschädigung, die Versorgung bei Impfschäden und die Beratung in Schwerbehindertenanlagen zählen u.a. zum Aufgabenbereich der Versorgungsämter.
Versorgungsvertrag	Nach § 72 SGB XI wird der Versorgungsvertrag zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Sozialhilfeträgern geschlossen. Im Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen geregelt, die ambulante und stationäre Einrichtungen für die Versicherten während der Dauer des Vertrags erbringen müssen. Ein Versorgungsvertrag ist Voraussetzung dafür, dass ein Pflegeheim bzw. ein Pflegedienst überhaupt Leistungen mit der Pflegekasse abrechnen kann.
Vorsorgevollmacht	Mit der Vollmacht zur Vorsorge kann der Betroffene eine andere Person bevollmächtigen, in seinem Namen eine Willenserklärung abzugeben, wenn der Betroffene selbst dazu nicht mehr in der Lage sein sollte. Eine bestimmte Form ist bei einer Vollmacht zur Vorsorge nicht erforderlich. Bei Entscheidungen über Liegenschaften (Immobilien) ist eine notarielle Beurkundung erforderlich. Vorsorgevollmachten können kostenfrei in einem Register der Bundesnotarkammer hinterlegt werden.
Vollstationäre Pflege	siehe Pflegeheim
Wahlservice	Im „Betreuten Wohnen“ werden zusätzlich zum Grundsorge, der mit einer Betreuungspauschale abgegolten wird, auch Wahlleistungen angeboten. Dabei kann es sich um Essensangebote, Einkaufsdienste, Friseur, Fahr-, Hol- und Bringdienste, hauswirtschaftliche Dienstleistungen sowie auch pflegerische und therapeutische Hilfen handeln. Diese Dienstleistungen sind extra zu bezahlen. Sie können zudem wegen einer Vertragslage an die Inanspruchnahme nur bestimmter Anbieter gebunden sein.
Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBGV)	Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz ist im Oktober 2009 in Kraft getreten. Es ersetzt die im Heimgesetz enthaltenen Vorschriften für die zwischen Heimträger und Bewohner abzuschließenden privatrechtlichen Verträge. Erfasst werden darin alle Verträge, in denen die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen verknüpft ist. Das ist nicht nur bei Pflegeheimen der Fall, sondern auch beim „Betreuten Wohnen“, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen Pflege- und Betreuungsleistungen vorgehalten werden müssen. Nicht erfasst werden Verträge, wenn neben der Überlassung von Wohnraum ausschließlich (!) allgemeine Unterstützungsleistungen wie die Vermittlung (!) von Pflegedienstleistungen, Notruf- oder hauswirtschaftliche Versorgungsdienste Vertragsgegenstand sind. Eckpunkte des verbraucherorientierten WBGV sind: - Verträge werden grundsätzlich auf unbestimmte Zeit und schriftlich abgeschlossen. Eine Befristung ist nur zulässig, wenn sie den Interessen des Verbrauchers nicht widerspricht. - Das vereinbarte Entgelt muss angemessen sein. Eine Entgelterhöhung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich und bedarf der Begründung. Bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs muss der Unternehmer eine entsprechende Anpassung des Vertrags anbieten. Ausnahmen bedürfen der gesonderten Vereinbarung. - Eine Kündigung des Vertrags ist für den Unternehmer nur aus wichtigem Grund möglich. Für Verbraucher gelten besondere Kündigungsmöglichkeiten.
Zusatzleistungen (Pflegeheim)	Zusatzleistungen sind besondere Leistungen bei der Unterkunft und Verpflegung sowie auch zusätzliche pflegerische und betreuende Leistungen in einem Pflegeheim. Hierzu zählen z.B. die Versorgung von Haustieren oder die Begleitung des Pflegebedürftigen zu privaten Veranstaltungen. Zusatzleistungen sind nicht im Heimentgelt enthalten und müssen gesondert bezahlt werden.

Adressen

Pflegestützpunkte

BADEN-WÜRTTEMBERG

Aalen

Landratsamt Ostalbkreis
Stuttgarter Str. 41
73430 Aalen
Tel. 07361-503-1403

Acher-Renchtal

Rathausplatz 1
77855 Achern
Tel. 07841-642-1267
psp-ortenaukreis@achern.de

Balingen

Filsersstrasse 9
72336 Balingen
Tel. 07433-2450
Fax. 07433-91680

Bondorf

Landkreis Böblingen
Hindenburgstr. 33
71149 Bondorf
Tel. 07457-9463969
info@pflegestuetzpunkt-boeblingen.de

Bruchsal

Rathaus am Holzmarkt
Am Holzmarkt 5
76646 Bruchsal
Tel. 07251-79-199
pflegestuetzpunkt.bruchsal@
landratsamt-karlsruhe.de

Denkendorf

Furtstrasse 1
73770 Denkendorf
Tel. 0711-341680-38

Ehingen

Sternplatz 5
89584 Ehingen
Tel. 07391-779-2476
sabine.boeckeler@alb-donau-kreis.de

Ellwangen

Landratsamt Ostalbkreis
Dienststelle Ellwangen
Sebastiansgraben 34
73479 Ellwangen
Tel. 07961-567-3403

Emmendingen

Bahnhofstrasse 2-4
79312 Emmendingen
Tel. 07641-451-378
pflegestuetzpunkt@landkreis-
emmendingen.de

Esslingen

Ritterstrasse 16
73728 Esslingen
Tel. 0711-3512-3219 / - 20

Ettlingen

Begegnungszentrum
Am Klösterle
76275 Ettlingen
Tel. 07243-101546
pflegestuetzpunkt.ettlingen@
landratsamt-karlsruhe.de

Filderstadt-Bernhausen

Martinstrasse 5
70794 Filderstadt
Tel. 0711-7003-303

Freiburg

Fehrenbachallee 12
79106 Freiburg
Tel. 0761-201-3032
Fax. 0761-201-3039
allmut.herrenbrueck@stadt.freiburg.
de

Friedrichshafen

Landratsamt
Glärnischstr. 1-3
Tel. 07541-204-5195
pflegestuetzpunkt@bodenseekreis.de

Göppingen

Kreissozialamt
Lorcher Strasse 6
73033 Göppingen
Tel. 07161-202-9110 / -9119
pflegestuetzpunkt@
landkreis-goepingen.de

Haslach

Mehrgenerationenhaus Haslach
Sandhassstr. 4
77716 Haslach
Tel. 07832-99955-220
kontakt@psp-kinzigtal.de

Heidelberg

Dantestrasse 7
69115 Heidelberg
Tel. 06221-58-37390
Tel. 06221-58-37391
Tel. 06221-58-38390
pflegestuetzpunkt@heidelberg.de

Karlsruhe

Markgrafenstr. 14
76131 Karlsruhe
Tel. 0721-133-5084
Fax 0721-133-5069
ruth.bassler@sjb.karlsruhe.de

Kehl

Mehrgenerationenhaus Kehl
Richard-Wagner-Str. 3
77694 Kehl
Tel. 07851-886658
psp-ortenaukreis@stadt-kehl.de

Kirchheim

Widerholtplatz 3
73230 Kirchheim
Tel. 07021-502334

Lahr

Amt für Soziales, Schulen und Sport
Rathausplatz 7
77933 Lahr
Tel. 07821-910-5017
psp-ortenaukreis@lahr.de

Lauda

Josef-Schmitt-Str. 26A
97922 Lauda-Königshofen
Tel. 09343-5899-478 / -479
pflegestuetzpunkt@main-tauber-
kreis.de

Leinfelden-Echterdingen

Neuer Markt 3
70771 Leinfelden
Tel. 0711-1600-251 / -229

Lörrach

Chesterpaltz 9
79539 Lörrach
Tel. 07621-1611-431
Fax. 07621-410-99880
info@pflegestuetzpunkt-loerrach.de

Mannheim

K1, 7-13
68159 Mannheim
Eingang Breite Strasse, EG Raum 15
Nördlich des Neckars
Tel.: 0621-293-8710
Südlich des Neckars
Tel. 0621-293-8711

Mengen

Hauptstrasse 116
88512 Mengen
Tel. 07572-71373-68 / -72
claudia.krall@lksig.de
elisabeth.woelke-braendlin@lksig.de

Metzingen

für Metzingen, Grafenberg, Riederich
Rathaus Metzingen
Stuttgarter Str. 2-4
72555 Metzingen
Tel. 07123-925-340
d.osterwald@metzingen.de

Mühlacker

Bahnhofstr. 86
75417 Mühlacker
Tel. 07041-81469-22
psp@fachberatung-enzkreis.de

Nürtingen

Marktstrasse 7
72622 Nürtingen
Tel. 07022 75-232

Oberkirch

Eisenbahnstrasse 1
77704 Oberkirch
Tel. 07802 82-530
psp-ortanaukreis@achern.de

Offenburg

Stadt Offenburg Seniorenbüro
Kornstrasse 3
77652 Offenburg
Tel. 0781 82-2222
psp-ortenaukreis@offenburg.de

Ostfildern

Scharnhäuser Str. 25
73760 Ostfildern
Tel. 0711 44009733

Pforzheim

Östliche Karl-Friedrich-Str. 9
75175 Pforzheim
Tel. 07231 39-3838
Fax. 07231 39-3236
pflegestuetzpunkt@
stadt-pforzheim.de

Pliezhausen

für Pliezhausen, Walddorfhäslach
Schulberg 8-14
72124 Pliezhausen
Tel. 07127 980015
pflegestuetzpunkt-pliezhausen@
gmx.de

Reutlingen

Stadt Reutlingen
Stadt Reutlingen, Abt. für Ältere
Gustav-Werner-Str. 25
72762 Reutlingen
Tel. 07121 303-2300
abteilung.aeltere@reutlingen.de

Reutlingen

für Bad Urach, Dettingen, Engstingen, Eningen, Gomadingen, Grabenstetten, Hayingen, Hohenstein, Hülben, Lichtenstein, Mehrstetten, Münsingen, Pfronstetten, Pfullingen, Römerstein, Sonnenbühl, St. Johann, Trochtelfingen, Zwiefalten
Landratsamt
Kaiserstr. 27
72764 Reutlingen
Tel. 07121 480-4030
Pflegestuetzpunkt@
kreis-reutlingen.de

Rottweil

Olgastrasse 6
78628 Rottweil
Tel. 0741 244-473
pflegestuetzpunkt@landkreis-
rottweil.de

Schwäbisch-Gmünd

Landratsamt Ostalbkreis
Dienststelle Schwäbisch Gmünd
Haußmannstr. 29
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel. 07171 32-4403

Schwäbisch-Hall

Landratsamt,
Münzstrasse 1
74523 Schwäbisch-Hall
Tel. 0791 755-7888
pflegestuetzpunkt@lrasha.de

Stuttgart

Pflegestützpunkt - Innere Stadtbezirke
Schwabenzentrum B2
Eberhardstraße 33
70173 Stuttgart
S-Mitte
Tel. 0711 216-3264
psp-stuttgart@stuttgart.de

Stuttgart

Pflegestützpunkt -
Äußere Stadtbezirke
Schwabenzentrum B2
Eberhardstraße 33
70173 Stuttgart
S-Mitte
Tel. 0711 216-6400
psp-stuttgart@stuttgart.de

Tübingen

Psychosoziale Beratungsstelle
für Ältere Menschen und deren
Angehörige e.V.
Tel. 07071 224 98
tuebingen@pflegestuetzpunkt-
tuebingen.de

Außenstellen

Diakoniestation Ammerbuch e.V.
Tel. 07073 300-3210
ammerbuch@pflegestuetzpunkt-
tuebingen.de

Diakoniestation Härten e.V.

Tel. 07071 310 07
haerten@pflegestuetzpunkt-
tuebingen.de

Diakoniestation Mössingen GmbH

Tel. 07473 4141
moessingen@pflegestuetzpunkt-
tuebingen.de

Sozialstation Rottenburg

rottenburg@pflegestuetzpunkt-
tuebingen.de

Tuttlingen

Fachstelle für Pflege und Senioren
Gartenstrasse 22
78532 Tuttlingen
Tel. 07461 9008-998 oder -999
info@FPS-TUT.de

Ulm (Stadt)

Ochshäuser Hof
Grüner Hof 5
89073 Ulm
Tel. 0731 161-5153
pflegestuetzpunkt@ulm.de

Ulm (Landkreis)

Gebäude des Alb-Donau-Kreises
Wilhelmstrasse 23.25
89073 Ulm
Tel. 0731 185-4501
christiane.heubach@alb-donau-kreis.de

Villingen-Schwenningen

Am Hoptbühl 2
78048 Villingen-Schwenningen
Tel. 07721 913-7456
pflegestuetzpunkte@irasbk.de

Waiblingen

Landratsamt Waiblingen
Alter Postplatz 10
71332 Waiblingen
Tel. 07151 501-1657 oder -1659
pflegestuetzpunkt@rems-murr-kreis.de

Waldshut-Tiengen

Kaiserstr. 110
79761 Waldshut-Tiengen
Tel.: 07751 86-4255 / -4256

Wannweil

Diakoniestation-Härten e.V.
Weinbergstr. 27 7
2127 Kusterdingen
Tel. 07071 31007

Weinheim

Weinheim Galerie
Dürrestrasse 2
69469 Weinheim
Tel. 06221 5222-620
karola.marg@rhein-neckar-kreis.de

BAYERN

Das Bayerische Kabinett hat 2009 die flächendeckende Einrichtung von 60 Pflegestützpunkten beschlossen. Aktuell wurden 5 Stützpunkte eingerichtet. Die Alternative zum Pflegestützpunkt ist die kostenlose, telefonische Auskunft des Pflegeservice Bayern. Träger sind die Bayerischen Kranken- und Pflegekassen, die laut Gesetz zu neutraler Beratung verpflichtet sind. Sie bieten eine ähnlich umfassende Beratung wie die geplanten Pflegestützpunkte.

Kostenlose Rufnummer des Pflegeservice Bayern: 0800 / 772 11 11

Weitere Informationen unter:
www.pflegeservice-bayern.de

Bad Neustadt

Landratsamt Rhön-Grabfeld,
Zimmer 129
Spörleinstrasse 11
97616 Bad Neustadt
Tel: 09771-94-129
Fax: 09771-91-81129
pflegestuetzpunkt@rhoen-grabfeld.de

Coburg

Oberer Bürglaß 1
96450 Coburg
Tel: 09561-89-1505
Fax: 09561-89-1579
pflegestuetzpunkt@coburg.de

Haßfurt

Landratsamt 1. Stock, Zi 113/114
Am Herrenhof 1
97437 Haßfurt
Tel: 09521-27-395 Information & Hilfe
Tel: 09521-27-495 Pflegeberatung
Fax: 09521-27-700
psp@hassberge.de

Neuburg-Schrobenhausen

Bahnhofstr. 107 Geriatriezentrum
86633 Neuburg an der Donau
Tel: 08431-580366
Fax: 08431-580367
pflegestuetzpunkt@ira-nd-sob.de

Nürnberg

Seniorenhaus Heilig-Geist-Haus
Hans-Sachs-Platz 2
90402 Nürnberg
Tel: 0911-5398953
Fax: 0911-8016626
info@pflegestuetzpunkte-nuernberg.de

BERLIN

Charlottenburg-Wilmersdorf

Zillestr. 10
10585 Berlin
0800-265 080-25201
zillestr@pflegestuetzpunkteberlin.de

Bundesallee 50
10715 Berlin
030-8931231
rund-ums-alter@unionhilfswerk.de

Friedrichshain-Kreuzberg
Mehringplatz 15
10969 Berlin
0800-265 080-22660
mehringplatz@pflegestuetzpunkte-berlin.de

Wilhelmstr. 115
10963 Berlin
030-25700673
koordinierung@dw-stadtmitte.de

Axel-Springer-Str. 50
10969 Berlin
030-25928245
vdek-pflegestuetzpunkt-berlin@t-online.de

Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
030-613760761
psp-berlin-kreuzberg@kbs.de

Lichtenberg

Rummelsburger Str. 13
10315 Berlin
030-25935 7955

Einbecker Str. 85
10315 Berlin
030-98 31 763 0
kst-lichtenberg@volkssolidaritaet.de

Marzahn-Hellersdorf

Janusz-Korcak-Str. 11
12627 Berlin
0800-265 080-28686
janusz-korcak-str@pflegestuetzpunkteberlin.de

Marzahner Promenade 49
12679 Berlin
030-5143093
psp.marzahn-hellersdorf@albatros-ggmbh.de

Mitte

Karl-Marx-Allee 3
10178 Berlin
0800-265 080-28100
Karl-Marx-Allee@pflegestuetzpunkteberlin.de

Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
030-45941101
pflegestuetzpunkt@egzb.de

Neukölln

Donaustr. 89
12043 Berlin
0800-265 080-27110
donaustr@pflegestuetzpunkteberlin.de

Werbellinstr. 42
12053 Berlin
030-6897700
pflegestuetzpunkt@hvd-berlin.de

Pankow

Hauptstr. 42
13158 Berlin
0800-265 080-24890
hauptstr@pflegestuetzpunkteberlin.de

Mühlenstr. 48
13187 Berlin
030-47531719
psp.pankow@albatros-ggmbh.de

Reinickendorf

Schloßstr. 23
13507 Berlin
030-41744891
psp-berlin-reinickendorf@kbs.de

Wilhelmsruher Damm 116
13439 Berlin
030-49872404
psp.reinickendorf@albatros-ggmbh.de

Spandau

Carl-Schurz-Str. 2-6
13578 Berlin
030-902792026
pflegestuetzpunkt.spandau@evangelisches-johannestift.de

Rohrdamm 83
13629 Berlin
030-343559960
stephan.grossmann@sbk.org

Steglitz-Zehlendorf

Teltower Damm 35
14169 Berlin
0800-265 080-26550
clayallee@pflegestuetzpunkteberlin.de

Johanna-Stegen-Str. 8
12167 Berlin
030-76902600
pflegestuetzpunkt@dwstz.de

Tempelhof-Schöneberg

Pallasstr. 25
10781 Berlin
0800-265 080-26210
pallasstr@pflegestuetzpunkteberlin.de

Reinhardtstr.7
12103 Berlin
030-7550703
pflegestuetzpunkt.berlin@vdk.de

Treptow-Köpenick

Hans-Schmidt-Str. 16-18
12489 Berlin

0800-265 080-27450
hans-schmidt-str@pflegestuetzpunkteberlin.de

Spreestr. 6
12439 Berlin
030-39063825
psp.treptow-koepenick@albatros-ggmbh.de

BRANDENBURG

www.pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Brandenburg an der Havel

Wiener Straße 1
14772 Brandenburg an der Havel
03381-584980
brandenburg@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Außenstelle
Jacobstraße 12
14776 Brandenburg an der Havel
03381-796737
brandenburg@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Cottbus

Neumarkt 5
03046 Cottbus
0355-612-2510
cottbus@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Eberswalde

Paul-Wunderlich-Haus
Am Markt 1, 16225 Eberswalde
03334-214-1140
eberswalde@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Eisenhüttenstadt

Friedrich-Engels-Straße 12
15890 Eisenhüttenstadt
03364-283929
eisenhuettenstadt@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Erkner

Neu Zittauer Straße 15
15537 Erkner
03362-299852
erkner@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Falkensee

Dallgower Straße 9
14612 Falkensee
03321-4036823
haveland@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Forst

Heinrich-Heine-Straße 1
03149 Forst (Lausitz)
03562-98615027
forst@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Frankfurt

Logenstraße 1, 15230 Frankfurt (Oder)
0335-5009-6964

Herzberg

Ludwig-Jahn-Straße 2
04916 Herzberg
03535-462-665
herzberg@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Luckenwalde

Am Nutheflöß 2
14943 Luckenwalde
03371-6083-892
luckenwalde@pflegestuetzpunkte-brandenburg.de

Lübben
Poststraße 5
15907 Lübben
Tel.: 03546-792411
luebben@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Neuruppin
Trenckmannstraße 15
16816 Neuruppin
Tel.: 03391-405-9803
neuruppin@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Oranienburg
Berliner Straße 106
16515 Oranienburg
Tel.: 03301-601-4890
oranienburg@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Perleberg
Berliner Straße 49
19348 Perleberg
Tel.: 03876-7131727
perleberg@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Potsdam
Jägerallee 2-4, Haus 2
14467 Potsdam
Tel.: 0331-2892210
potsdam@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Schwedt/Oder
Berliner Straße 123
16303 Schwedt/Oder
Tel.: 03332-2578014
eschwedt@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Senftenberg
Ernst-Thälmann-Straße 129
01968 Senftenberg
Tel.: 03573 809600
senftenberg@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Strausberg
Klosterstraße 14
15344 Strausberg
03341 354970
strausberg@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

Werder
Am Gutshof 1-7
14542 Werder (Havel)
03327 7393-43
werder@pflgestuetzpunkte-brandenburg.de

BREMEN

Einkaufszentrum Berliner Freiheit
Berliner Freiheit 3
28327 Bremen
Tel.: 0421 - 696242 - 0
info@bremen-pflgestuetzpunkt.de

Einkaufszentrum Haven Hööv
Zum alten Speicher 1+2
28757 Bremen
Tel.: 0421 - 696241 - 0
bremen-nord@bremen-pflgestuetzpunkt.de

Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 29/31
27568 Bremerhaven
Tel.: 0471 - 309779 - 0
info@bremerhaven-pflgestuetzpunkt.de

HAMBURG

Altona
Achtern Born 135
22549 Hamburg
Tel.: 040 - 428991010
pflgestuetzpunkt@altona.hamburg.de

Bergedorf
Weidenbaumsweg 21
21029 Hamburg
pflgestuetzpunkt@bergedorf.hamburg.de

Eimsbüttel
Garstedter Weg 13
22453 Hamburg
Tel.: 040 - 42899-1030
pflgestuetzpunkt@eimsbuettel.hamburg.de

Hamburg-Mitte
Besenbinderhof 41
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 42899-1050
pflgestuetzpunkt@hamburg-mitte.hamburg.de

Hamburg Nord
Kümmellstraße 7
20249 Hamburg
Tel.: 040 - 42899-1060
pflgestuetzpunkt@hamburg-nord.hamburg.de

Harburg
Harburger Ring 33
21073 Harburg
Tel.: 040 - 42899-1040
pflgestuetzpunkt@harburg.hamburg.de

Wandsbek Kern
Wandsbeker Allee 62
22041 Hamburg
Tel.: 040 - 42899-1070
pflgestuetzpunkt-wandsbek-kern@wandsbek.hamburg.de

Wandsbek Rahlstedt
Rahlstedter Straße 151-157
22143 Hamburg
Tel.: 040 - 42899-1080
pflgestuetzpunkt-rahlstedt@wandsbek.hamburg.de

Pflgestützpunkt für Kinder und Jugendliche
Eppendorfer Landstr. 59
20249 Hamburg
Tel.: 040 - 42899-1090
pflgestuetzpunkt-kinder@hamburg-nord.hamburg.de

HESSEN

Pflgestützpunkt Bergstraße
Landratsamt Kreis Bergstraße
Graben 15
64646 Heppenheim
Tel.: 06252 15-5090 oder -5092
pflgestuetzpunkt@kreis-bergstrasse.de

Pflgestützpunkt Stadt Darmstadt
Stadthaus
Frankfurter Str. 71
64293 Darmstadt
Tel.: 06151 669-9631 oder -2971
pflgestuetzpunkt@darmstadt.de

Pflgestützpunkt Darmstadt-Dieburg
Schlossgasse 17
64807 Dieburg
Tel.: 06071 881-2172 oder -2173 oder -2156 oder -2157
pflgestuetzpunkt@ladadi.de

Pflgestützpunkt Stadt Frankfurt am Main
Rathaus für Senioren
Hansaallee 150
60320 Frankfurt am Main
Tel.: 0800 5893659
pflgestuetzpunkt@frankfurt.de

Pflgestützpunkt Fulda
Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda
Tel.: 0661 6006-692 oder -693

Pflgestützpunkt Gießen
Kleine Mühlgasse 8
35390 Gießen
Tel.: 0641 20916497
pflgestuetzpunkt@landkreis-giessen.de

Pflgestützpunkt Groß-Gerau
Landratsamt
Wilhelm-Seipp-Str. 4
64521 Groß-Gerau
Tel.: 06152 989463
pflgestuetzpunkt@kreisgg.de

Pflgestützpunkt Hersfeld-Rotenburg
Bahnhofstraße 20
36179 Bebra
Tel.: 06622 / 9139-6494 und 9139-6495
pflgestuetzpunkt@hef-rof.de

Pflgestützpunkt Hochtaunuskreis
Landratsamt des Hochtaunuskreises
Ludwig-Erhard-Anlage 1-5
61352 Bad Homburg
Tel.: 06172 999-5171 oder -5172
pflgestuetzpunkt@hochtaunuskreis.de

Pflgestützpunkt Stadt Kassel
Rathaus, Zimmer K 302, K 304, K 305
Obere Königsstraße 8
34117 Kassel
Tel.: 0561 787-5630
pflgestuetzpunkt@stadt-kassel.de

Pflgestützpunkt Landkreis Kassel
Kulturbahnhof, Südflügel
Rainer-Dierichs-Platz 1
34117 Kassel
Tel.: 0561 1003-1371 oder -1399
pflgestuetzpunkt@landkreiskassel.de

Pflgestützpunkt Limburg-Weilburg
Kreisverwaltung Limburg-Weilburg
Schiede 43
65549 Limburg
Tel.: 06431 296-375 oder -376
pflgestuetzpunkt@limburg-weilburg.de

Pflgestützpunkt Main-Kinzig-Kreis
Hailerer Straße 24
63571 Gelnhausen
Tel.: 06051 828-4996 oder 4997
pflgestuetzpunkt@mkk.de

Pflgestützpunkt Main-Taunus-Kreis
Landratsamt
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim am Taunus
Tel.: 06192 201-0
pflgestuetzpunkt@mtk.de

Pflgestützpunkt Marburg-Biedenkopf
Landratsamt
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg
Tel.: 06421 405-7401 oder -7402
pflgestuetzpunkt@marburg-biedenkopf.de

Pflgestützpunkt Stadt Offenbach am Main

Stadthaus der Stadtverwaltung
Berliner Str. 60
63065 Offenbach
Tel.: 069 8065-2453
pflgestuetzpunkt@offenbach.de

Pflgestützpunkt Rheingau-Taunus-Kreis
Kreisverwaltung
Heimbacher Str. 7
65307 Bad Schwalbach
Tel.: 06124 510-525 oder -527
pflgestuetzpunkt@rheingau-taunus.de

Pflgestützpunkt Schwalm-Eder-Kreis
Kreisverwaltung
Parkstr. 6
34576 Homberg (Efze)
Tel.: 05681 775-250 oder -249
pflgestuetzpunkt@schwalm-eder-kreis.de

Pflgestützpunkt Vogelsbergkreis
Kreisverwaltung
Goldhelg 20
36341 Lauterbach
Tel.: 06641 977-2092 oder -2091
pflgestuetzpunkt@vogelsbergkreis.de

Pflgestützpunkt Werra-Meißner-Kreis
Schlossplatz 1
37269 Eschwege
Tel.: 05654 302-1435 oder -1436
pflgestuetzpunkt@werra-meissner-kreis.de

Pflgestützpunkt Wetteraukreis
Verwaltungsstelle
Berliner Str. 31
63654 Büdingen
Tel.: 06042 989-3700 oder 3701
pflgestuetzpunkt@wetteraukreis.de

Pflgestützpunkt Wiesbaden
Konradinger Allee 11
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611 31-3648 oder -3590
pflgestuetzpunkt@wiesbaden.de

MECKLENBURG-VORPOMMERN

www.PflgestuetzpunkteMV.de

Güstrow
Am Wall 3-5
18273 Güstrow
Tel.: 03843 755-5050
Fax: 03843 755-1080

Pasewalk
Kürassierkaserne 9
17309 Pasewalk
Tel.: 03973/255-502/503

Hansestadt Rostock
Warnowallee 30
18107 Rostock
Tel.: 0381 381 - 1506, 1507
Tel.: 0381 381 - 1508, 1509
Fax: 0381 381-1505

Wismar
Turnerweg 4a
23966 Wismar
Tel.: 0800 265080-44218
Fax: 0800 265080-49348

NIEDERSACHSEN

Alfeld
Ständehausstr. 1
31061 Alfeld
Tel.: 05181 / 7048131
Tel.: 05181 / 7048132
PflgestuetzpunktAlfeld@landkreishildesheim.de

Landkreis Aurich

Amt für Gesundheitswesen
Extumer Weg 29
26603 Aurich
Tel. 04941 / 165555
Fax. 04941 / 165399
Mobil 0176 / 16000182
eva-maria.hoffnung@landkreis-aurich.de

Stadt Braunschweig

Seniorenbüro der Stadt
Braunschweig
Kleine Burg 14
38100 Braunschweig
Tel. 0531 / 4703342
pflegestuetzpunkt@braunschweig.de

Bremervörde

Gesundheitsamt
Nebenstelle Bremervörde
Amtsallee 4
27432 Bremervörde
Tel. 04761 / 9835230
Fax 04761 / 9835249
beate.schulzbehrmann@lk-row.de

Burgdorfer Land

Rathaus I
Marktstraße 55
31303 Burgdorf
Tel. 0511 / 700201-16
Pflegestuetzpunkt.BurgdorferLand@Region-Hannover.de

Celle

Pflegestützpunkt von Stadt und
Landkreis Celle
Bullenberg 10
29221 Celle
Tel. 05141 / 9348581
Fax 05141 / 9348582

Cuxhaven (Landkreis)

Kreishaus
Vincent-Lübeck-Str. 2
27474 Cuxhaven
Tel. 04721 / 662261
Fax 04721 / 66270671
pflegestuetzpunkt@landkreis-cuxhaven.de

Diepholz (Landkreis)

Prinzhornstraße 4
49356 Diepholz
Tel. 05441 / 9761044
Tel. 05441 / 9761045
Fax 05441 / 9761780
martina.muenger@diepholz.de
gabriele.stroink@diepholz.de

Emden

Ysaak-Brons-Straße 16
26721 Emden
Tel. 04921 / 871623
Tel. 04921 / 871624
Fax 04921 / 87101623
zaubitzer@emden.de
dfecht@emden.de

Emsland

Kreisverwaltung Meppen
Ordeniederung 1
49716 Meppen
Tel. 05931 / 442253
Tel. 05931 / 441254
Tel. 05931 / 442254
pflegestuetzpunkt@emsland.de

Gifhorn (Landkreis)

Gifhorn
Kreishaus II
Schlossplatz 1
38518 Gifhorn
Tel. 05371 / 82820
Fax 05371 / 82595
pflegestuetzpunkt@gifhorn.de

Göttingen (Landkreis)

Reinhäuser Landstraße 4
37083 Göttingen
Tel. 0551 / 525909
Tel. 0551 / 595908
Fax 0551 / 5256909
Fax 0551 / 5256908
pflegestuetzpunkt@LandkreisGoettingen.de

Göttingen (Stadt)

Hiroshimaplatz 1-4
37083 Göttingen
Tel. 0551 / 4002177
Tel. 0551 / 4003143
m.hoenig@goettingen.de

Goslar

Jakobikirchhof 5 - 6
38640 Goslar
Tel. 05321 / 319615
Fax 05321 / 319033
susanne.neumann@landkreis-goslar.de

Grafschaft Bentheim

Am Bölt 27
48527 Nordhorn
Tel. 05921 / 961866
Tel. 05921 / 961848
Fax 05921 / 9651866
Fax 05921 / 9651848
paula.nordemann@grafschaft.de
hanna.reurik@grafschaft.de

Hannover

Landeshauptstadt Hannover 1
Zentrale Stelle des
SeniorenServiceZentrums
Ihmepassage 5
30449 Hannover
Tel. 0511 / 16842345
Fax 0511 / 16846401
57-Infothek@Hannover-Stadt.de
Landeshauptstadt Hannover 2
Seniorenwohnanlage
Luise-Blume Stiftung
Luise-Blume-Straße 1
30659 Hannover
Tel. 0511 / 16842345
Fax 0511 / 16846401
57-Infothek@Hannover-Stadt.de

Stadtbezirksbüro
Rathaus Misburg
Waldstraße 9
30629 Hannover
57-Infothek@Hannover-Stadt.de

Stadtbezirksbüro
Rathaus Bemerode
Bemeroder Rathausplatz 1
30539 Hannover
57-Infothek@Hannover-Stadt.de

Hannover-Umland

Haus der Region
Hildesheimer Straße 20
30169 Hannover
Tel. 0511 / 70020114
Tel. 0511 / 70020115
Fax 0511 / 6161123770
Fax 0511 / 6161124266
Umland@region-hannover.de

Heidekreis / Soltau-Fallingb.ostel

Dierkingstraße 19
29664 Walsrode
Tel. 05161 / 980600
Fax 05161 / 980636
F07300@heidekreis.de
F07303@heidekreis.de

Helmstedt

Conringstraße 27-30
38350 Helmstedt
Tel. 05351 / 1212470

Tel. 05351 / 1212464
pflegestuetzpunkt.helmstedt@landkreis-helmstedt.de

Hildesheim

Kreishaus Hildesheim
Bischof-Janssen-Str. 31
31134 Hildesheim
Tel. 05121 / 3091601
Tel. 05121 / 3091602
PflegestuetzpunktHildesheim@landkreishildesheim.de

Leer (Landkreis)

Bergmannstr. 37
26789 Leer
Tel. 0491 / 9261600
Tel. 0491 / 9261660
Fax 0491 / 9261585
heike.diekhoff@lkLeer.de
jasmin.kunstreichheinrichsdorff@lkLeer.de

Lüneburg (Region)

Heiligengeiststr. 29a
21335 Lüneburg
Tel. 04131 / 309-316
Tel. 04131 / 309-702
heinzherrmann.twesten@stadt.lueenburg.de

Nienburg (Landkreis)

Rühmkorffstraße 12
31582 Nienburg
Tel. 05021 / 967682
Fax 05021 / 967623
altenhilfe@kreis-ni.de

Northeim

Medenheimer Str. 6/8
37154 Northeim
Tel. 05551 / 708379
Tel. 05551 / 708123
Tel. 05551 / 708124
Fax 05551 / 7089584
Fax 05551 / 7089585
Fax 05551 / 7089586
chanelt@landkreis-northeim.de
awinter@landkreis-northeim.de

Weiterbildungszentrum Norden

Offenstraße 1
26506 Norden
Tel. 04931 / 924202
Fax 04931 / 924104
PSP-norden@vhsnorden.de

Oldenburg (Landkreis)

Kreishaus Wildeshausen
Delmenhorster Straße 6
27793 Wildeshausen
Tel. 04431 / 85603
Tel. 04431 / 85604
Fax 04431 / 8586030
Fax 04431 / 8586031
pflegestuetzpunkt@oldenburg-kreis.de

Osnabrück (Landkreis)

Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück
Tel. 0541 / 5013207
Fax 0541 / 50163207
Tel. 0541 / 5013208
Tel. 0541 / 50163208
andreas.stallkamp@lkos.de
petra.herder@lkos.de

Osterode (Landkreis)

Herzberger Straße 5
37520 Osterode am Harz
Tel. 05522 / 960249
ulrike.stahmannfuchs@landkreis-osterode.de

Peine (Landkreis)

Winkel 31
31224 Peine

Tel. 05171 / 8047150
Fax 05171 / 8047159
m.schueler@landkreis-peine.de
k.galuszka@landkreis-peine.de

Rotenburg (Landkreis)

Bahnhofstraße 15
27356 Rotenburg (Wümme)
Tel. 04261 / 9833275
Tel. 04261 / 9833276
Fax 04261 / 9833249
oliver.rothhardt@lk-row.de
Ursula.seidler@lk-row.de

Salzgitter

Joachim-Campe-Straße 6-8
38226 Salzgitter-Lebenstedt
Tel. 05341 / 8393250
Tel. 05341 / 8394427
Fax 05341 / 8394956
pflegestuetzpunkt@stadtsalzgitter.de

Schaumburg (Landkreis)

Sozialamt des Landkreises
Schaumburg
Breslauer Str. 2-4
31655 Stadthagen
Tel. 05721 / 703789
Fax 05721 / 703798
fachdienstaltenhilfe.50@landkreisschaumburg.de

Soltau

Bornemannstraße 2
29614 Soltau
Tel. 05191 / 970777
Tel. 05191 / 970786
Tel. 05191 / 970809

Uelzen (Landkreis)

Rathaus der Stadt Uelzen
Herzogenplatz 2
29525 Uelzen
Tel. 0581 / 800-6132
Tel. 0581 / 800-6133
Fax 0581 / 82429
n.schwank@landkreis-uelzen.de
r.struck@landkreis-uelzen.de

Uslar

Altes Rathaus
Lange Straße 1
37170 Uslar
Tel. 05382 / 9176175
Tel. 05561 / 916419
Tel. 0173 / 8605005

Verden (Landkreis)

Lindhooper Str. 67
27283 Verden
Tel. 04231 / 15489
Tel. 04231 / 15374
Fax 04231 / 1510489
monika-warnken@landkreisverden.de
sybille-moesch@landkreisverden.de

Wittmund (Landkreis)

Friedenstraße 1
26409 Wittmund
Tel. 04462 / 2051517
Fax 04462 / 2051519
servicebuero@lk.wittmund.de

Wolfsburg

Stadt Wolfsburg
Rathaus B
Zimmer B 162
Dierschstraße 49
38440 Wolfsburg
Tel. 05361 / 282848
Fax 05361 / 282908
pflegestuetzpunkt@stadt.wolfsburg.de

NORDRHEIN-WESTFALEN

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Karlshof am Markt
 52062 Aachen
 Tel.: 0241 464118
 Fax: 0241 462282
 stephanie.reisinger@rh-aok.de

Pflegestützpunkt bei der Städteregion Aachen
 Zollernstraße 10
 52070 Aachen
 Tel.: 0241 51985074
 Fax: 0241 51982635
 pflegestuetzpunkt@staedteregion-aachen.de

Pflegestützpunkt bei der Vereinigten IKK
 Bahnhofstraße 4-6
 59227 Ahlen
 Tel.: 02382 7600862
 Fax: 02382 7605003

Pflegestützpunkt bei der AOK Nord West
 Einsteinstraße 2-4
 59269 Beckum
 Tel.: 02521 159 701 (-702 oder -703)
 Fax: 02521 159303

Pflegestützpunkt bei der Stadt Bielefeld
 Niederwall 23
 33602 Bielefeld

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Haus der Knappschaft
 Hochstraße 24
 46236 Bottrop
 Tel.: 02041 72500542
 Fax: 02041 72500543
 psp-bottrop@kbs.de

Pflegestützpunkt bei der Vereinigten IKK
 Bahnhofstraße 56
 32257 Bünde
 Tel.: 05223 1839738
 Fax: 05223 1839826
 ikk@pflegestuetzpunkt-kreis-herford.de

Pflegestützpunkt bei der AOK NordWest
 Wiesenstraße 22
 32756 Detmold
 Tel.: 05231 7603303
 Fax: 05231 7603323
 info@pflegestuetzpunkt-lippe.de

Pflegestützpunkt bei der AOK NordWest
 Königswall 25-27
 44137 Dortmund
 Tel.: 0231 9158 - 139/475
 Fax: 0231 9158464
 pflegestuetzpunkt-dortmund@nw.aok.de

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Hansastraße 95
 44137 Dortmund
 Tel.: 0231 9063 668
 Fax: 0231 9063 618
 psp-dortmund@kbs.de

Pflegestützpunkt bei der Vereinigten IKK
 Semerteichstraße 50-52
 44141 Dortmund
 Tel.: 0231 22568175
 Fax: 0231 3950417
 siegfried.wustig@vereinigte-ikk.de

Pflegestützpunkt bei der Stadt Dortmund
 Kleppingstraße 26
 44135 Dortmund
 Tel.: 0231 5025727
 Fax: 0231 5026016

Pflegestützpunkt beim Kreis Düren
 Bismarckstraße 16
 52351 Düren
 Tel.: 02421 222263
 Fax: 02421 222595
 pflegestuetzpunkt-dueren@kreis-dueren.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Jägerstraße 25
 45127 Essen
 Tel.: 0201 2011 750
 Fax: 0201 2011 127
 essen-jaegerstrasse@pflegestuetzpunkt-nrw.de

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Heinickestraße 31
 45128 Essen
 Tel.: 0201 1759 281
 Fax: 0201 1759 282
 essen.heinickestrasse@pflegestuetzpunkt-nrw.de

Pflegestützpunkt bei der Novitas BKK
 Kurfürstenstraße 58
 45138 Essen
 Tel.: 0201 432 1680
 Fax: 0201 432 1688
 essen.kurfuerstenstrasse@pflegestuetzpunkt-nrw.de

Pflegestützpunkt bei der Stadt Essen
 Steubenstraße 53
 45138 Essen
 Tel.: 0201 88 50089
 Fax: 0201 88 50153
 essen.steubenstrasse@pflegestuetzpunkt-nrw.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Kaplan Kellermann-Straße 2-6
 53879 Euskirchen
 Tel.: 02251 703117
 Fax: 02251 703119
 pflegestuetzpunkt-euskirchen@rh.aok.de

Pflegestützpunkt beim Kreis Euskirchen
 Jülicher Ring 32
 53879 Euskirchen
 Tel.: 02251 15521
 Fax: 02251 15566
 pflegestuetzpunkt@kreis-euskirchen.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Nord West
 Maelostraße 8
 45879 Gelsenkirchen
 Tel.: 0209 1693800 oder 0209 1693801

Pflegestützpunkt bei der Stadt Gelsenkirchen
 Vattmannstraße 2-8
 45879 Gelsenkirchen
 Tel.: 0209 1692560
 Fax: 0209 1692366

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Geilenkirchener Straße 2
 52525 Heinsberg
 Tel.: 02452 181300
 Fax: 02452 181310
 pflegestuetzpunkt-heinsberg@rh.aok.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Nord West
 Kurfürstenstraße 3-7
 32052 Herford
 Tel.: 05221 594/401,402 oder 403
 Fax: 05221 594 405
 aok@pflegestuetzpunkt-kreis-herford.de

Pflegestützpunkt bei der BKK HMR
 Am Kleinbahnhof 5
 32051 Herford
 Tel.: 05221 1026400
 Fax: 05221 10269000
 bkk@pflegestuetzpunkt-kreis-herford.de

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Westring 219
 44629 Herne
 Tel.: 02323 140613
 Fax: 02323 140644
 psp-herne@kbs.de

Pflegestützpunkt bei der Stadt Herne
 Hauptstraße 360
 44649 Herne
 Tel.: 02323 163081
 Fax: 02323 163084
 karen.bonkhoff-mueller@herne.de

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Weberstraße 74-104
 49477 Ibbenbüren
 Tel.: 05451 443711
 Fax: 05451 443721
 pspibbenbueren@kbs.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Promenadenstraße 1-3
 52428 Jülich
 Tel.: 02461 682299
 Fax: 02461 682199
 pflegestuetzpunkt-dueren-juelich@rh.aok.de

Pflegestützpunkt Kamen
(errichtet durch den Kreis Unna in Kooperation mit der Verbraucherzentrale NRW)
 Nordenmauer 18
 59174 Kamen
 Tel.: 02307 2899060
 Fax: 02307 2899066
 psp.kamen@kreis-unna.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Von-Loe Straße 24-26
 47906 Kempen
 Tel.: 02152 913 468

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Friedrichstraße 27-31
 47798 Krefeld
 Tel.: 02151 856299
 Fax: 02151 856166
 pflegestuetzpunkt-krefeld@rh.aok.de

Pflegestützpunkt bei der Stadt Krefeld
 Virchowstraße 128
 47805 Krefeld
 Tel.: 02151 862924

Pflegestützpunkt bei der Pronova BKK
 Rheinuferstraße 7-9
 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 447903139

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Heinrich-Cordes Platz 4
 57368 Lennestadt
 Tel.: 02723 7192526
 Fax: 02723 7192533
 psp-lennestadt@kbs.de

Pflegestützpunkt bei der Knappschaft
 Arndtstraße 4
 44534 Lünen
 Tel.: 02306 700391
 Fax: 02306 700393
 luenen@kbs.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Neanderstraße 16
 40822 Mettmann
 Tel.: 02104 978303
 Fax: 02104 978444

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg und TK
 Dahlener Straße 69-77
 41239 Mönchengladbach
 Tel.: 02166 1445491

Pflegestützpunkt bei der Stadt Mönchengladbach
 Fliethstraße 86-88
 41061 Mönchengladbach
 Tel.: 02161 256725
 Fax: 02161 256749

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
 Friedrich-Ebert-Straße 65
 45468 Mülheim an der Ruhr
 Tel.: 0208 4503224
 Fax: 0208 4503129

Pflegestützpunkt bei der Stadt Mülheim
 Bülowstraße 104-110
 45479 Mülheim an der Ruhr
 Tel.: 0208 4555055
 Fax: 0208 4555099

Pflegestützpunkt bei der AOK NordWest
 Königstraße 18-20
 48143 Münster
 Tel.: 0251 595 700
 Fax: 0251 595 512

Pflegestützpunkt bei der Stadt Münster
 Gasselstiege 11-13
 (Gesundheitshaus)
 48159 Münster
 Tel.: 0251 492 5050
 Fax: 0251 492 7924
 infobuero@stadt-muenster.de

Pflegestützpunkt bei der AOK NordWest
 Winterbergstraße 19
 57462 Olpe
 Tel.: 02761 87242 oder 02761 87177
 Fax: 02761 87116

Pflegestützpunkt bei der Vereinigten IKK
 Kurfürst Heinrich Straße 13
 57462 Olpe
 Tel.: 02761 8367802
 Fax: 02761 8367803
 pflegestuetzpunkt.olpe@vereinigte-ikk.de

Pflegestützpunkt beim Kreis Paderborn
 Aldegrevestraße 10-14
 33102 Paderborn

Pflegestützpunkt beim Kreis Steinfurt
 Münsterstraße 55
 48431 Rheine
 Tel.: 05971 1613198
 pflegestuetzpunkt@kreis-steinfurt.de

Pflegestützpunkt bei der AOK NordWest
Alexander-König Straße 17
48565 Steinfurt
Tel.: 02551 16299
steinfurt@wl.aok.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
Frankentalstraße 16
52222 Stolberg
Tel.: 02402 104125

Pflegestützpunkt bei der AOK Nord/West
Märkische Straße 2
59423 Unna
Tel.: 0203 201135
Fax: 02303 201247
Katharina.engel@wl.aok.de

Pflegestützpunkt beim Kreis Viersen
Königsallee 30
41747 Viersen
Tel.: 02162 101725

Pflegestützpunkt beim Kreis Warendorf
Waldenburgerstraße 2
48231 Warendorf
Tel.: 02581 535005
pflegestuetzpunkt@kreis-warendorf.de

Pflegestützpunkt bei der AOK Rheinland/Hamburg
Bundesallee 265
42103 Wuppertal
Tel.: 0202 482318
pflegestuetzpunkt-wuppertal@rh.aok.de

Pflegestützpunkt bei der BARMER GEK
Geschwister-Scholl-Platz 9-11
42275 Wuppertal
Tel.: 0185 00731111 oder 0202 5821731111
Fax: 0185 00731685
Wuppertal-Pflegestuetzpunkt@barmer-gek.de

Pflegestützpunkt bei der Stadt Wuppertal
Friedrich-Engels-Allee 76
42285 Wuppertal
Tel.: 0202-252225
Fax: 0202-563 8553
pflegestuetzpunkt@stadt.wuppertal.de

RHEINLAND-PFALZ

Adenau
Kirchstrasse 15
53518 Adenau
Tel.: 02691 30535
Fax: 02691 30593
AHZadenau-altenahr@adenau.de

Altenkirchen
Parkstrasse 1
57610 Altenkirchen
Tel: 02681 813401
Fax: 02681 813499
beko@kreis-ak.de

Alzey
Josselinstrasse 3, 55232 Alzey
Tel: 06731 940050
beko-alzey@gmx.de

Andernach
Haus der Familie, Gartenstrasse 4
56626 Andernach
Tel: 02632 94598-13 oder -16
h.kroeger@psp-mayen-koblenz.de
u.flick@psp-mayen-koblenz.de

Arzfeld
Luxemburger Str. 5
54687 Arzfeld
Tel: 06550 9299 797
Fax: 06550 9299 799
arzfeld@psp-bitburg-pruem.de

Asbach
Hospitalstrasse 8
53567 Asbach
Tel: 02683 9477184
Fax: 02683 9477185
beko-asbach@lv-rlp.drk.de

Bad Dürkheim
Gerberstr. 6
67098 Bad Dürkheim
Tel: 06322 989060
Fax: 06322 921298
beko@sozialstation-duew.de

Bad Ems
Kirchgasse 15-17
56130 Bad Ems
Herr Stefan Hauser
Tel: 02603 5750
Fax: 02603 5068017
beko-bad-ems@ekhn-net.de

Bad Kreuznach
Salinenstrasse 109
55543 Bad Kreuznach
Tel: 0671 7961795
Fax: 0671 7947413
info@beko-badkruznach.de

Mannheimer Str. 243
55543 Bad Kreuznach
Tel: 0671 8881118
Fax: 0671 8881122
t.michel@asb-kh.de

Mittlerer Flurweg 43b
55433 Bad Kreuznach
Tel: 0671 4837936
Fax: 0671 4837938
christine.selak@ev.altenhilfe-nhm.de

Bad Marienberg
Bornwiese 1
56470 Bad Marienberg
Tel: 02661 9510417
Fax: 02661 9510413
beko@kv-westerwald.drk.de

Bad Neuenahr-Ahrweiler
Bahnhofstr. 5
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel: 02641 759850
Fax: 02641 759839
beko@caritas-ahrweiler.de

Bendorf
Entengasse 9 · 56179 Bendorf
Tel: 026228847048
Fax: 02622 8847049
k.hirsch@psp-mayen.de

Bernkastel-Kues
Stiftsweg 1
54470 Bernkastel-Kues
Tel: 06531 966018
Fax: 06531 966019
schneider.ursula@caritas-wittlich.de

Betzdorf
Elly-Heuss-Knapp-Str. 12
57518 Betzdorf
Tel: 02741 970551
Fax: 02741 23231
beko-betzdorf@oeksoz.de

Bingen
Rochusstrasse 8
55411 Bingen am Rhein
Tel: 06721-917747
Fax: 06721-917750
m.marx@caritas-bingen.de

Birkenfeld / Baumholder
Schneewiesenstr. 18
55765 Birkenfeld
Tel: 06782-9 84 86 12, Tel: 06782-9 84 86 13
Fax: 06782-9848614
beko@sozialstation-birkenfeld.de

Bitburg
Erdorfer Str. 9
54634 Bitburg
Tel.: 06561-602525
Fax: 06561-602511
cordula.bielemeier@drk-bitburg.de

Bodenheim, Budenheim
Am Reichsritterstift 3
55294 Bodenheim
Tel: 06135 951361
Fax: 06135 951342
beko-bodenheim@caritas-mz.de

Böhl-Iggelheim
Kirchenstr. 23
67459 Böhl-Iggelheim
Tel: 06324 961113
Fax: 06324 961133
beko@oekumenische-sozialstation-boehl-iggelheim.de

Brücken
Paulengrunderstr. 7a
66904 Brücken
Tel: 06386 921923 und -1639
Fax: 06386 921912
beko@sozialstation-bruecken.de

Dahn
Schulstrasse 11
66994 Dahn
Tel: 06391 9101222
Fax: 06391 9101229
bekodahn@wasgau-sozialstation.de

Damscheid
St. Aldegundisstr. 3a
55432 Damscheid
Tel: 06744 94009
Fax: 06744 94007
beko@ahz-ochs.de

Daun
Mehrener Strasse 1
54550 Daun
Tel: 06592 9573-201 oder - 202
Fax: 06592 9573-200
b.brokonier@daun.caritas-westefel.de
g.simonis@daun.caritas-westefel.de

Dieblich
Gartenstrasse 32
56332 Dieblich
Tel: 02607 972247
Fax: 02607 972246
beko.maeurer@caritas-koblenz.de

Diez
Friedhofstrasse 19
65582 Diez
Tel: 06432 919813
Fax: 06432 919888
beko@dekanat-diez.de

Emmelshausen
Kirchstrasse 2-4
56281 Emmelshausen
Tel: 06747 937713
Fax: 06747 937717
vogt-schmitt.monika@caritas-sozialstation.de

Frankenthal
Nürnberger Str. 61
67227 Frankenthal
Tel.: 06233-3185511
Fax: 06233-319748
beko@awo-frankenthal.de

Foltzring 12
67227 Frankenthal
Tel.: 06233-220660
Fax: 06233-220662
weidenauer-sauer@sozialstation-ft.de

Germersheim
Bismarckstr. 12
76726 Germersheim
Tel: 07274 7030932
pflegestuetzpunkt-GER-brech-
stepp@kreis-germersheim.de
Tel: 07274 7030177
pflegestuetzpunkt-GER-scheib@
kreis-germersheim.de

Gerolstein
Raderstrasse 9
54568 Gerolstein
Tel: 06591 7003 / 06591 983646
Fax: 06591 7002
m.neumann@gerolstein.caritas-
westefel.de
l.uhlendorf@gerolstein.caritas-
westefel.de

Gillenbeuren
Gartenstrasse 17
56825 Gillenbeuren
Tel: 02677 951888 oder 952870
Fax: 02677 952864
b.boost@psp-cochem-zell.de
b.brengmann@psp-cochem-zell.de

Grünstadt
Friedrich-Ebert-Str. 2
67269 Grünstadt
Tel.: 06359-935915
Fax: 06359-935916
beko@sozialstation-gruenstadt.de

St. Peter-Strasse 23
67269 Grünstadt
Tel.: 06359-890118
beko@asbgruenstadt.de

Hachenburg
Gartenstrasse 11
57627 Hachenburg
Tel: 02662 958833
Fax: 02662 958844
beko@diakoniestation.hbg.de

Hamm/Sieg
Im Kulturhaus, Scheidter Str. 11-13
57577 Hamm/Sieg
Tel.: 0174 2028841

Hargesheim
Schlesienstr. 8
55595 Hargesheim
Tel: 0671 844644
Fax: 0671 844643
beko.hargesheim@sozialstation-
nahe.de

Haßloch
Langgasse 133
67454 Haßloch
Tel: 06324 9699524
Fax: 06324 9699529
margarete.buchholz@
sozialstation-hmh.de

Herdorf
Friedrichstrasse 5
57562 Herdorf
Tel: 02744 930312
Fax: 02744 930313
info@beko-herdorf.de

Hermeskeil
Kunickerstrasse 17
54411 Hermeskeil
Tel: 06503 9522750
Fax: 06503 9522752
p.linden-burghardt@psp-trier-
saarburg.de

Tel: 06503 952751
 Fax: 06503 952752
 b.blesius@psp-trier-saarburg.de

Herrstein
 Verbandsgemeindeverwaltung
 Herrstein
 Brühlstrasse 16
 55756 Herrstein
 Tel: 06785-99959 00
 Tel: 06785-99959 01
 Fax: 06785-99959 02
 info@vg-herrstein.de

Herxheim
 Käsgasse 15
 76863 Herxheim
 Tel: 07276 989010
 Fax: 07276918850
 ursula.schwarz@sozialstation-ahz.de

Hilgert
 Rheinstrasse 2a
 56206 Hilgert
 Tel: 02624 950636
 Fax: 02624 940952
 susanne.schaefer-weilberg@juh-hrs.de

Idar-Oberstein
 Tiefensteinerstr. 159
 55743 Idar-Oberstein
 Frau Christiane Flake
 Tel: 06781-56 36 33
 Tel: 06781-56 36 32
 Fax: 06781-5636 34
 beko-io@gmx.de

Ingelheim
 Stadt Ingelheim
 Matthias-Grünwald-Str. 15
 55218 Ingelheim am Rhein
 Tel.: 06132-716700
 Fax: 06132-719882
 beko-ingelheim@web.de

Verbandsgemeinden Gau- Algesheim/Heidesheim
 Matthias-Grünwald-Str. 15
 55218 Ingelheim am Rhein
 Tel.: 06132-719881
 Fax: 06132-719882
 beko-gauual-heides@web.de

Kaiserslautern
 Berliner Strasse 30
 67659 Kaiserslautern
 Tel: 0631-3712719
 Fax: 0631-3712755
 asb@asb-kl.de

Dornenstrasse 40b
 67657 Kaiserslautern
 Tel: 0631-43947
 Fax: 0631-47484
 beko@m-mm-kl.de

Mennonitenstr. 28
 67657 Kaiserslautern
 Tel: 0631-3411633
 Fax: 0631-3411619
 beko@zoar.de

Mannheimer Str. 21
 67655 Kaiserslautern
 Tel: 0631-31699101
 Fax: 0631-31699201
 Engert@sozialstation-kl.de

Kandel
 Gartenstrasse 8
 76870 Kandel
 Tel: 07275 960128
 Fax: 07275 960101
 beko@pflagedienst-hatzenbuehl.de

Kastellaun
 Eifelstrasse 7
 56288 Kastellaun
 Tel: 06762-4029-24
 Fax: 06762-40290
 pflegestuetzpunkt@msf.de

Kirchberg
 Konrad-Adenauer-Str. 32
 55481 Kirchberg
 Tel: 06763 30116
 Fax: 06763 301124
 sabine.herfen@ev.altenhilfe-sim.de

Kirchen
 Bahnhofstr. 12
 57548 Kirchen
 Tel: 02741-930167
 Fax: 02741-930168
 beko-kirchen@t-online.de

Kirchheimbolanden
 Dannenfelder Str. 40b
 67292 Kirchheimbolanden
 Tel: 06352-71 90 61 9
 Fax: 06352-71 90 62 1
 beko@sozialstation-kibo.de

Kirn
 Bahnhofstrasse 35
 55606 Kirn
 Tel: 06752-71801
 Fax: 06752-94223
 christa.hermes@sozialstation-kirn.de

Klingenmünster
 Steinstrasse 1
 76889 Klingenmünster
 Tel: 06349-929244
 Fax: 06349-929243
 j.vogel@sozialstation-suew.de

Koblenz-Nord
 Geisbachstr. 22
 56072 Koblenz
 Tel: 0261-29671900
 Fax: 0261-20029998

a.kunz@psp-koblenz.de
 Tel: 0261-29671901
 h.liedtke@psp-koblenz.de

Koblenz-Süd
 In der Goldgrube 10
 56073 Koblenz
 Tel: 0261-94230186
 Fax: 0261-94230187
 a.piwinger@psp-koblenz.de
 m.schmidt@psp-koblenz.de
 k.kirsch@psp-koblenz.de

Koblenz-Mitte
 Bogenstr. 53a
 56073 Koblenz
 Tel: 0261-29671921
 Fax: 0261-29671920
 Tel: 0261-29671921
 n.ott@psp.koblenz.de
 Tel: 0261-29671919
 s.schlager@psp-koblenz.de

Koblenz-Ost
 Bogenstr. 53a
 56073 Koblenz
 Tel: 0261-94249652
 Fax: 0261-94249653
 i.lenz-schmalenbach@psp-koblenz.de

Konz
 Konstantinstrasse 50
 54329 Konz
 Tel: 06501-6075760
 Fax: 06501-6075762
 r.locker@psp-trier-saarburg.de
 Tel: 06501-6075761
 Fax: 06501-6075762
 c.wagner@psp-trier-saarburg.de

Kusel
 Remigiusbergstr.12
 66869 Kusel
 Tel: 06381-925515
 Fax: 06381-925525
 bekokusel@gmx.de

Lahnstein
 Gutenbergstr. 8, 56112 Lahnstein
 Tel: 02621-940820
 Fax: 02621-940841
 beko.lahnstein@cv-ww-rl.de

Lambrecht
 Klostergartenstr. 1
 67466 Lambrecht
 Tel: 06325-180112
 Fax: 06325-980169
 petra.illig@awo-pfalz.de

Lambsheim
 Mühlthorstr. 10b
 67245 Lambsheim
 Tel: 06233-356711
 Fax: 06233-356725
 beko-dietz@sozialstation-lambsheim.de

Landau in der Pfalz
 Röntgenstrasse 54
 76829 Landau i.d.Pfalz
 Tel: 06341-945843
 Fax: 06341-945849
 beko@sozialstation-landau.de

Landstuhl
 Kaiserstrasse 336
 66849 Landstuhl
 Tel: 06371-838359
 Fax: 06371-838359
 beko-landstuhl@vodafone.de

Langenlonsheim
 Naheweinstr. 124
 55450 Langenlonsheim
 Tel: 06704-96386920
 Fax: 06704-96386950
 annerut.marx@ev-altenhilfe-nhm.de

Lauterecken
 Schulstrasse 10
 67742 Lauterecken
 Tel: 06382-993022
 Fax: 06382-3027
 beko@sozialstation-lauterecken.de

Limburgerhof
 Kirchenstr. 29
 67117 Limburgerhof
 Tel: 06236-479412
 Fax: 06236-479420

Linz am Rhein
 Am Schwimmbad 4
 53545 Linz am Rhein
 Tel: 02644-6030600
 Fax: 02644-955535
 info@pflegeberatung-linz.de

Ludwigshafen
 Weinbietstr. 36
 67065 Ludwigshafen a.R.
 Tel: 0621-57240176
 Fax: 0621-57240470
 freitag@psp.ludwigshafen.de
 Tel: 0621 57240403
 kieslich@psp-ludwigshafen.de

Orangeriestr.9
 67071 Ludwigshafen a.R.
 Tel: 0621-680399
 Fax: 0621-689939
 mueller-schmitt@psp-ludwigshafen.de
 kluge@psp-ludwigshafen.de

Rohrlachstr. 68
 67063 Ludwigshafen a.R.
 Tel: 0621-59297241

Fax: 0621-68567582
 kunisch@psp-ludwigshafen.de
 Tel: 0621 59146966
 scheer@psp-ludwigshafen.de

Richard-Dehmel-Str. 2
 67061 Ludwigshafen
 Tel: 0621-58790276
 Fax: 0621-58790280
 drumm-januszik@psp-ludwigshafen.de
 Tel: 0621 58790282
 gauglitz@psp-ludwigshafen.de

Edigheimer Str. 45
 67069 Ludwigshafen a.R.
 Tel: 0621-6571640
 Fax: 0621-6571645
 skiendziel@psp-ludwigshafen.de
 scheer@psp-ludwigshafen.de

Stadtgebiet Mainz
PSP 1: Neustadt
 Lessingstr. 12a
 55118 Mainz
 Sabine Pilz
 Joachim Küssel
 Tel: 06131-6 93 860
 Fax: 06131-66 93 862
 beko@juh-mainz.de

PSP 2: Altstadt Nord, Oberstadt N Hartenberg, Münchfeld
 Kaiser-Wilhelm-Ring 6
 55118 Mainz
 Christine Hartmüller
 Tel: 06131-57 66 960
 Fax: 06131-21 87 447
 Heike Stammer
 Tel: 06131-21 64 563
 heike.stammer@vdek.com
 beko2@pflagenetz-mainz.de

PSP 3: Oberstadt S, Altstadt
 Jägerstr. 33
 55131 Mainz
 Heike Beuscher
 beuscher@psp-mainz.de
 Tel: 06131-600 49 85
 Fax: 06131-600 49 87
 Norbert Mottl
 Tel: 06131-600 49 86
 mottl@psp-mainz.de

PSP 4: Mombach, Gonsenheim
 Emrichruhstr. 33
 55120 Mainz
 Ruth Stauder
 Tel: 06131-69 31 120
 ruth.stauder@vdek.com
 Fax: 06131-69 31 122
 Christoph Schäfer
 Tel: 06131-69 31 121
 beko@caritas-pflagenetz-mainz.de

PSP 5: Finthen, Drais Bretzenheim, Lerchenberg
 Ulrichstr. 42
 55128 Mainz
 Ellen Arnold
 Tel: 06131-93 25 822
 Fax: 06131-93 63 712
 earnold@asb-mainz.de

PSP 6: Weisenau, Hechtsheim, Laubenheim, Marienborn, Ebersheim
 Kaiser-Wilhelm-Ring 6
 55118 Mainz
 Katharina Gutsch
 Tel: 06131-21 33 468
 Fax: 06131-27 77 672
 beko6@pflagenetz-mainz.de
 Heike Stammer
 Tel: 06131-21 64 563
 heike.stammer@vdek.com

Maßweiler

Luitpoldstr. 13
66506 Maßweiler
Tel: 06334-9848250
Fax: 06334-984869
bernd.ibisch@sozialstation-
massweiler.de

Mayen

St. Veit Strasse 14
56727 Mayen
Tel: 02651-986965
Fax: 02651-76490
paolazzi-a@sst-mayen.de

Meisenheim

Untergasse 19
55590 Meisenheim
Tel: 06753-123370
Fax: 06753-123372
beko-meisenheim-badsobenheim@
t-online.de

Mendig

Brunnenstrasse 3
56743 Mendig
Tel: 02652-528359
Fax: 02652-528388
beko@mayen-koblenz.drk.de

Monsheim

Alzeyer Str. 15
67590 Monsheim
Tel: 06243-180941
Fax: 06243-908242
beko@mka-tiedtke.de

Montabaur

Bahnhofstr. 39
56410 Montabaur
Tel: 02602-1068915
Fax: 02602-1068911
ursula.lanzerath@cv-ww-rl.de

Morbach

Saarstrasse 5
54497 Morbach
Tel: 06533-955901
Fax: 06533-955905
beko-verbundschichteldorny@web.de

Nastätten

Borngasse 14a
56355 Nastätten
Tel: 06772-939614
Fax: 06772-939633
beko@diakoniestation-loreley-
nastaetten.de

Neustadt

Neustadt-Lambrecht
Neustadt-Maikammer
Rotkreuzstr. 2
67433 Neustadt a.d.Weinstr.
Tel: 06321-4840826
Fax: 06321-30032
michael-tossmann@
sozialstation-neustadt.de

Neuwied

Heddeshorder Str. 7
56564 Neuwied
Tel: 02631-824619
Fax: 02631-339159
beko@pflegeberatung-neuwied.de

Bahnhofstr. 14

56564 Neuwied
Tel: 02631-942660
Fax: 02631-560921
info@beko-neuwied.de

Nieder-Olm

Alfred-Delp-Str. 2
55268 Nieder-Olm
Tel: 06136-3369
Fax: 06136-3398
christa-roesgen@drk-mainz.de

Niederzissen

Marktplatz 1
56651 Niederzissen
Tel: 02636-19219
Fax: 02636-975820
beko-niederzissen@kv-aw.drk.de

Oppenheim

Postplatz 1
55276 Oppenheim
Tel: 06133-9605323
Fax: 06133-9605315
beko-oppenheim@gmx.de

Otterbach/Otterberg

In dem Geißbergring 2
67697 Otterberg
Tel: 06301-7933-11
Fax: 06301-7933-13
kontakt@sozialstation-otterbach.de

Pirmasens

Blumenstraße 1-5 UG Nr. 40
66953 Pirmasens
Frau Rohr
Tel: 06331-6080722
inge.rohr@vdek.com
Frau Krakow
Tel: 06331-6080723
y.krakow@psp-pirmasens.de
Fax: 06331-6080724

Pfarrgasse 1

66953 Pirmasens
Frau Rohr
Tel: 06331-1440157
inge.rohr@vdek.com
Frau Kuntz
Tel: 06331-1440158
Fax: 06331-1440159
a.kuntz@psp-pirmasens.de

Polch

Bachstr. 19
65751 Polch
Tel: 02654 960489
Fax: 02654 960455
m.pickhardt@sst-polch.de

Prüm

Johannismarkt 8
54595 Prüm
Tel: 06551 148515
Fax: 06551 148495
beko-pruem@gmx.de

**Verbandsgemeinden Puderbach,
Dierdorf und Rengsdorf e.V.:**

Schulstraße 23
56305 Puderbach
Tel: 02684-850170
Fax: 02684-850122
d.enders@psp-neuwied.de
Tel.: 02684-956062
Fax: 02684-957667
beko.puderbach@t-online.de

Ransbach-Baumbach

Pflegestützpunkt
Beratungs und Koordinierungsstelle
Töpferstr. 2
Tel: 02623-9255574
beko-vg-raba@pflegedienst-roos.de

Rockenhausen

Rognacallee 8
67806 Rockenhausen
Tel: 06361-993355
Fax: 06361-929010
kontakt@diesozialstation.de

Rülzheim

Kuhardter Strasse 37
76761 Rülzheim
Tel: 07272-750342
Fax: 07272-972967
s.geiger@ruelzheim.de

Saarburg

Graf-Siegfried-Str. 32
54439 Saarburg
Tel: 06581-9967990
Fax: 06581-9967992
s.kugel@psp-trier-saarburg.de
u.pieper@psp-trier-saarburg.de
Tel: 06581-9967991
Fax: 06581-9967992
g.bukovsky@psp-trier-saarburg.de

Schifferstadt

Kirchenstrasse 16, 67105 Schifferstadt
Tel: 06235-959535
Fax: 06235-959351
beko@sozialstation-schifferstadt.de

Schweich

Zum Schwimmbad, 54338 Schweich
Tel: 06502-9978601 /-2
Fax: 06502-9978603
c.theis@psp-trier-saarburg.de
r.katzenbacher@psp-trier-saarburg.de

Selters

Am Saynbach 5-7
56242 Selters
Tel: 02626-764918
Fax: 02626-76420
ulrike.eiser@cv-ww-rl.de

Simmern

Poststrasse 2, 55469 Simmern
Tel: 06761-9650877
Fax: 06761-9650801
albrecht.neumueller@rhk.drk.de
s.knichel@psp-rhein-hunsrueck.de

Sinzig

Lindenstrasse 7
53489 Sinzig
Tel: 02642-19219
Fax: 02642-5760
beko-sinzig@kv-aw.drk.de

Speicher

Schulstrasse 2
54662 Speicher
Tel: 06562-930340
Fax: 06562-2072
beko@speicher.caritas-westefel.de

Speyer

Kleine Gailergasse 3
67346 Speyer
Tel: 06232-604788
Fax: 06232-604747
b.schimmele@pflegestuetzpunkt-
speyer.de
g.ewald@pflegestuetzpunkt-
speyer.de

Treis-Karden

Ambulantes Hilfezentrum (AHZ)
der Caritas
Im Bolz 4
56253 Treis-Karden
Tel: 02672 939013
Fax: 02672 939050
t-brachthaeuser@ahz-treiskarden.de

Trier

Schützenstr. 20
54295 Trier
Tel: 0651-97859237
Fax: 0651-9785926
carrera@clubaktiv.de

Max-Planck-Str. 1

54296 Trier
Tel: 0651 810099800
Fax: 0651 810099800
h.amidon@psp-trier.de

Diedenhofener Str.1

54294 Trier
Tel: 0651-99849563 /-64
Fax: 0651-99849565

b.herbst@psp-trier.de
g.emmerich@psp-trier.de
g.bukovsky@psp-trier.de

Kochstrasse 2
54290 Trier
Tel: 0651-9120848 /-49
Fax: 0651-912050
k.duplang@psp-trier.de
j.lames@psp-trier.de

Engelstr. 11a
54292 Trier
Tel: 0651-966378-60 / -61
Fax: 0651-966378-62
i.suska-de-sanchez@psp-trier.de
j.lames@psp-trier.de

Waldfischbach-Burgalben

Schillerstr. 1
67714 Waldfischbach-Burgalben
Petra Kumschlies
Tel: 06333-60 20 652
Fax: 06333-60 20 653
p.kumschlies@
psp-suedwestpfalz.de

Waldrach

Hermeskeiler Str. 41a
54320 Waldrach
Tel: 06500-917943
Fax: 06500-917945
t.grewenig@psp-trier-saarburg.de
Tel: 06500-917944
Fax: 06500-917545
b.reuter@psp-trier-saarburg.de

Wallmerod

Molsbergerstrasse 3a
56414 Wallmerod
Tel: 06435-961253
Fax: 06435-961254
annette.menges-schmidt@
cv-ww-rlp.de

Weilerbach

Hüttengärten 20
67685 Weilerbach
Tel: 06374-923168
Fax: 06374-923166
konietzko@kv-kl-land.drk.de

Weißenthurm

Kirchstrasse 8
56575 Weißenthurm
Tel: 02637-92444
Fax: 02637-92445
beko.zaar@caritas-koblenz.de

Welschbillig

Am Sportplatz 2
54298 Welschbillig
Tel: 06506-912301
Fax: 06506-912302
s.neukirch-meyer@
psp-trier-saarburg.de
m.bock@psp-trier-saarburg.de
Tel: 06506-912300
Fax: 06506-912302
b.orth@psp-trier-saarburg.de

Westerburg

Hergenrother Strasse 2
56457 Westerburg
Tel: 02663-9170433
Tel: 02663-9156667
Fax: 02663-9170436
torsten.becker@rlp-westerburg.de
beko-westerburg-rennerod@
evim.de

Wirges

Robert-Koch-Str. 18
56422 Wirges
Tel: 02602 9344095
Fax: 02602 60554
silke.pietsch@cv-ww-rl.de

Wissen
Auf der Rahm 17
57537 Wissen
Tel: 02742 706119
Fax: 02742 5687
beko@antonius-wissen.de

Wittlich
Kasernenstrasse 37
54516 Wittlich
Tel: 06571 146580
Fax: 06571 951045
hees-konrad-anne@caritas-wittlich.de

Friedrichstr. 20
54516 Wittlich
Tel: 06571 697713
Fax: 06571 697711
beko-eugen-klein@kv-bks-wil.drk.de

Wöllstein
Schulrat-Span-Str. 2
55597 Wöllstein
Tel: 06703 91117
Fax: 06703 91120
beko-woellstein@gmx.de

Wörth
Arthur-Nisio-Str. 23
76744 Wörth
Tel: 07271 760820 / 07271 760822
Fax: 07271 760827
pflegestuetzpunkt-woerth@kreis-germersheim.de

Worms
Am Bergkloster 2,
67547 Worms
Frau Nicole Oberthaler
Tel.: 06241-2004130
nicole.oberthaler@vdek.de
beko@caritas-worms.de

Seminariumsgasse 4 - 6
67547 Worms
Frau Christiane Rößler
06241-97 42 171
beko.diakoniestation.worms@ekhn-net.de
Frau Nicole Oberthaler
06241-97 42 170
nicole.oberthaler@vdek.de

Petersstrasse 10
67547 Worms
Frau Mechthild Bopp-Mohrbacher
06241-2001 405
mechthild.bopp-mohrbacher@vdek.de
Frau Caroline Reinschmidt
06241- 2001 430
caroline.reinschmidt@asb-worms.de
Frau Bettina Schröder
06241- 2001 430
beko@drk-worms.de

Zell (Mosel)
St. Josef Krankenhaus Zelle
Barlstrasse 7
56856 Zell (Mosel)
Tel.: 06542 961539
c.goerlitz@psp-cochem-zell.de
Tel.: 06542 961538
a.binz@psp-cochem-zell.de

Zweibrücken
Seniorenzentrum
Bleicherstrasse 8A
66482 Zweibrücken
Tel: 06332 800897
pflegestuetzpunkt-zw@t-online.de

SAARLAND

Kreis Saarpfalz
Am Forum 1
66424 Homburg
Tel.: 06841 104-243 oder -244 oder -254
homburg@psp-saar.net

Kreis Merzig-Wadern
Bahnhofstrasse 27
66663 Merzig
Tel: 06861 804-77
Fax: 06861 804-80
merzig@psp-saar.net

Neunkirchen
Knappschaftsstr. 1 (AOK Gebäude)
66538 Neunkirchen
Tel: 06821 102-672
neunkirchen@psp-saar.net

Regionalverband Saarbrücken
Stengelstr. 12
66117 Saarbrücken
Tel: 0681 506-4986
saarbruecken@psp-saar.net

Saarlouis
Lothringer Str. 9
66740 Saarlouis
Tel: 06831 120630
Fax: 06831 1206329
saarlouis@psp-saar.net

St. Wendel
Mommstraße 27
St. Wendel
Tel: 06851-801-5251
st.wendel@psp-saar.net

Sulzbach
Regionalverband Ost
Rathaus
Sulzbachtalstr. 81
66280 Sulzbach
Tel: 06897 508194
sulzbach@psp-saar.net

Völklingen
Rathausstrasse 4-6
66333 Völklingen
Tel: 06898 135555t
voelklingen@psp-saar.net

SACHSEN

Internet-Portal
Pflege-Datenbank des Freistaates
Sachsen
www.pflegenetz.sachsen.de

Rochlitz
Am Markt 7
09306 Rochlitz
Tel.: 03737 449000
Pflegenetz-rochlitz@t-online.de

SACHSEN-ANHALT

Sachsen-Anhalt lehnt die Einrichtung von Pflegestützpunkten ab. Man setzt auf die Vernetzung der vorhandenen Pflegeberatungsstellen. Unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit kann sich jeder Bürger in den 200 Beratungsstellen (Geschäftsstellen der Krankenkassen) beraten lassen.

Unabhängig davon gibt es den Pilot-Pflegestützpunkt / Alter hat Zukunft vom Kuratorium Deutsche Altershilfe
Rathaus Hettstedt
Markt 1-3
06333 Hettstedt
ServiceTel.: 03476 - 55 99 555

Weitere Pflegestützpunkte vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in anderen Bundesländern
www.kda.de

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Flensburg
Rathausplatz 1, 24931 Flensburg
Zimmer 221, 222, 223 und 239
Tel: 0461-85-2136
Fax: 0461-85-1590
pflegeberatung@flensburg.de

Heide
Pflegestützpunkt im
Kreis Dithmarschen
Esmarchstr. 50, 25746 Heide
Tel: 0481-785-1112
Fax: 0481-785-1069
pflegestuetzpunkt-dithmarschen@dithmarschen.de

**Aussenstelle Brunsbüttel
Mehrgenerationhaus**
Schulstr. 2-4, 25541 Brunsbüttel
Tel: 04852-9322

Husum
Kreishaus
Marktstraße 6, 25813 Husum
Tel.: 04841-67555 oder
04841-67548
pflegestuetzpunkt@nordfriesland.de

Kaltenkirchen
Hamburger Str. 66
24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191-5070934

Kiel
Stephan-Heinzel-Str. 2
24116 Kiel
Raum 120a, 121 und 122
Tel: 0431-901-3696
Fax: 0431-901-632
hanna.siercks@kiel.de

Lübeck
Kronsfordter Allee 2-6
23560 Lübeck
Tel: 0451-122-4903 oder -4931
Fax: 0451-122-4989
maria.brinkmann@luebeck.de

Mölln
Wasserkrüger Weg 7, 23879 Mölln
Tel: 04542-826549
gemeinschaft_pflegeberatung@onlinehome.de

Bogenstrasse 7,
21502 Geesthacht
Tel: 04152 805795

Neumünster
Großflecken 71, 24534 Neumünster
Tel: 04321-942-2552
Fax: 04321-45970
pflegestuetzpunkt@neumuenster.de

Niebull
Hauptstrasse 87
25899 Niebull
Nebenstelle Pflegestützpunkt
Husum

Norderstedt
Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen im Kreis Segeberg
Heidebergstrasse 28
22846 Norderstedt
Tel: 040-52883830
Fax: 040-52883832
alten-und-angehoerigenberatung@schleswig-holstein.de

Pinneberg:
Heinrich-Christiansen-Str. 45
25421 Pinneberg
Tel: 04101-555464
Fax: 04101-5299797
buero@pflegeberatungs.info

THÜRINGEN

Jena
Goethegalerie Büroaufgang B,
2.Etage
Goethestr. 36
07743 Jena
Tel: 03641-5076 60
Fax: 03641-507501
pflegestuetzpunkt@jena.de

Nordhausen
Behringstraße 3
99734 Nordhausen
Tel. 03631-911-563 und -564
service@pflegestuetzpunkt-landkreisnordhausen.de

Freier Träger der Wohlfahrt

AWO Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e.V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstr. 62/63
10961 Berlin
Tel.: 030 - 26 30 9 - 0
Fax: 030 - 26 30 9 - 32 59 9
fo@awo.org.
www.awo.org.

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlststraße 40
79104 Freiburg
Tel: 0761-200-0
www.caritas.de
info@caritas.de

Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband
- Gesamtverband e. V.
Oranienburger Str. 13-14
D-10178 Berlin
Telefon 030-24636-0
Telefax 030-24636-110
info@paritaet.org
www.paritaet.org
www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel.: 030-85404 - 0
Fax: 030-85404 - 450
drk@drk.de
www.drk.de

Diakonisches Werk der Evangelischen
Kirche in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Tel.: 0711-2159-0
Fax: 0711-2159-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Malteser Hilfsdienst e.V.
Kalker Hauptstraße 22-24
51103 Köln
Telefon 0221-9822-01
Telefax 0221-9822-78391
malteser@malteser.org
www.malteser.de

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Lützowstrasse 94
10785 Berlin
Tel.: 030 - 26997 - 0
Fax: 030 - 26997 - 444
www.johanniter.de

Wohnformen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO e.V.)
Bonngasse 10
53111 Bonn
0228-2499930
www.bagso.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.
Verein zur Förderung des selbstständigen Wohnens älterer und behinderter Menschen
Mühlenstr. 48
13187 Berlin
030-47531719
www.bag-wohnungsanpassung.de

Forum gemeinschaftliches Wohnen Bundesvereinigung Haus der Region
Hildesheimer Str. 20
30169 Hannover
0511-4753253
www.fgw-ev.de

Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung Haus der Region
Hildesheimer Str. 20
30169 Hannover
0511-3882895
www.fachstelle-wohnberatung.de

Demenzberatung

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Friedrichstr. 236
10969 Berlin
Alzheimer-Telefon:
0 1803 - 17 10 17 (9 Cent/Min)
Tel: 0 30 - 259 37 95-0
Fax: 0 30 - 259 37 95-29
Mo.-Do. 9-18 Uhr, Fr. 9-15 Uhr
info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Seniorenliga e.V.
Gotenstr. 164
53175 Bonn
Tel.: 02 28 - 36 79 30
www.deutsche-seniorenliga.de

Stationäres Behandlungsprogramm für Demenzkranke in Begleitung der Angehörigen
Neurologische Klinik Bad Aibling
Leitung: Dr. Barbara Romero
Kolbermoorerstr. 72
83043 Bad Aibling
Tel.: 08061- 38 79 0
alzheimer@schoen-kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Asklepios Klinik Schaufling
Hausstein 2
94571 Schaufling
Tel.: 09904 - 77-0
Fax: 09904 - 7299
schaufling@asklepios.com
www.asklepios.com/Schaufling/

Selbsthilfegruppen
Adressen und Ansprechpartner von Alzheimer-Selbsthilfegruppen finden Sie auf der Internet-Seite der Deutschen Alzheimer Gesellschaft:
www.deutsche-alzheimer.de

Gesetzliche Krankenkassen

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
AOK Baden-Württemberg
AOK Bayern
AOK Bremen/Bremerhaven
AOK im Saarland
AOK in Hessen
AOK Niedersachsen
AOK Nordost
AOK NordWest
AOK PLUS
AOK Rheinland-Pfalz
AOK Rheinland/Hamburg
AOK Sachsen-Anhalt

Ersatzkassen (EK)
Barmer GEK
DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse
HEK - Hanseatische Krankenkasse
hkk
KKH-Allianz
Knappschaft
Techniker Krankenkasse - TK

Innungskrankenkassen (IKK)
BIG direkt gesund
IKK Brandenburg und Berlin
IKK classic
IKK gesund plus

IKK nord
IKK Südwest

Betriebskrankenkassen (BKK)
atlas BKK Ahlmann
Audi BKK
BAHN-BKK
BANK BKK
Bertelsmann BKK
BKK A.T.U
BKK Achenbach-Buschhütten
BKK advita
BKK AESCULAP
BKK AKZO Nobel Obernburg
BKK ALP plus
BKK AXEL SPRINGER
BKK B. Braun
BKK Basell
BKK Beiersdorf AG
BKK BJB
BKK BPW Wiehl
BKK Braun-Gillette
BKK Demag-Krauss-Maffei
BKK der SIEMAG
BKK der Thüringer Energieversorgung
BKK Deutsche Bank AG
BKK Diakonie
BKK Dr. Oetker
BKK Dürkopp Adler AG
BKK Ernst & Young
BKK Essanelle
BKK EUREGIO
BKK EWE
BKK exklusiv
BKK Faber-Castell & Partner
BKK firmus
BKK Freudenberg
BKK futur
BKK für Heilberufe
BKK Gesundheit
BKK Gildemeister Seidensticker
BKK GRILLO-WERKE AG
BKK Groz-Beckert
BKK Heimbach Düren
BKK HENSCHER Plus
BKK Herford Minden Ravensberg
BKK Herkules
BKK Hoesch
BKK IHV
BKK KARL MAYER
BKK Kassana
BKK KBA
BKK KEVAG KOBLENZ
BKK Kronos
BKK Linde
BKK MAHLE
BKK MAN und MTU
BKK MEDICUS
BKK Melitta Plus
BKK MEM
BKK Merck
BKK Miele

BKK MOBIL OIL
BKK MTU Friedrichshafen GmbH
BKK PFAFF
BKK Pfalz
BKK Pfeifer & Langen
BKK Phoenix
BKK Publik
BKK PwC
BKK Rieker.Ricosta.Weisser
BKK RWE
BKK S-H
BKK Scheufelen
BKK Schott-Rohrglas
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
BKK Schwwesterschaft v. BRK
BKK STADT AUGSBURG
BKK Technoform
BKK Textilgruppe Hof
BKK TUI
BKK VBU
BKK VDN
BKK VerbundPlus
BKK VICTORIA - D.A.S.
BKK Vital
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB
BKK Werra-Meißner
BKK Wieland-Werke
BKK Wirtschaft & Finanzen
BKK Würth
BKK ZF & Partner
BKKz4
BMW BKK
BOSCH BKK
Brandenburgische BKK
CITY BKK
Daimler BKK
Debeka BKK
Deutsche BKK
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Die Continentale BKK
Die Schwenninger Krankenkasse
E.ON Betriebskrankenkasse
Energie-BKK
ESSO BKK
G&V BKK
HEAG BKK
HYPOVEREINSBANK BKK
ktpBKK
mhplus BKK
NOVITAS BKK
pronova BKK
R+V Betriebskrankenkasse
SAINT-GOBAIN BKK
Salus BKK
SBK (Siemens BKK)
SECURVITA BKK
Shell BKK/LIFE
SKD BKK
Südzucker-BKK
Vaillant BKK
Vereinigte BKK

Die nächste Ausgabe von
PFLEGE & VORSORGE
erscheint im April 2013

Impressum

Herausgeber:
Klaus Barde
Verlag:
BHM GmbH
Mitteldorfstraße 12
37130 Gleichen
Tel. 05 51/633 92 01
info@bhm-marketing.de
www.bhm-marketing.de
V.i.S.d.P. Klaus Barde

Anzeigen:
Karin Klawunn
Tel. 05 51-5 85 11
Fax: 05 51-4 36 32
Redaktion:
Tel. 05 51-633 92 01
info@bhm-marketing.de
Bestellungen:
Birgit Pollter
Fax. 05 51-2 91 31 52
birgit.pollter@kabelmail.de

Gesamtherstellung
Michaela Vormoor
Titelbild:
Fotolia.com
Einzelbezugspreis:
4,90 € zzgl. 2,24 € Versand
inkl. 7% MwSt.
Erscheinungsweise:
2-3 x jährlich

Alle Rechte vorbehalten.
© BHM GmbH, Göttingen
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.
Alle in Pflege & Vorsorge veröffentlichten Daten und Texte sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigungen auf photomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren sowie Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen und Internetverbreitung nur mittels Genehmigung durch den Herausgeber.
Gerichtsstand ist Göttingen.
Für die seitens Dritter gelieferten Daten, Auswertungen sowie redaktionellen Beiträge übernimmt der Verlag keine Gewähr.