AOK
Die Gesundheitskasse.

Ratgeber Pflege – alles, was jetzt wichtig ist

Ein Praxishandbuch für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

Gesundheit in besten Händen

aok.de

Viele Menschen sind nicht darauf vorbereitet, wenn ein Angehöriger* pflegebedürftig wird.

Eine solche Situation kann plötzlich eintreten, z. B. durch einen Unfall oder einen Sturz. Mitunter kann Pflegebedürftigkeit auch ein schleichender Prozess sein.

Wenn Pflege nötig wird, tauchen meist viele Fragen auf. Gut zu wissen ist, was Sie dann konkret tun können und wer Ihnen weiterhilft. Je besser Sie informiert sind, desto leichter wird es Ihnen fallen, mit der neuen Herausforderung umzugehen. Dieser Ratgeber möchte Sie dabei unterstützen und Ihnen Antworten auf die drängendsten Fragen geben.

In dieser Broschüre haben wir alles Wichtige zum Thema Pflege zusammengestellt. Sie erhalten grundlegende Informationen darüber, wie Ihnen die AOK zur Seite steht, wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird. Wir erläutern, was Sie beachten müssen, wenn Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen. Auch informieren wir darüber, wie die einzelnen Pflegegrade bestimmt werden und welche Aufgaben der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat.

Ein großer Schwerpunkt sind die unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege zu Hause und für die Pflege in einer Einrichtung. Außerdem zeigen wir Möglichkeiten auf, wie sich pflegende Angehörige unterstützen lassen können. Darüber hinaus legen wir dar, wie Sie den richtigen ambulanten Pflegedienst finden, was die Pflege zu Hause leichter macht und welche Möglichkeiten es gibt, selbst vorzusorgen. Übersichtliche Tabellen und Abbildungen liefern Ihnen zudem praktische Infos und wertvolle Tipps.

Ihre AOK – Die Gesundheitskasse

*Wir bemühen uns um eine geschlechtergerechte Sprache. Weil wir Ihnen den Lesefluss so angenehm wie möglich gestalten möchten, wählen wir in vielen Fällen dennoch die männliche Form. Die Inhalte beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter. Wenn nicht, weisen wir ausdrücklich darauf hin.

Inhalt

04 **Plötzlich pflegebedürftig:** Wer hilft mir jetzt weiter?

08 **Vorsorge:** Welche Möglichkeiten gibt es?

12 **Pflegeantrag:** Worauf muss ich achten?

16 **Begutachtung:** Was macht der MDK?

20 **Pflegegrad:** Wie wird er bestimmt und was sagt er aus?

24 **Pflege zu Hause:** Welche Leistungen gibt es?

32 **Pflegende Angehörige:** Wie können sie sich unterstützen lassen?

36 **Ambulante Pflegedienste:** Wie finde ich den richtigen Anbieter?

42 **Wohnumfeld:** Was macht die Pflege zu Hause leichter?

46 **Pflegeeinrichtung:** Welche Leistungen und Möglichkeiten gibt es?

52 **AOK:** Engagement für eine gute Versorgung

Plötzlich pflegebedürftig: Wer hilft mir jetzt weiter?

Wenn ein Mensch pflegebedürftig wird, ist das für ihn selbst und seine Angehörigen eine große Herausforderung. Plötzlich stellen sich viele Fragen rund um seine Versorgung.

Wichtig ist, sich mit der neuen Situation auseinanderzusetzen und sich ganz gezielt beraten zu lassen. Denn es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen, die die Pflegeversicherung Betroffenen bietet.

Individuelle Pflegeberatung

AOK-Versicherte, die bereits Pflegeleistungen erhalten oder die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und erkennbar der Hilfe oder Beratung bedürfen, haben nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, § 7a) Anspruch auf eine individuelle Beratung. Wenn der Pflegebedürftige zustimmt, können zudem auch pflegende Angehörige eine eigene Pflegeberatung in Anspruch nehmen und sich über Angebote und Leistungen informieren, die sie selbst entlasten und unterstützen.

Auf Wunsch kommen die AOK-Pflegeberater nach Hause

Diese kostenfreien Beratungsgespräche können Versicherte entweder in einer AOK-Geschäftsstelle vor Ort in Anspruch nehmen oder in so genannten Pflegestützpunkten, die die AOK gemeinsam mit den Landesbehörden betreibt. Dort bieten Mitarbeitende der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger Hilfesuchenden eine wohnortnahe fachliche Beratung zu allen Fragen rund um die Pflege.

Wo sich der nächste Pflegestützpunkt befindet, erfahren Interessierte bei der AOK vor Ort. Auf Wunsch kommen die AOK-Pflegeberater auch nach Hause. Zudem ist es bei Bedarf möglich, sich telefonisch beraten zu lassen.

AOK-Pflegeberater helfen, die Pflege zu organisieren

Seit mehr als zehn Jahren beraten die AOK-Pflegeberater Pflegebedürftige und ihre Angehörigen individuell und bieten ihnen praxisnah alle wichtigen Informationen zum Thema Pflege. Sie klären, welche Hilfe und Unterstützung Betroffene konkret benötigen, sie beraten sie umfassend über mögliche Leistungen und begleiten sie in ihrer individuellen Pflegesituation.

Bei Bedarf leiten die AOK-Pflegeberater alle notwendigen Maßnahmen ein und unterstützen bei Formalitäten wie dem Ausfüllen von Anträgen. Außerdem nehmen sie Kontakt zu weiteren Beteiligten auf, z. B. zu einem Pflegedienst. Denn sie kennen die vor Ort ansässigen Anbieter, spezielle Entlastungsangebote oder auch ehrenamtliche Hilfen und binden diese mit ein. So erhält jeder eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete Pflege.

TIPP

Vereinbaren Sie einen Termin mit der AOK-Pflegeberatung

Setzen Sie sich mit den Pflegeberatern der AOK vor Ort in Verbindung. Unsere Pflegeberater sind allesamt Fachkräfte, die Sie individuell beraten – am Telefon, in einer Geschäftsstelle, einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe oder auch bei Ihnen zu Hause.

Unsere Pflegeberater kennen sich in Ihrer Region aus und helfen Ihnen ganz konkret weiter. Sie können Sie z. B. dabei unterstützen, erforderliche Leistungen zu beantragen und die Pflege so zu organisieren, dass sie zu Ihrer persönlichen Situation passt.

Versorgungsplan

Nach den Pflegeberatungs-Richtlinien, die die Qualität der Beratung in ganz Deutschland sicherstellen und verbindlich für alle Pflegeberater gelten, gehört zu jeder Pflegeberatung das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans. In diesem Plan dokumentieren die AOK-Pflegeberater den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Pflegebedürftigen. Auch halten sie in diesem Plan gemeinsam erarbeitete Ziele fest und geben konkrete Hinweise, mit welchen Maßnahmen sich diese Ziele erreichen lassen.

Dokumentation nach klaren Vorgaben

Der Versorgungsplan dokumentiert für jede einzelne Maßnahme, wer bis wann für welchen Schritt verantwortlich ist und wann die AOK-Pflegeberater überprüfen, ob diese Schritte auch erledigt wurden. Wenn sich herausstellt, dass Ziele nicht erreicht wurden oder sich in der Zwischenzeit der Bedarf geändert hat, passen sie den Versorgungsplan an die veränderte Lage an.

AOK-Pflegeberater verfügen über umfassende Qualifikationen

Die AOK verfügt in ganz Deutschland über ein flächendeckendes Netz an Pflegeberatern. Diese sind neutral und unabhängig, d. h., sie beraten über mögliche Leistungen, entscheiden aber selbst nicht darüber, welche Leistungen gewährt werden.

Um Pflegebedürftige gezielt unterstützen zu können, arbeiten die Berater mit regionalen Anbietern vor Ort zusammen. Dazu zählen kommunale Beratungsstellen oder sozialpsychiatrische Dienste, Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittelanbieter und Apotheker, aber auch mobile Speisenversorgung, Selbsthilfegruppen, Seniorenbeiräte oder ehrenamtliche Gruppen. Darüber hinaus kooperieren die Pflegeberater mit spezialisierten Beratungsstellen, die etwa Auskunft geben zur Wohnraumanpassung, zu Problemen mit Gewalt in der Pflege oder zu krankheitsspezifischen Belangen.

GUT ZU WISSEN

Telefonische Beratung und schnelle Hilfe

Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums:

Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bietet das Pflegetelefon Hilfe und Beratung. Sie erreichen die Berater von Montag bis Donnerstag zwischen 9 und 18 Uhr unter der Telefonnummer:
030 20179131 und per E-Mail unter:
info@wege-zur-pflege.de

Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums:

Fragen zum Thema Pflege beantworten Mitarbeitende des Bürgertelefons von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr sowie am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter der Telefonnummer:
030 3406066-02.

Vorsorge:
Welche Möglichkeiten gibt es?

Wer pflegebedürftig wird, kann unter Umständen bis zu seinem Lebensende eigene Entscheidungen treffen. Mitunter ist dies jedoch nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. Ratsam ist, sich schon frühzeitig damit auseinanderzusetzen, wer in einem solchen Fall in wichtigen Lebensfragen mitentscheiden soll.

Es gibt verschiedene schriftliche Erklärungen, mit denen jeder für sich selbst sicherstellen kann, dass seine Angelegenheiten dann so geregelt werden, wie er es wünscht. Dazu gehören Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht kann man einem Menschen seines Vertrauens das Recht einräumen, stellvertretend für sich zu handeln, wenn man selbst nicht mehr dazu in der Lage ist. Diese Vollmacht kann sich auf einzelne Angelegenheiten beziehen, beispielsweise auf Entscheidungen, die die Gesundheitsfürsorge und Pflegebedürftigkeit betreffen, aber auch auf alle anderen, wie Aufenthalt und Wohnsitz, Behördengänge, Vermögen, Post und Telefon. Grundsätzlich sollte man möglichst genau festlegen, wozu die Vollmacht im Einzelnen ermächtigt. Der Bevollmächtigte kann dann im Sinne des Betroffenen handeln, ohne dass es weiterer Maßnahmen bedarf.

Menschen bevollmächtigen, denen man uneingeschränkt vertraut

Eine Vorsorgevollmacht kann jeder erstellen, der noch geschäftsfähig ist. Wichtig ist, nur einen Menschen zu bevollmächtigen, dem man uneingeschränkt vertraut und von dem man zudem überzeugt ist, dass er ausschließlich im Sinne des zu Vertretenden handeln wird. Eine Vorsorgevollmacht bietet die Möglichkeit zu vermeiden, dass das Gericht einen gesetzlichen Betreuer bestellt.

TIPP

Gehen Sie persönlich zur Bank oder Sparkasse

Kreditinstitute prüfen eine Vollmacht für Bankgeschäfte besonders streng, denn sie wollen sich und ihre Kunden vor Missbrauch schützen. So ist aus einer vorgelegten schriftlichen Vollmacht nicht ersichtlich, ob die Unterschrift echt ist und der Vollmachtgeber zum Zeitpunkt der Unterschrift geschäftsfähig war. Ratsam ist daher, die Bank oder Sparkasse in Begleitung des zu Bevollmächtigenden persönlich aufzusuchen, um entweder eine beglaubigte Konto- oder Depotvollmacht vorzulegen oder gemeinsam mit dem Mitarbeitenden der Bank oder der Sparkasse eine Vollmacht zu erstellen.

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung kann jeder im Voraus festlegen, wen das Gericht als rechtlichen Betreuer für bestimmte Bereiche wie Gesundheit und Vermögen bestellen soll, wenn man selbst dazu nicht mehr in der Lage ist. Genauso kann man bestimmen, wer auf keinen Fall Betreuer werden soll. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten der Betreuer respektieren soll, z. B., ob man im Pflegefall zu Hause oder im Pflegeheim betreut werden will.

Der Betreuer kümmert sich um die rechtlichen Angelegenheiten

Wenn man nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu regeln, man keine Vorsorgevollmacht hat oder diese nicht umfassend genug ist, ordnet das Gericht einen rechtlichen Betreuer an. Das Gericht prüft, für welche Aufgaben es konkret einer Betreuung bedarf. Es kontrolliert die Betreuer regelmäßig.

Viele Menschen verstehen das Wort „Betreuung" falsch und fassen es als „soziale Betreuung" auf. Sie gehen fälschlicherweise davon aus, dass es um eine praktische und persönliche Hilfe im Alltag geht. Richtig ist, dass sich der Betreuer um die rechtlichen Angelegenheiten der Betroffenen zu kümmern hat.

TIPP

So bewahren Sie Vollmachten richtig auf

- *Eine Vollmacht ist nur als Original gültig. Sie sollten sie sicher bei einem Menschen Ihres Vertrauens oder einem Notar aufbewahren.*
- *Sie können Ihre Vollmacht auch notariell beurkunden lassen. Eine Beglaubigung bestätigt die Echtheit Ihrer Unterschrift.*
- *Sie können Ihre Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen. Hinweise und Antragsformulare finden Sie unter:* ***www.vorsorgeregister.de***
- *Die Betreuungsverfügung kann zusätzlich beim örtlichen Amtsgericht, Abteilung Betreuungsangelegenheiten, hinterlegt werden.*

Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung kann jeder vorab schriftlich festlegen, ob er in bestimmte medizinische Maßnahmen einwilligt oder diese untersagt, für den Fall, dass er später nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden oder seinen Willen zu äußern.

Möglichst konkret festlegen, welche Behandlung man selbst will

Wichtig ist, möglichst konkret festzulegen, in welche medizinische Behandlung oder in welchen ärztlichen Eingriff man einwilligt und welche Therapien man untersagt oder nur in bestimmten Fällen will. Dabei geht es etwa darum, wann lebenserhaltende Maßnahmen, wie Wiederbelebung, künstliche Beatmung und Ernährung, gewünscht sind. Die Patientenverfügung ist für andere verbindlich und erleichtert es Angehörigen, Entscheidungen zu treffen. Sie setzt die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Abfassens voraus. Empfehlenswert ist, sich vorab von einem Arzt beraten zu lassen.

GUT ZU WISSEN

Wichtige Infos und Formulare zum Download

- *Wichtige Informationen zu den Themen Vorsorge und Patientenrechte finden Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz unter:* ***www.bmjv.de***
- *Dort können Sie alle wichtigen Formulare, wie Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Konto- und Depotvollmacht, sowie informative Broschüren kostenlos downloaden.*

Pflegeantrag: Worauf muss ich achten?

Die Pflegeversicherung bietet eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen. Um diese in Anspruch nehmen zu können, muss ein Gutachter den Pflegebedarf festgestellt haben.

Der erste Schritt ist immer, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen. Dazu genügt ein Anruf bei der AOK vor Ort. Sie unterstützt Betroffene bei allen Formalitäten.

Voraussetzungen

Grundsätzlich ist es ratsam, möglichst frühzeitig einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen. Denn für den Leistungsbeginn ist das Antragsdatum entscheidend. So erhalten Pflegebedürftige frühestens ab dem Monat Pflegeleistungen, in dem sie den Antrag gestellt haben.

Darüber hinaus müssen Betroffene in den letzten zehn Jahren mindestens zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein, um Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu können. Das kann entweder eine gesetzliche Pflegekasse oder eine private Pflichtversicherung sein. Außerdem muss die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mindestens sechs Monate dauern.

TIPP

Stellen Sie den Pflegeantrag so früh wie möglich

Wichtig: Der erste Schritt ist immer, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen. Wer z. B. ab März pflegebedürftig ist, den Antrag auf Leistungen aber erst im Juni stellt, erhält auch frühestens ab Juni Leistungen aus der Pflegeversicherung. Entscheidend für den Leistungsbeginn ist das Datum der Antragstellung – und nicht der Zeitpunkt, zu dem ein Mensch pflegebedürftig wird.

Vom Antrag zur Leistung

Betroffene stellen den Antrag bei ihrer zuständigen Pflegekasse. In Deutschland sind die Pflegekassen Träger der Pflegeversicherung und bei den Krankenkassen eingerichtet. Sind Betroffene nicht in der Lage, einen Antrag zu stellen, können das auch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn übernehmen, wenn sie dazu bevollmächtigt sind. In diesem Fall sollte dem Antrag eine Kopie der Vollmacht beigelegt werden.

Ein Anruf in der AOK-Geschäftsstelle genügt

Um einen Antrag zu stellen, genügt ein Anruf bei der AOK vor Ort. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle senden Pflegebedürftigen auf Wunsch umgehend einen schriftlichen Antrag zu. Auch ist es möglich, Antragsformulare ganz einfach online am PC auszufüllen. Wer dazu Fragen hat, kann sich ebenfalls an die AOK-Geschäftsstelle wenden. Sobald der ausgefüllte Antrag bei der AOK-Geschäftsstelle eingegangen ist, beauftragt die Pflegekasse der AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), den Betroffenen zu begutachten und die Pflegebedürftigkeit zu prüfen.

Ein Gutachter kontaktiert den Pflegebedürftigen

Ein Gutachter des MDK setzt sich schriftlich oder mündlich mit dem Pflegebedürftigen in Verbindung, um einen Termin zu vereinbaren. Er sucht ihn zu Hause in dessen vertrautem Umfeld auf, wo alle Beteiligten darüber sprechen, in welchem Umfang und bei welchen Tätigkeiten der Pflegebedürftige Hilfe benötigt. Auch empfiehlt der Gutachter mögliche Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Falls Betroffene im Krankenhaus liegen, ist es ratsam, Kontakt mit dem Sozialdienst aufzunehmen. Dieser kümmert sich dann um die Organisation der Begutachtung. In der Regel kommt der Gutachter innerhalb einer Woche ins Krankenhaus, um den Pflegebedürftigen dort zu begutachten.

Im Anschluss erstellen die MDK-Mitarbeiter ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit. Der MDK leitet das Gutachten an die Pflegekasse der AOK weiter. Sie trifft auf Basis der Empfehlungen des Gutachters eine Entscheidung und sendet dem Pflegebedürftigen schließlich einen schriftlichen Bescheid zu mit dem Ergebnis der Begutachtung und dem Gutachten selbst.

Betroffene erhalten einen Bescheid über das Ergebnis

Den Bescheid erhält der Betroffene in der Regel spätestens fünf Wochen nach Eingang seiner Antragsunterlagen. Er erfährt darin, ob, ab wann und in welchem Umfang er Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.

Es kommt vor, dass die Pflegekasse Anträge auch ablehnt oder einen geringeren Pflegegrad anerkennt, als der Pflegebedürftige sich erhofft hatte. Wer mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden ist, kann Widerspruch gegen den Bescheid einlegen.

Wichtig: Betroffene müssen innerhalb eines Monats, nachdem ihnen der Bescheid zugestellt wurde, Widerspruch einlegen. Sie sollten den Widerspruch schriftlich direkt an die Pflegekasse der AOK richten. Fehlt im Bescheid ein Hinweis auf die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen, beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr.

Im Widerspruchsverfahren überprüft die Pflegekasse ihre Entscheidung noch mal und lässt in der Regel ein Zweitgutachten erstellen. Nimmt sie den Einwand an, erhält der Betroffene einen positiven Bescheid. Bleibt die Pflegekasse bei ihrer Einstufung oder Entscheidung, erlässt sie den Widerspruchsbescheid. Dann können Betroffene sich noch an das Sozialgericht wenden. Dazu müssen sie eine Frist von einem Monat nach dem Zugang des Widerspruchsbescheides einhalten. Gerichtskosten fallen vor dem Sozialgericht in den meisten Fällen nicht an.

GUT ZU WISSEN

In sechs Schritten vom Antrag zur Leistung

1. *Der Pflegebedürftige oder ein Bevollmächtigter stellt einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse der AOK. Wichtig: Das Antragsdatum ist für den Leistungsbeginn entscheidend.*

2. *Die AOK-Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) damit, den Betroffenen zu begutachten.*

3. *Der MDK teilt dem Pflegebedürftigen oder dem Bevollmächtigten einen Termin für einen Begutachtungsbesuch mit. Auch weist er auf Dokumente hin, die der Pflegebedürftige bereitlegen sollte.*

4. *Der MDK-Gutachter besucht den Pflegebedürftigen zu Hause.*

5. *Der MDK erstellt ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und sendet dieses an die AOK-Pflegekasse.*

6. *Die AOK-Pflegekasse trifft auf Basis der Empfehlungen des Gutachters eine Entscheidung und sendet den Bescheid in der Regel spätestens fünf Wochen nach Antragstellung an den Pflegebedürftigen oder Bevollmächtigten. Mit dem Bescheid erhält der Pflegebedürftige ggf. eine Empfehlung für eine Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahme, falls der Gutachter eine solche abgegeben hat.*

Begutachtung:
Was macht der MDK?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er hilft den Krankenkassen, eine qualitativ gute und wissenschaftlich gesicherte Versorgung zu bieten.

Die Gutachter ermitteln, wie selbstständig Pflegebedürftige noch sind, welche Fähigkeiten sie noch haben und wobei sie Unterstützung in ihrem Alltag benötigen.

Aufgabe des Medizinischen Dienstes

Wenn ein Pflegebedürftiger bei der AOK vor Ort einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt hat, beauftragt die AOK-Pflegekasse den MDK damit, ein Gutachten zu erstellen. Daraufhin setzt sich der MDK schriftlich oder telefonisch mit dem Pflegebedürftigen in Verbindung und vereinbart einen Termin für einen Hausbesuch zur Pflegebegutachtung. Unangekündigte Besuche gibt es nicht. Die Gutachter sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärzte des MDK. Sie sind unabhängig und greifen weder in die Behandlung noch in die pflegerische Versorgung ein.

Der Gutachter kommt zu dem Betroffenen nach Hause, damit er sich ein möglichst realistisches Bild von dessen individueller Situation machen kann. Der Hausbesuch kann bis zu einer Stunde dauern. Grundlage der Begutachtung ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der die individuellen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt stellt (siehe Kasten).

GUT ZU WISSEN

Wann ist ein Mensch pflegebedürftig?

Pflegebedürftigkeit hat unterschiedliche Gesichter. Um dem Rechnung zu tragen, gibt es im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, § 14) seit 1. Januar 2017 einen neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff. Während sich Pflegebedürftigkeit bis dahin vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen bezog, werden nun auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Statt drei Pflegestufen gibt es seit 1. Januar 2017 fünf Pflegegrade. Die Begutachtung ist also individueller. Was zählt, sind der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag noch selbstständig bewältigen kann.

Ablauf der Pflegebegutachtung

Der Gutachter des MDK ermittelt, wie selbstständig der Pflegebedürftige ist, welche Fähigkeiten er noch hat und wobei er Unterstützung in seinem Alltag braucht. Dabei berücksichtigt er sämtliche relevanten Kriterien, um die Pflegebedürftigkeit einzuschätzen. Diese überprüft er anhand von sechs Modulen (→ *siehe ab Seite 20*).

Realistisch auf Fragen antworten, Probleme nicht verheimlichen

Hilfreich ist, wenn bei der Begutachtung ein Vertrauter anwesend ist, der die Situation des Pflegebedürftigen kennt. Das können Angehörige, Freunde oder Nachbarn sein. Hat der Pflegebedürftige einen gesetzlichen Betreuer, sollte auch dieser anwesend sein.

Wichtig ist, die Begutachtung nicht als Prüfung aufzufassen. Der Betroffene und sein Vertrauter sollten realistisch auf Fragen antworten und Probleme nicht aus Scham verheimlichen. Sie sollten im Gespräch mit dem Gutachter schildern, mit welchen Einschränkungen und pflegerischen Herausforderungen sie zurechtkommen müssen und was konkret im Alltag Schwierigkeiten macht. Nur so kann der Gutachter erkennen, welche Unterstützung tatsächlich nötig ist. Zudem stellt er auch fest, welche Hilfsmittel, rehabilitativen oder vorbeugenden Maßnahmen dem Pflegebedürftigen helfen könnten, damit er seinen Alltag möglichst selbstständig gestalten kann.

Pflegekasse entscheidet auf Basis des Gutachtens über Pflegegrad

Nach dem Hausbesuch erstellt der MDK ein Gutachten. Auf der Grundlage dieses Gutachtens legt die AOK-Pflegekasse anschließend den Pflegegrad fest. Sie sendet dem Pflegebedürftigen den Bescheid darüber in der Regel spätestens fünf Wochen nach Antragstellung zu. Mit dem Bescheid erhält der Pflegebedürftige auch eine Empfehlung für eine Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahme, falls der Gutachter eine solche abgegeben hat.

Betroffene und ihre Angehörigen können sich auf den Besuch des MDK-Gutachters vorbereiten. Dazu können sie eine Art Pflegecheckliste führen, um die Situation realistisch einzuschätzen.

CHECKLISTE

So bereiten Sie sich auf den MDK-Besuch vor

- ◯ *Notieren Sie, was Sie in Ihrem Alltag selbstständig ausführen können und wobei Sie Unterstützung benötigen.*
- ◯ *Sorgen Sie dafür, dass bei dem Termin auch ein Vertrauter anwesend ist. Gibt es jemanden, der Sie regelmäßig pflegt, sollte auch er vor Ort sein.*
- ◯ *Legen Sie aktuelle Berichte Ihres Hausarztes, von Fachärzten oder den Entlassungsbericht aus der Klinik bereit.*
- ◯ *Haben Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Hand.*
- ◯ *Legen Sie täglich genutzte Hilfsmittel bereit.*
- ◯ *Legen Sie die Pflegedokumentation bereit, falls ein Pflegedienst zu Ihnen kommt.*
- ◯ *Erstellen Sie von den Dokumenten Kopien, damit Sie diese dem MDK mitgeben können.*

Herr Borchardt

Pflegegrad: Wie wird er bestimmt und was sagt er aus?

Wie selbstständig ein Mensch in verschiedenen Lebensbereichen noch ist und über welche Fähigkeiten er noch verfügt, entscheidet darüber, in welchen Pflegegrad er eingestuft wird.

Das Ausmaß reicht von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Bewertung der Selbstständigkeit

Auf sechs Module werfen die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einen genauen Blick und bewerten dabei verschiedene Kriterien:

1

Mobilität (körperliche Beweglichkeit)

Beispiele: Kann der Betroffene allein aufstehen? Kann er vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann er sich selbstständig in der Wohnung bewegen? Ist Treppensteigen möglich?

2

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Verstehen und Reden)

Beispiele: Wie gut kann sich der Betroffene zeitlich und räumlich orientieren? Versteht er Sachverhalte, erkennt er Risiken und kann er Gespräche mit anderen führen?

3

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: Ist der Betroffene nachts unruhig? Hat er Ängste oder ist er aggressiv? Wehrt er sich gegen pflegerische Maßnahmen?

4

Selbstversorgung

Beispiele: Kann sich der Betroffene allein waschen und ankleiden? Kann er selbstständig die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?

5

Bewältigung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen

Beispiele: Kann der Betroffene Medikamente selbst einnehmen? Kann er den Blutzucker eigenständig messen oder mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder Rollator umgehen? Kann er selbstständig einen Arzt aufsuchen?

6

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Ist der Betroffene noch in der Lage, seinen Tagesablauf selbst zu gestalten und sich zu beschäftigen? Kann er von sich aus mit anderen Menschen in Kontakt treten?

Gewichtung und Einstufung

In jedem Modul ermitteln die Gutachter für jedes Kriterium den Grad der Selbstständigkeit des Menschen, indem sie jeweils Punkte vergeben.

Je nachdem, wie selbstständig jemand ist, erhält er in der Regel zwischen 0 und 3 Punkte. In jedem Modul addieren die Gutachter die Punkte aller Kriterien. Je unselbstständiger jemand ist, desto höher die Punktzahl und damit das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit.

Gewichtung der sechs Module

Jedes Modul wird unterschiedlich gewichtet: Dazu wird den Summen der Punktzahlen aus jedem Modul ein bestimmter gewichteter Punktwert zugeordnet (siehe Tabelle). Eine Ausnahme gilt für die Module 2 und 3.

Von den Modulen 2 und 3 wird nur eines berücksichtigt und gewichtet, und zwar das, in dem der Begutachtete die höchste Punktzahl erreicht.

Bestimmung des Pflegegrads

Die gewichteten Punkte aller Module werden schließlich zu einem Gesamtpunktwert addiert. Dieser Wert liegt zwischen 0 und 100 Punkten und bestimmt den Pflegegrad. Jemand gilt als pflegebedürftig, wenn er mindestens 12,5 Punkte erreicht.

Insgesamt fünf Punkt-Intervalle beschreiben das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit, das wiederum einem Pflegegrad zugeordnet wird (siehe Tabelle). Dabei reicht das Ausmaß von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Sonderregelung bei außergewöhnlich hohem Hilfebedarf

Sonderregelung: Menschen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die Pflege haben, können Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn sie insgesamt weniger als 90 Punkte erreichen.

GUT ZU WISSEN

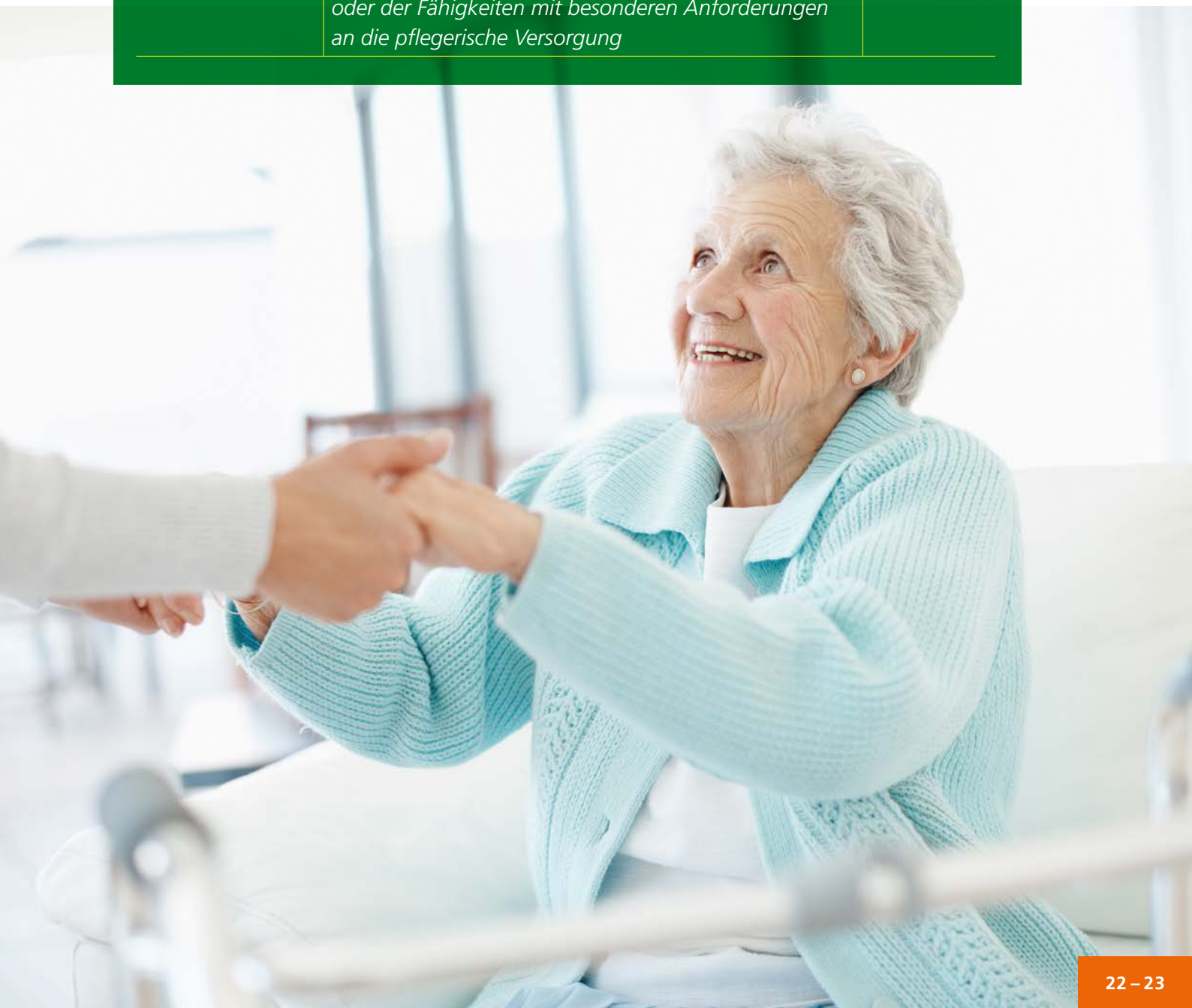
Gewichtung der sechs Module

Module	***Gewichtung***
Modul 1: *Mobilität*	*10 %*
Modul 2: *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*	*15 %*
Modul 3: *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*	
Modul 4: *Selbstversorgung*	*40 %*
Modul 5: *Bewältigung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen*	*20 %*
Modul 6: *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte*	*15 %*

GUT ZU WISSEN

Wieviel Punkte entsprechen welchem Pflegegrad?

Punkte	*Pflegebedarf*	*Pflegegrad*
12,5 bis unter 27	*Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten*	*1*
27 bis unter 47,5	*Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten*	*2*
47,5 bis unter 70	*Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten*	*3*
70 bis unter 90	*Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten*	*4*
90 bis 100	*Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung*	*5*



Pflege zu Hause:
Welche Leistungen gibt es?

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Leistungen gewährt die Pflegeversicherung.

Während Leistungen für Menschen mit Pflegegrad 1 darauf abzielen, die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten, haben Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.

Pflegegrade

Menschen mit Pflegegrad 1 sind im Vergleich zu Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in ihrer Selbstständigkeit oder ihren Fähigkeiten nur gering beeinträchtigt. Dazu gehören z. B. jene, die bestimmte Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen haben.

Leistungen für Menschen mit Pflegegrad 1

Menschen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Zudem können sie sich einmal im Halbjahr zu Hause von einer Pflegefachkraft beraten lassen. Pflegende Angehörige haben zudem die Möglichkeit, kostenfrei an einem Pflegekurs teilzunehmen.

Darüber hinaus haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 Anspruch auf Pflegehilfsmittel und Zuschüsse, um ihr Wohnumfeld anzupassen, z. B. eine barrierefreie Dusche einbauen zu lassen. Wohnen sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe, erhalten sie einen Wohngruppenzuschlag.

Auch steht ihnen bei häuslicher Pflege ein Betrag von 125 Euro je Monat zu, der pflegende Angehörige entlasten soll (Entlastungsbetrag). Sie können diesen Betrag einsetzen für pflegerische Betreuung oder Hilfen im Haushalt und Alltag. Anders als Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können sie diesen Entlastungsbetrag auch für ihre körperbezogene Pflege einsetzen, z. B. fürs Duschen oder Baden, die dann ein ambulanter Pflegedienst erbringt.

GUT ZU WISSEN

Wichtige Leistungen für Menschen mit Pflegegrad 1

Leistung	*Betrag*
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	*bis 125 Euro je Monat*
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	*214 Euro je Monat*
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	*Aufwendungen bis 40 Euro je Monat*
Vollstationäre Pflege	*Pflegeaufwendungen, pauschal bis 125 Euro je Monat*
Zuschüsse zur Krankenversicherung für Pflegende in Pflegezeit	*bis 160,94 Euro je Monat*
Zuschüsse zur Pflegeversicherung für Pflegende in Pflegezeit	*31,67 Euro je Monat*
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	*maximal 4.000 Euro je Maßnahme*

Stand: Oktober 2019

Wählen Menschen mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung, erhalten sie einen Zuschuss von 125 Euro im Monat. Daneben ist auch eine so genannte teilstationäre Versorgung möglich. Das bedeutet, dass sich Menschen mit Pflegegrad 1 zeitweise in einer Einrichtung betreuen lassen können. Für diese Tages- und Nachtpflege können sie ihren Entlastungsbetrag einsetzen.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung

In voll- und teilstationären Einrichtungen haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, wie alle anderen Pflegebedürftigen auch, Anspruch auf eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Diese soll den Austausch mit anderen Menschen fördern und ihnen eine bessere Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Dazu zählen z. B. Aktivitäten wie Spaziergänge, Gesellschaftsspiele, Lesen oder auch Basteln.

GUT ZU WISSEN

Was zahlt die Pflegeversicherung pro Monat?

	Pflege-geld	***Pflegesach-leistungen***
Pflege-grad 2	*316 Euro*	*bis 689 Euro*
Pflege-grad 3	*545 Euro*	*bis 1.298 Euro*
Pflege-grad 4	*728 Euro*	*bis 1.612 Euro*
Pflege-grad 5	*901 Euro*	*bis 1.995 Euro*

Stand: Oktober 2019

Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen, wenn sie zu Hause gepflegt werden. Möglich ist auch, beide Leistungen miteinander zu kombinieren.

Pflegegeld

Die Pflegeversicherung zahlt ein monatliches Pflegegeld, wenn ein Angehöriger oder ein anderer Nahestehender die Pflege übernimmt. Mit dem Pflegegeld kann auch eine Pflegekraft aus dem Ausland finanziert werden. Wie hoch das Pflegegeld ist, hängt vom Pflegegrad ab. Die AOK-Pflegekasse zahlt das Pflegegeld direkt an den Pflegebedürftigen aus. Das Pflegegeld zählt nicht als Einkommen, muss nicht versteuert werden und steht dem Pflegebedürftigen zur freien Verfügung.

Pflegesachleistungen

Wenn ein ambulanter Pflegedienst die Pflege übernimmt, zahlt die AOK-Pflegekasse bis zu einer bestimmten Höhe so genannte Pflegesachleistungen. Dazu zählen:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen und
- Hilfen bei der Haushaltsführung.

Diese Pflegesachleistungen rechnet die AOK-Pflegekasse direkt mit dem ambulanten Pflegedienst ab. Möglich ist auch, bis zu 40 % der zur Verfügung stehenden Summe für Angebote zu nutzen, die nach dem Recht des jeweiligen Bundeslandes anerkannt sind und den Pflegebedürftigen im Alltag unterstützen *(→ Umwandlungsanspruch, siehe Seite 29).*

Kombinationsleistung

Es gibt auch die Möglichkeit, die beiden Leistungen Pflegegeld und Pflegesachleistungen zu kombinieren. Wer Pflegesachleistungen nicht bis zu dem ihm zustehenden Höchstbetrag in Anspruch nimmt, erhält zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld. Dessen Höhe berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen zustehendem Höchstbetrag und der in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen.

Beispiel: *Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 nimmt in einem Monat Sachleistungen im Wert von 649 Euro in Anspruch. Damit schöpft er den ihm zustehenden Höchstbetrag von 1.298 Euro nur zu 50 % aus. Vom Pflegegeld in Höhe von 545 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 % zu. Das sind 272,50 Euro.*

Beratungsbesuch

Unabhängig davon, ob sich Pflegebedürftige dafür entscheiden, Pflegegeld zu beziehen oder Pflegesachleistungen geltend zu machen, können sie pro Jahr zwei Besuche von Pflegefachkräften in Anspruch nehmen. Während dieser Beratungsgespräche erhalten sie ausführliche Informationen und Erklärungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen einmal im Halbjahr eine Beratung in Anspruch nehmen. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 ist dies einmal vierteljährlich verpflichtend.

Diese Beratungsbesuche sollen die Qualität der Pflege sicherstellen und den pflegenden Angehörigen praktisch unterstützen. Dafür kommen z. B. zugelassene Pflegedienste, unabhängige Beratungsstellen oder auch Pflegefachkräfte in Frage, die die AOK-Pflegekasse beauftragen kann. Die Fachkraft bespricht mit dem pflegenden Angehörigen die aktuelle Pflegesituation, beantwortet Fragen und gibt Hilfestellungen.

Wichtig ist, dass der pflegende Angehörige diese Beratungsbesuche regelmäßig in Anspruch nimmt. Ansonsten kann dem Pflegebedürftigen das Pflegegeld gekürzt oder auch entzogen werden.

GUT ZU WISSEN

Was konkret sind ambulante Pflegesachleistungen?

Einige Beispiele

1. Körperbezogene Pflegemaßnahmen

- *Bewegungsfähigkeit fördern, wie Gehen, Stehen, Treppensteigen*
- *An- und Auskleiden*
- *Waschen, Duschen und Baden*
- *Mund- und Zahnpflege*

2. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

- *Unterstützung bei der Alltagsgestaltung*
- *Unterstützung beim räumlichen und zeitlichen Orientieren*
- *Unterstützung bei Spielen und Hobbys*
- *Unterstützung bei Spaziergängen, Besuchen von Freunden oder Verwandten*

3. Hilfe bei der Haushaltsführung

- *Einkaufen, Kochen, Spülen*
- *Reinigen und Aufräumen*
- *Wäsche waschen*
- *Hilfe und Beratung, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, z. B. von Handwerkern*

Verhinderungspflege

Wenn pflegende Angehörige oder andere nahestehende Personen den Pflegebedürftigen wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend nicht selbst pflegen können, übernimmt die Pflegeversicherung bis sechs Wochen im Jahr die nachgewiesenen Kosten für die so genannte Verhinderungspflege. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige bereits sechs Monate lang in der häuslichen Umgebung gepflegt wird und mindestens Pflegegrad 2 hat.

Die Pflegekasse erstattet Kosten bis 1.612 Euro im Jahr

Für die Verhinderungspflege erstattet die AOK-Pflegekasse Kosten bis 1.612 Euro im Jahr. Wenn nahe Angehörige die Verhinderungspflege übernehmen, das sind bis zum zweiten Grad verwandte oder verschwägerte Angehörige, oder im selben Haushalt lebende Menschen, erstattet die Pflegekasse nachgewiesene Kosten bis zum 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes.

Entstehen demjenigen, der die Verhinderungspflege übernimmt, darüber hinaus Kosten, z. B. Fahrtkosten oder Verdienstausfall, erstattet die Pflegekasse diese auf Nachweis. Allerdings dürfen die Kosten insgesamt 1.612 Euro nicht übersteigen. Während der Verhinderungspflege zahlt die Pflegekasse zusätzlich die Hälfte des bisherigen Pflegegeldes weiter.

Verhinderungspflege auch stundenweise möglich

Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden. Wenn der Pflegende weniger als acht Stunden am Tag verhindert ist, wird diese Zeit nicht auf den maximalen Zeitraum von sechs Wochen im Jahr angerechnet. In der Regel wird das Pflegegeld bei stundenweiser Verhinderungspflege in voller Höhe ausbezahlt.

Entlastungsbetrag

Freiräume für die eigene Erholung, für Freunde und Hobbys

Menschen aller Pflegegrade können einen Entlastungsbetrag von 125 Euro pro Monat in Anspruch nehmen, also 1.500 Euro pro Jahr. Der Betrag soll es pflegenden Angehörigen ermöglichen, sich Freiräume für die eigene Erholung, für Freunde und Hobbys zu schaffen.

Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen, d. h., die Pflegeversicherung erstattet die Kosten gegen Vorlage entsprechender Rechnungen. Pflegende Angehörige können diesen Betrag einsetzen für:

1. **Leistungen der Tages- oder Nachtpflege**

2. **Leistungen der Kurzzeitpflege**

3. **Leistungen ambulanter Pflegedienste:**
Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 dürfen diesen Betrag nur für die pflegerische Betreuung oder die Hilfe bei der Haushaltsführung nutzen, nicht jedoch für die körperbezogene Pflege.

4. **Angebote zur Unterstützung im Alltag:**
Anbieter sind u. a. Wohlfahrtsverbände, Vereine oder Pflegedienste. Die Angebote müssen nach dem Recht des jeweiligen Bundeslandes anerkannt sein. Dabei geht es z. B. um Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden oder praktische Hilfen wie haushaltsnahe Dienstleistungen (Bügeln, Einkauf, Reinigungsarbeiten, Fahrdienste und Begleitung zum Arzt, Botengänge zur Post oder zur Apotheke).

Wenn Pflegebedürftige ihren Entlastungsbetrag in einem Monat nicht vollständig ausschöpfen, wird der verbliebene Betrag in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Sie können Beträge, die am Ende des Jahres noch nicht verbraucht sind, noch bis zum Ende des darauffolgenden Halbjahres in Anspruch nehmen.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, die die Pflege erleichtern oder die dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen ein selbstständigeres Leben zu ermöglichen.

Pflegebedürftige müssen sich ein Pflegehilfsmittel nicht vom Arzt verordnen lassen. Direkt bei der Begutachtung stellt der Gutachter des MDK fest, welche Pflegehilfsmittel nötig sind. Zu einem späteren Zeitpunkt können Betroffene auch während der Pflegeberatung über notwendige Pflegehilfsmittel sprechen. Die AOK-Pflegekasse übernimmt die Kosten für diese Pflegehilfsmittel. Sie sind im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet, das im Internet abrufbar ist unter: **hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de**

Die Pflegeversicherung unterscheidet zwischen technischen Pflegehilfsmitteln und Verbrauchsprodukten:

1 **Technische Pflegehilfsmittel**
Dazu gehören Pflegebetten und Rollatoren ebenso wie Lagerungshilfen oder ein Notrufsystem. In der Regel werden sie leihweise und ohne Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Zu technischen Pflegehilfsmitteln, die Pflegebedürftige nicht leihen, müssen sie einmalig 10 % der Kosten zuzahlen, maximal 25 Euro.

2 **Verbrauchsprodukte**
Dazu zählen Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder Betteinlagen. Für Verbrauchsprodukte erhalten Pflegebedürftige einen Zuschuss bis 40 Euro im Monat. Dieser Betrag kann jedoch nicht auf die Folgemonate übertragen werden.

Rollstühle oder Gehhilfen müssen dagegen vom Arzt verordnet werden. Die Kosten dafür tragen die Krankenkassen.

GUT ZU WISSEN

Was konkret ist mit Umwandlungsanspruch gemeint?

Um Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen, können Pflegebedürftige 40 % des Betrags für ambulante Pflegesachleistungen einsetzen. Auf diese Weise wird der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen zum Teil in einen Anspruch auf Kostenerstattung für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag „umgewandelt". Voraussetzung ist, dass das Angebot nach dem Recht des jeweiligen Bundeslandes anerkannt ist.

Lassen Sie sich diese komplexen Regelungen am besten von einem AOK-Pflegeberater oder in einem Pflegestützpunkt erläutern.

Tages- und Nachtpflege

Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 können sich zeitweise in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege betreuen lassen, wenn dies nötig ist. Die Pflegeversicherung gewährt diese so genannte teilstationäre Pflege, wenn es im Einzelfall erforderlich ist.

Beispiel: Pflegebedürftige, deren pflegende Angehörige tagsüber berufstätig sind, nehmen Tagespflege in Anspruch. In diesen Fällen werden die Pflegebedürftigen meist morgens abgeholt und nachmittags wieder nach Hause gebracht.

Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen

Die AOK-Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Daneben zahlt die Pflegekasse das bisherige Pflegegeld oder die bisherigen Pflegesachleistungen in vollem Umfang weiter.

Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten muss der Pflegebedürftige selbst zahlen. Möglich ist, dafür den Entlastungsbetrag von 125 Euro pro Monat einzusetzen und sich die Kosten gegen Vorlage entsprechender Rechnungen von der Pflegekasse erstatten zu lassen.

Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege oder die Pflege in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege zeitweise nicht ausreicht, können Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 vorübergehend in einer vollstationären Einrichtung gepflegt werden.

Diese so genannte Kurzzeitpflege kann eine gute Lösung sein für Übergangszeiten:

- Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Bis Umbaumaßnahmen zu Hause abgeschlossen sind
- Wenn die Pflegebedürftigkeit stark zunimmt
- Wenn der pflegende Angehörige ausfällt

Leistungen bis 1.612 Euro für maximal acht Wochen im Kalenderjahr

Leistungen der Kurzzeitpflege stehen allen Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Sie betragen bis 1.612 Euro für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Ergänzend dazu können Pflegebedürftige für die Kurzzeitpflege auch bis 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nutzen. Dadurch erhöht sich der Betrag für die Kurzzeitpflege auf maximal 3.224 Euro im Kalenderjahr.

Hat der Pflegebedürftige direkt vor der Kurzzeitpflege Pflegegeld bezogen, zahlt die AOK-Pflegekasse während der Kurzzeitpflege zusätzlich 50 % des Pflegegeldes weiter.

GUT ZU WISSEN

Was zahlt die Pflegeversicherung maximal pro Monat?

	Tages- und Nachtpflege
Pflegegrad 2	*689 Euro*
Pflegegrad 3	*1.298 Euro*
Pflegegrad 4	*1.612 Euro*
Pflegegrad 5	*1.995 Euro*

Stand: Oktober 2019

Pflegende Angehörige: Wie können sie sich unterstützen lassen?

Wer einen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegt, verdient Respekt und Anerkennung. Oft stehen Pflegende dann vor der Herausforderung, ihr eigenes Leben umzustellen. Einige geben ihren Job auf, andere reduzieren ihre Arbeitszeit.

Wichtig zu wissen ist, wie es in einer solchen Situation um die eigene soziale Absicherung steht und welche Möglichkeiten es gibt, Beruf und Pflege miteinander zu vereinbaren.

Soziale Absicherung

Wer nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen ab Pflegegrad 2 pflegt, ist über die Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung abgesichert. Voraussetzung ist, dass der Pflegende den Angehörigen mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf wenigstens zwei Tage die Woche, im häuslichen Umfeld pflegt.

Rentenversicherung

Unter folgenden Voraussetzungen zahlt die AOK-Pflegekasse Beiträge zur Rentenversicherung des Pflegenden:

- Der Pflegebedürftige ist AOK-Versicherter.
- Der pflegende Angehörige erhält für das Pflegen keinen Lohn, jedoch darf der Pflegebedürftige ihm das Pflegegeld überlassen.
- Der pflegende Angehörige arbeitet maximal 30 Stunden pro Woche in seinem Job.
- Der pflegende Angehörige bezieht keine volle reguläre Altersrente.
- Der pflegende Angehörige pflegt voraussichtlich mehr als zwei Monate oder 60 Tage im Jahr in häuslicher Umgebung

Die Höhe der Rentenbeiträge hängt von mehreren Faktoren ab. Je höher der Pflegegrad und je höher der Pflegeaufwand des pflegenden Angehörigen, umso höher sind auch die Beiträge, die die AOK-Pflegekasse in dessen Rentenversicherung einzahlt.

Arbeitslosenversicherung

Wer seine Berufstätigkeit für die Pflege eines Angehörigen unterbricht oder seinen Job ganz aufgibt, bleibt arbeitslosenversichert. Voraussetzung ist, dass der Pflegende unmittelbar zuvor sozialversicherungspflichtig beschäftigt war oder Arbeitslosengeld I bezogen hat. In diesen Fällen übernimmt die AOK-Pflegekasse die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Unfallversicherung

Wer einen Angehörigen im häuslichen Umfeld pflegt, ist dabei automatisch unfallversichert. Dazu gehören:

- Alle Wege, die der Pflegende bei der Pflege zurücklegt, z. B. Fahrten zum und vom Pflegebedürftigen, zum Einkaufen oder zum Arzt,
- Alle Tätigkeiten in der Wohnung des Pflegebedürftigen, dazu zählen auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten, z. B. Fensterputzen,
- Körperpflege, z. B. Umziehen oder Baden des Angehörigen.

Wichtig: Pflegende Angehörige müssen weder Beiträge an die Unfallkasse zahlen noch müssen sie sich dort anmelden. Passiert während des Pflegens ein Unfall, sollte der Pflegende das beim Arzt direkt angeben. Meist übernimmt der Arzt dann die Meldung an die Unfallkasse.

Urlaubs- und Krankheitsvertretung

Wenn der Pflegende wegen Urlaub oder Krankheit den pflegebedürftigen Angehörigen vorübergehend nicht pflegen kann, zahlt die Pflegekasse eine notwendige Ersatzpflege (Verhinderungspflege). Voraussetzung ist, dass der Pflegende den Angehörigen seit mindestens sechs Monaten pflegt. Der Anspruch gilt für maximal sechs Wochen im Jahr.

Weitere Alternativen, pflegende Angehörige zu entlasten, bieten die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (→ *siehe Seite 30*).

GUT ZU WISSEN

Auch im Urlaub sozial abgesichert

Geht der pflegende Angehörige in Urlaub, zahlt die AOK-Pflegekasse für diese Zeit Beiträge in dessen Renten- und Arbeitslosenversicherung. So hat der Pflegende einen ungeschmälerten Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs. Zudem bleibt der Schutz der Arbeitslosenversicherung erhalten.

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Wird ein Angehöriger plötzlich pflegebedürftig, gibt es viel zu organisieren, z. B. nach einem Schlaganfall. Arbeitnehmer haben dann das Recht, der Arbeit bis zu zehn Arbeitstage fernzubleiben. Diese so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen, unabhängig von der Betriebsgröße. In dieser Zeit bleibt der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bestehen.

Pflegeunterstützungsgeld

Um die zehn Tage auch finanziell abzusichern, können Angehörige von Pflegebedürftigen aller Pflegegrade das so genannte Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen. Sie können diese Entgeltersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen. Sie beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts.

Pflegezeit und Familienpflegezeit für Berufstätige

Nahe Angehörige von Pflegebedürftigen aller Pflegegrade können bis zu sechs Monate unbezahlte Pflegezeit in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber mehr als 15 Beschäftigte hat. Wer sich etwas länger aus seinem Beruf zurückziehen will, kann sich bis zu zwei Jahre teilweise von seiner Arbeit freistellen lassen. Während dieser so genannten Familienpflegezeit müssen Pflegende mindestens noch 15 Stunden in der Woche arbeiten. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber mehr als 25 Beschäftigte hat. Während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit haben Pflegende einen besonderen Kündigungsschutz.

In der Kranken- und Pflegeversicherung sind die Pflegenden in der Regel kostenfrei familienversichert oder die AOK-Pflegekasse zahlt auf Antrag einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung.

Pflegekurse

Wer einen Angehörigen oder Freund pflegt, will ihn auch gut versorgen. Das ist nicht immer einfach. Pflegekurse und individuelle Schulungen helfen dabei, sich für den Pflegealltag zu wappnen, damit diese Aufgabe leichter gelingt.

Pflegekassen bieten kostenfreie Schulungskurse an

Die AOK-Pflegekasse bietet pflegenden Angehörigen nach den Regelungen des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI, § 45) kostenfreie Pflegekurse an. Ziel ist, die Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen sind Schulungen auch zu Hause möglich.

Die Pflegekassen bieten die Kurse entweder selbst an oder sie beauftragen andere Einrichtungen damit. So bieten sie die Kurse teilweise in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen an. Über die Inhalte der Kurse schließen die Pflegekassen Vereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen, die die Pflegekurse anbieten.

TIPP

Wenden Sie sich an Ihre AOK-Pflegeberater

Erkundigen Sie sich bei Ihrer AOK vor Ort nach Pflegekursen in Ihrer Nähe. Die AOK-Pflegeberater helfen Ihnen gern weiter, auch wenn Sie sich für eine individuelle Schulung interessieren. Darüber hinaus vermitteln sie Kontaktadressen von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige.

Nützliches Basiswissen und spezielle Angebote

Die kostenfreien Pflegekurse bieten den Pflegenden nützliches Basiswissen für den Pflegealltag und geben praktische Anleitungen. Geschulte Pflegefachkräfte vermitteln:

1. Grundkenntnisse der häuslichen Pflege, die den Pflegealltag erleichtern – sie reichen vom rückenschonenden Heben bis zum richtigen Nutzen von Hilfsmitteln

2. Wichtige Informationen zum Thema Gesundheit, zur Hygiene sowie zu den Leistungen der Sozialversicherung und zum Betreuungsrecht

Neben den allgemeinen Kursen gibt es auch spezielle Angebote für Pflegende. Sie richten sich z. B. an Angehörige, die sich um Menschen mit Demenz kümmern.

Individuelle Schulungen und Austausch mit anderen

Wenn beim Pflegen des Angehörigen spezielle Fragen aufkommen, können pflegende Angehörige auch eine individuelle Pflegeschulung in Anspruch nehmen. Eine geschulte Pflegekraft sucht den Pflegebedürftigen dann zu Hause auf, schaut sich die konkrete Situation an und geht auf die Gegebenheiten vor Ort ein. So kann sie genaue Anleitungen geben, z. B. wie die richtigen Lagerungstechniken aussehen, und sie kann in Ruhe auf Fragen eingehen. Eine solche individuelle Schulung dauert in der Regel zwei Stunden. Die Kosten übernimmt die AOK-Pflegekasse.

Hilfreich kann auch sein, sich mit anderen auszutauschen. In Gesprächskreisen für pflegende Angehörige treffen sich Menschen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden und über ihre Erfahrungen sprechen, Pflegetipps austauschen und sich gegenseitig den Rücken stärken.

Ambulante Pflegedienste: Wie finde ich den richtigen Anbieter?

Wer überlegt, sich von einem Pflegedienst unterstützen zu lassen, sollte zunächst klären, welche Leistungen er sich genau wünscht. Dann beginnt die Suche nach dem passenden Anbieter.

Ratsam ist immer, die Angebote mehrerer Dienste zu vergleichen. Wer sich für einen ambulanten Pflegedienst entschieden hat, schließt mit diesem einen schriftlichen Pflegevertrag ab.

Suche und Auswahl

Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt pflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben. Dazu berechtigt sind nur zugelassene Pflegedienste, mit denen die Pflegekassen einen so genannten Versorgungsvertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, § 72) abgeschlossen haben. Die Pflegedienste verpflichten sich damit, die von den Pflegekassen vorgegebenen Qualitätsstandards zu erbringen.

Ambulante Pflegedienste bieten unterschiedliche Leistungen. Sie beziehen sich auf:

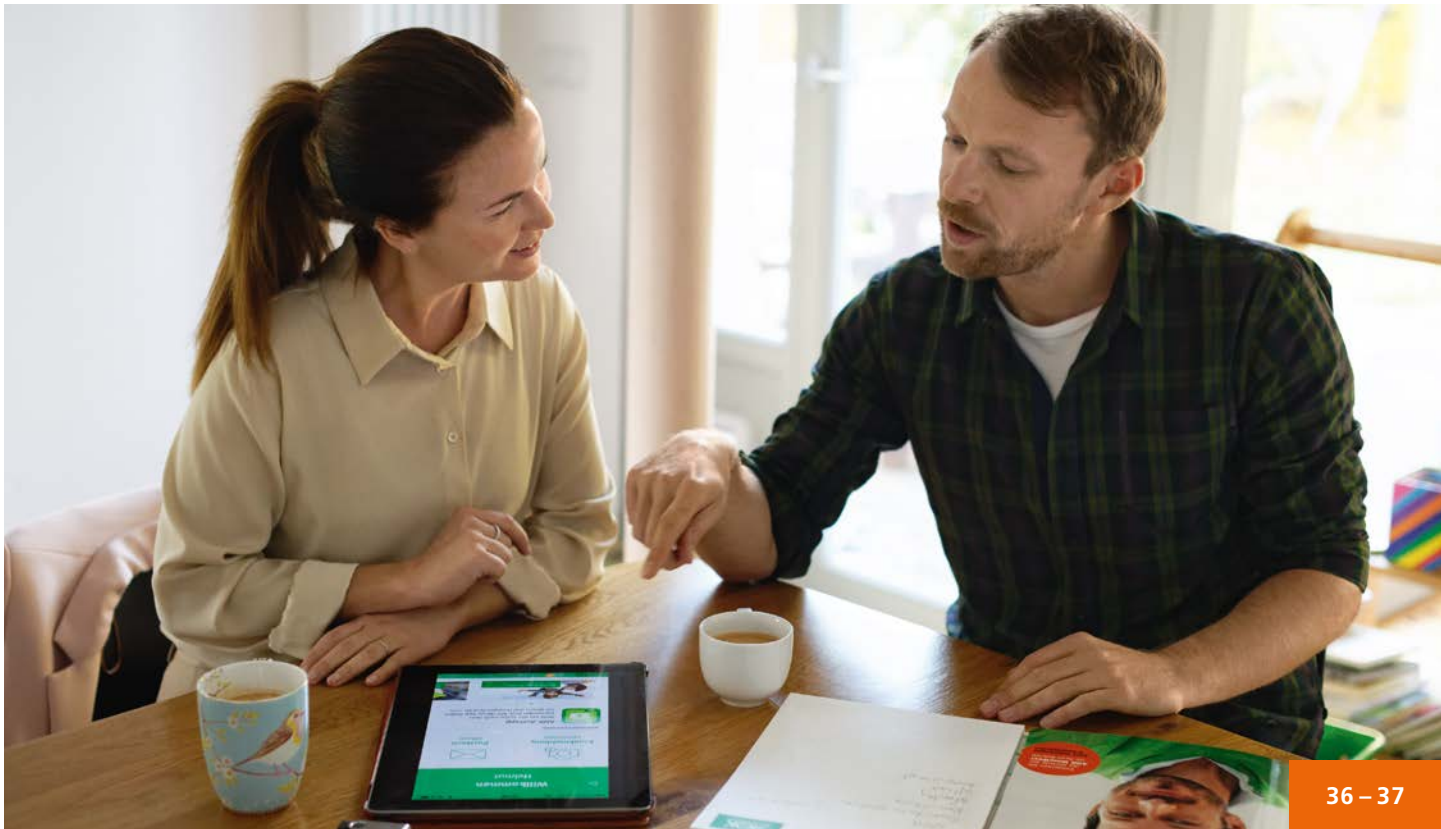
- **Die körperbezogene Pflege**
  Beispiele: Hilfe beim Waschen, Anziehen oder Essen
- **Die pflegerische Betreuung**
  Beispiele: Unterstützung bei der Alltagsgestaltung, bei Spielen oder bei Besuchen von Freunden oder Verwandten
- **Hilfe bei der Haushaltsführung**
  Beispiele: einkaufen oder kochen

Auch helfen die Pflegedienste bei der Suche nach Hilfsdiensten, die z. B. Essen liefern oder Krankentransporte organisieren.

AOK Pflege-Navigator informiert über Pflegedienste in der Region

Zahlreiche Informationen über passgenaue ambulante Pflegedienste in der Nähe der eigenen Wohnung finden Pflegebedürftige und Angehörige in einer umfangreichen Datenbank im Internet, dem so genannten AOK Pflege-Navigator: **www.pflege-navigator.de**

Der AOK Pflege-Navigator bietet die Möglichkeit, Pflegedienste gezielt nach Postleitzahl, Ort und Umkreis sowie anderen Kriterien zu suchen. Er gibt einen Überblick über die jeweiligen Leistungen und voraussichtlichen Kosten der einzelnen Anbieter, inkl. des so genannten Eigenanteils, den Pflegebedürftige selbst zu zahlen haben.



CHECKLISTE

Auswahl eines Pflegedienstes: Darauf sollten Sie achten!

1. Werde ich gut beraten?

- *Kennen Sie neben der Pflegedienstleitung auch andere Mitarbeiter des Pflegedienstes persönlich?*
- *Haben Sie vor dem ersten Gespräch all Ihre Fragen und Wünsche aufgeschrieben? Das ist auf jeden Fall ratsam.*
- *Ist das erste Gespräch für Sie kostenlos? Viele Pflegedienste bieten eine erste Beratung als unverbindlichen Service an.*

2. Sind die Leistungen und Kosten klar und verständlich?

- *Bietet der Pflegedienst alle Pflegeleistungen an, die Sie brauchen?*
- *Bietet der Pflegedienst auch gewünschte zusätzliche Leistungen an, wie Tages- oder Nachtpflege, oder Serviceangebote wie Menüservice, Fußpflege, mobilen Friseur?*
- *Erhalten Sie vor Vertragsabschluss schriftliche Informationen über alle angebotenen Leistungen?*
- *Sind die Preise für die Leistungen und die von Ihnen selbst zu tragenden Kosten verständlich dargestellt? Die Preise der Pflegedienste unterscheiden sich mitunter deutlich.*

3. Ist der Pflegedienst zuverlässig und flexibel?

- *Kommt der Pflegedienst zu fest vereinbarten Zeiten und informiert er Sie, wenn er sich um mehr als 15 Minuten verspätet?*
- *Bietet der Pflegedienst einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst an sieben Tagen in der Woche an?*
- *Können Sie vereinbarte Leistungen auch kurzfristig innerhalb von drei Werktagen abändern oder neue hinzufügen?*
- *Können Sie Pflegeeinsätze kurzfristig, 24 Stunden vor dem Einsatz, verschieben ohne zusätzliche Kosten?*
- *Gibt es eine feste Zahl an Pflegekräften, die zu Ihnen kommen? Gut ist, wenn ein kleines Pflegeteam, in der Regel höchstens vier Pflegekräfte, den Pflegebedürftigen betreut.*

4. Werden meine Wünsche bei der Pflege berücksichtigt?

- *Kann der Pflegedienst auf Ihren Wunsch hin ausschließlich männliche oder weibliche Pflegekräfte einsetzen?*
- *Gibt es für Sie einen festen Ansprechpartner und können Sie kurzfristig ein Beratungsgespräch führen, um Ihre Wünsche darzulegen?*
- *Nimmt der Pflegedienst bei der Planung der Pflege Rücksicht auf Ihre Gewohnheiten wie Aufsteh- und Schlafenszeiten?*
- *Unterstützt der Pflegedienst Sie dabei, sich mit Ärzten, Therapeuten oder Einrichtungen abzustimmen, die an der Betreuung beteiligt sind?*
- *Besucht der Pflegedienst Sie nur zu vereinbarten Zeiten und meldet sich bei Abweichungen zuvor telefonisch bei Ihnen an? Er sollte nicht zu einer unvorhergesehenen Zeit kommen, um Ihre Privatsphäre zu wahren.*
- *Bietet der Pflegedienst Pflegekurse für Angehörige an?*
- *Informiert Sie der Pflegedienst darüber, inwieweit ärztliche Verordnungen umgesetzt werden?*

Quelle: Weisse Liste gemeinnützige GmbH, Stand: Februar 2017

Pflegevertrag

Wer Pflegeleistungen in Anspruch nehmen will, schließt mit dem ambulanten Pflegedienst einen schriftlichen Pflegevertrag ab. Darin werden sämtliche Vereinbarungen festgehalten. Der Vertrag beschreibt detailliert Art, Inhalt und Umfang der jeweiligen Leistungen und listet die einzelnen Kosten auf. Bevor der Pflegebedürftige oder ein Bevollmächtigter den Pflegevertrag unterzeichnet, sollte der Pflegedienst einen Kostenvoranschlag vorgelegt haben. Dazu ist er gesetzlich verpflichtet.

Abrechnung nach Leistungskomplexen oder Zeitaufwand

Die ambulanten Pflegedienste rechnen ihre Leistungen mit den Pflegekassen ab. Sie berechnen sie entweder anhand so genannter Leistungskomplexe oder nach Zeitkontingenten:

(1) **Leistungskomplexe:** Verschiedene Leistungen werden zu einem Komplex zusammengefasst, beispielsweise zur „großen Grundpflege". Leistungskomplexe werden unabhängig von der benötigten Zeit abgerechnet.

(2) **Zeitkontingente:** Der Pflegedienst berechnet die Zeit, die er für die jeweilige Leistung aufwendet. Beispiel: Bei einem Stundensatz von 44 Euro kostet eine Ganzkörperwaschung, die 15 Minuten dauert, 11 Euro.

GUT ZU WISSEN

Pflegevertrag: Die wichtigsten Regelungen

Kosten: *In jedem Pflegevertrag müssen sowohl die Leistungen und Kosten des Pflegedienstes beschrieben sein als auch die Kosten, die die Pflegekasse übernimmt und jene, die Sie selbst zahlen müssen.*

Zahlung: *Sie sollten sich eine überprüfbare Rechnung ausstellen lassen und ausreichende Zahlungsfristen vereinbaren. Ratsam ist, keine Voraus- oder Abschlagszahlungen leisten zu müssen.*

Haftung: *Achten Sie darauf, dass der Pflegedienst für schuldhaft verursachte Schäden seiner Mitarbeiter haftet.*

Kündigung: *Sie können den Vertrag mit einem Pflegedienst fristlos kündigen. Ratsam ist, für den Pflegedienst eine möglichst lange Frist, z. B. sechs Wochen zum Quartalsende, zu vereinbaren.*

Ausfallhonorar: *Legen Sie fest, wie lange im Voraus Sie einen geplanten Pflegediensteinsatz absagen können, ohne dass Sie ihn selbst zahlen müssen.*

Ruhen des Vertrages: *Es sollte geregelt sein, dass der Vertrag in Zeiten ruht, in denen Sie nicht zu Hause sind, z. B. während eines Klinikaufenthalts.*

Pflegeprozess

Der ambulante Pflegedienst erstellt einen schriftlichen Pflegeplan, um die Qualität der Pflege zu sichern. Darin erfasst er detailliert alle Informationen über den Pflegebedürftigen, seinen aktuellen psychischen und physischen Zustand sowie individuelle Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.

Regelmäßige Aktualisierung der Pflegedokumentation

Der ambulante Pflegedienst aktualisiert diese Pflegedokumentation regelmäßig. Außerdem unterstützt er den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen bei der Auswahl und dem Gebrauch erforderlicher Pflegehilfsmittel. Auch arbeitet er in Fragen der pflegerischen Versorgung des Pflegebedürftigen mit dem behandelnden Arzt oder anderen beteiligten Einrichtungen zusammen.

Darüber hinaus tauscht er sich mit den Angehörigen des Pflegebedürftigen aus und berät sie in gesundheitsfördernden Arbeits- und Pflegetechniken.

TIPP

Verdacht auf Pflegefehler? So hilft die AOK Ihnen weiter

- ***Kontaktaufnahme:***
  Auch in der Pflege passieren Fehler. Selbst wenn sich ein Verdacht nicht bestätigt, ist es gut, den Fall klären zu lassen. Das sorgt für Gewissheit und Vertrauen. Wenden Sie sich an Ihre AOK, wenn Sie den Verdacht haben, dass ein Fehler passiert ist.
- ***Information:***
  Die AOK fordert auf Ihren Wunsch Behandlungsunterlagen an. Auch Ihre Angaben zum Fall sind wichtig.
- ***Medizinische Bewertung:***
  AOK-Experten prüfen alle Unterlagen und kümmern sich um eine medizinische Bewertung.
- ***Juristische Bewertung:***
  Die AOK prüft medizinische Bewertungen und gibt Ihnen Hinweise, welche weiteren Handlungsmöglichkeiten es gibt.
- ***Schadensersatz geltend machen:***
  Mit ihrer Beratung unterstützt die AOK Sie dabei, berechtigte Ansprüche zu verfolgen.

Wohnumfeld: Was macht die Pflege zu Hause leichter?

Die eigene Wohnung oder das eigene Haus ist oft nicht optimal auf eine Pflegesituation ausgerichtet. Plötzlich werden schmale Türen, Treppenstufen oder ein hoher Einstieg in die Badewanne zu Barrieren.

Um häusliche Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern oder die selbstständige Lebensführung im eigenen Wohnumfeld wiederherzustellen, gewährt die Pflegeversicherung unterschiedliche Leistungen.

Leistungen

Zuschüsse bis 4.000 Euro für Wohnraumanpassungen

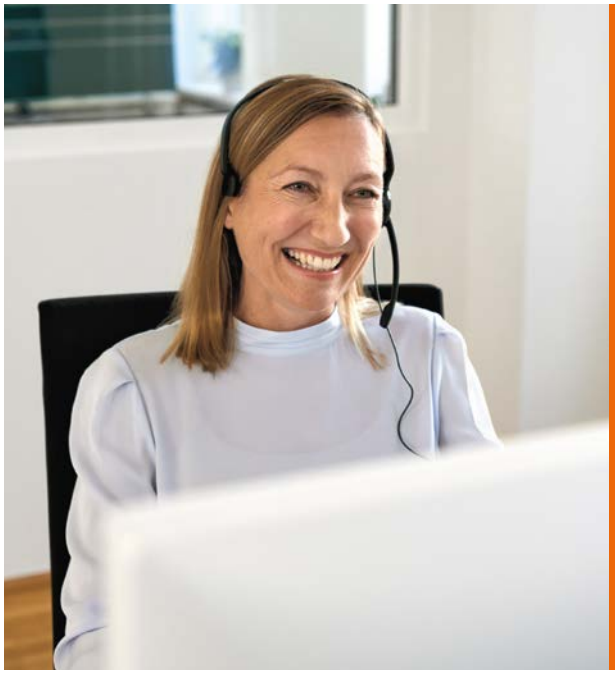
Die AOK-Pflegekasse unterstützt Umbaumaßnahmen mit Zuschüssen bis 4.000 Euro pro Maßnahme, um häusliche Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern oder die selbstständige Lebensführung im eigenen Wohnumfeld wiederherzustellen. Zu diesen so genannten wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gehören z. B. Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen und Treppenlifte, aber auch der pflegegerechte Umbau des Badezimmers.

Wenn zeitgleich mehrere Umbauten nötig sind, gilt das als eine Maßnahme. Pflegebedürftige können den Zuschuss jedoch auch ein zweites Mal beantragen, wenn sich ihre Pflegesituation so verändert hat, dass dies erforderlich wird.

Pflege-WGs erhalten zusammen bis zu 16.000 Euro

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, kann jeder von ihnen den Zuschuss beantragen. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute. Insgesamt kann eine Wohngruppe bis zu 16.000 Euro erhalten. Wenn mehr als vier Pflegebedürftige zusammenwohnen, wird der Zuschuss auf die pflegebedürftigen Bewohner aufgeteilt.

Beispiel: Wohnen acht Pflegebedürftige zusammen, würde jeder ein Achtel des Zuschusses von 16.000 Euro erhalten, also 2.000 Euro pro Pflegebedürftigen.



TIPP

Setzen Sie sich frühzeitig mit den AOK-Pflegeberatern in Verbindung

Holen Sie sich vor einem Umbau eine professionelle Meinung ein. Unsere Pflegeberater informieren Sie umfassend zur alters- und pflegegerechten Einrichtung einer Wohnung und besprechen mit Ihnen, welche Umbaumaßnahmen möglich oder nötig sind. Den Zuschuss für eine so genannte wohnumfeldverbessernde Maßnahme beantragen Sie vor dem Umbau bei Ihrer AOK.

Wohnungsumbau

Oft helfen schon kleine Veränderungen in der Wohnung, um das Leben zu erleichtern, die Selbstständigkeit zu verbessern und die Sicherheit zu erhöhen. In welchem Umfang dies nötig ist, können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen beurteilen, wenn sie ihr Zuhause auf den Prüfstand stellen. Denn Stürze passieren oft dort, wo man sich besonders sicher fühlt, nämlich zu Hause. Und meist in ganz alltäglichen Situationen, wie beim nächtlichen Gang zur Toilette oder beim Verlassen der Dusche.

Maßnahmen, die sich oft sofort umsetzen lassen

Zu den Maßnahmen, die sofort umsetzbar sind, gehören:

- Teppiche, Läufer und Fußmatten entfernen, denn Fußböden sollten rutschfest und gut begehbar sein.
- Lose Kabel von Stehlampen, Fernseher oder Telefon verbergen.
- Wege zwischen Zimmern frei räumen, denn Möbel können zum Hindernis werden.
- Handläufe oder Rampen an Treppen installieren.
- Unwichtige Türen aushängen, das erleichtert es Rollator- und Rollstuhlnutzern, in ein Zimmer zu gelangen.
- Im Bad leicht bedienbare Hebelarmaturen am Waschbecken anbringen.
- Im Bad Haltegriffe in der Dusche und am WC, Duschhocker, Sitzerhöhung für die Toilette, Einstiegshilfe für die Badewanne installieren.
- Im Schlafzimmer einen freien Zugang zum Bett gewährleisten sowie Lichtschalter und Telefon direkt am Bett anbringen.
- Ein höhenverstellbares Bett organisieren, das erleichtert das Aufstehen.

Einrichten eines Pflegezimmers bei Bettlägerigkeit

Wenn der Pflegebedürftige lange oder dauerhaft bettlägerig ist, braucht er ein Zimmer, das sich für die Pflege eignet. Das Bett sollte so aufgestellt sein, dass es von mindestens zwei Seiten erreichbar ist. Der Bodenbelag sollte leicht zu pflegen und rutschfest sein. Das Zimmer sollte nicht zu vollgestellt sein, damit der pflegende Angehörige genügend Platz für die Pflege hat. Wichtig sind verschiedene Lichtquellen, am besten bedienbar vom Bett aus: ein heller Deckenstrahler für die Grundbeleuchtung, eine Wandlampe am Bett zum Lesen, ein Nachtlicht zur Orientierung.

Um schnell mit dem Pflegebedürftigen kommunizieren zu können, sollte ein Telefon, eine Klingel oder ein Babyfon direkt am Bett stehen. Ein spezielles Pflegebett bringt Pflegebedürftigen Erleichterung und macht das Pflegen einfacher.

Mieter benötigen Zustimmung des Eigentümers

Ist für das Pflegen ein großer Umbau der Wohnung nötig, brauchen Mieter die Zustimmung des Eigentümers. Dem Mietrecht zufolge kann der Vermieter einen erforderlichen Umbau allerdings nur ablehnen, wenn seine Interessen schwerer wiegen als jene des Mieters. Wenn zudem Baumaßnahmen außerhalb der Wohnung geplant sind, ist mitunter auch das Eigentum anderer betroffen. Dann braucht der Pflegebedürftige auch deren Zustimmung. Ratsam ist in jedem Fall, mit dem Vermieter zu sprechen, bevor Pflegebedürftige ihre Wohnung umbauen.

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH

Hausnotruf

Hausnotrufsysteme bieten mehr Sicherheit zu Hause. Denn die elektronischen Meldesysteme sind mit einer Hausnotrufzentrale verbunden.

Pflegebedürftige tragen einen Funksender bei sich

Das Notrufgerät hat eine Freisprechanlage und wird über den Telefonanschluss gesteuert. Der Pflegebedürftige trägt einen Funksender, entweder am Handgelenk oder als Kette um den Hals. Über einen Notrufknopf kann er sich im Notfall mit der Hausnotrufzentrale verbinden. Diese informiert je nach Situation Verwandte, Nachbarn, den beauftragten Pflegedienst oder den Rettungsdienst. Auch wenn der Betreffende nicht mehr sprechen kann, schickt die Zentrale Hilfe.

Monatliche Pauschale für den Hausnotruf

Die AOK-Pflegekasse zahlt eine monatliche Pauschale für das Hausnotrufsystem, wenn der Pflegebedürftige

- über weite Teile des Tages allein ist oder mit jemandem zusammenlebt, der in Notsituationen keine Hilfe rufen kann,
- bereits einen Pflegegrad hat,
- voraussichtlich wegen seines Krankheits- oder Pflegezustands in einer Notsituation Hilfe nicht mit einem üblichen Telefon rufen kann.

Hausnotrufsysteme stellen Vertragspartner der AOK-Pflegekassen bereit. Teils bieten sie auch weitere Leistungen an, die die Pflegekassen nicht übernehmen, z. B. Schlüsselservices. Wenn der Pflegebedürftige diese Leistungen in Anspruch nehmen will, muss er darüber mit dem Vertragspartner einen gesonderten Vertrag schließen.

Pflegeeinrichtung: Welche Leistungen und Möglichkeiten gibt es?

Wenn die Pflege zu Hause nicht möglich ist, bietet die professionelle Betreuung in einer Pflegeeinrichtung eine Alternative. Angehörige können sich dann weiterhin um das Wohl des Pflegebedürftigen kümmern, während sie seine Grundbedürfnisse versorgt wissen.

Zuvor sollten sich der Pflegebedürftige und seine Angehörigen ausführlich über in Frage kommende Einrichtungen informieren. Denn der Pflegebedürftige muss sich dort wohlfühlen, Leistungen und Service müssen stimmen und die Angehörigen sollen ein gutes Gefühl haben.

Leistungen

Die AOK-Pflegekasse zahlt bei der Pflege im Heim, der so genannten vollstationären Versorgung, je nach Pflegegrad pauschale Leistungen für:

- **Die körperbezogene Pflege,**
- **Die pflegerische Betreuung,**
- **Die medizinische Behandlungspflege.**

Die AOK-Pflegekasse rechnet diese Leistungen direkt mit der Pflegeeinrichtung ab. Menschen mit Pflegegrad 1 erhalten von der AOK-Pflegekasse einen Zuschuss von 125 Euro im Monat.

Zusätzlich anfallende Kosten zahlen Pflegebedürftige selbst

Darüber hinaus fallen Kosten an, die der Pflegebedürftige selbst zahlen muss. Dazu gehören:

- Der so genannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil für die Pflege. Er ist unabhängig vom Pflegegrad. Das heißt: Menschen mit Pflegegrad 5 zahlen für die Pflege genauso viel zu wie Menschen mit Pflegegrad 2. Allerdings unterscheidet sich der pflegebedingte Eigenanteil von Einrichtung zu Einrichtung.
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung
- Investitionskosten, beispielsweise für Instandhaltung oder Anschaffungen
- Kosten für Komfort- und Zusatzleistungen

Über all diese Kosten stellt die Einrichtung dem Pflegebedürftigen eine Rechnung aus. Kann der Pflegebedürftige diese Kosten nicht aus eigener Kraft finanzieren, springt unter Umständen die Sozialhilfe ein.

Grundsätzlich gilt: Je nach Pflegeeinrichtung fallen die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Komfortleistungen unterschiedlich aus. Ratsam ist daher, sich bei der Auswahl einer Einrichtung ausführlich zu informieren.

Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Pflegebedürftige haben darüber hinaus Anspruch auf eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Diese soll den Austausch mit anderen Menschen fördern und ihnen eine bessere Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Dazu zählen z. B. Aktivitäten wie Spaziergänge, Gesellschaftsspiele, Lesen oder auch Basteln. Die Kosten für diese Leistungen übernimmt die AOK-Pflegekasse.

GUT ZU WISSEN

Was zahlt die Pflegeversicherung pro Monat?

	Vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	*Zuschuss von 125 Euro*
Pflegegrad 2	*770 Euro*
Pflegegrad 3	*1.262 Euro*
Pflegegrad 4	*1.775 Euro*
Pflegegrad 5	*2.005 Euro*

Stand: Oktober 2019

Pflegeeinrichtung

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Einrichtungstypen:

- **Altenwohnheim:** Dort leben die Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Sie können jedoch ihre Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohner einnehmen.

- **Altenheim:** Hier wird älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung gewährleistet. Die Bewohner leben oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen.

- **Pflegeheim:** In diesen Einrichtungen leben die Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern. Oft können sie eigene Möbel mitbringen. Die Bewohner werden pflegerisch und hauswirtschaftlich umfassend versorgt.

Heutzutage findet man in den meisten Einrichtungen eine Kombination dieser drei traditionellen Heimtypen.

Suche nach der richtigen Pflegeeinrichtung

Die Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung ist nicht einfach. Einen schnellen Überblick über die Pflegeeinrichtungen in der Nähe bietet der Pflege-Navigator der AOK. Er hilft dabei, die passende Einrichtung zu finden. Zusätzlich liefert er nützliche Informationen, die den Vergleich erleichtern, wie Eigenanteil oder die Zusammenarbeit mit Ärzten.

Wenn sich der Pflegebedürftige und seine Angehörigen in Frage kommende Einrichtungen anschauen, sollten sie auf den Umgang des Personals mit den Pflegebedürftigen achten. Auch Gespräche mit den Bewohnern einer Pflegeeinrichtung können bei der Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung hilfreich und informativ sein. Ihre Zufriedenheit ist ein guter Indikator für die Atmosphäre in einer Einrichtung und das Verhältnis zwischen Bewohnern und Pflegekräften.

TIPP

Nutzen Sie den AOK Pflege-Navigator

Der AOK Pflege-Navigator bietet die Möglichkeit, Pflegeeinrichtungen gezielt nach Postleitzahl, Ort und Umkreis sowie anderen Kriterien zu suchen. Zudem stellt er umfangreiche Informationen bereit, z. B. zu den Preisen der Pflegeleistungen und zu den Kosten, die der Heimbewohner selbst zu tragen hat. Darüber hinaus können Pflegeheime dort zusätzliche Angaben ergänzen, etwa zu fachlichen Schwerpunkten oder Services wie der Mitnahme von Haustieren und eigenen Möbeln.

Sie finden den AOK Pflege-Navigator online unter:
www.pflege-navigator.de

CHECKLISTE

Auswahl eines Pflegeheims: Darauf sollten Sie achten!

	JA ↓	NEIN ↓
Beratung		
Bietet die Einrichtung ausführliche Informationen über ihre Leistungen und Organisation?	○	○
Kommen Mitarbeiter des Heimes auch zu einem kostenlosen Hausbesuch, bei dem Sie Fragen klären können?	○	○
Überlässt man Ihnen ein schriftliches Pflege- und Betreuungskonzept?	○	○
Gibt es die Möglichkeit zum Probewohnen?	○	○
Lage		
Ist das Heim mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen?	○	○
Bietet es einen Fahr- und Begleitdienst sowie einen Hol- und Bringdienst an?	○	○
Liegt das Pflegeheim in der Nachbarschaft?	○	○
Liegt das Heim in einer ruhigen Gegend?	○	○
Gibt es in der Nähe Einkaufsmöglichkeiten, Post, Bank, Restaurants, Friseur, einen Park?	○	○
Wohnen		
Ist die Ausstattung rollstuhlgerecht?	○	○
Gibt es verfügbare Einzelzimmer?	○	○
Hat das Zimmer ein eigenes Bad?	○	○
Ist es möglich, eigene Möbel mitzubringen?	○	○
Sind Haustiere erlaubt?	○	○
Werden die Zimmer regelmäßig gereinigt?	○	○
Ist ein eigener Telefonanschluss möglich?	○	○
Alltag		
Sind die Ruhe- und Weckzeiten flexibel?	○	○
Gibt es einen Speiseplan mit Menüauswahl?	○	○
Sind die Essenszeiten für Sie akzeptabel?	○	○
Ist es möglich, im eigenen Zimmer zu essen?	○	○
Sind die Besuchszeiten für Sie akzeptabel?	○	○
Betreuung und Service		
Wird ein individueller Pflegeplan mit Ihnen und Ihren Angehörigen erstellt?	○	○
Ist zu allen Zeiten immer ausreichend Fachpersonal anwesend?	○	○
Gibt es spezielle Angebote für desorientierte Menschen?	○	○
Gibt es einen speziellen Ansprechpartner bei Fragen oder Beschwerden?	○	○

Heimvertrag

Wer sich für eine Pflegeeinrichtung entschieden hat, schließt mit dieser einen schriftlichen Vertrag. Der Pflegebedürftige oder ein Bevollmächtigter sollte ihn in Ruhe prüfen, bevor er ihn unterzeichnet.

Der Vertrag sollte Antworten geben auf folgende Fragen:

- Hat die Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag mit der AOK abgeschlossen?
- Nennt der Vertrag alle Rahmenbedingungen wie Vertragsbeginn, Rechte und Pflichten bei einer Kündigung, Kostenerstattung bei Abwesenheit?
- Beschreibt der Vertrag Zusatzleistungen, die der Pflegebedürftige extra zahlen muss, genau?
- Sind die Einrichtungskosten exakt aufgeschlüsselt?
- Enthält der Vertrag Angaben zum Wohnraum, beispielsweise zu Möblierung, Mahlzeiten oder Reinigung?
- Nennt der Vertrag die Rechte und Pflichten des Pflegebedürftigen?

Wie bei allen Verträgen gilt: Auch wenn der Heimvertrag unterschrieben ist, kann er innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden.

Pflegeplan hält Art und Umfang der Pflege fest

Darüber hinaus hält ein Pflegeplan Art und Umfang der Pflege detailliert fest. Pflegefachkräfte sollten ihn, wenn möglich, zusammen mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen erstellen. Nur so können die persönlichen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Der Pflegeplan ist für die Pflegekräfte der Einrichtung verbindlich.

Wenn es Probleme und Klärungsbedarf gibt

Grundsätzlich herrschen in Pflegeeinrichtungen hohe Qualitätsstandards. Wer dennoch einmal etwas zu beanstanden oder Klärungsbedarf hat, sollte sich direkt an seinen Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung wenden.

Natürlich können sich der Pflegebedürftige und seine Angehörigen auch an die AOK-Pflegekasse wenden. Gibt es konkrete Anhaltspunkte für eine mangelnde Qualität in der Pflegeeinrichtung, kann die AOK-Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragen, die Einrichtung zu prüfen.

Neue Wohnformen

Neben der Möglichkeit, sich in einer Pflegeeinrichtung betreuen zu lassen, gibt es auch andere Alternativen. Immer mehr Menschen wollen im Alter möglichst selbstbestimmt leben. Es entstehen daher zunehmend neue Wohnformen. Dazu zählen auch die so genannten Pflege-Wohngemeinschaften (Pflege-WGs).

Pauschale von 214 Euro in Pflege-WGs

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, selbstständig und in häuslicher Umgebung zu wohnen, ohne auf sich selbst gestellt zu sein, fördert die Pflegeversicherung so genannte ambulant betreute Wohngruppen. Das sind Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen.

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, können zusätzlich zu den anderen Leistungen der Pflegeversicherung eine Pauschale von 214 Euro im Monat in Anspruch nehmen, den so genannten Wohngruppenzuschlag. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

1. Der Pflegebedürftige muss mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Menschen in der Wohnung leben, in der die pflegerische Versorgung gemeinschaftlich organisiert wird. Mindestens drei Bewohner müssen in einen der fünf Pflegegrade eingestuft sein.

2. Die Bewohner beauftragen eine so genannte Präsenzkraft, die sich unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung um organisatorische, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten kümmert oder die WG-Mitglieder bei der Haushaltsführung unterstützt.

Pflegekasse fördert Neugründungen von Pflege-WGs

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die eine ambulant betreute Wohngruppe gründen wollen, können bei ihrer Pflegekasse einmalig einen Zuschlag bis 2.500 Euro beantragen, um ihre künftige Wohnung altersgerecht oder barrierefrei umzugestalten.

Diese Anschubfinanzierung gewährt die AOK-Pflegekasse zusätzlich zu den Zuschüssen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen *(→ siehe Seite 43).* Je Wohngemeinschaft ist diese Förderung auf 10.000 Euro begrenzt. Wohnen mehr als vier Pflegebedürftige in der Pflege-WG zusammen, wird der Gesamtbetrag auf alle gleich verteilt.

AOK:
Engagement für eine gute Versorgung

Die AOK-Gemeinschaft versichert mehr als 26 Millionen Menschen in Deutschland. Knapp jeder dritte Deutsche vertraut auf die AOK-Gemeinschaft, wenn es um Gesundheit, Krankenversicherung und Pflegeversicherung geht.

Zugleich ist fast jeder zweite Pflegebedürftige bei der AOK versichert. Damit ist die AOK die größte Pflegekasse Deutschlands. Zu Recht, denn die AOK steht seit mehr als 130 Jahren für bestmögliche Leistungen und umfassende Versorgung in jedem Alter.

AOK-Bundesverband vertritt die Interessen der AOK-Gemeinschaft

In den vielen Geschäftsstellen der AOK sind zahlreiche Mitarbeitende präsent, die sich vor Ort um die Belange der Versicherten kümmern. Die aktuellen Zahlen der Versicherten, Geschäftsstellen und Mitarbeitenden der AOK finden Interessierte im Internet unter: **www.aok-bv.de/aok/zahlen**

Der AOK-Bundesverband vertritt als Dachorganisation die Interessen der AOK-Gemeinschaft. In ganz Deutschland gibt es elf AOKen, die rechtlich selbstständig sind. Sechs von ihnen erstrecken sich auf ein Bundesland, fünf sind infolge von Zusammenschlüssen in den Jahren 2006 bis 2012 für mehrere Bundesländer zuständig. Die AOKen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterliegen der Aufsicht der Bundesländer, in denen sie ihren Hauptsitz haben.

Große Stärke der AOK ist ihre regionale Verankerung

Die große Stärke der AOK ist ihre regionale Verankerung. Sie engagiert sich vor Ort für eine qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und flächendeckende Versorgung ihrer Versicherten. Innovatives Versorgungsmanagement für chronisch kranke Versicherte, digitale Lösungen zur besseren Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, regionaler Einsatz für eine gute medizinische Versorgung in ländlichen Regionen und eine kompetente Pflegeberatung in der Fläche – das sind nur einige Themen, für die die AOK-Gemeinschaft steht.

Schon seit langem setzt sich die AOK für eine gute medizinische Versorgung in Stadt und Land ein. Denn Deutschland ist Vielfalt: weite Landschaften, hohe Berge, kleine Dörfer, große Städte – und Menschen, die dort leben können, wo sie möchten. Deutschland ist aber auch Ungleichheit, z. B., wenn es um die Gesundheitsversorgung geht. So nehmen viele Menschen das hierzulande wahr. Damit die Vielfalt bleibt, gilt es, Ungleichheit zu verringern.

Passgenaue regionale Lösungen mit den Partnern vor Ort

Gesundheit ist einer der zentralen Werte, denen sich die AOK verpflichtet fühlt. Damit Menschen überall in Deutschland die Versorgung bekommen, die sie benötigen, müssen alle Akteure vor Ort zusammenarbeiten. Denn Gesundheitsversorgung ist auch eine Frage der Infrastruktur. Dabei geht es nicht darum, eine zentrale Lösung für alle zu finden. Es geht vielmehr um passgenaue regionale Lösungen, die die Situation und die Möglichkeiten vor Ort berücksichtigen.

Die AOK hat ein umfassendes Gesundheitsmanagement etabliert. Das heißt: Ein konsequent umgesetztes Qualitätsmanagement geht einher mit einer erhöhten Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Das bedeutet für die Versicherten: optimale Versorgung zu günstigen Beiträgen. Von Versicherten und Arbeitgebern gewählte Vertreter nehmen in den Selbstverwaltungen die Interessen der Mitglieder und deren Arbeitgeber wahr.

Informationen

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

Das BMJV hat die beiden Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ herausgegeben, die über alle wichtigen Vollmachten und Verfügungen informieren. Sie stehen auf der Website unter dem Reiter Publikationen zum Download bereit, ebenso Musterformulare und Textbausteine für Vollmachten und Verfügungen.

Mohrenstraße 37
10117 Berlin

Tel.: 030 18 580-0
Fax: 030 18 580-9525

poststelle@bmjv.bund.de
www.bmjv.de

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

Die UPD ist eine gemeinnützige Einrichtung, die zu gesundheitlichen sowie gesundheits- und sozialrechtlichen Fragen berät und informiert.

Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin

Beratungstel.: 0800 011 77 22
Montag bis Freitag
von 8 bis 18 Uhr

info@patientenberatung.de
www.patientenberatung.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Die Verbraucherzentrale hält zu den Themen Gesundheit und Pflege auf ihrer Website viele Informationen bereit. Zudem informiert sie über Pflege-Zusatzversicherungen.

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Tel.: 030 25 800-0
Fax: 030 25 800-518

info@vzbv.de
www.verbraucherzentrale.de

Ihre AOK hält weitere Angebote für Sie bereit:

- AOK-Pflegeberater
- AOK-Pflegekurse und individuelle Schulungen
- AOK-Familiencoach – Online-Programme
- AOK-Pflegenavigator
- AOK-Expertenforum Pflege
- AOK-Patientenrechte
- AOK-Palliativwegweiser

Zusätzliche Angebote für ein gesundes Leben:

- AOK-Gesundheitskurse
- AOK-Vorsorge

Ausführliche Informationen finden Sie unter **aok.de** oder bei Ihrer AOK vor Ort.

aok.de