



Pflegeversicherung

Ratgeber Pflege

Die fünfte Säule des
Sozialsystems.

Allianz 

Inhalt.

- 4 Fakten.
- 6 Warum Pflegevorsorge?
- 10 Absichern ist Pflicht.
- 15 Beiträge, die stimmen.
- 20 Sie haben die Wahl.
- 26 Notwendige Hilfe.
- 31 Pflegegeld, Sachleistungen, Kostenerstattung und medizinische Rehabilitation.
- 40 Versorgung zu Hause.
- 44 Helfen zahlt sich aus.
- 48 Pflegezeit.
- 50 Pflegeberatung.
- 52 Heim ist nicht gleich Heim.
- 61 Ganz individuell.
- 62 Finanzieller Rückhalt.
- 64 PZTBest – damit gute Pflege keine Frage des Geldes ist.
- 66 Lebenslange Pflegefallabsicherung plus Kapitalaufbau.
- 68 Kapitalanlage plus lebenslange Pflegerente.
- 70 Habe ich Anspruch auf Leistungen?
- 72 Wie erhalte ich die Leistungen?
- 75 Adressen, die weiterhelfen.
- 78 Kundendienst zum Ortstarif.

Allianz Ratgeber Pflege.

Seit 1995 gibt es in Deutschland eine gesetzliche Pflegepflichtversicherung. Versicherte haben seither Anspruch auf Pflegeleistungen aus dieser Pflichtversicherung.

Der Allianz Ratgeber bietet Ihnen eine Zusammenfassung der wichtigsten Informationen aus dem Pflegeversicherungsgesetz.

Im Mittelpunkt stehen folgende praxisrelevante Fragen:

- Was gilt es zu beachten, bevor Pflegebedürftigkeit zur Wirklichkeit wird?
- Wie sind die gesetzlichen Pflicht- und die privaten Vorsorgeangebote zu beurteilen?
- Wie finde ich mich in der Vielfalt der Pflegeangebote zurecht?
- Welche Leistungen stehen mir bei Pflegebedürftigkeit zu?
- Wie kann ich meine finanzielle Situation im Pflegefall verbessern?

Die Antworten finden Sie in diesem [Allianz Ratgeber Pflege](#). Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre. Mit den besten Wünschen für ein aktives und gesundes Leben.


Ihre Allianz.

Fakten.

Die Pflegeversicherung ist ein komplexes Regelwerk in der deutschen Sozialversicherung. Hier zunächst ein Überblick über Ihre wesentlichen Rechte und Pflichten als Mitglied der Pflegeversicherung:

Sie gehören einer gesetzlichen Krankenversicherung an. Und zwar als ...		Sie sind bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.
pflichtversichertes Mitglied.	freiwilliges Mitglied.	
Sie alle sind seit 1995 zur Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung verpflichtet. Seither gilt: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung.“		
Bei Pflegebedürftigkeit stehen Ihnen seit 1. April 1995 finanzielle und materielle Leistungen für die häusliche Pflege zu. Pflegenden Angehörige können dadurch Rentenansprüche erwerben. Seit 1. Juli 1996 stehen Ihnen bei entsprechender Pflegebedürftigkeit zusätzlich auch stationäre Pflegeleistungen zu.		
Der Beitrag beträgt 1,95 % des Einkommens maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze (für Kinderlose, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich der Beitrag um 0,25 Prozentpunkte).*	Ihr Beitrag hängt von Ihrem Alter ab. Es gilt: Je jünger, desto niedriger.	
Kinder ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert.		
Ehepartner ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert.	Grundsätzlich zahlt jeder Ehegatte seinen eigenen Beitrag. Für Paare, die schon am 1. Januar 1995 versicherungspflichtig waren, gilt ein reduzierter gemeinsamer Beitrag, wenn ein Partner kein eigenes Einkommen hat.	

* Hinweis für Arbeitnehmer: In allen Bundesländern außer Sachsen zahlen die Arbeitgeber 0,975 Prozent des nachgewiesenen Beitrags.

A photograph of a group of people in a meeting. A woman in a pink top is smiling and looking towards a man in a checkered shirt who is holding a pen and looking at a document on a table. Another person's hand is visible in the foreground, also looking at the document. The scene is brightly lit, suggesting an office or conference room environment.

Gut informiert
lebt es sich
einfach leichter.

Warum Pflegevorsorge?

Eine gute Nachricht: Wir leben länger. Doch auch die innovativste Medizin garantiert uns nicht, dass wir bis ins hohe Alter gesund bleiben. Mit den Jahren steigt die Wahrscheinlichkeit, Pflegeleistungen zu benötigen, stark an: Ab dem 80. Lebensjahr sogar auf 28,4 Prozent (Quelle: BMG).

Die gesetzliche Pflegeversicherung besteht seit 1995. Für gesetzlich Krankenversicherte ist sie als soziale Pflegeversicherung (SPV) bekannt, für privat Krankenversicherte ist es die private Pflegeversicherung (PPV). Die Leistungen sind in beiden Systemen gleich.

Fakt ist:

Die Pflegeversicherung wurde als Grundabsicherung konzipiert und deckt nur einen Teil der Pflegekosten ab. Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen unterliegen ständigen Änderungen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln.

So wurde mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz im Jahr 2002 die zusätzliche Betreuungsleistung für Versicherte mit einem erheblichen Betreuungsbedarf eingeführt.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 1. Juli 2008 in Kraft trat, erfolgte eine weitere Anpassung der Pflegeversicherung.

Die gesetzliche Pflegeversicherung bleibt jedoch unverändert eine Grundabsicherung, die die anfallenden Pflegekosten nur teilweise ersetzt. Wie hoch die Versorgungslücke tatsächlich sein kann, zeigt ein Beispiel:

Monatliche Kosten eines Pflegeheims:	3.200 €
Maximale gesetzliche Leistungen pro Monat (kein Härtefall):	1.510 €
Monatliche Lücke:	1.690 €

Diese Lücke wäre privat zu finanzieren, z. B. durch den Verkauf einer Immobilie. Wer das Geld nicht mehr durch laufende Einnahmen, z. B. Rente oder Verzehr der Rücklagen aufbringt, kann zum Sozialfall werden. Ein realistisches Szenario. Aber kein unabwendbares Schicksal. Der Versicherungsmarkt bietet intelligente Lösungen, damit private Vorsorge getroffen werden kann.

Private Vorsorge ist bezahlbar und kann Lücken schließen:

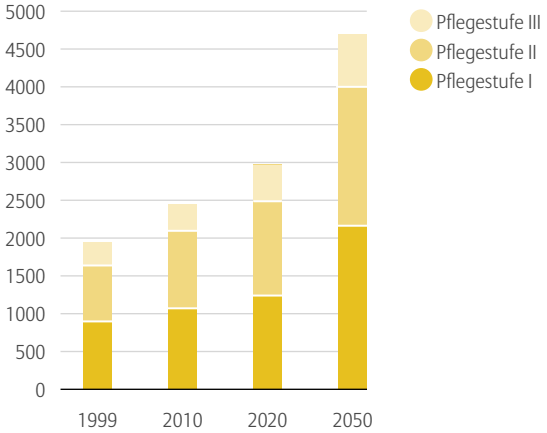
Monatliche Lücke:	1.690,00 €
Privates Pflegetagegeld der Allianz in Höhe von 60 €, entspricht zusätzlichen:	1.800,00 € (monatlich)
Beitrag* (Tarif PZTBest) Mann, 42 Jahre:	27,30 €
Beitrag* (Tarif PZTBest) Mann, 52 Jahre:	46,92 €
Sofern nur die Mehrkosten bei Pflegestufe III abgesichert werden, beträgt der monatliche Beitrag* (Tarif PZT3) Mann, 42 Jahre:	8,88 €
Beitrag* (Tarif PZT3) Mann, 52 Jahre:	15,06 €

* Beiträge Stand Januar 2011.



Anzahl der Pflegebedürftigen in Zukunft stark steigend.

In Tausend



Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW),
Diskussionspapier Nr. 240

Die Grafik zeigt nicht nur, dass die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt steigt. Vor allem in den Pflegestufen I und II wächst der Bedarf – ein wichtiges Kriterium bei der Wahl von privaten Pflegezusatzversicherungen (mehr zum Thema ab Seite 61).

Absichern ist Pflicht.

90 Prozent der Bevölkerung sind – entweder als Pflichtversicherte oder freiwillig – bei den gesetzlichen Kassen krankenversichert. Diese sind auch für die Pflegeversicherung ihrer Mitglieder zuständig.

Die Versicherungspflicht richtet sich nach dem Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung.“ In der sozialen Pflegeversicherung ist somit grundsätzlich versichert, wer Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist.


Wer privat krankenversichert ist, für den ist sein privater Versicherer auch der erste Ansprechpartner in Sachen Pflegeversicherung.

Beitragsbemessung.

Wie in allen anderen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung gilt auch in der Pflegeversicherung eine gesetzliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG).

Sobald das Einkommen diese Grenze übersteigt, berechnet sich der Versicherungsbeitrag nicht mehr als Prozentsatz vom Gesamteinkommen, sondern eben maximal von diesem Grenzwert.

Für die gesetzliche Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.



Ich weiß meine
Kinder und Enkel
in guten Händen.
Und mich auch.

Beitragssatz.

Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung beträgt zur Zeit 1,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Für Versicherte, die keine Kinder haben, erhöht sich der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte. Das gilt für alle, die nach dem 31.12.1939 geboren sind und das 23. Lebensjahr vollendet haben. Die aktuellen Beiträge entnehmen Sie einfach dem Faltblatt zu diesem [Allianz Ratgeber Pflege](#).

Beitragszahlung.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Im Regelfall behält der Arbeitgeber den Beitrag ein. Zusammen mit den Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung führt er sie dann an die zuständige Stelle ab.

Beitragszuschuss.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung werden von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam aufgebracht. Dem Arbeitnehmer wird zusammen mit seinen übrigen Sozialabgaben also nur der halbe Beitrag – 0,975 Prozent des Brutto-Arbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze – monatlich von seinem Einkommen abgezogen.

Dabei gibt es zwei Ausnahmen:

Personen, die das 23. Lebensjahr vollendet und keine Kinder haben, werden 1,225 Prozent abgezogen.

Sachsen hat den Buß- und Betttag als Feiertag beibehalten. Wer im Freistaat arbeitet, bekommt deshalb vom Arbeitgeber statt 0,975 Prozent nur 0,475 Prozent.

Rentner – auch sie sind beitragspflichtig – haben seit 1. April 2004 den Beitrag zur Pflegeversicherung allein zu tragen. Der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers ist abgeschafft.

Pflegeversicherung der Familienangehörigen.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Kinder und Ehegatten, deren monatliches Gesamteinkommen die Grenze für die Familienversicherung nicht übersteigt, in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

Jetzt fühle ich
mich **gut**
abgesichert.



Beiträge, die stimmen.

Auch wer privat krankenversichert ist, muss sich gegen das Pflegerisiko absichern. Die Beiträge der privaten Anbieter richten sich nach dem Alter des Versicherten.

Grundsätzlich besteht Versicherungspflicht bei dem Unternehmen, bei dem die betreffende Person bereits privat krankenversichert ist, da ihr privater Krankenversicherer auch für die Pflegeversicherung zuständig ist. Innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der individuellen Versicherungspflicht in die Pflegeversicherung besteht aber die Möglichkeit, sich für einen anderen Anbieter der privaten Pflegeversicherung zu entscheiden.

Der Beitrag ist unabhängig vom Einkommen.

Der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung wird altersabhängig kalkuliert. Der Beitrag ist jedoch grundsätzlich begrenzt auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung (aktuelle Beiträge siehe beiliegendes Faltblatt). Für Beamte, Heilfürsorgeberechtigte, Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige gilt ein geringerer Beitrag, den Sie ebenfalls unserem Faltblatt entnehmen können.

Beitragszahlung.

Bei privat Pflegeversicherten ist es wie bei der privaten Krankenversicherung: Sie zahlen die Versicherungsprämien selbst an ihre Pflegeversicherung.

Die Versicherungsunternehmen stellen ihren Kunden eine Beitragsbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber aus. Diese ist dann Grundlage der Berechnung des Beitragszuschusses, den der Arbeitgeber zusammen mit dem Lohn überweist.

Beitragszuschuss.

Arbeitgeber zahlen wie auch in der sozialen Pflegeversicherung einen Zuschuss. Der Zuschuss ist begrenzt auf den Betrag, den der Arbeitgeber in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen hätte, und darf 50 Prozent des tatsächlichen Beitrags nicht übersteigen.

Privat versicherte Rentner zahlen ihren Beitrag vollständig selbst (vgl. Seite 13). Beamte haben gegenüber ihrem Dienstherrn keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuss, weil sie im Leistungsfall eine Beihilfe erhalten – dafür zahlen sie maximal den halben Beitrag (bei Kinderlosen, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich der Beitrag zur SPV um 0,25 Prozentpunkte).

Pflegeversicherung der Familienangehörigen.

Kinder sind bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahrs beitragsfrei mitversichert. Wenn sie nicht erwerbstätig sind, verlängert sich die Frist bis zur Vollendung des 23. Lebensjahrs. Befinden sich die Kinder in Schul- oder Berufsausbildung oder leisten sie ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr (das vom Gesetzgeber anerkannt wird), können sie bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs kostenfrei mitversichert werden. Wird die Schul- oder Berufsausbildung des Kindes zudem durch Pflichtzeiten bei Bundeswehr oder Zivildienst unterbrochen, verlängert sich die beitragsfreie Mitversicherung um den Zeitraum der Unterbrechung über das 25. Lebensjahr hinaus.



Kinder, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung finanziell nicht selbständig für sich sorgen können, sind unter bestimmten Voraussetzungen ohne Altersgrenze beitragsfrei mitversichert.

Bedingung für eine beitragsfreie Mitversicherung ist in jedem Fall, dass das Kind nicht bei einer gesetzlichen Kasse krankenversichert ist, dass es keine hauptberufliche selbständige Tätigkeit ausübt und dass sein Einkommen im jeweiligen Jahr voraussichtlich die Grenze für die Familienversicherung nicht übersteigt.

Ehegatten zahlen grundsätzlich – wie bei der privaten Krankenversicherung – jeweils ihren eigenen Beitrag. Seit Versicherungsbeginn am 1. Januar 1995 gilt jedoch: Ehegatten werden unter bestimmten Voraussetzungen zu einem reduzierten Beitrag mitversichert, wenn ihr eigenes Gesamteinkommen – etwa aus Rentenbezügen, Zinsen oder Mieteinnahmen – eine bestimmte Grenze nicht überschreitet.

Dieser verminderte Beitrag für Ehegatten zur Pflegeversicherung entspricht 150 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung. Für jeden Ehegatten werden dabei 75 Prozent angesetzt, auch wenn der Ehepartner bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen versichert ist. Das gilt jedoch nicht, wenn der Ehepartner Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist und auch dort seine Pflegeversicherung unterhält.



Wichtig

Ebenso wie die gesetzlichen Kassen bieten die privaten Pflegeversicherer Studenten einen Sondertarif an.



Sie haben die Wahl.

Freiwillig gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer können entscheiden, wo sie ihre Pflegeversicherung abschließen wollen. Innerhalb einer dreimonatigen Frist können sie von ihrem gesetzlichen zu einem privaten Versicherer wechseln.

Falls sie keine andere Verfügung treffen, werden freiwillig Krankenversicherte automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Dabei ist die Pflegekasse der Krankenkasse zuständig, bei der die freiwillige Mitgliedschaft besteht.

Wahlrecht, zu einem privaten Versicherer zu wechseln.

Freiwillig Krankenversicherte haben die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien zu lassen. Dazu müssen sie für sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen den adäquaten Versicherungsschutz eines privaten Pflegeversicherers nachweisen.



Für Personen, die bei Pflegebedürftigkeit ein Anrecht auf Beihilfe haben, für Beamte, beamtenähnliche Personen (dazu zählen z. B. auch Beamtenanwärter) sowie für Zeit- und Berufssoldaten genügt eine anteilige private Pflegeversicherung. Diese muss dann die Versorgungslücke zwischen Beihilfeanspruch und Versicherungsschutz der sozialen Pflegeversicherung decken.



Wichtig

Der Antrag auf Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung kann nur innerhalb von drei Monaten gestellt werden, nachdem man freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung geworden ist.

Der Beitrag und seine Bemessungsgrundlage.

Der Beitrag zur sozialen Pflegepflichtversicherung beträgt auch bei freiwillig Krankenversicherten 1,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (bei Kinderlosen, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich der Beitrag um 0,25 Prozentpunkte).

Das Einkommen (für dessen Umfang gelten dieselben Bestimmungen wie im Steuerrecht) kann sich auch zusammensetzen aus:

- Lohn und Gehalt,
- Einkommen aus selbständiger Tätigkeit,
- Renten,
- Miet- und Zinseinnahmen.

Auch bei freiwillig Versicherten ist die Beitragsberechnung und damit die Höhe des Beitrags für die soziale Pflegeversicherung durch die bundeseinheitliche Beitragsbemessungsgrundlage begrenzt.



Anspruch auf Beihilfe.

Freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beamten, beamtenähnlichen Personen sowie Zeit- und Berufssoldaten stehen im Versicherungsfall nur die halben Leistungen zu, wenn sie Anspruch auf Beihilfe haben, die die andere Hälfte abdeckt. Für sie beträgt der Beitragssatz deshalb auch nur die Hälfte des normalen Satzes. Angehörige dieser Gruppen zahlen also nur 0,975 Prozent Beitrag (bei Kinderlosen, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich der Beitrag um 0,25 Prozentpunkte).

Beitragszahlung.

Die soziale Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte ist zwar eine Pflichtversicherung, dennoch hat der freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer seine Beiträge selbst einzuzahlen. Die meisten Arbeitgeber behalten aber auch die Pflegeversicherungsbeiträge ihrer freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmer ein und führen sie zusammen mit den anderen Versicherungsbeiträgen an die zuständigen Stellen ab.



Pflege ist auch
ein Thema
**für junge
Menschen.**



Beitragszuschuss.

Freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zum Versicherungsbeitrag.* Der macht den Betrag aus, den der Arbeitgeber im Fall einer Krankenversicherungspflicht des Arbeitnehmers als Arbeitgeberanteil zur sozialen Pflegeversicherung zu zahlen hätte.

Werden bei einem freiwillig Versicherten zusätzliche Pflegeversicherungsbeiträge fällig, etwa durch Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Renten, Miet- oder Zins-einnahmen, so zahlt der Arbeitgeber auf diese Beitragsanteile keinen Zuschuss.

Die Pflegeversicherung der Familienangehörigen.

Kinder von freiwillig Versicherten sind dann in der Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn auch in der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Mitversicherung besteht.



Wichtig

Freiwillig Krankenversicherte, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten keinen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers beziehungsweise Dienstherrn. Dessen „Arbeitgeberanteil“ wird durch die im Leistungsfall zu gewährende Beihilfe abgegolten.

* Liegt der Beschäftigungsort des Arbeitnehmers im Freistaat Sachsen, ist der Beitragszuschuss entsprechend der Regelung bei krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmern niedriger.

Notwendige Hilfe.

Wer Hilfe braucht, muss sich dafür nicht schämen. Vor allem dann nicht, wenn es sich um Leistungen handelt, die einem nach dem Gesetz zustehen.

Die Pflegeversicherung leistet nach dem Sozialgesetzbuch erst ab einem täglichen Hilfebedarf von 90 Minuten (Ausnahme: Betreuungsleistungen, siehe Seite 36 und 39). Bei einem geringeren Bedarf müssen die notwendigen Maßnahmen selbst finanziert werden. Die Eingruppierung in eine Pflegestufe ist die Grundvoraussetzung, um als Leistungsempfänger anerkannt zu werden (Ausnahme: Betreuungsleistungen, siehe Seite 36 und 39).

Wer ist pflegebedürftig?

Pflegebedürftig sind nach dem Gesetz Personen, die wegen einer

- körperlichen,
- geistigen,
- seelischen Krankheit oder einer
- Behinderung

für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens, wie zum Beispiel Tätigkeiten der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung, über eine Dauer von mindestens sechs Monaten in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Ausgehend von der Häufigkeit des Hilfebedarfs werden drei Pflegestufen definiert:

Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
<p>Erheblich pflegebedürftig: Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich Hilfe benötigen ...</p>	<p>Schwerpflegebedürftig: Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe benötigen ...</p>	<p>Schwerstpflegebedürftig: Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr – also auch nachts – Hilfe benötigen ...</p>
<p>und zusätzlich mehrfach pro Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung brauchen.</p>		
<p>Durchschnittliche Dauer des täglichen Hilfebedarfs: 90 Minuten – davon mehr als 45 Minuten für reine Grundpflege.</p>	<p>Durchschnittliche Dauer des täglichen Hilfebedarfs: 180 Minuten – davon mindestens 120 Minuten für reine Grundpflege.</p>	<p>Durchschnittliche Dauer des täglichen Hilfebedarfs: 300 Minuten – davon mehr als 240 Minuten für reine Grundpflege.</p>

Ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet für Mitglieder der sozialen und privaten Pflegeversicherung jeweils der eigene Medizinische Dienst.

Die Gutachter sind in ihrer Einschätzung an die gemeinsamen und einheitlichen Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungsrichtlinien gebunden.

Medizinischer Dienst für gesetzlich Versicherte.

Mitglieder der sozialen Pflegekassen müssen sich einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterziehen. Dabei besucht der Gutachter den Versicherten in der Regel zu Hause und stellt fest, welche Pflegestufe vorliegt.

Private Gutachter für privat Versicherte.

Ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet sich nach der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherer, „MEDICPROOF“. Diese Gutachter sind auch niedergelassene Ärzte.



Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen.

Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz werden erst gewährt, wenn:

- ein entsprechender Antrag beim Versicherungsträger gestellt wurde und
- die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Außerdem muss die im Gesetz vorgeschriebene Vorversicherungszeit von zwei Jahren erbracht sein. Eine Ausnahme bilden mitversicherte Kinder: Bei ihnen genügt es, wenn nur einer der beiden Elternteile die Vorversicherungszeit erfüllt.



Hilfe bekommen,
wenn ich sie
brauche – das ist
mir wichtig.



Pflegegeld, Sachleistungen, Kostenerstattung und medizinische Rehabilitation.

Jedem Pflegebedürftigen stehen gesetzlich vorgeschriebene Leistungen zu. Der Leistungsumfang richtet sich nach der Pflegestufe (siehe Seite 27, Ausnahme: Betreuungsleistungen Seite 36 und 39).

Damit die Pflegebedürftigkeit verhindert, überwunden oder gemindert wird, bedarf es geeigneter Maßnahmen. Die Pflegeversicherung geht dabei von zwei Grundsätzen aus:

Medizinische Rehabilitation geht vor Pflege.

Ambulante Pflege steht vor stationärer Pflege.

Private und soziale Pflegeversicherung bieten weitgehend gleiche Leistungen an. Der wichtigste Unterschied besteht darin, dass die gesetzlichen Kassen Sachleistungen gewähren, während die private Pflegeversicherung die Kosten für die häusliche Pflegehilfe erstattet.

Die Sachleistungen von ambulanten Pflegediensten werden direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Häusliche Pflege.

Der Umfang der häuslichen Pflege richtet sich nach der festgestellten Pflegestufe.

Wird die Pflege von einer ehrenamtlichen Person (z. B. Familie, Nachbarn, Freunde) durchgeführt, stehen folgende Leistungen je Monat zur Verfügung:

Pflegestufe	Bis 30.6.2008	Ab 1.7.2008	Ab 1.1.2010	Ab 1.1.2012
I	205 €	215 €	225 €	235 €
II	410 €	420 €	430 €	440 €
III	665 €	675 €	685 €	700 €

Erfolgt die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst (Kostenerstattung/Sachleistung), werden maximal folgende monatliche Leistungen erbracht:

Pflegestufe	Bis 30.6.2008	Ab 1.7.2008	Ab 1.1.2010	Ab 1.1.2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefall	1.918 €	1.918 €	1.918 €	1.918 €

Eine Kombination beider Leistungen ist möglich.

Dem Grundsatz der Pflegeversicherung „ambulante Pflege steht vor stationärer Pflege“ folgend, gibt es die Möglichkeit, Angebote der **Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen** zu nutzen.

Sie dienen der Entlastung der Pflegeperson und sollen dieser ab und zu Freiräume verschaffen. Ebenso soll die vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim möglichst lange vermieden werden.

Dafür stehen maximal folgende monatliche Leistungssätze zur Verfügung:

Pflegestufe	Bis 30.6.2008	Ab 1.7.2008	Ab 1.1.2010	Ab 1.1.2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

Bei Kombination der Tages- oder Nachtpflege mit dem Pflegegeld bzw. der Kostenerstattung kann sich der Gesamtanspruch auf bis zu **150 Prozent** je Monat erhöhen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind steuerfrei. Das gilt auch für das Pflegegeld, das eine Pflegeperson vom Pflegebedürftigen erhält. Zur Pflegeperson siehe Seite 44.

Zusätzlich zur Kostenerstattung/Sachleistung und/oder dem regelmäßigen Pflegegeld werden noch weitere Leistungen bezahlt:

Bei vorübergehender Verhinderung der privaten Pflegepersonen können pro Jahr maximal 28 Tage für die **Verhinderungspflege** und weitere 28 Tage für die **Kurzzeitpflege** in Anspruch genommen werden. Die Erstattung erfolgt unabhängig von der Pflegestufe je Leistungsart bis maximal:

Bis 30.6.2008	Ab 1.7.2008	Ab 1.1.2010	Ab 1.1.2012
1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

Darüber hinaus kann ein Zuschuss bis zu **2.557 Euro** gewährt werden, wenn die Wohnung des Pflegebedürftigen baulich verändert oder ein Umzug in eine geeignete Wohnung erfolgen muss.

Einzelpflegekräfte.

Jedem Pflegebedürftigen soll ein weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Deshalb wird die Verwirklichung individueller Vorstellungen der Pflegebedürftigen bei der pflegerischen Versorgung unterstützt.

So ist es z. B. möglich, dem Wunsch nach einem Pfleger gleichen Geschlechts oder gleicher Religion zu entsprechen.

Die gewählte Pflegeperson muss dabei bestimmte persönliche, fachliche und organisatorische Voraussetzungen erfüllen, um die Anerkennung als Einzelpflegekraft zu erhalten. Nähere Informationen dazu bekommen Sie von Ihrer Pflegeversicherung.

Poolen von Leistungen.

Pflegebedürftige können die Leistungen eines Pflegedienstes oder einer Einzelpflegekraft auch gemeinsam in Anspruch nehmen, z. B. in Wohngruppen, Wohn- und Hausgemeinschaften oder in der Nachbarschaft.

Dadurch werden Zeiten und auch Kosten gespart, z. B. durch Einkaufen für mehrere Pflegebedürftige gleichzeitig oder das Reinigen einer gemeinsamen Wohnung.

Die frei werdende Zeit kann, bei Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, für die Betreuung genutzt werden.

Darüber hinaus stehen zusätzlich ambulante Betreuungsleistungen zur Verfügung (siehe Seite 36 und 37).

Ambulante Betreuungsleistungen.

Ambulante Betreuungsleistungen sind Bestandteil der häuslichen Pflege und können mit den anderen häuslichen Pflegeleistungen kombiniert werden.

Die Leistungen sind zu beantragen. Voraussetzung für diese Leistungen ist, dass neben dem Hilfebedarf in der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (auch unter Pflegestufe I) ein dauerhafter erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkungen der Alltagskompetenz (z. B. bei Demenz) besteht.

Die ambulanten Betreuungsleistungen unterteilen sich in zwei Stufen. Kosten werden bis zur Höhe folgender Beträge erstattet:

Leichter Umfang	100 €/Monat	1.200 €/Jahr
Erhöhter Umfang	200 €/Monat	2.400 €/Jahr

Die Einstufung nimmt der Gutachter des Medizinischen Dienstes vor.

Ab 1. Juli 2008 genehmigte und monatlich nicht verbrauchte Leistungen können bis zum 30. Juni des Folgejahrs beansprucht werden; Leistungen, die ab Januar 2007 bis zum 30. Juni 2008 genehmigt wurden, können bis 31. Dezember 2009 übertragen werden.

Die Leistungen gibt es nur zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsangebote.

Weitere ambulante Leistungen.

- Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Inkontinenzartikel) bis zu 31 Euro monatlich.
- Leihweise Überlassung technischer Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett oder Hebevorrichtung).
- Kostenübernahme für Pflegekurse durch Wohlfahrtsverbände, Volkshochschulen oder Krankenhäuser.
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (siehe Seite 44).
- Leistungen bei Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (siehe Seite 48 ff.).



Wichtig

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung reichen nicht aus, um die durch Pflegebedürftigkeit verursachten Kosten zu finanzieren. Private Pflegezusatzversicherungen stocken die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung auf und federn die finanziellen Belastungen eines Pflegefalls ab. Die Allianz bietet dafür diverse Produktlösungen an (siehe Seite 61 ff.).

Vollstationäre Pflege.

Die Pflegeversicherung leistet auch bei vollstationärer Pflege in anerkannten Pflegeeinrichtungen.

Die Kostenübernahme erfolgt je nach Pflegestufe monatlich bis zu:

Pflegestufe	Bis 30.6.2008	Ab 1.7.2008	Ab 1.1.2010	Ab 1.1.2012
I	1.023 €	1.023 €	1.023 €	1.023 €
II	1.279 €	1.279 €	1.279 €	1.279 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefall	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €

In anerkannten Härtefällen wird der o. g. Betrag gewährt, wenn zur Deckung des Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufgewendet werden müssen.

Ein Härtefall liegt vor, wenn u. a. ein Pflegebedarf von mindestens sechs Stunden täglich besteht, davon mindestens dreimal in der Nacht.

In allen Fällen werden keinesfalls mehr als 75 Prozent des Gesamtbetrags aus Pflegesatz, Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskosten gezahlt.

Stationäre Betreuungsleistungen.

Auch Pflegebedürftige, die in Pflegeheimen leben, können Leistungen für zusätzliche Betreuung und Beaufsichtigung in Anspruch nehmen. Dies auch dann, wenn der Hilfebedarf den zeitlichen Umfang der Pflegestufe I noch nicht erreicht (s. ambulante Betreuungsleistungen).

Voraussetzung ist, dass dieser Betreuungsbedarf durch den Gutachter der Pflegeversicherung festgestellt wurde und dass das Pflegeheim mit den sozialen Pflegekassen eine Vergütungsvereinbarung geschlossen hat.

Die Pflegekassen ersetzen den mit dem jeweiligen Heim vereinbarten Zuschlag, sodass keine Restkosten verbleiben.




Versorgung zu Hause.

Die gewohnte Umgebung ist meist mehr wert als alle Spezialeinrichtungen, die ein noch so gutes Pflegeheim bieten kann. Deshalb sollten Sie immer zuerst die Möglichkeiten der häuslichen Pflege prüfen.

Die im Rahmen der häuslichen Pflege erbrachten Leistungen werden systematisch vier Bereichen zugeordnet:

- der **Behandlungspflege**, bei der es um die Behandlung von Erkrankungen geht (z. B. Wechseln von Verbänden). Diese Leistung ist nicht Bestandteil der Pflegepflichtversicherung.
- der **Grundpflege**, die Hilfestellungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, also bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität leistet.
- der **hauswirtschaftlichen Versorgung**, z. B. Waschen der Wäsche, Kochen und Reinigen der Wohnung.
- der **Beaufsichtigung und Betreuung** von Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, z. B. bei Weglauftendenz oder Eigen- und Fremdgefährdung.



Gut, dass ich
jemanden habe,
**der mir
weiterhilft.**

Welche Angebote gibt es?

Wenn Sie die Pflege eines Angehörigen nicht selbst bewältigen können, sollten Sie auf einen Pflegedienst zurückgreifen. Solche Pflegedienste werden von den Wohlfahrtsverbänden (z. B. Caritas und Diakonie) unter kirchlicher oder sonstiger gemeinnütziger Trägerschaft und von privaten Anbietern unterhalten.



Wichtig

Pflegedienste bieten in der Regel unterschiedliche Leistungen an. Es ist sinnvoll, sich vorher zu erkundigen, inwieweit Abend- und Wochenenddienste, eventuell sogar Nachtdienste, geleistet werden. Auch sollte vorab geklärt sein, ob der Pflegedienst etwa Haushaltshilfen oder Zivildienstleistende vermittelt und ob die Betreuung des Pflegebedürftigen kontinuierlich von einer Pflegekraft übernommen wird.

Angebote im Überblick.

- Sozialstationen ermöglichen ambulante Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege in personeller und organisatorischer Zusammenfassung.
- Krankenpflegestationen bieten Kranken- und Altenpflege mit ausgebildeten haupt-/nebenberuflichen Kräften an.
- Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen betreuen und versorgen Pflegebedürftige, die überwiegend an den Abenden und Wochenenden von Angehörigen und Bekannten versorgt werden, tagsüber aber nicht alleine in der Wohnung bleiben können.



Wichtig

Der Kundenservice der Allianz Privaten Krankenversicherung koordiniert – auf Anforderung – Pflegedienste für die häusliche Pflege sowie Pflegeeinrichtungen für teilstationäre und vollstationäre Kurzzeitpflege. Dafür ermittelt er zusammen mit dem Versicherten den individuellen Bedarf und die persönlichen Vorstellungen, um so eine optimale Lösung zu erreichen. Der kostenlose Service kann von den Kunden und auch von ihren Angehörigen in Anspruch genommen werden. Wenden Sie sich dazu einfach an unsere Pflege-Hotline unter der Nummer 018 03.99 88 21 (siehe Seite 78).

- Kurzzeitpflegeeinrichtungen nehmen vorübergehend Pflegebedürftige auf, um die Pflegepersonen in Krisensituationen zu entlasten.
- Mobile soziale Hilfsdienste erleichtern die Haushaltsführung und dienen der persönlichen Betreuung wie Einkaufshilfe, Wäschedienst, Gesundheitspflege und Kommunikationshilfe.
- Nachbarschaftshilfen erbringen Kranken- und Altenpflege wie auch Haus- und Familienpflege durch überwiegend neben- oder ehrenamtliches Personal.
- Spezielle Dienste versorgen Pflegebedürftige mit warmen Mahlzeiten in Begegnungsstätten (stationärer Mittagstisch) oder in der eigenen Wohnung (Essen auf Rädern).
- Verschiedene Pflegedienste bieten spezielle Hilfen der allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung mit Inhalten sozialer Betreuung bzw. tagesstrukturierenden Maßnahmen an.

Helfen zahlt sich aus.

Wenn Sie ein Familienmitglied, einen Bekannten oder Freund betreuen, bringt Ihnen das nicht nur einen menschlichen Gewinn. Sie sollten sich auch die materiellen Vorteile sichern, die Ihnen als Pflegeperson zustehen.


Wer hilft, ohne dies erwerbsmäßig zu tun, erwirbt unter bestimmten Voraussetzungen durch seine Pfl egetätigkeit Rentenansprüche. Die Beiträge dafür zahlt die Pflegeversicherung.

Anspruchsberechtigte.

Diese Regelung gilt für **nicht erwerbsmäßig tätige Helfer***, die wenigstens 14 Stunden in der Woche für die Pflege aufbringen und gleichzeitig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind.

Die Höhe der Rentenbeiträge – und der damit begründeten Rentenansprüche – hängt von der Pflegestufe des Betreuten ab. Die Beiträge werden auch während der Zeit eines **Erholungsurlaubs** weitergezahlt, maximal für sechs Wochen im Kalenderjahr.

* Solange die finanzielle Anerkennung für die geleistete Hilfe die Höhe des von der Pflegeversicherung gezahlten Pflegegelds nicht übersteigt, ist von nicht erwerbsmäßiger Pflege auszugehen.



Schön, dass
meine Hilfe
auch **finanzielle
Anerkennung
findet.**

Wie beantrage ich die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge?

Als Erstes prüfen Sie, ob Sie die aufgeführten Kriterien – 14 Stunden Pfl egetätigkeit und weniger als 30 Stunden Erwerbstätigkeit pro Woche – erfüllen. Wenn das der Fall ist, brauchen Sie Ihren Anspruch nur bei der Pflegeversicherung oder Pflegekasse des Pflegebedürftigen anmelden. Zunächst reicht ein Telefonat.

Von dort erhalten Sie dann das Formular „Fragebogen zur Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung/an eine berufsständische Versorgungseinrichtung“. Sie füllen das Formular aus und schicken es zurück. Die Pflegeversicherung prüft die Angaben und entscheidet über das Vorliegen der Versicherungspflicht. Wenn dies der Fall ist, übernimmt sie die Beiträge.



Kostenfreie Unfallversicherung.

Wer nicht erwerbsmäßig pflegt, ist während der Pflegetätigkeit automatisch bei der [gesetzlichen Unfallversicherung](#) versichert. Die Absicherung umfasst alle Unfälle bei der Pflegetätigkeit, aber auch damit zusammenhängende Wegeunfälle und Berufskrankheiten wie Allergien oder Hauterkrankungen.

Im Leistungsfall – also nach einem Unfall oder dem Auftreten einer Berufskrankheit – ist eine umgehende Meldung beim Versicherungsträger notwendig. Bei Fragen rufen Sie uns einfach an.



Pflegezeit.

Der Wunsch vieler Pflegebedürftiger ist es, in der gewohnten Umgebung durch vertraute Angehörige gepflegt zu werden. Für diese ist es jedoch häufig sehr schwierig, die berufliche Tätigkeit und die häusliche Pflege zu vereinbaren. Oftmals ist deshalb der Umzug in ein Pflegeheim unumgänglich.

Um diesen Schritt möglichst lange zu vermeiden, haben Beschäftigte die Möglichkeit, sich für die Pflege eines nahen Angehörigen von der Arbeit freistellen zu lassen.

Nahe Angehörige sind dabei:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft
- Geschwister
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners
- Schwiegerkinder und Enkelkinder

Die Befreiung von der Erwerbsarbeit kann in zwei Stufen erfolgen:

Kurzfristige Arbeitsfreistellung.

Hier handelt es sich um eine unbezahlte Freistellung von maximal zehn Tagen in einer akut auftretenden Pflegesituation. Dieser Zeitraum steht vorrangig für die Organisation der häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen zur Verfügung. Die Pflegeversicherung gewährt für diese zehn Tage keine Leistungen.

Pflegezeit.

Auch bei der Pflegezeit handelt es sich um eine unbezahlte Freistellung von der Erwerbsarbeit. Die Befreiung von der Arbeitsleistung kann vollständig oder teilweise erfolgen und darf insgesamt die Dauer von sechs Monaten nicht übersteigen.

Während der Pflegezeit übernimmt die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen die Beitragszahlung zur Arbeitslosenversicherung und ggf. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der Pflegeperson.

Antragstellungen.

Die Freistellungen müssen beim Arbeitgeber beantragt werden. Die Anträge auf die Beitragszahlungen zur Arbeitslosenversicherung und ggf. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sind bei der Pflegeversicherung zu stellen. Dafür genügt zunächst ein Anruf. Die Pflegeversicherung übersendet Ihnen dann das notwendige Formular, das Sie vollständig ausgefüllt einreichen müssen. Anhand Ihrer Angaben erfolgt die Prüfung Ihres Anspruchs.

Einen Ersatz für den Einkommensausfall gibt es nicht.

Pflegeberatung.

Wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird bzw. ist, verändert sich die gesamte Familiensituation.

Die häusliche Pflege ist vorzubereiten oder an veränderte Umstände anzupassen. Es ergeben sich eine Reihe von Fragen, die geklärt werden müssen. Oftmals sind Wege zu unterschiedlichen Stellen erforderlich, um alle benötigten Informationen zu erhalten.

Um auch auf diesem Gebiet eine Entlastung der pflegenden Personen zu erreichen, besteht seit 1. Januar 2009 ein gesetzlicher Anspruch auf eine kostenlose, unabhängige Pflegeberatung.

Aufgabe dieser Beratung ist es, den Hilfebedarf zu erfassen, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen sowie dessen Durchführung zu veranlassen und zu überwachen.

Privat Pflegeversicherten steht dafür die [COMPASS Private Pflegeberatung GmbH](#) zur Verfügung.

Sie oder Ihre Angehörigen können telefonisch Kontakt zu der Beratung aufnehmen und bereits erste Fragen klären.

Für komplexere Sachverhalte erhalten Sie einen persönlichen Ansprechpartner, der Sie ggf. auch öfter in Ihrem häuslichen Umfeld aufsucht. In persönlichen Gesprächen bekommen Sie alle benötigten Informationen und Hinweise, um die Pflege effektiv zu gestalten und alle zur Verfügung stehenden Leistungen zweckmäßig einzusetzen.

Nach wie vor haben Sie die Möglichkeit, Fragen telefonisch mit Ihrem Pflegeversicherer zu klären. Zeichnet sich in diesen Gesprächen ein umfangreicher Beratungsbedarf ab, kann auch dieser Ihren zuständigen Pflegeberater einschalten.

Das Beratungsangebot der [COMPASS Private Pflegeberatung GmbH](#) besteht dezentral in ganz Deutschland. Jeder Versicherte hat daher unabhängig vom Wohnort die Möglichkeit, die Beratung – auch wiederholt – in Anspruch zu nehmen.



Telefonnummer COMPASS

0800.1 01 88 00

bundesweit gebührenfrei!

Heim ist nicht gleich Heim.

Wenn man sich entschlossen hat, in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu gehen, sollte man die Einrichtung auswählen, die die besten Leistungen für den persönlichen Bedarf bietet. Ihr Allianz Ratgeber Pflege stellt für Sie zusammen, was Sie bei Ihrer Entscheidung berücksichtigen sollten.

In welchem Umfang die verschiedenen Einrichtungen welche spezifischen Dienstleistungen erbringen, ist im Leistungsverzeichnis des Heims zusammengefasst, das Sie sich vom Heimträger zuschicken lassen können.

Private, gemeinnützige oder öffentliche Einrichtung?

Mehr als die Hälfte aller Senioren- und Pflegeeinrichtungen werden von der freien Wohlfahrtspflege angeboten. Je ein knappes Viertel etwa steht unter öffentlicher beziehungsweise privater Trägerschaft.

Die Leistungen aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen stellen eine gewisse Grundversorgung sicher. Zusätzlich bieten viele Pflegeeinrichtungen darüber hinausgehende Zusatzleistungen wie etwa Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche pflegerische Leistungen (z. B. Nachtwachen etc.) gegen Aufpreis an.

Was Pflegeheime leisten.

Pflegeeinrichtungen sollen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, nach dem allgemein anerkannten medizinischen und pflegerischen Erkenntnisstand versorgen. Über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften wachen die Heimaufsichtsbehörden.

Die Qualität der Unterbringung und der Verpflegung ist natürlich von Heim zu Heim unterschiedlich, ebenso die Angebote und die Qualität der Betreuung und Beaufsichtigung sowie der kulturellen Freizeitgestaltung. Deshalb sollten diese Punkte vorab geklärt werden.



Wir unterstützen Sie:

Der Kundenservice der Allianz Privaten Krankenversicherung (siehe S. 43) koordiniert – auf Anforderung – nicht nur ambulante Pflegedienste, sondern auch Angebote für vollstationäre Pflege. Auch diesen Service erhalten Sie über unsere Pflege-Hotline 0 18 03.99 88 21, erreichbar 24 Stunden/7 Tage (0,09 €/Min., Mobilfunk: max. 0,42 €/Min.).

Was Pflegeheime kosten.

Der Betrag, der für den Heimaufenthalt zu zahlen ist, ist sehr unterschiedlich. Ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis ist durch Verträge geregelt. Dabei wird zwischen regelmäßigen Kosten und Kosten für Zusatzleistungen unterschieden.

Um die Unterscheidung zwischen erstattungsfähigen Pflegekosten und den Entgelten für die Betreuung sowie den nicht erstattungsfähigen Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Zusatzleistungen zu erleichtern, stellen die Heime meist spezifizierte Kostenrechnungen aus. Die berechenbaren Sätze werden zwischen den Heimen, Pflegekassen und Sozialleistungsträgern vereinbart.



Wichtig

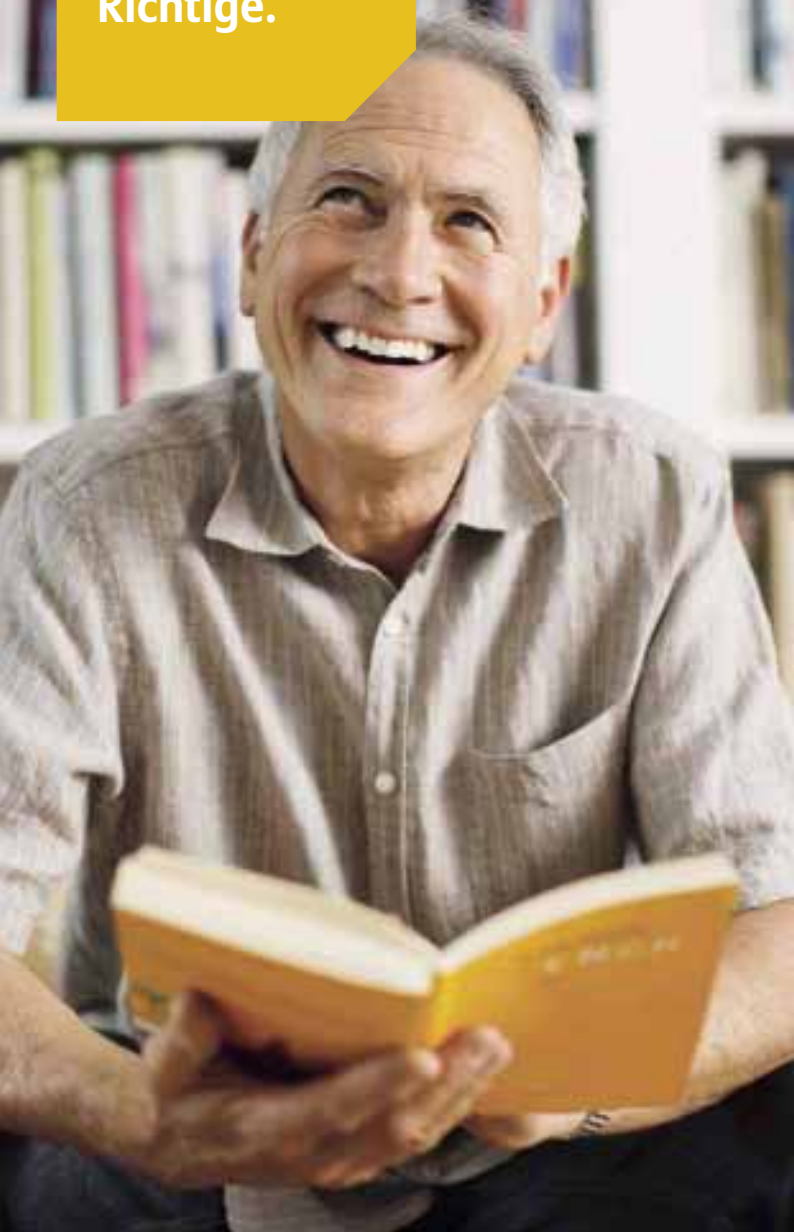
Voraussetzung dafür, dass die Pflegeversicherung für die Leistungen einer Einrichtung aufkommt, ist deren Zulassung durch die Pflegekassen. Nur dann sind die Rechnungen auch erstattungsfähig. Von nicht zugelassenen Einrichtungen sollten Sie daher Abstand nehmen.

Wie sucht man das richtige Heim aus?

Zu Beginn müssen Sie erst einmal klären, in welche Art von Heim Sie gehen wollen. Es gibt zwei grundsätzliche Kategorien von Einrichtungen. Das sind zum einen **Wohnheime**, die oftmals über einen ambulanten Pflegedienst auch pflegerische Leistungen anbieten (siehe ambulante Pflege). Die andere Möglichkeit sind **stationäre Pflegeheime**, die die Betreuung ihrer Bewohner durch eigenes Personal gewährleisten. Es gibt aber auch gemischte Einrichtungen. Wenn Sie Ihre Grundentscheidung getroffen haben, können Sie ins Detail gehen:

- Fragen Sie sich, ob Sie in ein privates Heim ziehen wollen, in ein Heim der freien Wohlfahrtspflege oder in eine öffentliche Einrichtung. Welche kommunalen Einrichtungen es gibt, sagt Ihnen das Sozialreferat Ihrer Gemeinde.
- Überlegen Sie sich genau, in welche Art von Heim Sie möchten. Groß? Klein? In der Nähe? Weiter weg von Ihrem aktuellen Wohnort? Möchten Sie in der Stadt wohnen? Oder außerhalb? Neubau? Oder darf es auch ein Altbau sein? Wie viel Platz brauchen Sie?
- Schauen Sie sich in der von Ihnen ausgewählten Region alle verfügbaren Heime an – egal ob von einem gemeinnützigen oder privaten Träger. Dann bekommen Sie einen Eindruck, wie verschiedene Anbieter Ihre Vorstellungen umgesetzt haben und ob das Ihren Wünschen entspricht.
- Lassen Sie sich von denkbaren Heimen das Leistungsverzeichnis schicken, ebenso die Heimordnung und das Muster des Heimvertrags.
- Informieren Sie sich gründlich. Sprechen Sie mit einigen Bewohnern.
- Unterhalten Sie sich mit der Heimleitung. Sie prägt den Stil eines Heims. Wenn Sie mit ihr „nicht können“, werden Sie in diesem Heim sicherlich nicht froh.
- Informieren Sie sich über die Freizeitangebote. Und natürlich über die Preise.
- Fragen Sie, ob Probewohnen möglich ist. So können Sie die Atmosphäre im Heim am besten kennenlernen.
- Wenn Sie unsicher sind, gehen Sie noch mal hin und nehmen Sie einen Bekannten oder einen Verwandten mit. Eine kompetente Heimleitung wird Ihre Bedenken ernst nehmen und darauf eingehen.

Ich entscheide
mich in Ruhe
**für das
Richtige.**



Der Heimvertrag – darauf kommt es an.

Wer sich für ein Heim entschieden und mit der Heimleitung auch den Einzugsstermin geklärt hat, muss noch einen Heimvertrag abschließen. Der ist gesetzlich vorgeschrieben. Ebenso wie eine schriftliche Information vor Abschluss eines Heimvertrags. Diese enthält alle Angaben, die zur Beurteilung des Vertrags erforderlich sind. Insbesondere über die Leistung und die Ausstattung des Heims sowie über die Rechte und Pflichten der Bewohner. Auch das Datum des Einzugs muss explizit im Heimvertrag stehen. Nur so können Sie sicherstellen, dass der Heimplatz zum vereinbarten Zeitpunkt zur Verfügung gestellt wird.

Darauf sollten Sie achten:

Kündigung: Wie jeder Vertrag kann auch der Heimvertrag gekündigt werden – vom Heimträger und vom Heimbewohner. Der Vertrag sollte deshalb genau regeln, aus welchen Gründen und mit welcher Frist er gekündigt werden kann. Eine Kündigung zum Zwecke der Entgelterhöhung ist aber ausgeschlossen. Anderslautende Regelungen im Heimvertrag sind immer ungültig. Heimträger dürfen grundsätzlich nur aus wichtigem Grund kündigen.

Das könnte etwa ein schwerer Verstoß gegen die Heimordnung sein, worunter man vor allem eine nachhaltige Störung des Heimfriedens versteht. Oder wenn länger als zwei Monate die Heimkosten nicht bezahlt werden.



Pflegerische Betreuung: Einer der häufigsten Gründe für den Umzug in ein Heim ist, dass dort eine regelmäßige Pflege und Betreuung durch dafür geeignete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet ist. Gesetzliche Regelungen verpflichten die Heimträger, hierfür zu sorgen. Art und Umfang der Pflege und Betreuung sollten im Heimvertrag vereinbart werden.

Freie Arztwahl: Weder Heimvertrag noch Heimordnung dürfen einem Bewohner vorschreiben, sich nur von einem bestimmten Arzt behandeln zu lassen. Für den Heimbewohner kann es aber wichtig sein, dass das Heim in ständigem Kontakt zu einem Arzt in der Nähe steht. Ein entsprechender Hinweis im Heimvertrag ist deshalb sinnvoll.



Das entscheidende **private Plus:**
Im Pflegefall
bin ich gut
abgesichert.



Ganz individuell.

Pflegebedürftigkeit, besonders, wenn sie länger dauert, ist häufig mit erheblichen Kosten verbunden. Diese deckt die Pflegeversicherung nicht vollständig ab.

Eine private Zusatzversicherung kann Sie vor solchen finanziellen Risiken schützen.

Die Pflegeversicherung hat nicht den Anspruch, die finanzielle Last eines Pflegefalls voll abzudecken. Wer lange die Leistungen einer Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen muss, stößt schnell an seine finanziellen Grenzen – Sparvermögen oder Immobilienvermögen sind schnell aufgebraucht – ggf. werden auch Angehörige (Partner, Kinder) zur Finanzierung der Kosten herangezogen. Reicht das nicht aus, bleibt nur noch der Gang zur Sozialhilfe. Es sei denn, man hat anderweitig vorgesorgt.

Finanzieller Rückhalt.

Die Allianz bietet verschiedene Produktlösungen für den Schutz vor finanzieller Belastung im Pflegefall – für jeden Bedarf individuell.

Finanzielle Belastungen.

Die Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit anfallen, sind meist höher, als man denkt. Die Berechnung ist regional unterschiedlich und auch vom Träger der Pflegeeinrichtung abhängig. Es muss berücksichtigt werden, dass bei häuslicher Pflege zusätzlich die vollen Lebenshaltungskosten (etwa Miete, Kleidung, Nahrung) zu tragen sind.

Beim derzeit üblichen Honorarsatz von 25 Euro pro Stunde und täglich nur drei Stunden Pflege ergeben sich für eine ausgebildete Hilfe somit bereits 2.250 Euro monatlich. Und auch ein Platz in einem Pflegeheim ist kaum unter 2.500 Euro im Monat zu bekommen.

Mit einer privaten Zusatzversicherung können Sie die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit persönlich kalkulierbarer machen.

Wir informieren Sie gerne!



Kunden-Service-Center: 0 18 02.10 01 03
erreichbar Montag bis Freitag, 8 bis 20 Uhr
(0,06 € pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,
Mobilfunk: max. 0,42 €/Min.).



Wichtig

Die Heimkosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen der Einrichtung sowie für Zusatzleistungen hat der Pflegebedürftige selbst zu tragen. Die Pflegeversicherung bezahlt nur die Pflegeleistungen.

PZTBest – damit gute Pflege keine Frage des Geldes ist.

PZTBest bietet Ihnen leistungsstarken Schutz für Ihre individuellen Bedürfnisse gerade da, wo die gesetzliche Pflegepflichtversicherung nicht oder nur unzureichend greift. Überzeugen Sie sich selbst. So wird auch professionelle Hilfe für zu Hause bezahlbar. Darüber hinaus profitieren Sie von den wertvollen Service- und Beratungsleistungen. Und noch ein Plus: PZTBest bietet mit eingebauter Dynamik Zukunftssicherheit.

Leistungsmerkmale Tarif PZTBest – die optimale Ergänzung.

Leistung Pflegetagegeld: Das Pflegetagegeld wird je nach Pflegestufe prozentual vom versicherten Tagessatz geleistet.

Ambulant:	Pflegestufe I	30 %	Stationär:	Pflegestufe I	100 %
	Pflegestufe II	60 %		Pflegestufe II	100 %
	Pflegestufe III	100 %		Pflegestufe III	100 %

Leistung bereits bei erhöhtem Betreuungsbedarf.

Betreuungsgeld: Sie erhalten 30 % des versicherten Tagessatzes bei erhöhtem Betreuungsbedarf (z. B. Demenz), solange noch keine Pflegestufe anerkannt ist.

Pflegeleistung durch Angehörige oder ehrenamtliche Helfer:

Volle Leistung auch bei Betreuung durch Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen.

Beitragsbefreiung: Bei einer Einstufung in Pflegestufe III ist PZTBest beitragsfrei.

Bedarfsanpassung durch Dynamik: Auf Wunsch alle 3 Jahre: Anhebung des versicherten Tagessatzes um 10 % ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Serviceleistungen: Im Rahmen der Pflegebegleitung bieten wir Ihnen, Ihren nahen Angehörigen oder den Pflegenden zusätzliche telefonische Serviceleistungen, z. B. unterstützen wir Sie bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen.

Keine Warte- und Karenzzeiten: Wir zahlen Ihnen das Pflegetage- bzw. Betreuungsgeld ohne Warte- und Karenzzeiten ganz unbürokratisch ohne Kostennachweis aus, wenn die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.

Beispiel für Pflege in den eigenen vier Wänden (ambulant).	
Ambulante Pflege (Pflegestufe I) ca.	980 €
Maximale gesetzliche Leistung	440 €
Monatliche Lücke	540 €
Mit PZTBest erhalten Sie ambulant in der Pflegestufe I 30% des versicherten Tagessatzes. Z. B. bei einem versicherten Tagessatz von 60 €: 30 Tage × 60 € × 30% im Monat	540 €
Monatliche Lücke	0 €

Beispiel für einen Pflegeheimplatz (stationär).	
Pflegeheimplatz (Pflegestufe III) ca.	3.200 €
Maximale gesetzliche Leistung (kein Härtefall)	1.510 €
Monatliche Lücke	1.690 €
Mit PZTBest erhalten Sie stationär in den Pflegestufen I bis III immer 100% des versicherten Tagessatzes. Z. B. bei einem versicherten Tagessatz von 60 €: 30 Tage × 60 € im Monat Damit verbleiben Ihnen sogar noch 110 € zur freien Verfügung.	1.800 €
Monatliche Lücke	0 €

PZTBest – ausgezeichnet im Test!

 <p>Stiftung Warentest Finanztest</p>	<p>GUT (1,9)</p> <p>TESTSIEGER: Allianz PZTBest</p> <p><small>Im Test: 30 Pflgetagegekkartarke, 4 gut Modell: Mann 49 Jahre, Beitrag ca. 40 Euro im Monat Ausgabe 02/2011</small></p>	 <p>Stiftung Warentest Finanztest</p>	<p>GUT (2,0)</p> <p>TESTSIEGER: Allianz PZTBest</p> <p><small>Im Test: 30 Pflgetagegekkartarke, 4 gut Modell: Mann 55 Jahre, Beitrag ca. 55 Euro im Monat Ausgabe 02/2011</small></p>
 <p>Stiftung Warentest Finanztest</p>	<p>GUT (2,1)</p> <p>TOP-TARIF: Allianz PZTBest</p> <p><small>Im Test: 30 Pflgetagegekkartarke, 5 gut Modell: Frau 45 Jahre, Beitrag ca. 55 Euro im Monat Ausgabe 02/2011</small></p>	 <p>Stiftung Warentest Finanztest</p>	<p>GUT (2,2)</p> <p>TOP-TARIF: Allianz PZTBest</p> <p><small>Im Test: 30 Pflgetagegekkartarke, 7 gut Modell: Frau 55 Jahre, Beitrag ca. 70 Euro im Monat Ausgabe 02/2011</small></p>

Lebenslange Pflegefall- absicherung plus Kapital- aufbau.

Mit einer **Allianz PflegePolice Invest** sorgen Sie für eine lebenslange Pflegefall-
absicherung und bauen gleichzeitig
Kapital auf.

Schon mit dem ersten Beitrag sind Sie gegen die
finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit abgesichert.

Das Besondere: Während der Beitragszahlung bauen Sie
aus der Überschussbeteiligung dank des Investment-
anteils ein Fondsvermögen auf.

Ab einem Wert von 2.015 Euro können Sie dieses
Fondsvermögen steuerfrei verwenden. Beispielsweise
für eventuelle Umbaumaßnahmen im Pflegefall oder
zur Beitragsfortzahlung bei finanziellen Engpässen.
Mindestens 1.000 Euro müssen im Fonds verbleiben.

Mit der **Allianz PflegePolice Invest** sind Sie bereits ab
erheblicher Pflegebedürftigkeit und auch bei **Demenz**
abgesichert und erhalten die vereinbarte monatliche
Rente **lebenslang**.

Dies gilt auch, wenn Sie sich im Pflegefall für die sogenannte Laienpflege (Betreuung z. B. durch Familienangehörige zu Hause) entscheiden.

Die Höhe Ihrer Rente richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit:

- 25 % der vereinbarten Rente bei erheblicher Pflegebedürftigkeit.
- 50 % der vereinbarten Rente bei schwerer Pflegebedürftigkeit oder Demenz.
- 100 % der vereinbarten Rente bei schwerster Pflegebedürftigkeit.

Im Pflegefall brauchen Sie keine weiteren Beiträge mehr zu zahlen. Es fließen dann natürlich auch keine Überschüsse mehr in die Fondsanlage.



Die Allianz PflegePolice Invest kombiniert lebenslange Sicherheit, Top-Bedingungen und steuerbegünstigten Kapitalaufbau.

Kapitalanlage plus lebenslange Pflegerente.

- Die Allianz PflegePlus bietet Ihnen eine sichere Kapitalanlage, mit der Sie sich auch für den Pflegefall absichern: Tritt während der Laufzeit des Vertrags schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe II oder III) ein, wird eine lebenslange Pflegerente gezahlt.
- Wenn Sie gesund bleiben, gibt es am Ende der Vertragslaufzeit das angelegte Geld mit einer attraktiven Verzinsung zurück. Im Todesfall während der Laufzeit wird das vorhandene Kapital an den von Ihnen festgelegten Bezugsberechtigten ausgezahlt.
- Zusätzlich bietet PflegePlus eine vollwertige Unfallversicherung, die vor den finanziellen Folgen eines Unfalls schützt. Im Mittelpunkt steht eine einmalige Kapitalzahlung ab einem Invaliditätsgrad von 20 Prozent und eine zusätzliche lebenslange Unfallrente ab 70 Prozent Invalidität. Unabhängig davon, ob Leistungen aus der Unfallversicherung gezahlt werden, bleiben Pflegevorsorge und Kapitalbildung unverändert bestehen.
- Bei der Beitragszahlung können Sie zwischen Einmalzahlung und laufender Zahlung wählen.
- Die PflegePlus ist nicht nur sicher und leistungsstark, sondern auch steuerlich vorteilhaft: Im Leistungsfall ist die gesamte Pflegerente nach derzeitigem Stand steuerfrei. Und wenn Sie Ihr Kapital am Ende der Laufzeit verzinst zurückerhalten, versteuern Sie nur 50 Prozent des Kapitalertrags.



Habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wer Pflegeleistungen in Anspruch nehmen will, muss im Pflegegesetz festgeschriebene Kriterien erfüllen. Unsere Checkliste erleichtert es Ihnen, dies zu prüfen.

Voraussetzung für eine Pflegestufe ist eine erhebliche Pflegebedürftigkeit. Nach dem Gesetz liegt diese vor, wenn man mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt und mindestens einmal täglich Hilfe bei wenigstens zwei der in unserer Checkliste genannten Verrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) braucht.

Der für all diese Hilfeleistungen insgesamt benötigte Zeitaufwand der pflegenden Person(en) muss im Wochen-durchschnitt täglich mindestens 90 Minuten betragen, wobei davon auf den Bereich der Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Sofern Sie ausschließlich Leistungen der **allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung** beantragen, ist ebenfalls ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich. Die bei Pflegestufe I geforderten mindestens 90 Minuten je Tag müssen dabei nicht erreicht werden.

Frage:	Ja	Nein
<p>1. Benötigen Sie mehrfach pro Woche Hilfe bei den unten aufgeführten Verrichtungen der Hauswirtschaft?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einkaufen • Kochen • Reinigen der Wohnung • Spülen • Wechseln und Waschen der Wäsche • Heizung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Benötigen Sie für mindestens zwei der unten aufgeführten Verrichtungen (Grundpflegeleistungen) täglich fremde Hilfe?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waschen • Duschen • Baden • Zahnpflege einschließlich Mundpflege • Kämmen • Gesichtspflege einschließlich Rasur • Darm- oder Blasenentleerung • Mundgerechte Zubereitung des Essens • Aufnahme des Essens • Aufstehen und Zubettgehen • An- und Auskleiden • Gehen • Stehen • Treppensteigen • Verlassen, Aufsuchen der Wohnung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Beträgt der tägliche Zeitaufwand (im Wochen-durchschnitt) für alle Grundpflegeleistungen (siehe Frage 2) mehr als 45 Minuten?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Beträgt der tägliche Zeitaufwand (im Wochen-durchschnitt) für die Leistungen der haus-wirtschaftlichen Versorgung (siehe Frage 1) zusammen mit den Grundpflegeleistungen (siehe Frage 2) insgesamt mindestens 90 Minuten?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Ist ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vorhanden?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn Sie die Fragen 1 bis 4 oder 1, 2 und 5 mit Ja beantwortet haben, empfiehlt sich ein Antrag bei Ihrer Pflegeversicherung.</p>		

Wie erhalte ich Leistungen?

Der vermeintliche Papierkrieg bei der Antragstellung schreckt immer noch viele Leistungsberechtigte ab. Wenn Sie jedoch unserem Fahrplan folgen, kann eigentlich nichts mehr schiefgehen.

Sie sind Mitglied der sozialen Pflegeversicherung (gesetzliche Pflegekasse).

Sie sind Mitglied einer privaten Pflegeversicherung.

Viermal Ja bei der Beantwortung der Checkliste zeigt Ihnen: „Ich könnte Anspruch auf Leistungen haben.“

Sie sprechen mit Ihrem Hausarzt. Dieser bestätigt Ihre Einschätzung.

Von der Geschäftsstelle Ihrer sozialen Pflegekasse lassen Sie sich das Formular für den „Antrag auf Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz“ kommen.

Sie fordern bei Ihrem privaten Pflegeversicherer das Formular „Antrag auf Pflegeleistungen“ an.

Sie reichen das ausgefüllte Antragsformular bei der Geschäftsstelle Ihrer sozialen Pflegekasse ein.

Sie reichen das ausgefüllte Antragsformular bei Ihrer privaten Pflegeversicherung ein.

Die soziale Pflegeversicherung beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Sie zu begutachten.

Ihre private Pflegeversicherung beauftragt MEDICPROOF, den medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherer, Sie zu begutachten.

... und so geht es weiter:

Ein Gutachter meldet sich bei Ihnen zu einem Hausbesuch an und begutachtet, ob Sie den Kriterien der sozialen Pflege gerecht werden und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit bei Ihnen vorliegt. Dann teilt der MDK/MEDICPROOF die Ergebnisse seiner Prüfung der sozialen beziehungsweise privaten Pflegekasse mit.

Haben Sie Pflegegeld beantragt, äußert sich der MDK/MEDICPROOF auch dazu, ob die häusliche Pflege bei Ihnen zu Hause sichergestellt ist.

Ihrem Antrag wird stattgegeben.

Sie erhalten Leistungen der Pflegeversicherung.

Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, können Sie innerhalb von vier Wochen dagegen Widerspruch einlegen. Wenn die erneute Prüfung wieder negativ ausfällt, steht Ihnen immer noch der Weg zum Sozialgericht offen.

An alles
gedacht –
typisch privat.



Adressen, die weiterhelfen.

Zum Thema Pflege gibt es noch weitere Informationen. Sie erhalten diese zum Beispiel bei den folgenden Verbänden und Institutionen:

Arbeiter-Samariter-Bund

Bundesgeschäftsstelle
Sülzburgstraße 140
50937 Köln
Telefon: 02 21.4 76 05-0
Telefax: 02 21.4 76 05-288
info@asb.de
www.asb.de

AWO Bundesverband e. V.

AWO Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63
10961 Berlin
Telefon: 0 30.26 30 9-0
Telefax: 0 30.26 30 9-32 599
info@awo.org
www.awo.org

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V.

Geschäftsstelle Berlin
Oranienburger Straße 13–14
10178 Berlin
Telefon: 0 30.2 40 89-0
Telefax: 0 30.2 40 89-134
info@bag-wohlfahrt.de
www.bagfw.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Cicerostraße 37
10709 Berlin
Telefon: 0 30.3 69 92 45-0
Telefax: 0 30.3 69 92 45-15
bah@bah-bundesverband.de
www.bah-web.de

BAG Bundesarbeitsgemein- schaft HAUS-NOTRUF-DIENST

Hühnerweg 22
60599 Frankfurt
Telefon: 0 69.6 09 19 60
Telefax: 0 69.60 91 96 35
info@bag-hnd.de
www.bag-hnd.de

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehö- rigen (BAG SELBSTHILFE) e. V.

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Telefon: 02 11.3 10 06-0
Telefax: 02 11.3 10 06-48
info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungs- angeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e. V.

Vorgebirgsstraße 1
53913 Swisttal
Telefon: 0 22 54.70 45/28 12
Telefax: 0 22 54.70 46
info@biva.de
www.biva.de

**Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend**

Alexanderstraße 3
10178 Berlin
Telefon: 0 30.1 85 55-0
Telefax: 0 30.1 85 55-4400
poststelle@bmfsfj.bund.de
www.bmfsfj.de

**Bundesministerium für
Gesundheit (BMG)**

Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin
Telefon: 0 30.1 84 41-0
Telefax: 0 30.1 84 41-1921
info@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de

**Bundesverband Ambulante
Dienste und Stationäre
Einrichtungen (bad) e. V.**

Annastraße 58–64
45130 Essen
Telefon: 02 01.35 40 01
Telefax: 02 01.35 79 80
info@bad-ev.de
www.bad-ev.de

COMPASS

Private Pflegeberatung GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon: 08 00.101 88 00
Telefax: 02 21.9 33 32-500
info@compass-pflegeberatung.de
www.compass-pflegeberatung.de

**DEUTSCHE ALZHEIMER
GESELLSCHAFT e. V.**

Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Telefon: 0 30.2 59 37 95-0
Telefax: 0 30.2 59 37 95-29
info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon: 07 61.200-0
info@caritas.de
www.caritas.de

Deutscher Diabetiker Bund e. V.

Goethestraße 27
34119 Kassel
Telefon: 05 61.7 03 47 70
Telefax: 05 61.7 03 47 71
info@diabetikerbund.de
www.diabetikerbund.de

**Deutsche Kontinenz
Gesellschaft e. V.**

Friedrich-Ebert-Straße 124
34119 Kassel
Telefon: 05 61.78 06 04
Telefax: 05 61.77 67 70
info@kontinenz-gesellschaft.de
www.kontinenz-gesellschaft.de

**Deutsche
Muskelschwund-Hilfe e. V.**

Alstertor 20
20095 Hamburg
Telefon: 0 40.32 32 31-0
Telefax: 0 40.32 32 31-31
info@muskelschwund.de
www.muskelschwund.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
Oranienburger Straße 13–14
10178 Berlin
Telefon: 0 30.2 46 36-0
Telefax: 0 30.2 46 36-110
info@paritaet.org
www.paritaet.org
www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
DRK-Generalsekretariat
Carstennstr. 58
12205 Berlin
Telefon: 0 30.8 54 04-0
Telefax: 0 30.8 54 04-450
drk@drk.de
www.drk.de

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg
Telefon: 0 62 21.18 79 01-0
Telefax: 0 62 21.16 60 09
info@dvfr.de
www.dvfr.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Telefon: 0711.21 59-0
Telefax: 0711.21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Lützowstraße 94
10785 Berlin
Telefon: 0 30.26 99 7-0
Telefax: 0 30.26 99 7-444
info@johanniter.de
www.johanniter.de

Deutsche Malteser gemeinnützige GmbH
Kalker Hauptstraße 22–24
51103 Köln
Telefon: 02 21.98 22-0
Telefax: 02 21.98 22-399
malteser@malteser.org
www.malteser.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4 a
53175 Bonn
Telefon: 02 28.8 20 93-0
Telefax: 02 28.8 20 93-43
kontakt@vdk.de
www.vdk.de

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB) e. V.
Im Teelbruch 132
45219 Essen
Telefon: 0 20 54.95 78-0
Telefax: 0 20 54.95 78-40
info@vdab.de
www.vdab.de

Kundendienst zum Ortstarif.



Wenn Sie mehr zur Pflegeversicherung wissen möchten, rufen Sie unsere Pflege-Hotline 0 18 03.99 88 21 an. Sie erreichen uns 24 Stunden/7 Tage (0,09 €/Min., Mobilfunk: max. 0,42 €/Min.).

Sie können natürlich auch unsere Homepage im Internet unter der Adresse www.gesundheit.allianz.de besuchen.

Die wichtigsten Angaben zu aktuellen Beiträgen und Leistungen finden Sie im Faltblatt zu diesem Allianz Ratgeber Pflege.



Impressum:

Herausgeber:

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9

81737 München

Autor:

Hans-Joachim Hofmann

Stand der Informationen: Januar 2011

Haben Sie Fragen rund um die private Krankenversicherung? Sie erreichen unser Kunden-Service-Center Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr unter:



Telefon: 0 18 02.10 01 03

(0,06 € pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,

Mobilfunk: max. 0,42 €/Min.)

E-Mail: service.apkv@allianz.de

Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Vervielfältigungen, auch nur in Auszügen, sind ohne Genehmigung durch den Herausgeber lediglich innerhalb der engen Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen erlaubt. Trotz größter Sorgfalt bei der Zusammenstellung der Informationen können weder Autor noch Herausgeber Gewähr für die Richtigkeit der Angaben übernehmen.





Pflege-Hotline 0 18 03.99 88 21
erreichbar 24 Stunden/7 Tage
(0,09 €/Min., Mobilfunk: max. 0,42 €/Min.).

www.gesundheit.allianz.de

MMK--0015Z0 (00)10.02.11

