



KRANKEN- VERSICHERUNG

IHR PLUS AN
BESSER VERSORGT SEIN



Ihr Ratgeber rund um die finanzielle
Absicherung für den Pflegefall.

Inhalt

Pflegebedürftigkeit: vorsorgen und absichern	04
Optimal helfen: Pflegebedarf erkennen und decken	06
Einen Pflegeantrag stellen	14
Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung	18
Wie Vollmachten das Leben erleichtern	24
Die R+V-Pflegeitagegelder: Die finanzielle Absicherung für den Pflegefall	28
Entscheidungsbaum: Die Pflegestufe bestimmen	30
Checkliste: Pflege zu Hause absichern	31
Checkliste: Ambulanter Pflegedienst	32
Checkliste: Wohnen im Pflegeheim	33
Checkliste: Pflegevertrag	38
Ansprechpartner für die Suche nach Pflegeeinrichtungen	41
Vordruck: Pflegeitagebuch	44
Adressliste der Interessenvertreter	58

Als Extra im Internet: Muster für Vollmachten unter www.muster.ruv.de

Pflegebedürftigkeit: vorsorgen und absichern

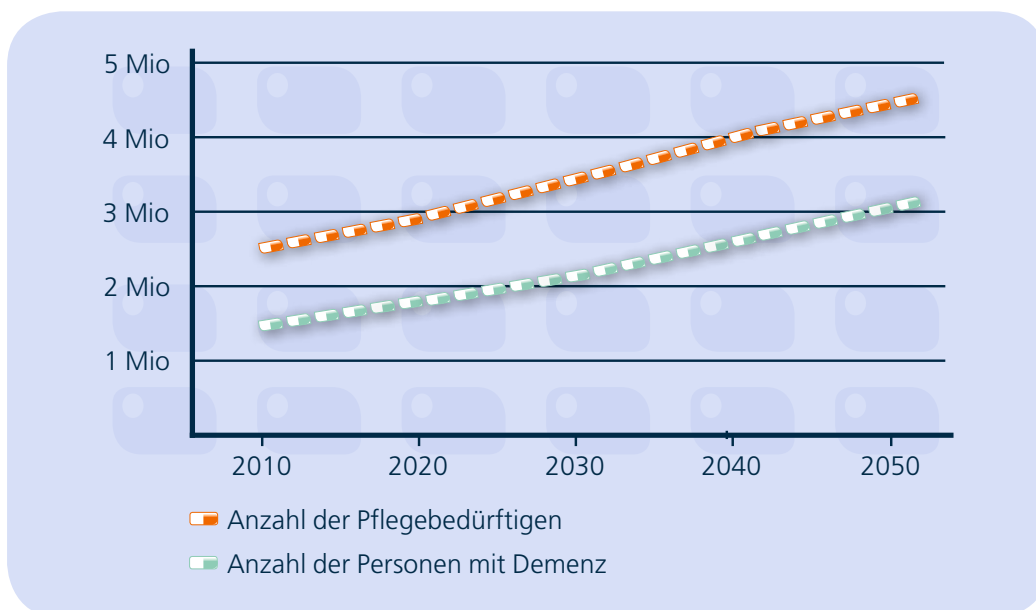
Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen, egal ob durch einen Unfall, eine Krankheit oder Alter. Tritt der Fall ein, lässt er sich umso besser bewältigen, je besser die Betroffenen informiert sind. Was Sie wissen sollten, falls ein Angehöriger oder Sie selbst pflegebedürftig werden, zeigt Ihnen dieser Ratgeber. Sie bekommen Informationen zum Pflegegeld und zur Auswahl von Pflegediensten. Wir erklären Ihnen verschiedene Vollmachten und worauf dabei geachtet werden muss.



Wissen nimmt Sorgen

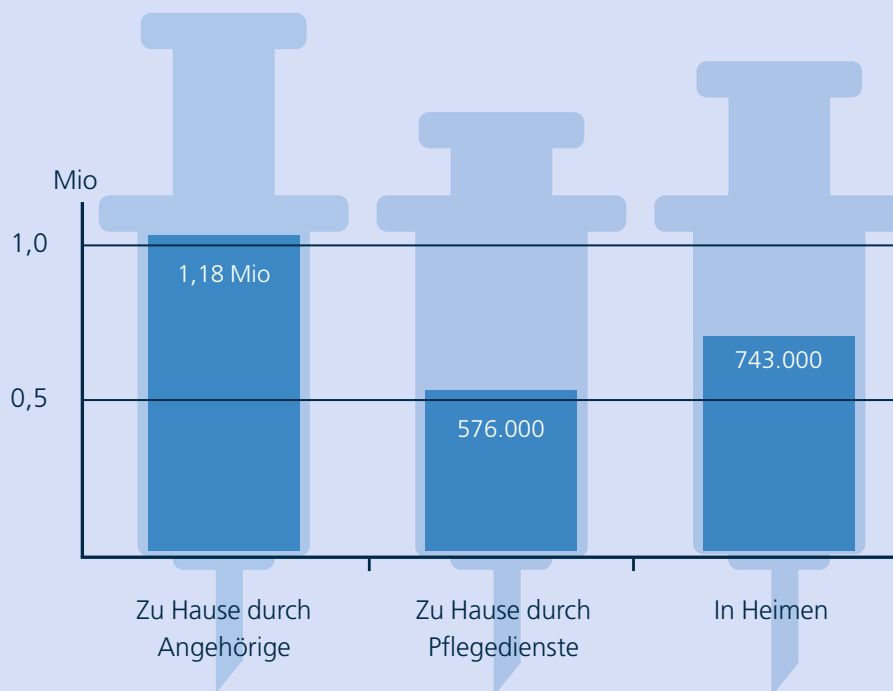
Jeder Mensch möchte sein Leben aktiv und selbstbestimmt gestalten. Dabei blendet man leicht aus, dass Unfälle, Krankheiten oder hohes Alter dem Grenzen setzen können.

Schon heute sind rund 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Prognosen gehen davon aus, dass es im Jahr 2030 bereits 3,4 Millionen Pflegebedürftige geben wird. Auch die Anzahl der Personen mit Demenz wird stark ansteigen, von heute knapp 1,4 Millionen Menschen auf voraussichtlich 2,15 Millionen im Jahr 2030. Jeder sechste Pflegebedürftige ist jünger als 65 Jahre.



Statistisches Bundesamt 2013, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010 (Status-quo-Szenario), Deutsche Alzheimer-Gesellschaft 2012: Die Epidemiologie der Demenz

Von den 2,5 Mio Pflegebedürftigen in Deutschland werden versorgt



Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, erschienen: 18.01.2013, Wiesbaden, S. 5

Das Richtige tun

Schritt für Schritt zeigt Ihnen dieser Ratgeber, was im Pflegefall zu unternehmen ist. So finden Betroffene und Angehörige sich schnellstmöglich in der neuen Situation zurecht.

Am Anfang steht die Frage, wann ein Mensch pflegebedürftig ist. Denn nicht immer ist das einfach zu erkennen. Bei Erwachsenen im jungen und mittleren Alter sind häufige Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit Verkehrsunfälle, die Querschnittslähmungen zur Folge haben. Solche Fälle von Pflegebedürftigkeit sind leicht zu erkennen.

Ab etwa 65 Jahren liegt der häufigste Grund einer Pflegebedürftigkeit in Erkrankungen, die mit einem Teilverlust der Gehirnfunktion einhergehen. Solche Veränderungen beginnen in der Regel schleichend und werfen die Fragen auf:

> Wann ist der richtige Zeitpunkt, Pflegemaßnahmen zu veranlassen?

> Welche Form der Pflege ist die richtige?

Antworten auf diese und andere Fragen gibt das folgende Kapitel.

i

Service:

Checklisten und Muster für **Vollmachten**.

Zu allen Themen, die in diesem Ratgeber behandelt werden, finden Sie ab Seite 30 nützliche Übersichten und Checklisten. Damit können Sie im Fall der Fälle alle notwendigen Erledigungen abhaken. Außerdem stellen wir Ihnen auf unserer Internetseite www.muster.ruv.de zahlreiche Muster für Vollmachten zur Verfügung.

Optimal helfen: Pflegebedarf erkennen und decken

Pflegefall ist nicht gleich Pflegefall. Und manchmal ist ein Pflegefall zumindest nach den rechtlichen Bestimmungen keiner. Die Grenzen sind fließend. Doch egal, warum ein Mensch der Pflege bedarf – der Betroffene und die Angehörigen sehen sich plötzlich mit vielen Fragen konfrontiert. Eine davon: „Wie viel Hilfe ist notwendig?“

Die Definition von Pflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Kinder, die sich um ihre Eltern sorgen, oder Ehegatten, die für ihren Liebsten das Beste wollen, sehen die Notwendigkeit von Pflege meist anders als die Betroffenen selbst. Diese sind zur Analyse der eigenen Situation oft schon nicht mehr in der Lage, wenn die Pflegebedürftigkeit augenfällig wird. Das kann zu Konflikten führen, die Sie als Angehöriger im Zweifel durchstehen müssen.

Was aber sind die objektiven Kriterien der Pflegebedürftigkeit, wie sie der Gesetzgeber für die gesetzliche Pflegeversicherung vorschreibt? Nicht jeder ältere Mensch, der ab und zu Hilfe benötigt, ist pflegebedürftig. Erst wenn er dauerhaft darauf angewiesen ist, dass ihm andere zur Hand gehen, wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen. Eine genaue Definition der Begriffe „Pflegebedürftigkeit“ und „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ geben die §§ 14 und 45a des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI).



Treffen die Merkmale des § 14 SGB XI zu, ist ein Mensch in offiziellem Sinn pflegebedürftig und hat Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. In welchem Umfang, das hängt von der Schwere der Pflegebedürftigkeit ab.



§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches 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.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Die Stufen der Pflegebedürftigkeit

Das Gesetz unterscheidet verschiedene Stufen der Pflegebedürftigkeit. Welcher Stufe ein hilfsbedürftiger Mensch zugeordnet wird, darüber entscheidet bei gesetzlich Versicherten der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und bei Privatversicherten der medizinische Dienst Mediproof.

Beide Institutionen werden auf Seite 9 vorgestellt.

Die Gutachter dieser Dienste stellen in der Regel durch einen Hausbesuch fest, wie viel Pflege notwendig ist. Sie entscheiden dementsprechend, in welche Pflegestufe der Betroffene eingestuft wird.

Die Pflegestufen im Überblick	
Pflegestufe 0 Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Sie gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wegen Demenz bzw. psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen. Dabei wird zwar regelmäßig Hilfe benötigt, aber nicht in dem Umfang, dass eine Pflegebedürftigkeit der Stufe I vorliegt (weniger als 45 Minuten Grundpflege am Tag). Wer vor dem Gesetz in seiner Alltagskompetenz als erheblich eingeschränkt gilt, das ist im § 45a des SGB XI verankert. Die entsprechenden Kriterien können auf der Website www.sozialgesetzbuch-sgb.de eingesehen werden.
Pflegestufe I Erheblich pflegebedürftig	Ihr werden Personen zugeordnet, die pro Tag mindestens 90 Minuten Hilfestellung benötigen. Dabei wird der Zeitaufwand zugrunde gelegt, den ein Familienangehöriger oder eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen aufbringen muss. Auf den pflegerischen Bereich, die sogenannte Grundpflege (im Wesentlichen Hygiene, Ernährung, Mobilität), müssen mehr als 50 %, also mehr als 45 Minuten entfallen. Die Haushaltshilfe muss entsprechend im wöchentlichen Tagesdurchschnitt weniger als 50 % (45 Minuten) ausmachen. Außerdem muss die Grundpflege mindestens einmal täglich für mindestens zwei unterschiedliche Verrichtungen und die Haushaltshilfe mehrmals wöchentlich notwendig sein.
Pflegestufe II Schwer pflegebedürftig	Hier beträgt der Hilfebedarf mindestens drei Stunden pro Tag, und es entfallen davon mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege. Leistungen aus den Bereichen der Grundpflege müssen dabei dreimal täglich für mindestens zwei unterschiedliche Verrichtungen notwendig sein. Zudem muss die Haushaltshilfe mehrmals wöchentlich erforderlich sein.
Pflegestufe III Schwerst-pflegebedürftig	Sie liegt vor, wenn Hilfe rund um die Uhr verfügbar sein muss und wenn für mindestens fünf Stunden pro Tag Hilfe benötigt wird. Auf die Grundpflege müssen dabei mindestens vier Stunden entfallen, und eine Haushaltshilfe muss mehrmals wöchentlich notwendig sein.
Härtefall	Übersteigt der Pflegeaufwand das übliche Maß der Pflegestufe III, so können die Pflegekassen in Einzelfällen auch eine Einstufung als Härtefall vornehmen. Diesen Betroffenen steht eine höhere Leistung aus der Pflegeversicherung zu.

Eine Übersicht darüber, wie viel finanzielle Unterstützung es bei Einstufung in eine Pflegestufe gibt, zeigt die Tabelle auf Seite 19. Der „Entscheidungsbaum“ zur Feststellung der Pflegestufe auf Seite 30 hilft Ihnen herauszufinden, wie viel Pflege ein Mensch benötigt.

Unabhängig von der Pflegestufe hat jeder Pflegebedürftige Rechte, die gewahrt werden sollten. Diese Rechte stellen wir Ihnen im nächsten Kapitelabschnitt vor.



Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Bevor ein gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherter Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommt, überprüft seine Krankenkasse, ob der Antragsteller pflegebedürftig und damit anspruchsberechtigt ist. Die gesetzlichen Krankenkassen setzen für diese Prüfung die Gutachter des MDK ein. Bundesweit sind etwa 4.200 Ärzte und Pflegefachkräfte für den MDK tätig. Sie prüfen unter anderem, ob die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, und empfehlen die Einstufung in eine der Pflegestufen.

Der MDK ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Krankenkassen und in jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert. Weitere Informationen zum MDK finden Sie auf der Website www.mdk.de.

Medicproof

Bevor ein privat Kranken- und Pflegeversicherter Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommt, prüft seine Versicherung, ob der Antragsteller pflegebedürftig und damit anspruchsberechtigt ist. Die privaten Krankenversicherungen bedienen sich bei dieser Prüfung der Gutachter des privaten Dienstleistungsunternehmens Medicproof GmbH. Die Mitarbeiter von Medicproof sind bundesweit freiberuflich tätige Ärzte und Pflegefachkräfte. Wie die Gutachter des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen) Krankenversicherung prüfen sie unter anderem, ob die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, und empfehlen die Einstufung in eine der Pflegestufen.

Die Medicproof GmbH ist eine Tochtergesellschaft des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. Auf der Website www.medicproof.de erfahren Sie mehr über Medicproof.

Die Rechte pflegebedürftiger Menschen

„Die Würde des Menschen ist unantastbar (...)“, so steht es im Artikel 1 der im Grundgesetz verankerten Grundrechte. Auch Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, haben ein uneingeschränktes Recht auf Respektierung ihrer Würde. Auf die Wahrung dieses Rechts muss bei der Pflege von Menschen, die in ihrer Bewegungsfreiheit, ihrem Mitteilungsvermögen oder ihrer geistigen Gesundheit stark eingeschränkt sind, besonders geachtet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben eine „Charta“ herausgegeben, in der die Rechte Pflegebedürftiger dargestellt sind.

Hier eine Zusammenfassung:

Jeder Hilfe- und Pflegebedürftige hat das Recht ...

- > möglichst selbstbestimmt und selbstständig zu leben und dazu Hilfe zur Selbsthilfe und Unterstützung zu bekommen.
- > vor Gefahren für Körper und Seele geschützt zu werden.
- > auf Wahrung seiner Privat- und Intimsphäre.
- > auf eine qualifizierte und gesundheitsfördernde Pflege sowie auf Beratung und Behandlung, die seinem individuellen Bedarf entsprechen.
- > auf Informationen über Angebote der Beratung, Pflege, Hilfe und Behandlung.
- > auf Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Austausch mit anderen Menschen und Wertschätzung.
- > seine Kultur und Weltanschauung zu leben und seine Religion auszuüben.
- > auf einen würdevollen Sterbeprozess.

Diese acht Rechte werden in der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ leicht verständlich erläutert und an Beispielen verdeutlicht.

Die R+V Krankenversicherung AG setzt sich für die Umsetzung der Pflege-Charta ein. Das Dokument kann unter www.pflege-charta.de kostenlos heruntergeladen werden.

Auch der Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. (PKV) engagiert sich für die Qualitätssicherung in der Pflege. Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband Ende 2009 das „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) gestiftet, das unter anderem über vielversprechende Praxismodelle berichtet (www.zqp.de). Weitere Informationen bietet der PKV-Verband unter www.pkv.de.

Die Entscheidung: wo pflegen?

Bei einem Pflegefall stehen die Angehörigen vor einer weitreichenden Entscheidung: Ist die Pflege zu Hause sinnvoll und möglich oder sollte das pflegebedürftige Familienmitglied in die Obhut eines Heims gegeben werden? Eine allgemeingültige Antwort auf diese Frage kann es nicht geben, da jeder Pflegefall individuell ist. Jeder Pflegebedürftige hat eigene Bedürfnisse und Wünsche, die respektiert werden sollten. Aber auch für die Angehörigen muss die gewählte Lösung tragbar und praktikabel sein. Wägen Sie deshalb die Frage „Wo pflegen?“ in Ruhe ab.

Im Folgenden bekommen Sie Informationen zu den verschiedenen Formen von Pflege, und Sie können die Checklisten am Ende des Ratgebers ausfüllen, die Ihnen bei der Entscheidungsfindung helfen.

Die Pflege zu Hause

Gut betreut sein und trotzdem zu Hause wohnen: Das wünschen sich viele ältere, behinderte und kranke Menschen. Und ebenso viele Menschen möchten gerne ihre Angehörigen zu Hause pflegen und für sie da sein. Der Einsatz und die Anforderungen an die Pflegenden allerdings sind hoch. Wenn Sie vorhaben, einen nahestehenden Menschen zu pflegen, werden Sie häufig an die Grenzen des zeitlich, körperlich und psychisch Zumutbaren kommen. Ist ein sehr hoher Pflegeaufwand notwendig, kann die zusätzliche Unterstützung durch

professionelle Pflegedienste schnell deutlich teurer werden als eine Unterbringung im Pflegeheim.

Stellen Sie sich vor einer Entscheidung alle wesentlichen Fragen. Wir haben diese für Sie in der „Checkliste: Pflege zu Hause absichern“ ab Seite 31 zusammengestellt.

Ihre Rechte als pflegender Angehöriger

Wird ein Angehöriger unerwartet pflegebedürftig, haben Sie als Arbeitnehmer zunächst Anspruch auf eine kurzzeitige Arbeitsfreistellung von bis zu zehn Tagen. In dieser Zeit bleiben Sie sozialversichert. Pflegen Sie einen Angehörigen selbst, haben Sie zudem einen Anspruch auf eine Pflegezeit von sechs Monaten. Sie können sich also ein halbes Jahr von der Arbeit freistellen lassen. Dies gilt allerdings nur, wenn Sie in einem Betrieb mit mehr als 15 Beschäftigten arbeiten. Während der Pflegezeit bekommen Sie vom Arbeitgeber kein Gehalt, bleiben aber sozialversichert. Den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zahlt die Pflegeversicherung. Dasselbe gilt für den Beitrag zur Rentenversicherung, wenn Sie Ihren Angehörigen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegen.

Wenn Sie in der Kranken- und Pflegeversicherung keine Möglichkeit zur Familienversicherung haben, müssen Sie sich freiwillig zum Mindestbeitrag versichern. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Darüber hinaus gibt es seit dem 01.01.2012 mit der Familienpflegezeit eine weitere Möglichkeit, Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren. Das Modell der Familienpflegezeit sieht vor, dass für den Zeitraum von maximal zwei Jahren die Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduziert werden kann.

In der Zeit, in der ein Angehöriger gepflegt wird, wird das Gehalt um die Hälfte des reduzierten Teils vom Arbeitgeber aufgestockt. Nach Ablauf der Familienpflegezeit wird so lange das reduzierte Gehalt weitergezahlt, bis der Gehaltsvorschuss ausgeglichen worden ist.

Ein Beispiel: Frau B. reduziert ihre Arbeitszeit für zwei Jahre von Vollzeit auf 50 %, um ihre Mutter zu pflegen. Sie erhält in dieser Zeit 75 % ihres Bruttoeinkommens. Nach der Zeit der Pflege erhöht sie ihre Arbeitszeit wieder auf 100 %. Gezahlt bekommt sie weiterhin 75 %. So lange, bis die Vorauszahlung ausgeglichen ist.

Um die Rückzahlung des Gehaltsvorschusses abzusichern, muss eine spezielle Familienpflegezeitversicherung abgeschlossen werden, entweder durch den Arbeitgeber oder den Beschäftigten. Der Arbeitgeber zahlt auf Grundlage des reduzierten Gehalts während der Familienpflegezeit und in der Zeit danach, bis der Gehaltsvorschuss ausgeglichen ist, die Rentenversicherungsbeiträge.

Darüber hinaus zahlt die Pflegekasse der Rentenversicherung in der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge. Voraussetzung ist, dass der Pflegeaufwand mindestens 14 Stunden und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Mit der Höhe der Pflegestufe des zu pflegenden Angehörigen steigen auch diese Ansprüche.

Weitere Informationen finden Sie unter www.familien-pflege-zeit.de.

Pflege durch Pflegedienst

Sollten Sie sich für die Pflege zu Hause entscheiden, werden Sie wahrscheinlich Unterstützung durch einen professionellen Pflegedienst benötigen. Bei der Auswahl des Pflegedienstes sollten Sie einige Dinge beachten. Schließlich möchten Sie sichergehen, dass die Pflege professionell durchgeführt wird und der ausgewählte Pflegedienst wirklich alle notwendigen Pflegeleistungen abdecken kann. Und auch das Preis-Leistungs-Verhältnis des Anbieters sollte stimmen. Die „Checkliste: Ambulanter Pflegedienst“ ab Seite 32 hilft Ihnen bei der Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes.

Außerdem haben wir für Sie eine Checkliste zum Thema „Pflegevertrag“ erstellt, die Sie auf Seite 38 finden. Anhand dieser Checkliste erkennen Sie, welche Punkte unbedingt in einem Vertrag zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegedienst enthalten sein sollten.

Ein passendes Pflegeheim finden

Die meisten pflegebedürftigen Menschen werden so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung betreut. Ist es trotz Unterstützung durch professionelle Kräfte nicht mehr möglich, Angehörige zu Hause zu versorgen, ist die Grenze der häuslichen Pflege erreicht. Der Umzug in ein Pflegeheim ist dann die beste Entscheidung für alle Beteiligten. Auch für den Pflegebedürftigen kann die ganzheitliche Betreuung durch Fachkräfte eine große Erleichterung bedeuten und ihm ein Stück Lebensqualität zurückbringen.

Vorteile der Betreuung im Pflegeheim

In einem Pflegeheim sind medizinische Betreuung und pflegerische Unterstützung Tag und Nacht gewährleistet. Moderne, gut ausgestattete Heime bieten außerdem Kontaktmöglichkeiten und Freizeitangebote. Viele Vorurteile gegenüber dem Heim erweisen sich in der Realität als falsch.



Im Heim sind die Pflegebedürftigen oft weniger einsam als zu Hause. Sie sind auch nicht nur unter alten Menschen: Sie haben Kontakt zu den Betreuern und Besuchern, möglicherweise auch zu Kindern und Enkeln neu gewonnener Freunde. Moderne Heime bieten fast nur noch Einzelzimmer mit eigenem Duschbad und WC an. Ehepaare können oft kleine Appartements bekommen.

Die „Checkliste: Wohnen im Pflegeheim“ ab Seite 33 hilft Ihnen, das richtige Pflegeheim auszuwählen.

Die teilstationäre Pflege

Es muss aber nicht immer der Komplettumzug ins Heim sein. Hilfebedürftige können in teilstationären Pflegeeinrichtungen tagsüber oder während der Nacht von professionellen Pflegekräften betreut werden und trotzdem weiterhin zu Hause wohnen. Teilstationäre Pflege wird noch nicht überall angeboten. Es gibt aber immer mehr entsprechend ausgelegte Einrichtungen. Sie sollen die Lücke schließen zwischen der ambulanten Betreuung durch Pflegedienste in der eigenen Wohnung und der stationären Pflege im Heim.

BKK PflegeFinder® – Pflegeangebote in Ihrer Nähe

Wer auf der Suche nach einer ambulanten Betreuung oder einem Pflegeheim ist, steht vor einer wichtigen Entscheidung. Zuvor sollte ein gründlicher Vergleich der lokalen Dienste und Heime erfolgen, damit eine optimale Lösung gefunden werden kann.

Hierzu bietet der BKK Bundesverband den kostenlosen BKK PflegeFinder® an. Unter www.bkk-pflegefinder.de können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen in ihrer Nähe nach Postleitzahlen suchen. Per Mausklick erhalten Sie eine Übersicht sämtlicher Anbieter im Umkreis von bis zu 50 km, inklusive Adressen und Telefonnummern.

Zu jedem ambulanten Pflegedienst kann außerdem eine komplette Preisliste heruntergeladen werden. Für die ambulante Pflege eignet sich der BKK PflegeFinder® also auch zum Preisvergleich. Übrigens: Informationen rund um das Thema Pflegeversicherung sowie einen Link zum BKK PflegeFinder® finden Sie auch auf der Website der R+V Betriebskrankenkasse www.ruv-bkk.de.

Wir haben ab Seite 41 eine Liste mit weiteren Adressen für die Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung zusammengestellt, in der Sie Pflegeeinrichtungen und vermittelnde Stellen finden.

Kombination von Leistungen macht Pflege besser

Es besteht auch die Möglichkeit, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen ambulanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld zu kombinieren. Bei Fragen zu diesem Thema können Sie eine Beratung Ihrer Pflegekasse in Anspruch nehmen.

Die Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, besonders zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Dafür gibt es die sogenannte Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, sofern teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Die Leistung der Pflegeversicherung dafür unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegestufen, sondern steht vielmehr unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Grenze liegt bei 1.550 EUR im Jahr.

Betreute Wohnformen für mehr Pflege

Ambulant betreute Wohnformen und Senioren-Wohngemeinschaften spielen eine immer größere Rolle. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass mehrere Bewohner einer Wohngemeinschaft Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder von Einzelpflegekräften gemeinsam in Anspruch nehmen. Das wird als „Poolen“ von Leistungen bezeichnet. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen in neuen Wohnformen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die Broschüre „Ratgeber zur Pflege – Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen“ heraus. Diese kann kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit angefordert (Anschrift siehe Seite 42) oder unter www.bundesgesundheitsministerium.de heruntergeladen werden.

Einen Pflegeantrag stellen

Seit 1995 gibt es die gesetzliche Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung). Sie soll sicherstellen, dass die Pflege Bedürftiger in jedem Fall gewährleistet ist. Lesen Sie nun, wie Sie Ihre Ansprüche richtig stellen und durchsetzen.

Ihre Ansprüche geltend machen

Einen Antrag auf Pflegeleistungen können Sie erst stellen, wenn Sie oder Ihr Angehöriger bereits pflegebedürftig ist. Bei der Antragstellung sind drei Fälle zu unterscheiden:

Sie sind gesetzlich krankenversichert.	In diesem Fall wenden Sie sich an Ihre gesetzliche Krankenkasse, denn diese ist zugleich Ihre Pflegekasse.
Sie sind privat krankenversichert.	Sie verfügen über eine sogenannte private Pflegepflichtversicherung. Diese mussten Sie beim Eintritt in die private Krankenvollversicherung abschließen. Wahrscheinlich sind Sie bei derselben Versicherung pflegeversichert, bei der Sie auch krankenversichert sind. Teilen Sie der Versicherung in einem formlosen Schreiben den Pflegebedarf mit. Sie wird Sie kontaktieren und alles Weitere veranlassen.
Sie haben neben der gesetzlichen Pflegeversicherung eine private Pflegezusatzversicherung (z. B. Pflegetagegeld).	Wenden Sie sich an Ihre Pflegekasse oder Ihre private Pflegepflichtversicherung und informieren Sie gleichzeitig den Versicherer, bei dem Sie Ihre Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Wurde die gesetzlich definierte Pflegebedürftigkeit festgestellt und durch einen Bescheid bestätigt, schicken Sie ein formloses Schreiben sowie eine Kopie dieses Bescheids an Ihre private Krankenversicherung. Sie wird sich daraufhin bei Ihnen melden.



Tipp: Die Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung sind bei allen Anbietern identisch und entsprechen denen der sozialen Pflegeversicherung. Wenn sich privat Pflegepflichtversicherte mehr finanzielle Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wünschen, lohnt sich auch für sie der Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung wie z. B. eines Pflegetagegeldes – mit oder ohne Förderung vom Staat.

Das muss im Antrag stehen

Der Antrag an die gesetzliche oder die private Krankenversicherung auf Pflege kann formlos sein. Es reicht der Satz: „Hiermit beantrage ich Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung, weil ich pflegebedürftig bin.“ Der Brief sollte von der pflegebedürftigen Person unterzeichnet sein und ihren Namen, ihre Adresse und ihre Versicherungs- bzw. Versicherungsnummer enthalten.

Auf jeden Fall sollten Sie sich das Datum der Antragstellung schriftlich per Brief, Fax oder E-Mail von der Versicherung bestätigen lassen. Denn die Leistungen der Pflegeversicherung werden ab dem Monat bezahlt, in dem Ihr formloser Antrag bei der Krankenversicherung eingegangen ist. Mehr über Ihre Ansprüche lesen Sie im Kapitel „Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung“ ab Seite 18.

Die Antragsabwicklung bei gesetzlich Krankenversicherten

Bei Gesetzlich Versicherten schickt die Krankenkasse, nachdem sie den formlosen Antrag bekommen hat, die notwendigen Formulare zu. Außerdem erfahren Sie die Adresse der zuständigen Pflegekasse, falls diese von der Adresse der Krankenkasse abweicht. Wenn Sie die Formulare ausgefüllt zurückgeschickt haben, meldet sich ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung MDK (siehe Service-Box auf Seite 9) zum Hausbesuch an. Der Gutachter prüft, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes vorliegt, und wenn ja, welche Pflegestufe gegeben ist. Auf der Grundlage des Gutachtens entscheidet die Krankenkasse dann über die Einstufung in eine der Pflegestufen und damit über die Höhe der Leistungen. Sie schickt Ihnen einen sogenannten Pflegebescheid zu.

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für den Pflegefall abgeschlossen, setzen Sie sich anschließend mit Ihrer privaten Versicherung in Verbindung und lassen Sie ihr eine Kopie des Bescheids zukommen.

Die Antragsabwicklung bei privat Krankenversicherten

Sind Sie privat kranken- und pflegeversichert, dann kümmert sich nach Ihrer formlosen Antragstellung die Versicherung um alle weiteren Schritte. Sie wird Ihnen ebenfalls einen Gutachter – in diesem Fall von Medicproof (siehe Service-Box auf Seite 9) – nennen, der zu Ihnen nach Hause kommt.

Wenn der Gutachter kommt

Die Gutachter des MDK und von Medicproof sind meist Pflegefachkräfte oder in der Pflege erfahrene Ärzte. Damit der Gutachter sich ein möglichst realistisches Bild von der Pflegesituation machen

kann, ist es empfehlenswert, dass Sie den Besuchstermin gut vorbereiten. Dabei helfen Ihnen folgende Tipps:

Führen Sie wenigstens eine Woche lang ein Pfl egetagebuch. Wir haben ab Seite 44 einen Vordruck vorbereitet, den Sie verwenden können. Anhand des Vordrucks erkennen Sie auch, welche Handlungen zur Grundpflege zählen. Halten Sie im Pfl egetagebuch alle notwendigen Pflegehandlungen der Grundpflege und sonstige Hilfestellungen, z. B. bei der Haushaltsführung, sowie den dafür notwendigen Zeitaufwand fest. Hierzu zählen jedoch nicht die Leistungen der sogenannten Behandlungspflege, also etwa die Medikamentengabe oder das Blutdruckmessen, auch nicht kosmetische Körperpflege wie Maniküre oder Haarschneiden. Auf der Grundlage Ihrer Aufzeichnungen können Sie prüfen, ob der Gutachter alle von Ihnen angegebenen Umstände mit den entsprechenden Zeitwerten in seiner Bewertung berücksichtigt hat. Wenn Sie für die Pflege mehr Zeit benötigen, als der Gutachter anhand von Durchschnittswerten veranschlagen möchte, dann machen Sie ihn darauf aufmerksam. Denn der Hausbesuch ist wichtig für die richtige Einstufung in eine der Pflegestufen. Auch im Fall eines Widerspruchsverfahrens oder einer Klage kann ein Pfl egetagebuch sehr wichtig sein.

i

- > Fertigen Sie außerdem für Pflegehandlungen, die nicht im Tagebuch vorkommen, eine eigene Liste an. Dazu gehören unter anderem Leistungen der Behandlungspflege wie Medikamentengabe und Blutdruckmessen sowie kosmetische Körperpflege wie Maniküre oder Haarschneiden.
- > Fordern Sie gegebenenfalls die Krankenberichte beim behandelnden Arzt an, um die Pflegebedürftigkeit zu untermauern.
- > Teilen Sie den Begutachtungstermin dem Pflegedienst mit.
- > Beschönigen Sie die Pflegesituation nicht.

Sobald sich der Pflegeaufwand erhöht, sollte die Höherstufung beantragt werden. Ob tatsächlich ein Anspruch auf mehr Leistungen besteht, stellt erneut ein Gutachter fest.

Belege sammeln

Bis der Antrag bewilligt ist, muss der Pflegebedürftige selbst für die Kosten der Pflege aufkommen. Heben Sie alle Quittungen während dieser Zeit sorgfältig auf, damit Sie die Ausgaben ersetzt bekommen.

Kann der Pflegebedürftige die Pflegekosten vor Bewilligung seines Antrags nicht selbst bezahlen, sollte er die Krankenkasse bzw. private Pflegeversicherung auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinweisen. Unter Umständen müssen jedoch die Angehörigen die Pflegekosten vorauszahlen. Sind sie dazu nicht in der Lage, kann beim Sozialamt ein Antrag auf Hilfe in besonderen Lebenslagen gestellt werden. Weitere Informationen zum Thema Angehörigenunterhalt finden Sie auf Seite 21.

Der Pflegebescheid

Der schriftliche Einstufungsbescheid der gesetzlichen oder privaten Versicherung muss Ihnen nach spätestens fünf Wochen zugehen. Liegt der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder erhält er eine Palliativ-Versorgung (stationär oder im Hospiz), verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf eine Woche. Werden die gesetzlichen Fristen nicht eingehalten, haben Sie Anspruch auf 70 EUR für jede Woche, die seit Ende der Fristüberschreitung begonnen hat. Findet eine Einstufung in eine der Pflegestufen statt, erhalten Sie den positiven Pflegebescheid und, wenn die Notwendigkeit stationärer Pflege festgestellt wurde, gegebenenfalls auch eine Heimbedürftigkeitsbescheinigung. Diese Bescheinigung können Sie dem Pflegeheim Ihrer Wahl vorlegen, falls der Pflegebedürftige dort betreut werden soll.

Ihr Widerspruchsrecht

Wird die Einstufung in eine Pflegestufe abgelehnt, können Sie diesem negativen Bescheid innerhalb eines Monats widersprechen. Eventuell ist im Bescheid auch eine andere Frist genannt. Der Widerspruch sollte schriftlich erfolgen und muss eine Begründung enthalten. Er kann aber zunächst formlos sein, etwa mit dem Wortlaut: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid vom (Datum) ein. Eine Begründung folgt.“ Dies sind mögliche Gründe für einen Widerspruch:

- > Nicht alle Verrichtungen, bei denen Sie Hilfe brauchen, wurden bei der Beurteilung berücksichtigt.
- > Bei der Besprechung mit dem Gutachter sind bestimmte Punkte vergessen worden.
- > Vielleicht wurde etwas aus falscher Scham verschwiegen?

Wenn Sie Unterstützung in rechtlichen Fragen brauchen, finden Sie auf Seite 58 eine Liste mit einigen beispielhaft ausgewählten Ansprechpartnern.

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung besteht aus der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die sogenannten Pflegekassen. Sie sind jeweils einer Krankenkasse angegliedert, die die Aufgaben der Pflegekasse wahrnimmt. Das heißt, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung finanziert zwar die Pflegekasse, den Antrag auf die Leistungen stellen Sie jedoch bei Ihrer Krankenkasse. Die private Pflegepflichtversicherung ist beim jeweiligen Krankenversicherungsunternehmen angesiedelt. Welche Leistungen Sie im Pflegefall beanspruchen können, zeigt Ihnen dieses Kapitel.

Gesetzlich oder privat versichert?

Gesetzlich Krankenversicherte sind durch ihre Krankenversicherung zugleich pflegeversichert. Privat Krankenversicherte müssen eine sogenannte private Pflegepflichtversicherung abschließen. Mehr dazu lesen Sie im vorangegangenen Kapitel „Einen Pflegeantrag stellen“ ab Seite 14.

Ihre Leistungsansprüche

Die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung gewähren neben Sachleistungen auch Geldleistungen in Form des Pflegegeldes, Verhinderungspflege, Aufwandsentschädigungen für z. B. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen und bei erheblichem Betreuungsbedarf Härtefallzuschläge sowie Kostenerstattungen für Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen. Betroffene können entweder Sachleistungen oder Pflegegeld in Anspruch nehmen sowie auch beide Leistungen kombinieren. Außerdem haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf Beratungsleistungen. Wie diese aussehen, erfahren Sie am Ende dieses Kapitels.

Das sind Sachleistungen

Sachleistungen sind die Leistungen für zugelassene ambulante Pflegedienste, die einen Pflegebedürftigen versorgen. Wie viel Geld Ihnen für Pflegeeinsätze der ambulanten Dienste zur Verfügung steht, richtet sich ganz nach der Schwere des Pflegefalls. Die Angaben können Sie der Tabelle auf

der nächsten Seite entnehmen. Die Sachleistungen werden nur für professionelle Pflege erbracht und stehen Ihnen nicht für andere Dinge zur Verfügung. Die ambulanten Dienste rechnen direkt mit der Pflegekasse bei der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Privat Pflegepflichtversicherte erhalten die Rechnung grundsätzlich selbst, treten in Vorleistung und reichen die Rechnung bei ihrer Pflegeversicherung ein. Wünschen Sie eine andere Regelung, setzen Sie sich bitte mit Ihrer privaten Pflegeversicherung in Verbindung. Es wird nur für tatsächlich geleistete häusliche Pflege bezahlt.

Das ist Pflegegeld

Das Pflegegeld steht dem Pflegebedürftigen unmittelbar zu. Damit können z. B. pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen für ihren pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Einsatz entschädigt werden. Da der Pflegebedürftige selbst bestimmen kann, wie und durch wen er gepflegt werden soll, kann auch eine Pflegekraft fest angestellt werden („Arbeitgebermodell“). Die Krankenversicherung zahlt auch in diesem Fall das Pflegegeld.

Alle drei Jahre prüft die Bundesregierung, ob die Höhe der Pflegeleistungen an die Preisentwicklung anzupassen ist. Begonnen wird damit 2015. Über die derzeitige Höhe des Pflegegeldes und der wichtigsten anderen Leistungen informiert Sie die Tabelle auf der folgenden Seite.

Leistungen aus der Pflegeversicherung		Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III (Härtefall)
Häusliche Pflege					
Ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegeld bei häuslicher Pflege monatlich	–	235	440	700
	Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege monatlich bis zu	–	450	1.100	1.550 (1.918)
Mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegeld bei häuslicher Pflege monatlich	120	305 (235 + 70)**	525 (440 + 85)**	700
	Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege monatlich bis zu	225	665 (450 + 215)**	1.250 (1.100 + 150)**	1.550 (1.918)
Urlaubs- und Verhinderungspflege Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr					
Bei erwerbsmäßiger Verhinderungspflege bis zu		1.550	1.550	1.550	1.550
Bei Pflege durch Angehörige oder nicht erwerbsmäßig tätige Personen	Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	–	235	440	700
	Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	120	305 (235 + 70)**	525 (440 + 85)**	700
Kurzzeitpflege (vollstationär) bis zu vier Wochen im Jahr		–	1.550	1.550	1.550
Tages- oder Nachtpflege (teilstationär) monatlich bis zu		–	450	1.100	1.550
Ergänzende Leistungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Monat bis zu		100/200*	100/200*	100/200*	100/200*
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen monatlich		–	200	200	200
Vollstationäre Pflege monatlich		–	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Zuschüsse für notwendige Umbauarbeiten (einmalig je Maßnahme)			2.557 Bis zu 10.228, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenwohnen		
Zuschüsse für technische Pflegehilfsmittel (z. B. Betten oder Notrufsysteme), falls vom Gutachter bewilligt			Die Pflegekasse trägt maximal den für das jeweilige Pflegehilfsmittel festgelegten Höchstbetrag. (Eigenanteil des Pflegebedürftigen: 10 %, höchstens 25 EUR; Eigenanteil entfällt bei ausgeliehenen Hilfsmitteln)		
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe), monatlich bis zu			31		

Alle Beträge in EUR; Stand: Oktober 2013

*100 EUR (Grundbetrag) bzw. bis zu 200 EUR (erhöhter Betrag), abhängig von der persönlichen Pflegesituation

**Anspruch auf Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen plus dem Erhöhungsbetrag bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung



Beratungsleistungen (Fallmanagement)

Neben den eben beschriebenen Sach- und Geldleistungen können Pflegebedürftige zudem Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Beratung, auch Fallmanagement genannt, bieten die gesetzlichen Pflegeversicherungen an sogenannten Pflegestützpunkten an. Privat Pflegeversicherten bietet die bundesweit agierende COMPASS Private Pflegeberatung GmbH telefonisch und per E-Mail kostenlose Informationen, Beratung und Hilfestellung rund um das Thema Pflege. Darüber hinaus können individuelle Fragen auch vor Ort bei einem Besuch durch erfahrene Pflegefachkräfte besprochen werden. Geschulte Mitarbeiter helfen bei:

- > der Organisation der Pflege,
- > der Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen, eines Pflegeheims oder von anderen Betreuungseinrichtungen,
- > der Beantragung von Leistungen bei der Pflegekasse und anderen Leistungsträgern,
- > dem Erstellen eines Versorgungsplans.

Falls es in Ihrer Nähe noch keinen Pflegestützpunkt gibt, haben Sie trotzdem Anspruch auf eine individuelle Beratung. Wenden Sie sich einfach an Ihre Pflegekasse bzw. an Ihren privaten Versicherer.

Wenn sich Pflegebedürftige Hilfe teilen

Pflegebedürftige können ihre Leistungsansprüche in einem Topf sammeln und aus diesem Topf Leistungen für Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam bezahlen. Der Vorteil dieses sogenannten Poolens von Leistungsansprüchen besteht darin, dass Pflegebedürftige sich Pflegekräfte teilen können. Wohnen die Betroffenen in einer Senioren-Wohngemeinschaft zusammen oder in räumlicher Nähe, bekommen sie so bei gleichen Kosten mehr Zuwendung durch die Pflegekraft.

Pflegeleistungen anderer Kostenträger

Trotz Pflegeversicherung sind auch andere Kostenträger gesetzlich verpflichtet, Leistungen für Pflegebedürftige zu gewähren. Ein Anspruch auf diese Leistungen wird teilweise sogar vorrangig

behandelt. So hat etwa die Rehabilitation Vorrang vor der Pflege. Rehabilitation wird in der Regel von den Rentenversicherungsträgern oder der Krankenkasse direkt – also ohne Inanspruchnahme der Pflegeversicherung – bezahlt.

Ansprüche aus der Pflegeversicherung ruhen außerdem, solange Versicherte folgende Leistungen erhalten:

- > Entschädigungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Pflegezulage),
- > andere Entschädigungsleistungen (z. B. erhalten Opfer von Gewalttaten Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz),
- > Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
- > Entschädigungsleistungen aus dem öffentlichen Dienstrecht (z. B. nach Dienstunfällen von Beamten, Soldaten und Richtern).

Unter bestimmten Umständen können Pflegebedürftige und Schwerbehinderte auch Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten. Unterstützung und Beratung dazu erhalten Sie über die Kirchen, die Wohlfahrtsverbände und das Sozialamt.

Reichen die Pflegeleistungen?

Ein Pflegefall kann leicht 5.000 EUR im Monat und mehr kosten. Aber nehmen wir ein relativ „günstiges“ Beispiel: Eine 86-jährige Witwe kann sich nicht mehr selbst versorgen. Sie braucht Hilfe, um in den Rollstuhl zu gelangen, beim Essen und bei der täglichen Hygiene. Deshalb ist sie in einem Pflegeheim untergebracht. Aufenthalt und Betreuung kosten monatlich rund 3.000 EUR. Die Rente der Witwe beträgt 700 EUR. Die gesetzliche Pflegeversicherung zahlt für die vollstationäre Pflege in Pflegestufe II 1.279 EUR. Einschließlich Taschengeld bleiben 1.200 EUR offen – die Versorgungslücke. Für diese Summe müssen ggf. nahestehende Familienangehörige aufkommen, wenn sie unterhaltspflichtig sind. Das können situationsabhängig Ehe-/Lebenspartner, Kinder und Eltern sein.

Angehörige haften füreinander

Wenn ein naher Angehöriger zum Pflegefall wird, ändert sich nicht nur der familiäre Alltag, sondern vor allem auch die finanzielle Situation enorm. In den meisten Fällen übersteigen die Kosten für die Pflege den gezahlten Pflegesatz. Reichen die Einnahmen der pflegebedürftigen Person (z. B. das Einkommen oder die Rente) nicht aus und hat der Betroffene keine private Absicherung getroffen, um die finanzielle Lücke zu minimieren, wird die Differenzsumme zunächst vom Sozialamt übernommen werden. Der Staat hat aber das Recht, sich zumindest einen Teil des Geldes von den nahen Angehörigen zurückzuholen. Denn im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) heißt es: „Verwandte in gerader Linie sind verpflichtet, einander Unterhalt zu gewähren“ (§ 1601, Viertes Buch, Familienrecht, Zweiter Abschnitt, Dritter Teil). Anhand eines Fragebogens holt das Sozialamt zunächst finanzielle Auskünfte bei den Verwandten ein. Laut § 1605 BGB sind die Angehörigen von Pflegebedürftigen verpflichtet, ihre finanzielle Situation offenzulegen, „soweit dies zur Feststellung eines Unterhaltsanspruchs oder einer Unterhaltsverpflichtung erforderlich ist“.

Selbstbehalt beim Angehörigenunterhalt

Um Haus und Hof müssen nahe Verwandte von Pflegebedürftigen jedoch nicht bangen. Denn beim sogenannten Angehörigenunterhalt wird ihnen auf ihr Nettoeinkommen nach § 1603 BGB ein Selbstbehalt eingeräumt. Dieser beträgt derzeit (Stand 01.01.2013) in der Regel monatlich 1.600 EUR zzgl. der Hälfte des darüber hinausgehenden Einkommens. Ist der Unterhaltspflichtige verheiratet, kommt ein Ehegatten-Selbstbehalt von momentan 1.280 EUR im Monat hinzu. Dem Sozialamt steht dann nach Abzug des Selbsthalts vom Nettoeinkommen die Hälfte des Restbetrags zu.

Bei den genannten Beträgen handelt es sich um Leitlinien aus der sogenannten Düsseldorfer Tabelle. Die Tabelle wird von den Familiensenaten der Oberlandesgerichte Düsseldorf, Köln und Hamm sowie der Unterhaltskommission des Deutschen Familiengerichtstages e. V. auf Basis einer Umfrage

bei den übrigen Oberlandesgerichten erarbeitet. Die darin aufgeführten Unterhalts- und Selbstbehaltssätze werden alle zwei Jahre zum 1. Juli sowie bei Bedarf aktualisiert. Die Düsseldorfer Tabelle kann auf der Website des Oberlandesgerichts Düsseldorf unter www.olg-duesseldorf.nrw.de eingesehen werden.

Nicht ohne Ihren Anwalt

Über den Selbstbehalt hinaus gibt es verschiedene weitere Minderungsgründe und Härtefallregelungen, die den zu leistenden Unterhaltsbetrag weiter senken können. Haben Sie beispielsweise unterhaltsberechtignte Kinder, an die Sie Unterhalt zahlen oder die Sie in Ihrem Haushalt versorgen, ist das ein Minderungsgrund für den Angehörigenunterhalt. In jedem Fall sollten Sie sich einen Rechtsbeistand suchen, sobald das Thema Angehörigenunterhalt auf Sie zukommt. Ein Anwalt, der auf Unterhaltsrecht spezialisiert ist, kann Sie beispielsweise dazu beraten, welche Minderungsgründe Sie persönlich geltend machen können, wie eine Aufteilung der Unterhaltsverpflichtungen zwischen Geschwistern aussehen kann oder ob eine Härtefallregelung auf Sie zutrifft.

Eine erste Anlaufstelle kann der Interessenverband Unterhalt und Familienrecht (ISUV) sein (www.isuv.de). Der gemeinnützige Verband berät und unterstützt Personen, die Hilfe im Bereich Familien- und Unterhaltsrecht suchen.

Mit einer privaten Pflagegeldversicherung zusätzlich vorsorgen

Im Fall einer Pflegebedürftigkeit kommen hohe finanzielle Belastungen auf Sie zu, die Sie z. B. mit einem Tarif aus dem **R+V-PflegeKonzept** vermindern können.

Bereits mit geringem Aufwand können Sie eine Vorsorge treffen, die Ihnen im Falle einer Pflegebedürftigkeit zumindest einen Teil der finanziellen Sorge nimmt und Sie spürbar entlastet.

Außerdem gibt es nun auch die Möglichkeit einer staatlichen Förderung. So erhalten Sie beim Abschluss des R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB) vom Staat 5 EUR Zulage pro Monat – also 60 EUR pro Jahr.

Detaillierte Informationen zu den **Pflagegeldern der R+V** finden Sie ab Seite 28 sowie online unter www.pflagegeld.ruv.de.

Sie möchten das Pflagerisiko absichern und zusätzlich noch etwas für Ihre Altersvorsorge tun?

Die private Rente allein ist keine ausgewogene Vorsorge für das Alter, eine Pflagegeldversicherung aber auch nicht. Mit der **R+V-GarantieRente-PflegePlus** können Sie Ihre Altersvorsorge optimieren und gleichzeitig den finanziellen Folgen eines Pflegefalls vorbeugen. Sie können wählen, ob Sie später lieber eine lebenslange Rente möchten, eine einmalige Kapitalzahlung oder aber die Rente zur Mitfinanzierung der **R+V-Pflagegeldversicherung** verwenden möchten. Die Entscheidung liegt ganz bei Ihnen und muss erst bei Rentenbeginn getroffen werden. So bleiben Sie flexibel. Ein weiterer Vorteil: Es erfolgt keine Gesundheitsprüfung, wenn später der volle Pflegeschutz gewünscht wird.

Ausführliche Informationen zur **R+V-GarantieRente-PflegePlus** finden Sie online unter www.rentepluspflege.ruv.de.



Wie Vollmachten das Leben erleichtern

Wir würden gerne auf ihn verzichten, aber er lässt sich einfach nicht vermeiden: der Papierkrieg. Für einen pflegebedürftigen Menschen sind Gänge zu Behörden oder das Beantragen von Leistungen besonders aufwändig. Wer nicht jede Angelegenheit selbst erledigen möchte oder kann, sollte eine Person seines Vertrauens damit beauftragen. Dies geschieht in Form einer Vollmacht.

So ist eine Vollmacht gültig

Mit einer Vollmacht erklären Sie Ihren Willen, sich in Rechtsgeschäften durch einen Dritten vertreten zu lassen. Diese Willenserklärung muss meist schriftlich erfolgen und mindestens folgende Angaben enthalten:

- > vollständiger Name, Geburtsdatum und Anschrift der Person, die sich vertreten lassen möchte (Vollmachtgeber),
- > vollständiger Name, Geburtsdatum und Anschrift der Person, die den Vollmachtgeber vertritt (Bevollmächtigter),
- > Nennung der Rechtsgeschäfte, für die die Vollmacht gilt,
- > Datum und Ort der Willenserklärung,
- > Unterschrift des Vollmachtgebers.

Bei manchen Vollmachten sind weitere Angaben notwendig. Um welche es sich dabei handelt, können Sie den Vorlagen entnehmen, die wir Ihnen im Internet anbieten.

Eine Vollmacht ist nur als Original gültig. Es reicht also z. B. nicht, wenn der Bevollmächtigte bei der Bank eine Kopie vorlegt, um Geld vom Konto des Vollmachtgebers abzuheben. Außerdem muss sich der Bevollmächtigte ausweisen können. Die Beglaubigung der Vollmacht durch einen Notar ist nicht notwendig. Es sei denn, der Bevollmächtigte soll ein Grundstück verkaufen oder belasten dürfen. Die notarielle Beglaubigung verhindert allerdings, dass die Echtheit der Vollmacht angezweifelt wird, und kann daher bei umfangreichen Vollmachten (z. B. Bank- oder Vorsorgevollmacht) sinnvoll sein.

Im Folgenden stellen wir Ihnen die wichtigsten Arten der Vollmachten vor.

Art der Vollmacht	Wozu dient sie?	Was ist zu beachten?	Unser Service
Vollmacht für Behördengänge	<p>Generell können damit Ausweisdokumente, Bescheinigungen und Ähnliches bei der Ausweis- und Meldebehörde beantragt und abgeholt werden. Das Abholen einer Meldebescheinigung und der Antrag auf finanzielle Leistungen sind typische Gelegenheiten, zu denen eine Behördenvollmacht nützlich wird.</p>	<p>In der Regel müssen bei öffentlichen Einrichtungen nicht nur die Vollmacht und der Personalausweis des Bevollmächtigten, sondern zusätzlich der Personalausweis des Vollmachtgebers vorgelegt werden. Beantragt der Vollmachtgeber einen neuen Personalausweis oder Pass, muss er sogar persönlich auf der Meldestelle erscheinen und den Antrag unterschreiben. Erspart bleibt dieser Gang nur Personen, die nicht oder nur unter sehr erschwerten Bedingungen mobil sind.</p>	<p>Auf unserer Website finden Sie unter www.muster.ruv.de eine Word-Vorlage für eine Behördenvollmacht (Quelle: Bayerisches Staatsministerium des Innern und Stadtverwaltung Münster).</p>
Bankvollmacht	<p>Für welche Transaktionen die Vollmacht gelten soll, legt der Vollmachtgeber in der Vollmacht fest (z. B. Abbuchungen, Einzahlungen, Kontoauflösung). Ändert der Vollmachtgeber seine Meinung, lässt sich die Vollmacht jederzeit gegenüber der Bank widerrufen.</p>	<p>Banken können die Echtheit einer Vollmacht anzweifeln. Vermeiden lässt sich das z. B. mit einer notariellen Beglaubigung. Oder Vollmachtgeber und Bevollmächtigter unterschreiben das Papier im Beisein eines Bankangestellten. Viele Institute bieten Vordrucke für eine Bankvollmacht an.</p> <p>Eine Bankvollmacht sollte nicht nur zu Lebzeiten gelten, sondern auch im Todesfall. So kann der Bevollmächtigte ohne wochenlanges Warten auf den Erbschein die Beerdigungskosten und andere Ausgaben vom Konto des Erblassers zahlen.</p>	<p>Auf unserer Website finden Sie unter www.muster.ruv.de eine Word-Vorlage für eine Bankvollmacht und eine Word-Vorlage zum Selbstauffüllen (Quelle: Bundesministerium für Justiz).</p>

Fortsetzung nächste Seite

Art der Vollmacht	Wozu dient sie?	Was ist zu beachten?	Unser Service
<p>Vorsorgevollmacht</p>	<p>Mit diesem Schriftstück erklärt eine Person zu Zeiten voller Geschäftsfähigkeit, was im Fall ihrer Geschäftsunfähigkeit (etwa infolge eines Schlaganfalls) geschehen soll. Die Vollmacht wird also erst dann wirksam, wenn ein Arzt erklärt, dass die Person keine eigenen Entscheidungen mehr treffen kann. Von diesem Zeitpunkt an regelt der Bevollmächtigte alle Angelegenheiten, zu denen er laut Vorsorgevollmacht befähigt ist.</p>	<p>Die Angelegenheiten, die in einer Vorsorgevollmacht geregelt werden, lassen sich auf mehrere Personen verteilen. Es kann sich also ein Vertrauter um die Bankgeschäfte kümmern, und ein anderer regelt die gesundheitliche Versorgung. In diesem Fall wird für jeden Bevollmächtigten eine eigene Vorsorgevollmacht ausgestellt. Wenn der Bevollmächtigte auch schwerwiegende Entscheidungen (z. B. Einsatz von Beruhigungsmitteln, Fixieren am Bett) treffen soll, so muss dies ausdrücklich in der Vollmacht erwähnt werden. Die allgemeine Formulierung „vertritt mich in allen Angelegenheiten“ genügt nicht.</p> <p>Wird ein Mensch geschäftsunfähig und liegt keine Vorsorgevollmacht vor, so bestellt das Vormundschaftsgericht für ihn einen Betreuer. Lassen Sie Ihre Vorsorgevollmacht am besten beim Zentralen Vorsorgeregister eintragen. So ist das Vormundschaftsgericht sofort darüber informiert, dass es keinen Betreuer für Sie einsetzen muss. Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz stellt im Internet dafür einen „Antrag auf Eintragung einer Vorsorgevollmacht“ bereit.</p>	<p>Auf unserer Website finden Sie unter www.muster.ruv.de eine Word-Vorlage für eine Vorsorgevollmacht (Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz).</p>

Art der Vollmacht	Wozu dient sie?	Was ist zu beachten?	Unser Service
Betreuungsverfügung	Wie die Vorsorgevollmacht regelt auch die Betreuungsverfügung, welche Personen Ihre Interessen vertreten, falls Sie geschäftsunfähig werden. Allerdings muss die in der Betreuungsverfügung genannte Person sich vom Vormundschaftsgericht bestellen lassen.	Anders als die Vorsorgevollmacht wird die Betreuungsverfügung erst wirksam, wenn nicht nur ein Arzt, sondern auch das Gericht eine Betreuung für notwendig erachtet. Der Vollmachtgeber ist also nicht allein auf das Vertrauen zum Bevollmächtigten und zu einem Arzt angewiesen.	Auf unserer Website finden Sie unter www.muster.ruv.de eine Word-Vorlage für eine Betreuungsverfügung (Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz).
Patientenverfügung	Mit der Patientenverfügung bestimmen Sie, wie Sie medizinisch behandelt werden möchten, falls Sie nicht mehr ansprechbar sind oder sich nicht mehr klar äußern können. An diese Wünsche muss sich der Arzt dann halten.	Zwar kann die Patientenverfügung auch mündlich erfolgen, aber die Schriftform erleichtert es, sie durchzusetzen. Da es unmöglich ist, jede Behandlungssituation genau vorherzusehen, sollten Sie die Patientenverfügung immer durch eine Vorsorgevollmacht ergänzen. Auch dies erleichtert es dem Bevollmächtigten, Ihren Willen gegenüber den Ärzten durchzusetzen.	Welche Behandlungssituationen eine Rolle spielen können, sehen Sie in der Word-Datei, die wir Ihnen im Internet unter www.muster.ruv.de zur Verfügung stellen. Sie enthält Textbausteine , aus denen sich eine individuelle Patientenverfügung zusammenstellen lässt (Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz).

Ansprechpartner

Mit den bereitgestellten Vorlagen sind Sie in der Lage, die für einen Notfall notwendigen Vollmachten auszustellen. Dennoch ist eine persönliche Beratung ratsam. Die sogenannten Betreuungsvereine helfen bei der Formulierung von Vorsorgevollmachten, Patienten- und Betreuungsverfügungen. Beglaubigen lassen können Sie diese von einer örtlichen Betreuungsbehörde.

Die Betreuungsbehörde ist in vielen Gemeinden beim Jugend-, Sozial- oder Gesundheitsamt zu finden. Manche Städte haben ein eigenes Betreuungsamt. Für die weitere Recherche können Sie auch das Internet nutzen. Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz bietet ausführliche Informationen zum Betreuungsrecht an.

Die R+V-Pflegetagegelder: Die finanzielle Absicherung für den Pflegefall

Im Pflegefall werden selbst die einfachsten Dinge schwierig. Dann ist es eine große Erleichterung, wenn man sich zumindest über die Finanzierung der Pflege keine Gedanken machen muss.

R+V-Pflege FörderBahr

Für den R+V-Pflege FörderBahr erhalten Sie vom Staat eine **Zulage von 5 EUR pro Monat bzw. 60 EUR pro Jahr** – ohne bürokratischen Aufwand, denn die R+V kümmert sich um alles!

Sie können mit dem R+V-Pflege FörderBahr vorsorgen und von der staatlichen Förderung profitieren, wenn Sie

- ▶▶ mindestens 18 Jahre alt sind,
- ▶▶ in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind und
- ▶▶ noch keine Leistungen aus dieser beziehen oder bezogen haben.

Für die staatliche Förderung sind eine monatliche Mindestleistung von 600 EUR in Pflegestufe III und ein Eigenbeitrag von mindestens 10 EUR im Monat erforderlich. Der Beitrag und die dazugehörige Pflegetagegeldhöhe sind abhängig vom Eintrittsalter.

Beispiele: Der Staat übernimmt bis zu einem Drittel des Beitrags!

Eintrittsalter	Leistung Pflegestufe III	Gesamtbeitrag	Staatliche Zulage	Eigenbeitrag	Förderquote
20 Jahre	1.119,30	15,00	5,00	10,00	33,3 %
30 Jahre	795,00	15,00	5,00	10,00	33,3 %
40 Jahre	600,00	16,84	5,00	11,84	29,7 %
50 Jahre	600,00	25,88	5,00	20,88	19,3 %

Leistung, Beiträge und staatliche Zulage in EUR/Monat.
Eintrittsalter = Kalenderjahr des Versicherungsbeginns – Geburtsjahr

Ihr Plus:

Leistungen deutlich über den gesetzlichen Mindestanforderungen

- ▶▶ Fast 90% der Pflegebedürftigen befinden sich in den Pflegestufen I oder II. Zudem ist Demenz auf dem Vormarsch. Deshalb bietet die R+V schon in den Pflegestufen 0 bis II überdurchschnittliche prozentuale Leistungen:

Leistung				
	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Gesetzliche Mindestleistung*	10 %	20 %	30 %	100 %
Pflege FörderBahr (PKB)*	30 %	30 %	70 %	100 %

*Jeweils in Prozent des tariflichen Tagessatzes (mindestens 20 EUR/Tag bzw. 600 EUR/Monat in Pflegestufe III).

- ▶▶ Bei der R+V erhalten Sie regelmäßig dynamische Anpassungen Ihres Pflegetagegeldes.
- ▶▶ Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit verzichtet die R+V auf die 5-jährige Wartezeit.



R+V-PflegeKonzept

Im R+V-PflegeKonzept stehen Ihnen drei leistungsstarke Pflagestagegeld-Tarife mit unterschiedlichem Leistungsniveau und individuell wählbarem Tagessatz zur Auswahl. Entscheiden Sie selbst, welche Absicherung Sie wünschen:

Leistung				
	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Pflege classic (PK3U)*				100 %
Pflege comfort (PK2U)*			70 %	100 %
Pflege premium (PKU)*	30 %	30 %	70 %	100 %

*Jeweils in Prozent des tariflichen Tagessatzes.

Ihre Vorteile im Überblick.

R+V-Pflege FörderBahr:

- ▶▶ Staatliche Zulage: 5 EUR/Monat bzw. 60 EUR/Jahr
- ▶▶ Keine Formalitäten: Beantragung und Verwaltung der Zulage übernimmt die R+V
- ▶▶ Leistung in allen Pflegestufen, in 0 bis II deutlich über den gesetzlichen Mindestanforderungen
- ▶▶ Keine Gesundheitsprüfung – keine Leistungsausschlüsse und keine Risikozuschläge
- ▶▶ Entfall der 5-jährigen Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

R+V-PflegeKonzept:

- ▶▶ Individueller Tagessatz wählbar
- ▶▶ Keine Wartezeiten und keine Karenzzeit
- ▶▶ Tarif Pflege premium: Leistung in allen Pflegestufen
- ▶▶ Beitragsfreistellung ab Pflegestufe II bzw. in Tarif Pflege classic in Pflegestufe III

Und das gilt für beide Produkte:

- ▶▶ Leistung unabhängig davon, ob stationär oder zu Hause von Pflegekräften bzw. von anderen Personen (z. B. Familienangehörigen) gepflegt wird
- ▶▶ Dynamik: Regelmäßige Erhöhung des Pflagestagegeldes, sofern kein Pflegefall eingetreten ist
- ▶▶ Keine Kostennachweise erforderlich

Unsere Empfehlung:

Kombinieren Sie den R+V-Pflege FörderBahr nach Ihren Wünschen mit dem R+V-PflegeKonzept für eine bedarfsgerechte finanzielle Absicherung im Pflegefall.

Individuelle Beratung zur Pflegevorsorge

Sie möchten sich gerne ausführlich und individuell zu den Möglichkeiten der privaten Pflegevorsorge beraten lassen? Dann wenden Sie sich an eine Filiale der Volks- und Raiffeisenbanken in Ihrer Nähe oder an einen R+V-Außendienstmitarbeiter. Die Berater erstellen Ihnen gerne ein attraktives Angebot, das sich an Ihren individuellen Bedürfnissen orientiert.

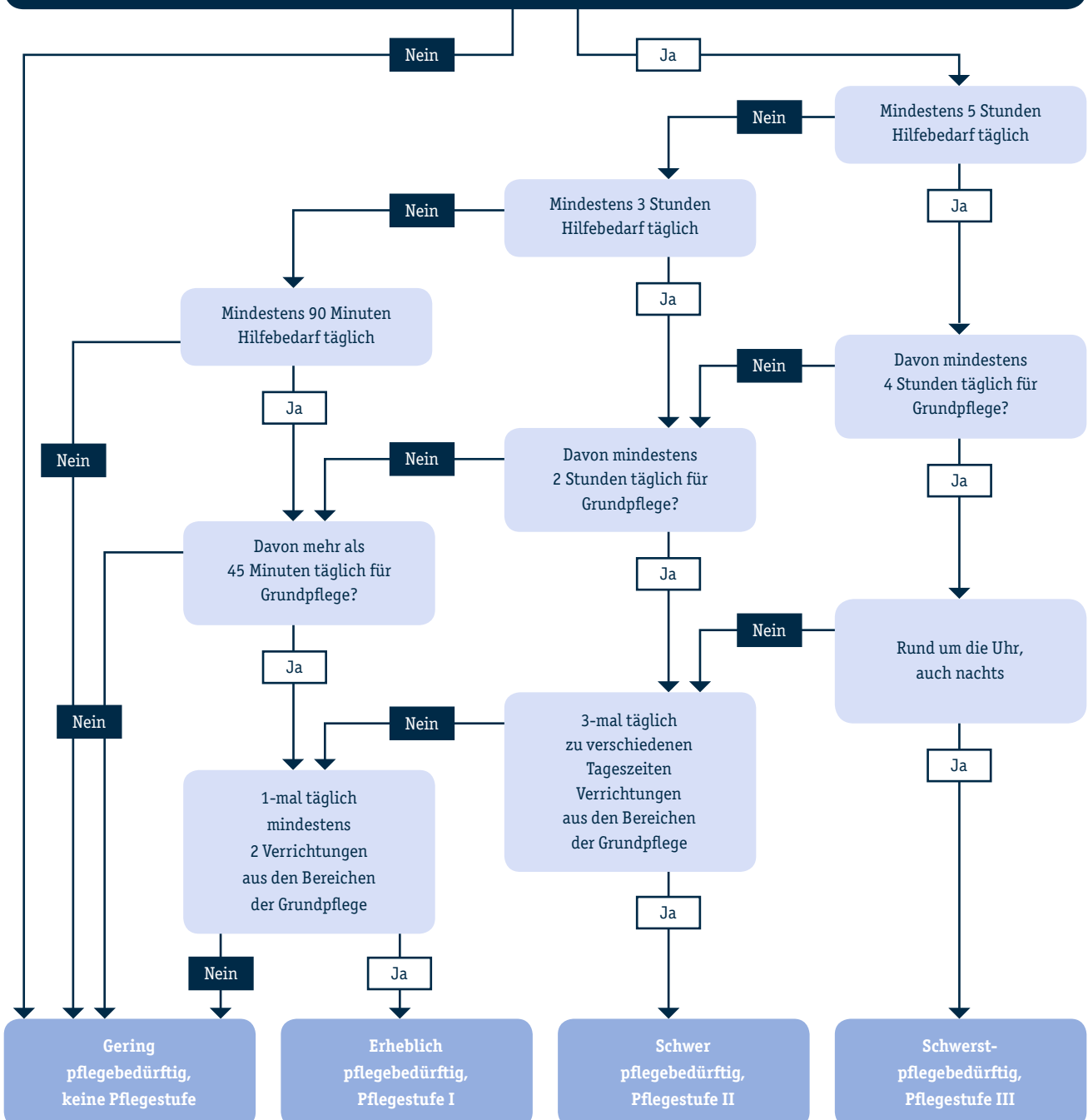


Kontakt: Unter www.kontakt.ruv.de können Sie anhand Ihrer Postleitzahl in Sekundenschnelle Ansprechpartner in Ihrer Nähe ermitteln. Oder rufen Sie uns an: **0611 533-1121**. Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Entscheidungsbaum: Die Pflegestufe bestimmen

Wenn Sie die Fragen dieses Entscheidungsbaums von oben nach unten beantworten, bekommen Sie einen Anhaltspunkt, wie pflegebedürftig ein Mensch ist. Die endgültige Entscheidung über die Pflegestufe wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. durch Medicproof getroffen.

Ist tägliche Hilfe in den Bereichen der Grundpflege sowie zusätzlich mehrmals wöchentlich Haushaltshilfe notwendig?



Entscheidungsbaum: Die Pflegestufe bestimmen

Checkliste: Pflege zu Hause absichern

Die häusliche Pflege eines Menschen erfordert viel Zeit und Energie. Die folgenden Fragen helfen herauszufinden, ob Sie einen Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden versorgen können und welche Hilfe Sie dabei benötigen.

Frage	Kommentar
Wer in der Familie kann zu welchen Zeiten bei der Pflege mithelfen?	
Welche Arbeiten, Botengänge, Besuche, Spaziergänge, Erledigungen können Angehörige, Freunde oder Nachbarn regelmäßig übernehmen?	
Wie können ggf. Nachtdienste aufgeteilt werden, damit nicht mehr als drei Nachtwachen in der Woche pro Person anfallen?	
Ist die Wohnung groß genug? Die betreute Person braucht ein eigenes Zimmer. Der Platzbedarf darf die übrige Familie nicht zu sehr einschränken. Eine Lage im dritten oder vierten Stock ohne Aufzug ist kaum geeignet.	
Tragen alle Familienmitglieder Ihre Entscheidung mit und sind alle bereit, Aufgaben zu übernehmen?	
Sind die Finanzen gesichert? Die Summe aus Einkommen, Rente, Pflegegeld und anderen Zuschüssen sollte geklärt sein und Spielraum für Eventualitäten (etwa professionelle Hilfe) vorsehen.	
Verfügen Sie über pflegerisches Wissen oder können Sie sich dieses aneignen (z. B. Kurs bei einer Sozialstation)?	
Wer kann in Ausfallzeiten einspringen?	
Welche Grundfreiräume, z. B. Ausflüge mit dem Partner und den Kindern, wollen Sie unbedingt behalten?	
Sind ambulante Hilfen (z. B. Pflegedienste, Ärzte und teilstationäre Einrichtungen) in Ihrer Nähe verfügbar?	
Welche Dienste wollen Sie wie oft von Institutionen in Anspruch nehmen (z. B. Körperpflege, Essen auf Rädern)?	

Checkliste: Ambulanter Pflegedienst

Diese Fragen sollen Ihnen helfen, die Qualität eines Pflegedienstes beurteilen zu können.

Frage	Kommentar
Haben Sie genügend Informationsmaterial und den Pflegevertrag vorab zum Lesen bekommen?	
Welche fachliche Qualifikation haben die Mitarbeiter und wie viele sind fest angestellte Kräfte?	
Wie hoch ist der Anteil an Aushilfen?	
Sind es mindestens vier Vollzeitfachkräfte (für eventuelle Rund-um-die-Uhr-Versorgung an sieben Tagen)?	
Handelt es sich um ein festes Pflgeteam oder wechseln die Fachkräfte öfter?	
Wie ist die zwischenmenschliche Atmosphäre bei den Mitarbeitern der Einrichtung?	
Deckt der Dienst alle Hilfen ab, die Sie brauchen?	
Ist der Dienst flexibel und nimmt er Rücksicht auf spezielle Wünsche und Gewohnheiten?	
Kann der Dienst auch mehr Hilfe leisten, wenn Sie diese benötigen?	
Gibt es einen Bereitschaftsdienst für Notfälle und können Sie auch nachts Hilfe bekommen?	
Kooperiert der Dienst mit anderen Einrichtungen, Ihrem Hausarzt und den Angehörigen?	
Welches Pflegekonzept verfolgt der Dienst und werden Qualitätskontrollen durchgeführt?	
Wird ein individueller Pflegeplan erarbeitet und die Pflege dokumentiert?	
Werden bei den Einsatzzeiten Ihre Bedürfnisse berücksichtigt?	
Wie ist das Preis-Leistungs-Verhältnis im Vergleich zu anderen Diensten?	
Werden „Investitionskosten“ berechnet? Wenn ja, dann berücksichtigen Sie diese im Preis-Leistungs-Vergleich.	
Ist die Kostenkalkulation verständlich?	
Können Sie jederzeit die Pflegedokumentation einsehen und bekommen Sie Kopien der Leistungsnachweise?	
Wurden alle Ihre Fragen sachlich und kompetent beantwortet?	

Checkliste: Wohnen im Pflegeheim

Bei der Besichtigung einer Einrichtung können Sie mit dieser Checkliste alle entscheidenden Kriterien abfragen. Kommen mehrere Häuser in Frage, lassen sich mit der Liste bis zu drei Pflegeheime einander gegenüberstellen.

Kriterium	Name der Einrichtung		
	1.	2.	3.
Wartezeit			
Ist ein Einzug sofort möglich?			
Wie lang ist die Wartezeit?			
Lage und Umfeld des Heims			
Ist/Sind in einem Umkreis von maximal 500 m erreichbar:			
> Supermarkt?			
> Ärzte?			
> Apotheke?			
> Bank?			
> Post?			
> Friseur?			
> Grünanlage/Park?			
> Restaurant/Café?			
> Seniorentreffs?			
> Theater/Kultureinrichtungen?			
> Kirche?			
> Regelmäßig fahrende öffentliche Verkehrsmittel? (ggf. auch für Besucher wichtig)			
Ist das Umfeld ruhig?			
Leben Familie und Freunde in der Nähe?			

Fortsetzung nächste Seite

Kriterium	Name der Einrichtung		
	1.	2.	3.
Das Heim von außen			
Gibt es ausreichend Parkplätze für Bewohner und Besucher?			
Ist das Haus in einem guten baulichen Zustand?			
Gefällt Ihnen die Architektur?			
Hat das Haus einen Garten/eine Grünanlage?			
Gibt es ausreichend Sitzbänke im Garten?			
Ist der Zugang zum Haus barrierefrei (keine Türschwellen etc.)?			
Ist der Zugang zum Haus rollstuhlgerecht (Türbreite mindestens 80 cm)?			
Das Heim von innen			
Wirkt das Haus sauber, hell und angenehm?			
Gefallen Ihnen die Möbel und die Dekoration?			
Können Sie sich in allen Räumen problemlos bewegen?			
Können sich Rollstuhlfahrer in allen Räumen problemlos bewegen?			
Gibt es:			
> auf jeder Etage einen Speiseraum und eine Teeküche?			
> auf jeder Etage einen Gemeinschaftsraum?			
> auf jeder Etage einen Balkon/eine Terrasse?			
> ein Restaurant/Café?			
> einen Kiosk?			
> einen Veranstaltungsraum für Feiern?			
> eine Turnhalle?			
> eine Schwimmhalle?			
> einen Hobbyraum?			
> Abstellräume?			
> Räume für Ergo- und Beschäftigungstherapie?			
> Übernachtungsmöglichkeiten für Besucher?			

Kriterium	Name der Einrichtung		
	1.	2.	3.
Die Zimmer/Wohnungen			
Wie viele Wohnungen gibt es?			
Wie groß sind die Wohnungen?			
Wie viele Einzelzimmer gibt es?			
Wie groß sind die Einzelzimmer?			
Wie viele Doppelzimmer gibt es?			
Wie groß sind die Doppelzimmer?			
Sind die Zimmer/Wohnungen barrierefrei (keine Türschwelle, Lichtschalter und Steckdosen gut erreichbar)?			
Sind die Zimmer/Wohnungen rollstuhlgerecht (Türbreite mindestens 80 cm, Zimmerbreite mindestens 1,50 m)?			
Gehört zur Wohnung ein eigenes Badezimmer mit Dusche und WC?			
Hat die Dusche einen ebenerdigen Einstieg?			
Gibt es:			
> eine Kochmöglichkeit?			
> einen Telefon- und Internetanschluss?			
> einen Fernseh- und Rundfunkanschluss?			
> einen Rauchmelder?			
> schallgeschützte Wände zu den Nachbarn?			
> Schallschutzfenster?			
> einen Balkon/eine Terrasse?			
Reicht das Tageslicht zum Lesen?			
Ist das Zimmer abschließbar?			
Dürfen eigene Möbel mitgebracht werden?			
Darf ein Haustier mitgebracht werden?			
Sind Besuche jederzeit möglich?			

Fortsetzung nächste Seite

Kriterium	Name der Einrichtung		
	1.	2.	3.
Der Service			
Gibt es individuelle Zeiten beim Aufstehen am Morgen?			
Gibt es individuelle Zeiten beim Zubettgehen?			
Kann bei allen Mahlzeiten eine Auswahl zwischen verschiedenen Gerichten getroffen werden?			
Wird auf Diätwünsche Rücksicht genommen?			
Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten serviert?			
Welche Zwischenmahlzeiten gibt es?			
Gibt es einen kostenlosen Wäscheservice?			
Gibt es einen kostenlosen Reparaturservice?			
Wie oft finden kulturelle Veranstaltungen statt?			
Wie oft finden Ausflüge statt?			
Welche Bildungs- und Beschäftigungsangebote gibt es?			
Gibt es einen Heimbeirat, der die Interessen der Bewohner vertritt?			
Welches Mitspracherecht hat der Heimbeirat?			
Hat das Heim einen eigenen Fahr- und Begleitdienst?			
Sind Ihnen die Mitarbeiter des Heims sympathisch?			
Die medizinische Betreuung			
Welche Ärzte gehören zum Heim?			
Ist jederzeit ein Arzt erreichbar?			
Wie viel Pflegepersonal kommt auf wie viele Heimbewohner?			
Wie viele der Pflegerinnen/Pfleger besitzen eine abgeschlossene Ausbildung? (Laut Gesetz müssen es in einem Pflegeheim mindestens 50 % sein.)			
Ist das Pflegepersonal jederzeit erreichbar?			
Gibt es Möglichkeiten, die geistige und körperliche Beweglichkeit zu trainieren?			

Kriterium	Name der Einrichtung		
	1.	2.	3.
Die monatlichen Kosten			
Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Pflegestufe I			
Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Pflegestufe II			
Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bei Pflegestufe III			
Sonstige Kosten (sogenannte Investitionskosten)			
Kosten für Extraleistungen, die Ihnen wichtig sind (fordern Sie die Preisliste für Extraleistungen an)			
Gesamtkosten			
Sonstige Kosten			
Höhe der Kautions (auch: Darlehen)			
Verzinsung und Rückzahlung der Kautions			
Besteht zwischen Heim und Pflegekassen ein Versorgungsvertrag? (Sollte bei einem Pflegeheim selbstverständlich sein.)			

Checkliste: Pflegevertrag

Pflegedienste sind gesetzlich verpflichtet, einen schriftlichen Pflegevertrag mit dem Pflegebedürftigen abzuschließen. Mit den folgenden Fragen können Sie sichergehen, dass der Pflegevertrag alle wichtigen Details enthält. Im Idealfall können Sie alle Fragen mit „Ja“ beantworten.

Frage	Kommentar
Zu den Vertragspartnern	
Sind im Pflegedienstvertrag beide Vertragspartner aufgeführt?	
Ist der Pflegedienstanbieter mit vollständigem Namen und vollständiger Adresse aufgeführt?	
Ist nur der Pflegebedürftige oder auch sein Bevollmächtigter/gesetzlicher Betreuer Vertragspartner des Pflegedienstes? Unterschreiben weitere Personen den Vertrag, haften auch sie, beispielsweise im Falle eines Zahlungsverzugs.	
Zu Leistungen und Haftung	
Sind die Leistungen des Pflegedienstes im Einzelnen aufgeführt (z. B. Waschen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Einkaufen, Kochen, Putzen)? (Die Formulierung „Grundpflege“ reicht nicht aus.)	
Erläutert der Vertrag genau, welche Leistungen vom Pflegedienstanbieter selbst und welche von seinen Kooperationspartnern (z. B. Physiotherapeuten) übernommen werden?	
Steht im Vertrag, an welchen Tagen die Leistungen ausgeführt werden?	
Steht im Vertrag, mit welcher Häufigkeit die Leistungen durchgeführt werden?	
Kann der Pflegebedürftige besondere Wünsche (z. B. Betreuung nur durch weibliches/männliches Personal) schriftlich festhalten?	
Sichert der Vertrag dem Pflegebedürftigen zu, dass dieser jederzeit Einsicht in die Pflegedokumentation des Pflegedienstes hat?	

Frage	Kommentar
Wird dem Pflegebedürftigen in regelmäßigen Abständen der Leistungsnachweis des Pflegedienstes zur Bestätigung vorgelegt?	
Ist der Pflegedienst bereit, den Pflegebedürftigen jederzeit zu versorgen – auch nachts und an Wochenenden?	
Kann der Pflegebedürftige den Leistungsumfang (z. B. bei Änderung seines Gesundheitszustandes) jederzeit ändern?	
Enthält der Vertrag eine Vereinbarung, wie die Schlüssel des Pflegebedürftigen vom Pflegedienst aufzubewahren sind?	
Enthält der Vertrag eine Vereinbarung zur Einhaltung der gesetzlichen Schweigepflicht?	
Haftet der Pflegedienstanbieter für Schäden, die sein Personal oder die Kooperationspartner durch grob fahrlässiges Verhalten verursachen?	
Zu den Kosten	
Enthält der Vertrag die genauen Vergütungssätze für die einzelnen Leistungen bzw. Leistungskomplexe?	
Steht im Vertrag der genaue Betrag, den der Pflegebedürftige selbst übernehmen muss (z. B. Restkosten, die von der Pflegekasse nicht übernommen werden)?	
Sind dem Pflegevertrag die erforderlichen Nachweise für einen Investitionskostenzuschlag beigelegt? (Zur Kostendeckung erheben manche Pflegedienste einen Zuschlag, den der Pflegebedürftige übernehmen muss. Erhalten die Pflegedienste öffentliche Förderung, müssen sie die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde zur Erhebung der Investitionskosten einholen.)	
Enthält der Vertrag eine Vereinbarung, die festlegt, bis wann der Pflegebedürftige dem Pflegedienst absagen kann, ohne den Einsatz bezahlen zu müssen?	
Entfällt bei einem Notfall (z. B. unvorhergesehenem Klinikaufenthalt) die Pflicht des Pflegebedürftigen, den Einsatz ausfall zu zahlen?	
Rechnet der Pflegedienst die Leistungen, die mit den Kostenträgern (z. B. Pflegeversicherung) abgerechnet werden können, direkt mit diesen ab?	
Sichert der Vertrag zu, dass Rechnungen am Monatsanfang für Leistungen des Vormonats geschrieben werden?	

Fortsetzung nächste Seite

Frage	Kommentar
Hat der Pflegebedürftige mindestens zwei Wochen Zeit, die Rechnung zu begleichen?	
Steht im Vertrag, dass rückwirkende Entgelterhöhungen unzulässig sind?	
Sichert der Vertrag zu, dass Entgelterhöhungen dem Pflegebedürftigen mindestens vier Wochen vorher schriftlich mitgeteilt und genau erläutert werden?	
Ruht der Pflegevertrag im Falle eines Klinikaufenthaltes o. Ä.? In dieser Zeit dürfen keine Kosten geltend gemacht werden.	
Zur Vertragskündigung	
Wird der Pflegebedürftige darauf hingewiesen, dass er im Falle einer Entgelterhöhung den Vertrag fristlos kündigen kann?	
Kann der Pflegebedürftige in den ersten zwei Wochen der Inanspruchnahme des Pflegedienstes den Vertrag ohne Angabe von Gründen fristlos kündigen?	
Kann der Pflegebedürftige in besonderen Fällen den Vertrag fristlos kündigen, z. B. wenn er das Vertrauensverhältnis gestört sieht?	
Ist die Kündigungsfrist für den Pflegebedürftigen kürzer als die für den Pflegedienst?	
Beträgt die Kündigungsfrist für den Pflegebedürftigen nicht mehr als zwei Wochen?	
Beträgt die Kündigungsfrist für den Pflegedienst etwa sechs Wochen?	
Endet der Vertrag, sobald der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim oder einer anderen Pflegeeinrichtung untergebracht wird?	
Endet der Pflegevertrag mit dem Tod des Pflegebedürftigen unmittelbar?	
Zur Vertragsausfertigung	
Gibt es vom Pflegevertrag insgesamt drei Ausfertigungen?	
Erhält der Pflegebedürftige ein Exemplar des Vertrages?	
Legt der Pflegedienst der Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Vertrages vor?	

Ansprechpartner für die Suche nach Pflegeeinrichtungen

Hier finden Sie Adressen von Institutionen und Einrichtungen, die Ihnen sowohl bei der allgemeinen Beratung als auch bei der Suche nach konkreten Hilfsangeboten wertvolle Unterstützung leisten können. Die angegebenen Internetlinks können Sie für weitere Informationen nutzen.

Allgemeine telefonische Auskunft			
Einrichtung/Institution	Telefon	Internet/E-Mail	Auskunft
Telefonischer Ratgeber für die Altenhilfe: Servicruf des ASB	0800 2722255 (gebührenfrei)	www.asb.de info@asb.de	<ul style="list-style-type: none"> > Zur Alten- und Behindertenhilfe > Über Pflegedienste > Über häusliche Krankenpflege
Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit	030 340 60 66 02	www.bmg.bund.de info@bmg.bund.de	<ul style="list-style-type: none"> > Über Hausnotrufe und Altenpflegeheime sowie Anschriften von Beratungsstellen in ganz Deutschland

Bundesverbände ständiger ambulanter Dienste			
Einrichtung/Institution	Telefon	Anschrift	Internet/E-Mail
B.A.H.- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.	030 3699245-0	Cicerostr. 37 10709 Berlin	www.bah-web.de bah@bah-bundesverband.de
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.	0201 354001	Annastr. 58-64 45130 Essen	www.bad-ev.de info@bad-ev.de
Frankfurter Verband für Alten- u. Behindertenhilfe e. V.	069 299807-0	Gummersbergstr. 24 60435 Frankfurt am Main	www.frankfurter-verband.de zentrale@frankfurter-verband.de

Fortsetzung nächste Seite

Weitere soziale Dienste, Verbände und Gesellschaften			
Einrichtung/Institution	Telefon	Anschrift	Internet/E-Mail
Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)	030 726222-0	Stralauer Str. 63 10179 Berlin	www.sovd.de contact@sozialverband.de
Deutsche Rentenversicherung	0800 10004800 (gebührenfrei)		www.deutsche-rentenversicherung.de
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (Wohlfahrtsverband jüdischer Gemeinden)	069 9443710	Hebelstr. 6 60318 Frankfurt am Main	www.zwst.org zentrale@zwst.org
PKV Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V.	0221 9987-0	Postfach 51 10 40 50946 Köln	www.pkv.de
Deutsche Gesellschaft für Geriatric e. V. (Fachgesellschaft für Medizin im Alter)	0221 16 29 23 50	Kuniberts kloster 11-13 50668 Köln	www.dggeriatrie.de info@dggeriatrie.de
Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundes- verband e. V. (vzbv)	030 25800-0	Markgrafenstr. 66 10969 Berlin	www.vzbv.de info@vzbv.de
Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	030 260740-0	Manfred-von- Richthofen-Str. 2 12101 Berlin	www.dza.de
Interessenverband Unterhalt und Familienrecht – ISUV/VDU e. V.	0911 550478	Sulzbacher Str. 31 90489 Nürnberg	www.isuv.de info@isuv.de
COMPASS Private Pflegebe- ratung GmbH (Beratung für Privatversicherte)	0800 1018800 (gebührenfrei)	Postfach 51 06 10 50942 Köln	www.compass-pflegeberatung.de info@compass-pflegeberatung.de
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	030 20179130	11018 Berlin	www.bmfsfj.de info@bmfsfj.service.bund.de
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	030 3406066-02 Bürgertelefon zur Pflege- versicherung	11055 Berlin	www.bmg.bund.de

Wohlfahrtsverbände als Träger sozialer Dienste und Pflegedienste			
Einrichtung/Institution	Telefon	Anschrift	Internet/E-Mail
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.	030 26309-0	Heinrich-Albertz-Haus Blücherstr. 62/63 10961 Berlin	www.awo.org info@awo.org
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V.	030 24089-0	Oranienburger Str. 13-14 10178 Berlin	www.bagfw.de info@bag-wohlfahrt.de
Deutsches Rotes Kreuz e. V.	030 85404-0	Carstennstr. 58 12205 Berlin	www.drk.de drk@drk.de
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	030 24636-0	Oranienburger Str. 13-14 10178 Berlin	www.der-paritaetische.de info@paritaet.org
Deutscher Caritasverband e. V.	0761 200-0	Karlstr. 40 79104 Freiburg	www.caritas.de info@caritas.de
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	030 65211-0	Caroline-Michaelis-Straße 1 10115 Berlin	www.diakonie.de diakonie@diakonie.de
Sozialverband VdK Deutschland e. V.	0228 82093-0	Wurzerstraße 4 a 53175 Bonn	kontakt@vdk.de

Vordruck: Pfl egetagebuch

Das Führen eines Pfl egetagebuches hilft Ihnen dabei, zu erkennen, welche Pflegestufe einem Pflegebedürftigen zugeordnet werden könnte. Eine detaillierte Dokumentation der täglich notwendigen Pflegehandlungen kann zudem wichtig werden, falls Sie gegen die Einstufung Einspruch erheben möchten. Vor dem Besuch eines Gutachters sollten Sie dieses Pfl egetagebuch deshalb mindestens eine Woche lang führen.

Name des Pfl egenden:

Name des Pflegebedürftigen:

TAG 1						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Mobilität						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

TAG 2						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Notizen:

TAG 3						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Notizen:

TAG 4						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Notizen:

TAG 5						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Notizen:

TAG 6						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Notizen:

TAG 7						
Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasen- und/oder Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Ankleiden						
Auskleiden						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppen steigen						
Begleiten zum Arzt						

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
Art der Hilfe	Morgens	Mittags	Abends/ nachts	Mit Anleitung oder Beauf- sichtigung	Mit Unter- stützung	Teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Ernährung						
Mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Notizen:

Adressliste der Interessenvertreter

Die folgenden Verbände und Vereine setzen sich für die Belange von Pflegebedürftigen ein.

Einrichtung/Institution	Telefon	Anschrift	Internet/E-Mail
Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) e. V.	0228 249993-0 0228 249993-11 (Sekretariat)	Bonnigasse 10 53111 Bonn	www.basgo.de kontakt@basgo.de
Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen (BIVA) e. V.	02254 7045 02254 2812	Vorgebirgsstr. 1 53913 Swisttal	www.biva.de info@biva.de
Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband (BSB)	030 285387-0	Rungestr. 19 10179 Berlin	www.dbsv.org info@dbsv.org
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte (Schreibtelefon)	Tel.: 030 3406066 Fax: 030 3406066-07		info.gehoerlos@bmg.bund.de info.deaf@bmg.bund.de
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz	030 25 93 79 5-0	Friedrichstr. 236 10969 Berlin	www.deutsche-alzheimer.de info@deutsche-alzheimer.de
Sozialverband VdK Deutschland e. V.	Tel.: 0228 82093-0 Fax: 0228 82093-43	Wurzerstraße 4 a 53175 Bonn	kontakt@vdk.de



Informationen erhalten Sie in den Volksbanken und Raiffeisenbanken, R+V-Agenturen sowie bei der Direktion der R+V Versicherungsgruppe, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden.

Telefon: 0800 533-1121
Kostenfrei aus allen deutschen Fest- und Mobilfunknetzen.

www.ruv.de

R+V Krankenversicherung AG