





HERZLICH WILLKOMMEN

RENAFAN ServiceLeben Tegel



Stand: 09/2025

RENAFAN GmbH
ServiceLeben Tegel
Schloßstraße 6
13507 Berlin

 030 720201-0
 030 720201-155
 serviceleben-tegel@renafan.de
 tegel.renafan.de



INHALT

UNSERE ANGEBOTE

Vollstationäre Pflege	6
Verhinderungspflege	10

WIR STELLEN UNS VOR

Das Pfllegeteam	12
Das Team der Ergotherapie, Betreuung und Musiktherapie	14
Hausimpressionen	16
Unser Partner in der Hauswirtschaft	18
Unsere Kooperationen	20

WISSENSWERTES

Das Betreuungsrecht	24
Keine Angst vor hohen Kosten	30
Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen	34
Wissenswertes zu den Pflegegraden	38
Wäscheversorgung	42
Fahrkostenübernahme	44

INFORMATIONEN

Checkliste Ab- und Ummeldungen	46
Checkliste Einzug	47
Checkliste für den Sozialhilfeantrag	48
Antrag auf „Hilfe zur Pflege“	49
Wichtige Telefonnummern	51



Herzlich willkommen!

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen einerseits unser schönes Haus und das gesamte Leben in diesem vorstellen, Ihnen aber andererseits auch viele wertvolle Tipps und Informationen rund um unsere Pflege- und Betreuungsangebote geben.

RENAFAN ServiceLeben! Was steckt hinter diesem Begriff? Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, den Pflegebedürftigen und/oder Senioren in unserem Hause das Leben so angenehm wie möglich zu gestalten. Wir bieten Service rund um die Uhr bei jeglicher Hilfestellung, die benötigt wird.

Im RENAFAAN ServiceLeben Tegel residieren Sie mitten im Herzen des herrlich grünen Stadtteils Reinickendorfs in absolut ruhiger Rücklage. Genießen Sie die Vorzüge kurzer Wege: Ein Ärztehaus mit 22 Fachärzten liegt direkt vor der Haustür. Außerdem erwartet Sie eine Fülle von Freizeitangeboten: Wald und See, Stadt und Natur. Verbringen Sie gemütliche Stunden im alten Stadtkern bei Kaffee und Kuchen, spazieren Sie entlang der Tegeler Hafepromenade mit ihren vielen Dampfern oder bummeln Sie durch die nahegelegene Einkaufsstraße.

Aber auch in unserem Haus selbst warten viele Annehmlichkeiten auf Sie: unsere Cafeteria, der Dachgarten, die Lobby und unsere großzügige Terrasse laden dazu ein, sich anregenden Gesprächen, einer Partie Karten oder einem guten Buch zu widmen. Unser Team ist multiprofessionell besetzt und bietet Ihnen aktivierende pflege, Anleitung und Begleitung. Körperliche und soziale Aktivierung unterstützt die Selbstständigkeit und das Wohlbefinden unserer Bewohner.

Mit gemeinsamen Aktivitäten wie Singen und Erzählen, Bewegung und dem Spielen von Gesellschaftsspielen vergehen die Stunden ganz schnell. Gerne können Sie auch an der Ergotherapie, Biografiearbeit, Sturz- und Balancetraining, in Musikgruppen, an Spielen, beim Kochen und Backen teilnehmen sowie Spaziergänge und Ausflüge in die nähere Umgebung machen.

Im ganzen Haus, bei der Pflege oder bei therapeutischen Anwendungen finden Sie stets persönliche Ansprechpartner, die sich kompetent und engagiert um Ihre Wünsche kümmern. Der zu pflegende und zu betreuende Mensch steht bei uns im Mittelpunkt.

Lernen Sie uns kennen und werden Sie Mitglied unserer großen Familie.

Ihr Team vom
RENAFAN ServiceLeben Tegel

Vollstationäre Pflege

Es stehen uns im ServiceLeben Tegel 135 Plätze für die vollstationäre Pflege zur Verfügung – diese sind verteilt auf vier Wohnbereiche.

Was heißt vollstationäre Pflege?

Für Menschen, die im Alltag so viel Hilfe, Betreuung oder Beaufsichtigung benötigen, dass sie in ihrer eigenen Wohnung nicht mehr ausreichend versorgt sind, bieten viele Einrichtungen eine vollstationäre Pflege an. In diesen vollstationären Einrichtungen (Pflegeheimen) wohnen die Pflegebedürftigen auf Dauer; dort steht rund um die Uhr qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung.

Welche Leistungen beinhaltet die vollstationäre Pflege im RENAFAN ServiceLeben Tegel?

Im Rahmen der vollstationären Pflege bieten wir unseren BewohnerInnen Ein- und Zweibettzimmer an, welche jeweils mit einem Pflegebett, einem Kleiderschrank, einem Nachttisch, einem Tisch und mit Stühlen ausgestattet sind. Jedes Zimmer verfügt zudem über einen Rundfunk- und Fernsehanschluss. Nach Absprache können diese für Sie freigeschaltet werden. Selbstverständlich ist ein Bad mit barrierefreier Dusche vorhanden. Sehr gerne können eigene Möbelstücke und Wohnaccessoires (Bilder, Lampen, Pflanzen u.ä.) mitgebracht werden.

Des Weiteren bieten wir Ein- & Zweiraumapartments in unserer Residenz an. Auf jeder Etage unseres Hauses befindet sich ein heller Aufenthaltsraum mit Balkon und einer Küche. Das ganze Haus und die Gartenanlage sind rollstuhlgängig gestaltet. In der sonnedurchfluteten Cafeteria lässt sich der Tag genießen.

Pflege und Betreuung

24 Stunden für Sie da! Unser Team ist bestens geschult, um auf die besonderen Ansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Menschen einzugehen. Die Versorgungsleistung erbringen erfahrene Pflegekräfte, die Ihren individuellen Lebensweg aufmerksam und rücksichtsvoll würdigen. Je nach individuellem Bedarf erhalten unsere BewohnerInnen bei allen grundpflegerischen Verrichtungen Hilfe, wie z. B. bei der Körperpflege, dem An- und Auskleiden sowie dem Essen und Trinken. Zudem leisten wir eine medizinische Behandlungspflege (Medikamente stellen und verabreichen, Verbandswechsel u.ä.). Außerdem organisieren wir die Betreuung durch Ärzte, Therapeuten, Apotheken und andere Dienstleister.

Unser täglich angebotenes Betreuungsprogramm ist eine willkommene Abwechslung



zum Alltag, welches Einzel- oder Gruppenangebote beinhaltet. Zu den Angeboten gehören beispielsweise eine Sitzgymnastik, Gesprächsrunden, Spaziergänge, musikalische Nachmittage, Feste und Ausflüge.

Verpflegung

Die vollstationäre Pflege beinhaltet vier abwechslungsreiche und ausgewogene Mahlzeiten am Tag sowie ggf. Zwischenmahlzeiten und Getränke. Im RENAFAN ServiceLeben Tegel stehen täglich drei Menüs zur Auswahl, welche in unserer hauseigenen Küche frisch zubereitet werden.

Service

Neben den bereits beschriebenen grundlegenden Versorgungsleistungen bieten wir im

RENAFAN ServiceLeben Tegel noch weitere Serviceleistungen ohne Zusatzkosten an, so z. B. die Verwaltung von Barbeträgen / Taschengeldern und das Waschen der persönlichen Kleidung in der Wäscherei in unserem Partnerhaus RENAFAN ServiceLeben Ludwigspark in Berlin-Buch.

Was kostet vollstationäre Pflege?

Jede Pflegeeinrichtung schließt so genannte Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen sowie dem jeweiligen Bundesland ab. Darin werden tägliche Kostensätze für die Pflege, die Unterkunft, die Verpflegung sowie allgemeine Investitionen vereinbart. Der sich daraus ergebende Tagessatz ist verbindlich und Grundlage für die Berechnung des monatlichen Gesamtentgeltes.

Je nach vorliegendem Pflegegrad zahlt die Pflegekasse des Bewohners monatlich einen pauschalen Betrag an die Pflegeeinrichtung. Aktuell gelten folgende Beträge:

Pflege-grad	Leistungsbetrag der Pflegekasse
1	131 Euro
2	805 Euro
3	1.319 Euro
4	1.855 Euro
5	2.096 Euro

Die monatliche Leistung der Pflegekasse ist dafür vorgesehen, den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim sicherzustellen. Kosten für Wohnen, Essen u.ä. gehören nicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Somit besteht ein Eigenanteil an den Gesamtkosten der vollstationären Pflege. Wie hoch dieser ist, ist abhängig vom bestehenden Pflegegrad sowie vom Tagessatz der Pflegeeinrichtung.




Die für das RENAFAN ServiceLeben Tegel gültigen Kosten entnehmen Sie bitte unserer aktuellen Preisliste.

Viele BewohnerInnen können den verbleibenden Eigenanteil nicht oder nicht dauerhaft aus eigenem Einkommen und Vermögen (Rente, Ersparnisse) tragen. In diesen Fällen beteiligt sich auf Antrag in der Regel der zuständige Sozialhilfeträger an den Kosten. (Lesen Sie hierzu auch den Artikel „Keine Angst vor hohen Kosten“).

Welche zusätzlichen Kosten gibt es?

Neben dem monatlichen Gesamtentgelt bzw. dem selbst zu tragenden Eigenanteil können zusätzliche Kosten entstehen für gesetzliche Zuzahlungen und nicht kassenfähige Medikamente, Friseur, Fußpflege, Telefon, Bekleidung, Kosmetikartikel, zusätzliche Serviceleistungen (Kabelfernsehen, Telefon, Reparaturen an persönlichen Gegenständen, Hilfestellung beim Ein-/Um- oder Auszug u. ä.).

Für alle Fragen rund um den Einzug sowie zum täglichen Leben in der Pflegeeinrichtung steht Ihnen unser Sozialdienst zur Verfügung.

 030 720201-462

Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege

Begrenzung des Pflegeanteils an pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI

Die Kosten für das Pflegeheim zahlt zu einem Teil die Pflegekasse und zum anderen Teil der Pflegebedürftige selbst (Eigenanteil). Der Pflegebedarf wird durch den Medizinischen Dienst festgestellt. Die Pflegebedürftigkeit wird mit dem Pflegegrad ausgedrückt: Je höher der Pflegegrad, desto höher die Beiträge aus der Pflegekasse für die Pflegeleistung.

Nach dem Pflegestärkungsgesetz II aus dem Jahre 2017, bleibt der Eigenanteil stabil, auch wenn der Pflegebedarf steigt.

Seit Januar 2022 gewährt die Pflegekasse einen weiteren Leistungszuschlag für die Pflegegrade 2-5, welcher je nach Dauer des Aufenthalts des Bewohners prozentual berechnet wird. Dies bedeutet für den Bewohner, dass mit längerer Verweildauer im Pflegeheim, der Eigenanteil sinkt.

Dauer der stationären Pflege	Zuschlag zum Eigenanteil
bis 12 Monate	15 %
mehr als 12 Monate	30 %
mehr als 24 Monate	50 %
mehr als 36 Monate	75 %

Mit der neuen Regelung wird erreicht, dass die finanzielle Gesamtbelastung Pflegebedürftiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Pflegeverlauf deutlich reduziert wird. Ebenfalls wird dadurch erreicht, dass die betroffenen Versicherten weniger auf die ergänzenden Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind.



Verhinderungspflege

Der Begriff „Verhinderungspflege“ bezeichnet eine Leistung der Pflegeversicherung. Diese Leistung wird sowohl durch gesetzliche als auch durch private Pflegeversicherungen gemäß der gesetzlich festgelegten Regelungen erbracht..

Worum geht es?

Viele Menschen, die im Alltag Hilfe benötigen, bekommen diese nach Möglichkeit zu Hause, in der Regel durch Familienangehörige, befreundete Nachbarn oder Bekannte. Diese werden als Pflegepersonen bezeichnet, sofern sie dem Hilfebedürftigen mindestens 10 Stunden pro Woche pflegen.

Wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass ein Pflegebedarf anerkannt wurde (sog. Anerkennung eines Pflegegrades), hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegeleistungen. Je nach Art und Umfang des Pflegebedarfs geht die Pflege eines Anderen für die Pflegeperson häufig mit großer physischer und psychischer Belastung einher. Damit die Pflegeperson sich von diesen Belastungen regelmäßig erholen und neue Kraft für die weitere Pflege tanken kann, gibt es die sogenannte Verhinderungspflege, auch Urlaubs- oder Ersatzpflege genannt. Diese kann weiterhin zum Tragen kommen, wenn die Pflegeperson aus anderen Gründen (z. B. Krankheit) verhindert ist, die Wohnung des Pflegebedürftigen renoviert werden muss oder eine bestimmte Zeit überbrückt werden soll, bis ein Heimplatz gefunden ist.

Wie funktioniert Verhinderungspflege?

Die Verhinderungspflege ist eine Leistung der Pflegeversicherung, um die weitere Pflege abzusichern, wenn die Pflegeperson verhindert ist oder aus anderen Gründen die Pflege vorübergehend nicht möglich ist.

Die Verhinderungspflege kann im häuslichen Bereich durch einen professionellen Pflegedienst, durch eine private Pflegeperson oder auch durch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erbracht werden.

Voraussetzungen

Um Verhinderungspflegeleistungen von der Pflegekasse zu erhalten, muss grundsätzlich ein Anspruch auf Pflegeleistungen bestehen, d. h. es muss mindestens der Pflegegrad 2 vorhanden sein.

Verhinderungspflege durch Angehörige

Ab dem 01.07.2025 wurden die Leistungsbeiträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem Jahresbetrag i.H.v 3.539,00 Euro zusammengefasst.



Dies bedeutet, dass der Jahresbetrag i.H.v. 3.539,00 Euro für die Verhinderungspflege für maximal 8 Wochen eingesetzt werden kann. Die tatsächliche Dauer der Verhinderungspflege ist abhängig vom vorhandenen Jahresbetrag sowie vom bestehenden Pflegegrad der pflegebedürftigen Person.

Für die Verhinderungspflege in einer stationären Einrichtung, kann die Pflegeeinrichtung über die Leistungen der Pflegekasse (Jahresbetrag i.H.v. 3.539,00 Euro) die so genannten „pflegebedingten Aufwendungen“ abrechnen. Dazu bedarf es einer Abtretungsvereinbarung, welche das Pflegeheim berechtigt, die Kosten direkt mit der Pflegeversicherung abzurechnen.

Die bei einer stationären Versorgung darüber hinaus anfallenden Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen (Verhinderungspflege-Eigenanteil) können nicht direkt mit der Pflegekasse abgerechnet werden und werden vom Pflegebedürftigen privat getragen.

Gegebenenfalls besteht jedoch die Möglichkeit, die Rechnung über den Verhinderungspflege-Eigenanteil bei der Pflegeversicherung einzureichen und über den sog. Entlastungsbetrag erstatten zu lassen.

Der Entlastungsbetrag beläuft sich auf monatlich 131,00 Euro und spart sich bei einer Nichtinanspruchnahme über Monate an.

Sie können sich hierzu an die zuständige Pflegeversicherung wenden und sich informieren, ob und in welcher Höhe der Entlastungsbetrag vorhanden ist.

Für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege ist es notwendig, dass Sie einen Antrag bei der zuständigen Pflegeversicherung stellen. Sobald die Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung erteilt ist, kann die Verhinderungspflege starten.

Das Pflegeteam

Das Team der Pflege ist das größte hier am Standort Tegel. Die Pflegefachkräfte sowie Pflegeassistenten sind rund um die Uhr für unsere Bewohner- / innen da. Die pflegerische Betreuung umfasst die teilweise oder vollständige Übernahme der täglichen Aktivitäten in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.

Unsere Pflege erfolgt bedarfsgerecht und ausgerichtet an:

► den individuellen Lebensgewohnheiten und Bedürfnissen: So kann z. B. nach wie vor jeder selbst bestimmen, wann er morgens aufstehen möchte

► der Art & Schwere der Pflegebedürftigkeit: Menschen mit Demenz, körperlich wenig eingeschränkte Menschen erhalten je nach Bedarf Hilfe in Form von Unterstützung und Anleitung, bei körperlich beeinträchtigten Menschen werden Pflegetätigkeiten ganz oder teilweise übernommen.

► den vorhandenen Ressourcen: Wir möchten niemanden Dinge abnehmen, zu denen er noch selbst in der Lage ist. Unsere Pflege soll aktivieren, vorhandene Fähigkeiten erhalten, Ressourcen fördern und stärken.

Damit die Pflege in den einzelnen Bereichen strukturiert geplant und durchgeführt werden kann, gibt es für jeden Bereich ein kleines Team. Dieses wird jeweils geleitet durch die Wohnbereichs- bzw. Gruppenleitung. Ihnen übergeordnet ist die Pflegedienstleitung.

Die jeweiligen Leitungen sind unter anderem verantwortlich für die Koordinierung des Tagesablaufes, kümmern sich um ärztliche Verordnungen, organisieren Arztbesuche und stehen als Ansprechpartner für alle pflege-relevanten Anliegen der Betroffenen und ihrer Angehörigen zur Verfügung.

Von besonderer Bedeutung ist die enge Zusammenarbeit mit allen weiteren an der Versorgung beteiligten Partnern, wie z. B. Therapeuten, behandelnden Ärzten, Hilfsmittellieferanten, Küche und nicht zuletzt den Angehörigen.





Das Team der Ergotherapie, Betreuung und Musiktherapie

Das Team der Ergotherapie und Betreuung besteht aus zwei Ergotherapeutinnen, BetreuungsassistentInnen und einer Musiktherapeutin. Unterstützt werden wir auch von MAE-Kräften. Im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung stellen wir unseren BewohnerInnen nach einer individuellen Bedarfsermittlung die verschiedensten Einzel- und Gruppenangebote vor. Wir gestalten ein abwechslungsreiches Programm, welches auf die Ressourcen, Fähigkeiten, Bedürfnisse

und Wünsche der BewohnerInnen abgestimmt ist. Dabei orientieren wir uns so weit wie möglich an den individuellen Lebensgeschichten, persönlichen Erfahrungen und Werten unserer BewohnerInnen. Unser Ziel ist es, unsere Betreuten geistig und körperlich zu aktivieren, die Sinne anzuregen, soziale Kontakte zu fördern, den Alltag zu strukturieren, psychosoziale Probleme aufzufangen sowie weitestgehend die Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten.

Musiktherapie - was ist das eigentlich?

Unsere Musiktherapeutin Ines Trivukas erklärt: Musiktherapie dient vorrangig der Verbesserung des Seelenzustandes und somit der positiven Unterstützung der Lebensqualität unserer Bewohner. Beim gemeinsamen Musizieren in der Gruppe oder auch einfach nur dabei sein und so am musischen Geschehen teilhaben, tauchen die Bewohner in ein musikalisches Erleben ein, Es werden dabei oft Erinnerungen geweckt an früheres gemeinsames Musizieren in der Kindheit mit den Eltern oder bei Festen und im geselligen Kreis mit lieben Menschen.

Unsere Angebote für Sie!

- ✓ Lesen und Vorlesen
- ✓ Musik hören, singen
- ✓ Kognitive Übungen
- ✓ Kreatives Arbeiten
- ✓ Brett- und Kartenspiele
- ✓ Malen und Basteln
- ✓ Spaziergänge und Ausflüge
- ✓ Bewegungsübungen und Tanzen in der Gruppe
- ✓ Jahreszeitliche Veranstaltungen
- ✓ Gespräche jeglicher Art

Lebensraum ist kein Luxus, sondern Lebensqualität

Für Interessenten und Gäste unseres Hauses sehen Sie hier einige Wohnimpressionen.



Unser Partner in der Hauswirtschaft



Seit Dezember 2014 steht der Name Exlen-do GmbH für alle Dienstleistungen in der Hauswirtschaft. Diese sind die Wäscherei, die Reinigung, die Küche und der Service. Mit ca. 15 Mitarbeiter sind wir täglich für Sie da, um Ihre Wünsche und Bedürfnisse all-umfassend und mit größter Sorgfalt, Hingabe und Herzblut zu erfüllen. Denn wir möchten, dass Sie sich rundum wohlfühlen. Sei es bei dem Genuss, der in der hauseigenen modernen Küche frisch zubereiteten Speisen und Getränke, bei den Serviceleistungen Bedienen und Servieren, bei der Belieferung und Versorgung mit Ihrer Wäsche und der sogenannten Flachwäsche (Kissen- & Bettbezüge, Handtücher, etc.) und nicht zuletzt bei der Reinigung in Ihrem Bewohnerzimmer und in sämtlichen weiteren Bereichen unseres Hauses.

Eine eigene Wäscherei in unserem Partnerhaus RENAFAN ServiceLeben Ludwigpark sorgt für ein hohes Maß an Qualität und Zufriedenheit. Alle Hygienestandards werden ausnahmslos berücksichtigt und es wird mit desinfizierenden Waschverfahren nach RKI gewaschen. Die modernen Maschinen laufen auf Hochtouren. 1.000 kg Wäsche je Woche wollen schließlich auch gewaschen sein. Und das ist nicht alles. Auch das Legen und Bügeln sowie das Einsortieren in die dafür vorgesehenen Regale mit persönlichen Fächern für alle BewohnerInnen wird fachgerecht erledigt. Um die Wäsche auch zuordnen zu können ist es nötig, jedes einzelne Wäschestück mit einem Etikett dauerhaft zu kennzeichnen. Somit findet jedes Teil auch wieder den Weg zurück in den richtigen Kleiderschrank.

Mit den neuesten Maschinen und Geräten ausgestattet, reinigen unsere MitarbeiterInnen liebevoll und zuvorkommend Ihre Wohnbereiche. Eine ausreichende Menge an Handtüchern und Bettwäsche steht für unsere BewohnerInnen jederzeit „hotelfrisch“ zur Verfügung.

Das Frühstück und das Abendessen bieten wir Ihnen in Buffetform an, sodass jeder seinen Vorlieben und Gewohnheiten entsprechend den Tag beginnen bzw. beschließen kann. Mittags können Sie zwischen 3 verschiedenen Menüs auswählen. Den Nachmittag versüßen wir Ihnen gerne mit selbstgebackenem Kuchen oder anderen Leckereien. Hier darf es gerne auch mal Eis sein.

Sie sehen – bei uns läuft alles Hand in Hand. Somit sind wir in der Lage, Ihnen unseren bestmöglichen Service bieten zu können.

Die REVITAN GmbH ist ein Unternehmen der RENAFAN Gruppe und hat ihren Sitz in Berlin-Tegel. Sie übernimmt im Unternehmen den Bereich Haustechnik.

Aufträge für kleine Reparaturen und sonstige technische Hilfeleistungen, die in Ihrem Zimmer erforderlich sind, teilen Sie bitte den Mitarbeitern der Rezeption mit. Diese leiten Ihre Anliegen umgehend an unsere Haustechniker weiter. Die Leistungen der Haustechnik werden gesondert berechnet.



Unsere Kooperationen



medisani GmbH

Die medisani GmbH ist ein junges, dynamisches und bundesweit agierendes Home Care Unternehmen. Das Leistungsspektrum beinhaltet die Beratung, Betreuung und Belieferung von Hilfsmitteln aus allen Versorgungsbereichen, wie z. B. Inkontinenz, Wundversorgung, Enterale Ernährung, REHA-Hilfsmittel. Im Mittelpunkt steht die Qualität der Versorgung der Kunden. Diese umfasst neben der fachlichen Beratung das optimale Zusammenspiel mit der Pflege und den reibungslosen Abläufen in der Pflegelogistik. Das Team der medisani GmbH bringt jahrzehntelange Erfahrung aus der Pflege in die Home Care mit. Unser Erfolgsfaktor ist jeder einzelne Mitarbeiter, der täglich unsere Werte wie Transparenz, Offenheit, Kommunikation und Toleranz lebt. Wir bieten einen Ansprechpartner für alle Versorgungsbereiche. Unsere Allrounder und Spezialisten stehen Ihnen 24 h zur Verfügung. Regelmäßige Besuchstermine unseres Fachpersonals runden unsere Dienstleistung ab.

Jeder Kunde ist für uns gleichwertig, egal bei welcher Krankenkasse er versichert ist. Wir machen keinen Unterschied! Die eine Krankenkasse zahlt eine kleinere Pauschale für die Versorgung eines Bereichs, als eine andere, doch wir verwenden für alle Kunden die gleichen Qualitätsprodukte. Das Hauseigene Qualitätsmanagement sichert die standardisierte Qualität auf allen Ebenen.

INKONTINENZ

Unter Inkontinenz versteht man die fehlende oder mangelnde Fähigkeit des Körpers, Harn und / oder Stuhl zu halten und kontrolliert abzugeben. Durch unser qualifiziertes, erfahrenes Beratungspersonal wird mit jedem einzelnen Kunden ein individuelles Anamnesegespräch durchgeführt. Denn nicht jede Inkontinenz ist gleich. So erfahren wir z.B. die Art der Inkontinenz, die Saugstärke, die Mobilität sowie andere wichtige Aspekte die zu einer erfolgreichen Produktauswahl führen.

Nach erfolgreicher Produktauswahl unterstützen wir Sie gern bei der Rezeptanforderung und Klärung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Wir vereinbaren mit Ihnen einen für Sie passenden Lieferintervall.



WUNDVERSORGUNG

Was ist eine Wunde?

Eine durchtrennte oder beschädigte Hautoberfläche sowie Schleimhaut führt zu einer Wunde, der sogenannten Hautläsion.

Was tun?

Nun muss die Wundversorgung erfolgen. Dazu gehören alle Maßnahmen zur Behandlung von Wunden. Von der Erst-Versorgung bis hin zur vollständigen Ausheilung. Unsere Wundexperten beraten Sie mit Fachkenntnis und Erfahrung.

- Festlegung der Therapieziele in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und den Pflegekräften
- Prophylaxe Maßnahmen und Produkte zur Prophylaxe
- Auswahl geeigneter Produkte und Materialien zur Wundversorgung
- Durchführung des Verbandwechsels
- Wunddokumentation
- Kommunikation mit der Krankenkasse (z.B. Klärung der Kostenübernahme)

Unter Wundversorgung versteht man das Reinigen, Verschließen und die Pflege einer offenen Verletzung. Gerade bei komplizierten Wunden oder schlechter Heilung ist eine sorgfältige Wundversorgung sehr wichtig. Nach der Begutachtung fertigen unsere Wundexperten einen Therapie Vorschlag für den behandelnden Arzt an. Wir schauen uns den Kunden ganzheitlich an, nicht nur die Wunde allein. Wir berücksichtigen den kompletten Background, wie z.B. das Wohnumfeld, die Mobilität, die Nahrung, etc.

ENTERALE ERNÄHRUNG

Enterale Ernährung ist die Nahrungsaufnahme bei Menschen, die krankheitsbedingt nicht ausreichend Nahrung eigenständig aufnehmen

können, wie z.B. Tumorbedingte Erkrankungen, bei Schluckstörungen oder bei Patienten mit Schlaganfall. Zur Vermeidung von Mangelernährung werden medizinische Hilfsmittel eingesetzt.

REHA Hilfsmittel

REHA Hilfsmittel helfen allen Beteiligten den Alltag leichter bewältigen zu können. Ein Rollator, mit dem sie sicherer laufen, kleine Einkäufe tätigen, der ihnen als kurze Sitzmöglichkeit dient, ist ein perfekter Begleiter. Sollte das Laufen nicht so recht funktionieren, unterstützt sie ein Rollstuhl. Diesen gibt es in diversen Ausführungen, von manuell bis zum elektrisch betriebenen Rollstuhl. Auch ein Elektromobil (Scooter) bringt Sie in „Schwung“. Ein Haltegriff im Bad, eine Toilettensitzerhöhung oder ein Duschhocker geben ihnen mehr Sicherheit. Für Menschen ist es ebenso wichtig, gut zu schlafen. Hier reicht das Sortiment von elektrisch höhenverstellbaren Betten in unterschiedlichen Designs, über individuell wählbare Matratzen, bis hin zu Weichlagerungsutensilien wie Seitenkissen, Nackenrollen und vieles mehr.

Zu unseren REHA Hilfsmitteln gehören viele weitere Produkte wie z.B. Aufstehhilfen, Gehhilfen, Duschoilettenstühle, Badewannensitze, Transferhilfen... Unser REHA Team steht Ihnen mit Rat und Tat zur Seite, ob persönlich in ihrem Haus, bei uns in der Firma oder telefonisch. Darüber hinaus beraten wir sie ebenfalls gerne, über Möglichkeiten ein barrierefreies Wohnumfeld zu schaffen und ggf. Fördermöglichkeiten in Anspruch nehmen zu können.

WIR SORGEN FÜR MEHR SICHERHEIT BEI DER PFLEGE.

Ob im Heim oder zu Hause, die Zeit für die Pflege alter und kranker Menschen ist in der Regel immer viel zu knapp bemessen. Individuell für den Tag zusammengestellte Arzneimittel können die Arbeit der Pflegekräfte bei der Gabe von Medikamenten erheblich erleichtern. Doch die Erfahrung zeigt, gerade beim manuellen Stellen der Medikamente sind Fehler nie ganz auszuschließen.

Die Sanimediuss-Apotheken arbeiten beim **Stellen von Medikamenten** mit einem der sichersten und innovativsten Blister-Verfahren, das derzeit auf dem Markt ist. Dabei werden alle anhand der Rezepte und Dosierungen individuell für den Patienten zusammengestellten Medikamente nicht manuell, sondern auf der Basis modernster Computertechnik und mit Hilfe eines Blisterautomaten als so genannte Wochenboxen produziert. Eine Wochenbox enthält alle regelmäßig benötigten Medikamente des Patienten – sauber verpackt und getrennt nach Einnahmezeitpunkten geordnet – zur direkten Verabreichung. Vor Auslieferung der Wochenboxen prüfen ein Kontrollautomat und unsere Mitarbeiter noch einmal alle für die einzelnen Einnahmezeitpunkte zusammengestellten Tabletten, fotografieren diese und speichern das Kontrollergebnis in einer Datenbank zur späteren Rückverfolgbarkeit ab. So lässt sich die Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie deutlich steigern! Auch für den Patienten hat unser Angebot einen großen Vorteil: Statt alle verschiedenen Medikamente und Einnahmezeitpunkte im Kopf zu haben, muss er nur noch an seine Wochenbox denken. Gerade für ältere Patienten eine große Erleichterung.

PROFITIEREN AUCH SIE VON UNSEREM SERVICE.

Unser effizienter Service steht selbstverständlich nicht nur Bewohnern von Heimen und Kunden von ambulanten Pflegediensten zur Verfügung, sondern ist ebenfalls für Privathaushalte gedacht. Mehr Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten ist schließlich ein Thema, das jeden betrifft, der sich täglich um kranke oder alte Menschen kümmert.

Unabhängig vom Zusammenstellen der Medikamente können wir auf Wunsch sogar die komplette Rezeptbeschaffung einschließlich der Nachbestellung bei den behandelnden Ärzten für Sie übernehmen!* Für das erforderliche Datenmanagement steht eine hochmoderne Computersoftware zur Verfügung, mit der Sie sich als behandelnder Arzt auf Wunsch auch direkt verbinden können. Die Pflegeversorgung der Sanimediuss-Apotheken beinhaltet selbstverständlich den regelmäßigen Interaktioncheck der Medikation des Patienten auf Interaktionen und Nebenwirkungen. Bei Problemen nehmen wir unverzüglich Kontakt zum behandelnden Arzt auf und leiten die Informationen an alle an Pflege und Therapie Beteiligten weiter.

* Vorausgesetzt für diesen Service ist eine ausdrückliche, schriftliche Einverständniserklärung von Ihnen. Dabei handelt es sich lediglich um die logistische Serviceleistung der Rezeptbeschaffung, die in keiner Weise auf Ihre regelmäßigen, notwendigen Arztbesuche Einfluss hat. Außerdem bleibt das Recht auf freie Arzt- und Apothekenwahl in jedem Fall erhalten, da Sie diese Erklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen und Ihren Arzt und/oder die Apotheke wechseln können.



Ambulanzpartner bietet Patienten mit neurologischen Erkrankungen ein Netzwerk für eine koordinierte Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln, Ernährungshilfen, Medikamenten sowie Pflege. Ambulanzpartner vereint ein Case-Management mit einem Internetportal. Das Internetportal Ambulanzpartner.de dient als „elektronische Versorgungsakte“, „Managementplattform“ und „Bewertungsport-

tal“. Patienten, Angehörige, Ärzte, Apotheker, Pflegende, Sanitätshäuser, Therapeuten und andere Versorgungspartner werden über Ambulanzpartner.de verbunden und alle Versorgungsprozesse erkennbar gemacht. Das Case-Management dient dazu, die Versorgung zu erleichtern und Fehlversorgung zu vermeiden.

ÄRZTE

Wenn es möglich ist, können Sie Ihren bisherigen Hausarzt gerne weiter konsultieren. Ansonsten haben Sie die Auswahl zwischen den niedergelassenen Ärzten im Umfeld oder unseren Kooperationspartnern. Diese kommen zu regelmäßigen Terminen ins Haus. Sollten Sie einen Arztbesuch wünschen, organisiert Ihre Wohnbereichsleitung gerne den Termin und den Transport für Sie. Benötigen Sie weiterführende Informationen, wenden Sie sich bitte an unsere Pflegedienstleitung.

Zu unseren ärztlichen Kooperationspartnern gehören:

- > **Hausarzt** – Fr. Dr. Haebler, Herr Dr. Burow, Fr. Dr. Becker
- > **Neurologin**, Frau Dr. Menzhausen kommt einmal im Quartal zur Visite.
- > **Urologe**, Herr Dr. Kheyri kommt einmal monatlich zur Visite.

Seit dem Jahr 2022 kooperieren wir mit einem mobilen **Zahnarztteam** „Herr Gomez Rossi & Team“, welche die Versorgung im Haus durchführen und bei Bedarf und regelmäßiger Visite ins Haus kommen.

Des Weiteren kooperieren wir mit einer **Neurologin**, Frau Dr. Menzhausen, einem **Urologen**, Herrn Dr. Kheyri, einem **Hautarzt**, Herr Dr. Beblisch, einem **HNO-Arzt** welche auch regelmäßig zur Visite ins Haus kommen.

Einmal monatlich kommt eine **Wundschwester** ins Haus, welche die Wundvisiten der Bewohner durchführt und mit dem in Tegel ansässigen Chirurgen, Herrn Dr. Seebach zusammenarbeitet.

Und quartalsweise kommen die **Hörgeräteakustiker** zur Visite.

BRINGLIESEL

In Zusammenarbeit mit mehreren Pflegeeinrichtungen entstand 2012 das Konzept zu unserem Bestell- und Lieferservice für Drogerieware speziell für Alten- und Pflegeheime. Seitdem arbeiten wir deutschlandweit mit einer Vielzahl von Pflegeeinrichtungen lang-

fristig und erfolgreich zusammen. Dabei unterstützen wir gezielt das Pflege-Team sowie Angehörige von Pflegebedürftigen bei der Versorgung der Bewohner mit Körperpflegeprodukten des täglichen Bedarfs.



Das Betreuungsrecht

Durch das Betreuungsrecht soll gewährleistet werden, dass erwachsene Menschen, welche aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, eine Person an die Seite gestellt bekommen, welche dies in Vertretung für sie übernimmt. Es geht dabei um eine rechtliche Vertretung beispielsweise gegenüber Behörden, nicht um die Pflege oder Hilfe im Haushalt für die betroffene Person.

Bis 1992 stand an der Stelle des Betreuungsrechts die Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegschaft. Ihnen ging eine Entmündigung voraus, Wünsche des Betroffenen wurden selten berücksichtigt und es wurde über ihn entschieden anstatt für bzw. mit ihm. Zudem bestand eine Vormundschaft oder Gebrechlichkeitspflegschaft meist lebenslang, da es keine regelmäßigen Überprüfungen gab, inwieweit die Voraussetzungen dafür noch vorlagen. Im heutigen Betreuungsrecht steht dagegen das persönliche Wohlergehen des hilfsbedürftigen Menschen im Vordergrund und jeder Betreuer ist verpflichtet, die Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen.

Voraussetzungen

Allein die Tatsache, dass Menschen verheiratet sind oder ein verwandtschaftliches Verhältnis besteht, führt nicht automatisch zu dem Recht, rechtliche Handlungen im Namen des anderen vorzunehmen.

Ebenso wenig werden durch verwandtschaftliche Beziehungen die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ausgesetzt, so dass grundsätzlich ein Ehepartner auch die Post für den anderen nicht ohne dessen Einverständnis öffnen darf. Nur im Fall des Vorliegens einer schriftlichen Vorsorgevollmacht, welche der Betroffene meist vor seiner Erkrankung aufgesetzt hat, kann der Bevollmächtigte in den ihm übertragenen Bereichen tätig werden, ohne dass es der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung bedarf. Generell wird eine rechtliche Betreuung nach dem Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) nur dann eingerichtet, wenn die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

Hilfebedürftigkeit

Es muss eine psychische Krankheit oder eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegen.

Fürsorgebedürfnis

Der Betroffene kann seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln und ist daher auf die Hilfe anderer angewiesen.

Erforderlichkeit

Die Betreuung muss notwendig sein (andere Hilfsmöglichkeiten sind vorrangig, z. B. wenn im Haushalt praktische Hilfe benötigt wird, kann dies über einen Pflegedienst erfolgen). Zudem wird hierbei genau geprüft, in welchem Umfang, mit welchem Ziel und für wie lange die Betreuung notwendig ist.

Verfahren

Das Verfahren wird eingeleitet mit einem Antrag auf Betreuung durch den Betroffenen selbst oder von Amts wegen durch eine entsprechende Anregung Dritter (Angehörige, Behörden etc.) beim für den Wohnort des Betroffenen zuständigen Amtsgericht. Ist der Betroffene nicht in der Lage, seine Interessen in diesem Verfahren ausreichend selbst zu vertreten, bestellt das Gericht für ihn einen Verfahrenspfleger. Um feststellen zu können, ob eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist, führt das Gericht eine persönliche Anhörung des Betroffenen durch und holt ein Sachverständigengutachten über die Hilfebedürftigkeit des Betroffenen ein. Zudem werden in der Regel auch die nächsten Angehörigen um Stellungnahme ersucht. Nach der Prüfung erlässt das Gericht einen Beschluss über die Bestellung eines Betreuers und stellt diesem nach seiner mündlichen Verpflichtung einen Betreuerausweis aus. Da dieses Verfahren oftmals einige Zeit in Anspruch nimmt, wird in einigen dringenden Fällen ein vorläufiger Beschluss erlassen, bis das ordentliche Verfahren abgeschlossen ist.

Umfang der Betreuung

Im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens wird festgestellt, für welche Bereiche eine Betreuung tatsächlich notwendig ist, denn nur für diese darf ein Betreuer bestellt werden. Jeder Betreuer darf auch immer nur in den ihm übertragenden Aufgabenkreisen handeln.

Das Empfangen und Öffnen der Post darf somit grundsätzlich auch nur dann vom

Betreuer vorgenommen werden, wenn das Gericht ihm diesen Aufgabenkreis ausdrücklich übertragen hat.

Wurden einem Betreuer nicht alle Aufgabenkreise übertragen und es wird festgestellt, dass der Betreute auch in anderen Bereichen Hilfe benötigt, muss der Betreuer das Gericht darüber informieren und darf in diesen erst dann tätig werden, wenn das Gericht ihm dies genehmigt hat.

Als Aufgabenkreise kommen in Frage:

Gesundheitsorge

Entscheidung über die Durchführung medizinischer Eingriffe etc. bei dem Betreuten

Wohnungsangelegenheiten

Klärung aller Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Wohnung des Betreuten (außer Kündigung eines bestehenden Mietvertrages)

Heimangelegenheiten

Klärung aller Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Unterbringung im Pflegeheim

Behördenangelegenheiten

Vertretung vor Behörden z. B. bei notwendigen Antragstellungen

Vermögenssorge

Klärung aller finanziellen Belange des Betreuten sowie Verwaltung seines Vermögens

Postangelegenheiten

Berechtigung zum Entgegennehmen und Öffnen der Post des Betreuten



Auswahl des Betreuers

Dennoch darf auch ein Betreuer, welcher in allen Aufgabenkreisen tätig werden darf, nicht uneingeschränkt alle Entscheidungen treffen. In einigen Angelegenheiten ist zusätzlich eine Genehmigung des Amtsgerichtes einzuholen (z.B. Wohnungskündigungen, Grundstücksgeschäfte, Erbangelegenheiten, Kreditaufnahme, Lebensversicherungsverträge). Ein Betreuer soll im Sinne des Betreuten handeln und die Wünsche und Bedürfnisse des Betreuten berücksichtigen und innerhalb der Möglichkeiten in seinem Aufgabenbereich umsetzen.

Grundlage für die Auswahl des Betreuers ist der Wunsch des Betroffenen. Kann dieser sich nicht dazu äußern, wird das Gericht seinen mutmaßlichen Wunsch annehmen. Zuerst kommen dafür vertraute Menschen in Frage, sofern diese bereit und geeignet sind, die Betreuung zu übernehmen. Personen, welche die Betreuung aufgrund einer persönlichen Beziehung zum Betroffenen übernehmen, führen diese ehrenamtlich aus. Sie erhalten lediglich Ersatz für ihre damit verbundenen Aufwendungen. Steht kein ehrenamtlicher Betreuer zur Verfügung, bestellt

das Gericht einen Berufsbetreuer. Dieser kann selbstständig oder bei einem Betreuungsverein angestellt sein und führt jeweils mehrere Betreuungen parallel. Er wird vom Amtsgericht bezahlt, außer der Betreute verfügt über entsprechendes Vermögen. Wenn ein Betreuer – unabhängig davon, ob ehrenamtlich oder beruflich – seine Aufgaben nicht (mehr) sachgerecht erfüllt, können alle am Verfahren Beteiligten seine Entlassung durch das Gericht fordern. Dieses hat dann umgehend einen neuen Betreuer zu bestellen.

Pflichten des Betreuers

Mit der Übertragung einer Betreuung durch das Amtsgericht erhält der Betreuer nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten. So muss der Betreuer:

- Regelmäßigen persönlichen Kontakt zu seinem Betreuten halten
- Regelmäßig einen Bericht über seine Tätigkeit als Betreuer sowie die Entwicklung des Betreuten erstellen (mindestens einmal jährlich)
- Versuchen, den (mutmaßlichen) Willen des Betreuten herauszufinden und entsprechend diesem zu handeln
- Bei Übertragung der Vermögenssorge: ein Vermögensverzeichnis anlegen, regelmäßig eine Rechnungslegung oder Bestandsaufstellung (bei Befreiung von der Rechnungslegung) anfertigen sowie das Vermögen des Betreuten wirtschaftlich verwalten.

Dauer der Betreuung

Generell soll eine rechtliche Betreuung nicht länger als notwendig bestehen. Daher haben alle am Verfahren Beteiligten die Möglichkeit,

jederzeit dem Amtsgericht den Wegfall der Betreuungsvoraussetzungen mitzuteilen und eine Aufhebung des Betreuungsbeschlusses zu erwirken. Überwiegend werden Betreuungen zunächst vorläufig, d. h. für 6 Monate eingerichtet. Wenn dann die Voraussetzungen noch immer vorliegen, kann die Betreuung auf längstens 7 Jahre befristet werden, bevor sie erneut vom Gericht überprüft werden muss. Die Betreuung endet in jedem Fall mit dem Tod des Betreuten. Die Klärung aller späteren Angelegenheiten obliegt dann den Erben des Verstorbenen.

Vorsorgevollmacht

Jeder kann in gesunden Tagen vorausschauend für den Fall einer eventuell eintretenden Betreuungsbedürftigkeit eine Person seines Vertrauens für die Vertretung in rechtlichen Angelegenheiten bevollmächtigen. Tritt dieser Fall dann ein, muss nicht das Amtsgericht eingeschaltet werden (es sei denn, der Bevollmächtigte missbraucht seine Stellung oder ist damit überfordert).

Die Vorsorgevollmacht kann auch eine Betreuungsverfügung enthalten, d. h. der Vollmachtgeber kann darin verfügen, wer als Betreuer für ihn bestellt werden soll, wenn über die Vollmacht hinaus doch eine Betreuung notwendig wird.

Bei Fragen zum Betreuungsrecht können Sie sich an die Betreuungsbehörde, das Amtsgericht oder einen Betreuungsverein wenden.



KEINE ANGST VOR HOHEN KOSTEN

Ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung kann viele Gründe haben. Vielleicht hat sich nach einem Sturz der Pflegebedarf erhöht. Vielleicht ist auch die bisher pflegende Ehefrau der Belastung nicht mehr gewachsen. Aber ganz unabhängig davon, ob ein solcher Umzug gewünscht oder einfach unumgänglich ist, spielen finanzielle Fragen eine wichtige Rolle.

Mit welchen Kosten muss ich rechnen?

Die Kosten für den Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ergeben sich aus einem Tagessatz, der sich wie folgt zusammensetzt:

- > Pflegekosten
- > Kosten für Unterkunft
- > Kosten für Verpflegung
- > Investitionskosten (Kosten für den Betrieb und die Instandhaltung der Einrichtung)

Diese Kosten beinhalten z. B. auch eine Grundausstattung des Zimmers mit Möbeln, Kosten für die Reinigung der Räume, das Waschen der Wäsche, regelmäßige kulturelle Angebote sowie Beratung und Unterstützung in allen Bereichen.

Wer beteiligt sich an diesen Kosten?

Wenn der Umzug in eine Pflegeeinrichtung bevorsteht, liegt oft schon ein Pflegegrad vor oder er wird bei der Pflegekasse beantragt. Im Rahmen einer medizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und somit der Pflegegrad festgestellt. Je nach bewilligtem Pflegegrad, beteiligt sich die Pflegekasse mit einer monatlichen Pauschale an den Kosten. Je nach Gesamteinkommen der entsprechenden Einrichtung verbleibt danach ein Eigenanteil.

Seit Januar 2022 gewährt die Pflegekasse einen weiteren Leistungszuschlag gemäß §43c SGBXI, welcher den Eigenanteil bezuschusst. Nähere Ausführungen dazu, finden Sie auf den nachfolgenden Seiten.

Dieser Eigenanteil ist grundsätzlich aus dem

eigenen Einkommen und Vermögen zu finanzieren. Nicht selten übersteigt der Eigenanteil jedoch die finanziellen Möglichkeiten.

Sofern in einem solchen Fall die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erforderlich ist, übernimmt das Sozialamt den fehlenden Betrag. Bevor der Sozialhilfeträger entscheidet, in welchem Umfang er sich an den Heimkosten beteiligt, prüft er, in welcher Höhe dem Antragssteller eine Beteiligung aus dem eigenen Einkommen und Vermögen zumutbar ist.

Welche Eigenbeteiligung fordert das Sozialamt?

Bei der Berechnung der Höhe des Einkommenseinsatzes prüft das Sozialamt, welcher Betrag dem Pflegebedürftigen und ggf. seinem Ehepartner für den täglichen Lebensunterhalt verbleiben muss.

a) Einkommenseinsatz des Hilfebedürftigen und seines Ehepartners

Der Hilfebedürftige setzt in der Regel das gesamte monatliche Einkommen (z.B. Rente) für seine Pflege ein. Abgezogen wird davon ein so genannter Barbetrag i.H.v. 152,01 EUR (Stand 2025), welcher zur persönlichen Verwendung (z. B. für Zeitschriften, Zigaretten, Friseur u.ä.) genutzt werden kann.

Zusätzlich zum Barbetrag steht jedem im Heim lebenden Sozialhilfeempfänger eine Bekleidungspauschale zu, welche zweckgebunden für neue Kleidung eingesetzt werden kann.

Da ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung häufig erfolgt, bevor die Kündigungsfrist der



bisherigen Wohnung abgelaufen ist, sind meist noch einige Monate Mietkosten zu zahlen. Diese berücksichtigt das Sozialamt in der Regel für max. 3 Monate.

Auch das Einkommen des Ehepartners kann bei der Ermittlung des einzusetzenden Eigenanteils hinzugezogen werden.

b) Vermögenseinsatz des Hilfebedürftigen und seines Ehepartners

Hinsichtlich des vorhandenen Vermögens gibt es eine Freigrenze von aktuell 10.000 € für den Antragsteller. Wird der Vermögenseinsatz eines Ehepaars geprüft, erhöht sich das Schonvermögen auf 20.000 € für beide zusammen. Zusätzlich kann durch die Sozialhilfeträger auch eine Lebens- oder Sterbegeldversicherung oder ein vor Antragstellung bestehender

Bestattungsvorsorgevertrag mit unwiderruflicher Abtretung an den Bestatter bis zu einem angemessenen Wert anerkannt werden. Vermögen, welches über dem Schonbetrag liegt, ist für die Deckung der Heimkosten einzusetzen. Verschenktes Vermögen kann bis zu 10 Jahre nach der Schenkung zurückgefordert werden. Wohneigentum, welches selbst genutzt wird, muss in der Regel nicht zur Kostendeckung eingesetzt werden.

c) Heranziehung unterhaltspflichtiger Kinder

Laut des Bürgerlichen Gesetzbuches gemäß §1601 und § 1602 BGB sind Kinder dazu verpflichtet, für den Unterhalt ihrer Eltern aufzukommen, wenn es den Eltern nicht möglich ist, ihren Lebensunterhalt selbst zu finanzieren. Bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit fordert der Sozialhilfeträger die Kinder dazu auf, ihre Einkommens- und Vermögensver-

hältnisse offenzulegen, woraus der zu zahlende Elternunterhalt ermittelt wird. Eltern sowie unterhaltspflichtige Kinder sind dabei zur Auskunft verpflichtet.

In der Praxis springt zunächst der Sozialstaat ein, um die Pflege der Eltern zu gewährleisten. Nach Ermittlung des Elternunterhalts verlangt er die Aufwendungen gegebenenfalls von dem unterhaltspflichtigen Ehegatten und/ oder den Kindern zurück.

Mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz wurden die Rahmenbedingungen für die Unterhaltspflicht neu geregelt:

Seit dem 1. Januar 2020...

...müssen Verwandte ersten Grades erst ab einem Jahresbruttoeinkommen von über 100.000 Euro die Unterhaltskosten für ein Familienmitglied übernehmen, wenn es selbst nicht dazu in der Lage ist, den eigenen Lebensunterhalt zu finanzieren.

...spielt das Einkommen der Schwiegerkinder keine Rolle mehr. Deren Gehalt wird für die Berechnung der Bruttoeinkommensgrenze nicht berücksichtigt.

Übrigens: Das Sozialamt kann in diesem Kontext nur die Kinder von pflegebedürftigen Eltern, nicht aber die Enkelkinder zu Unterhaltszahlungen heranziehen. Darüber hinaus müssen Geschwister, Cousins, Cousinen, Onkel und Tanten nicht finanziell füreinander einstehen.

Die Unterhaltspflicht der Kinder bleibt solange bestehen, bis die Eltern den Unterhalt nicht mehr benötigen oder die Kinder selbst nicht mehr leistungsfähig sind, das heißt, die Pflege ihrer Eltern nicht mehr finanzieren

können. Allerdings kann das Sozialamt auch nach dem Tod des Unterhaltsberechtigten noch Ansprüche an den Unterhaltspflichtigen stellen, wenn dieser seinen Zahlungsverpflichtungen bislang nicht vollständig nachgekommen ist.

Um genau zu erfahren, in welcher Höhe Sie sich ggf. an den Kosten des Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung beteiligen müssen, ist es erforderlich einen Antrag auf Hilfe zur Pflege beim zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen. Nur dieser kann aufgrund der eingereichten Nachweise über eine Kostenübernahme entscheiden.



Weitere Infos

Sollten Sie dazu weitere Beratung und Unterstützung benötigen, sprechen Sie uns einfach an, wir sind Ihnen gern behilflich!

Ihre SozialarbeiterInnen
im ServiceLeben Tegel

Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen

Belastungsgrenze

Seit 2004 gibt es keine vollständige Befreiung von Zuzahlungsbeträgen mehr. Zuzahlungen müssen jedoch nur bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze geleistet werden (ausgenommen sind Zuzahlungen für Zahnersatz).

Diese beträgt in der Regel 2 % des jährlichen Jahresbruttoeinkommens. Dabei werden die Jahresbruttoeinkommen aller Haushaltsangehörigen zusammengerechnet. Davon sind Freibeträge für den Ehepartner und ggf. vorhandene Kinder abzuziehen. Wenn der Ehegatte im Heim lebt, ist dies nicht als ein gemeinsamer Haushalt anzusehen und jeder Ehegatte wird für sich betrachtet. Zuzahlungen müssen nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze gezahlt werden. Bei deren Überschreiten erteilt die Krankenkasse eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht und erstattet ggf. darüber hinaus gezahlte Beträge.

Chronische Erkrankung

Für Versicherte mit einer schwerwiegend chronischen Erkrankung gilt eine Belastungsgrenze von 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Besonderheiten für Sozialhilfebedürftige HeimbewohnerInnen

Viele Menschen, die im Heim leben, sind auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Ihr Einkommen, meist eine Rente, wird häufig zur Deckung der Heimkosten eingesetzt und sie erhalten vom Sozialamt einen sogenannten Barbetrag zur persönlichen Verfügung. Für diese Heimbewohner wird die Belastungsgrenze nicht von ihrem Jahresbruttoeinkommen berechnet, sondern es wird der Eckregelsatz der Sozialhilfe zugrunde gelegt.

Antragstellung

Um über der Belastungsgrenze geleistete Zuzahlungsbeträge von der Krankenkasse erstattet zu bekommen sowie von weiteren Zuzahlungen befreit zu werden, ist es erforderlich einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Als Nachweise müssen alle Zuzahlungsbelege im Original sowie Einkommensnachweise eingereicht werden, als Nachweis einer chronischen Erkrankung zusätzlich eine ärztliche Bescheinigung. Sind Ehe- oder Lebenspartner

bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert, kann der Antrag auf teilweise Befreiung bei jeder der beiden Kassen gestellt werden. Die angesprochene Kasse ermittelt dann die Erstattungsbeträge beider Kassen mit Wirkung für die andere Kasse und bestätigt die Zuzahlungsbefreiung. Der Erstattungsbetrag der anderen Kasse muss dann selbst mit diesem Bescheid angefordert werden.

Zuzahlungsbefreiung für das neue Kalenderjahr

Eine Befreiung von den Zuzahlungen ist bereits ab Beginn eines neuen Kalenderjahres möglich. Um sich von den Zuzahlungen über die individuelle Belastungsgrenze hinaus befreien zu lassen, ist es möglich, bereits am Ende des vorhergehenden Jahres einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für das kommende Jahr zu stellen. Die Krankenkasse berechnet dann die Belastungsgrenze und Sie können den Betrag in der Höhe der Belastungsgrenze bereits im Voraus bei der Krankenkasse einzahlen. Auf diese Weise ist es nicht erforderlich, alle Zuzahlungen zunächst vorzustrecken, sämtliche Belege zu sammeln und nachträglich die Erstattung der zu viel geleisteten Beträge zu beantragen. Sie erhalten dann ab 1. Januar des Folgejahres eine Befreiungskarte. Diese Möglichkeit ist besonders für chronisch Kranke zu empfehlen, welche jedes Jahr Zuzahlungen bis über ihre Belastungsgrenze leisten müssen.





Diese Leistungen sind nicht im Heimentgelt enthalten:

- Rezeptzuzahlungen** Kosten, die durch ärztliche Verordnungen entstehen, müssen – sofern nicht von der Krankenkasse übernommen – privat getragen werden. Dazu gehören Zuzahlungen zu Rezepten, Privatrezepte, Eigenanteile bei Rezepten für die Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie. Sie erhalten eine Rechnung von der Apotheke bzw. vom Therapeuten.
- Pediküre, Maniküre** Die Kosten, die für eine Fußpflege durch eine Fußpflegerin oder Podologin entstehen, müssen selbst getragen werden. Bei bestimmten Erkrankungen ist es jedoch möglich, die Fußpflege ärztlich verordnen zu lassen, z. B. bei einem diabetischen Fuß. Auch eine Maniküre ist nicht in den Heimkosten enthalten. Selbstverständlich übernehmen unsere Pflegekräfte das Reinigen der Fingernägel sowie ein einfaches, gerades Feilen der Fingernägel.
- Friseur** Für Leistungen die über das übliche Maß der pflegerischen Versorgung wie das Waschen und Föhnen der Haare hinausgehen, können Sie an unserer Rezeption einen kostenpflichtigen Termin mit unserem dienstleistenden Friseur vereinbaren. Dieser kommt regelmäßig in unser Haus.
- Rundfunkbeitrag (früher GEZ-Gebühr)** Als Bewohner einer zugelassenen Pflegeeinrichtung müssen Sie keinen Rundfunkbeitrag entrichten. Es ist aber erforderlich, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Diesen erhalten Sie in unserem Sozialdienst. Eine Befreiung wird immer erst ab Antragsstellung erteilt.
- Telefongebühren** In Ihrem Zimmer haben Sie die Möglichkeit, einen Telefonanschluss zu nutzen. Wir berechnen Ihnen hierfür eine monatliche Grundgebühr von 15 €. Ein eigener Telefonanschluss, z. B. durch die Telekom oder einem anderen Anbieter, kann aus technischen Gründen nicht genutzt werden.
- Kabelfernsehen** Sie haben die Möglichkeit, in unseren Gemeinschaftsräumen fernzusehen. Möchten Sie in Ihrem Zimmer ein eigenes TV-Gerät aufstellen, können Sie gegen eine monatliche Gebühr i.H.v. 10 € auch unsere Kabelfernsehanlage nutzen.

Wissenswertes zu den Pflegegraden

Vielen älteren Menschen geht es so, dass sie aufgrund unterschiedlichster Erkrankungen und Behinderungen zunehmend Unterstützung im Alltag benötigen. Meistens betrifft dies zunächst Verrichtungen im Haushalt wie das Reinigen der Wohnung, die Zubereitung von Mahlzeiten oder das Erledigen von Einkäufen. Häufig kommt auch ein ganz unmittelbarer Hilfebedarf hinzu, beispielsweise beim Anziehen oder Baden.

Für viele stellt sich dann die Frage, inwieweit sie Anspruch auf einen Pflegegrad und somit auf Leistungen der Pflegeversicherung haben.

Wie wird der Pflegegrad ermittelt?

Die Einstufung in einen Pflegegrad kann erfolgen, wenn durch körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen die alltäglichen Anforderungen dauerhaft (länger als 6 Monate) nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigt werden können.

Um den Pflegegrad zu ermitteln, wird der Grad der Selbstständigkeit eingeschätzt in den sechs Lebensbereichen (Module):

1. Mobilität

Treppensteigen, Positionswechsel im Bett, Fortbewegung im Wohnbereich usw.

2. Kognitive & kommunikative Fähigkeiten

Verstehen, Sprechen, Orientierung, Risiken erkennen usw.

3. Verhaltensweisen & psychische Problemlagen

Unruhe, Ängste, Aggressionen, Antriebslosigkeit usw.

4. Selbstversorgung

Grundpflege (Waschen, Anziehen, Essen usw.)

5. Bewältigung von & selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen/Belastungen

Medikamenteneinnahme, Hilfsmittelnutzung, Arztbesuche usw.

6. Gestaltung des Alltagslebens & sozialer Kontakte

Tagesstruktur, Beschäftigung, Kontaktaufnahme und -pflege

Insgesamt werden in allen Bereichen zusammen 120 Kriterien eingeschätzt. Dazu werden je nach vorhandener Selbstständigkeit bei den einzelnen Kriterien Punkte vergeben. Bei der Ermittlung der Gesamtpunktzahl erfolgt eine Gewichtung je nach Modul, d.h. die

Punkte fließen mit folgender Gewichtung in die Gesamtbewertung ein:

- > Modul „Mobilität“: zu 10%
- > Modul „kognitive & kommunikative Fähigkeiten“ zu 15%
- > Modul „Verhaltensweisen & psychische Problemlagen“ zu 15%
- > Modul „Selbstversorgung“ zu 40%
- > Modul „Bewältigung von & selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen/Belastungen“ zu 20%
- > Modul „Gestaltung des Alltagslebens & sozialer Kontakte“ zu 15%

Wie ist das Verfahren, um einen Pflegegrad zu bekommen?

Liegt ein Pflegebedarf vor, sollte bei der zuständigen Pflegekasse ein Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie auf Pflegeleistungen gestellt werden. Antragsteller ist der Pflegebedürftige selbst, ggf. vertreten durch einen Bevollmächtigten oder Betreuer.

Wenn ein solcher Antrag bei der Pflegekasse eingeht, erteilt diese einen Auftrag zur Begutachtung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der Gutachter meldet sich dann – zumeist schriftlich – zum Begutachtungstermin an. Die Begutachtung erfolgt in der Regel zu Hause bei dem Pflegebedürftigen.

Aus dem Gesamtpunktwert wird der vorliegende Pflegegrad ermittelt:

Pflegegrad	Punkte
1 = geringe Beeinträchtigung	12,5 - 26,5
2 = erhebliche Beeinträchtigung	27 - 47
3 = schwere Beeinträchtigung	47,5 - 69,5
4 = schwerste Beeinträchtigung	70 - 89,5
5 = schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen	90 - 100

Im Rahmen dieser Begutachtung wird der Pflegebedarf ermittelt (siehe oben). Der Gutachter erstellt ein Gutachten über den Pflegebedarf, aufgrund dessen der Pflegegrad festgestellt wird. Spätestens 5 Wochen nach Antragstellung informiert die Pflegekasse den Antragsteller dann schriftlich über das Ergebnis. Ggf. kann gegen diesen Bescheid der Pflegekasse natürlich auch Widerspruch eingelegt werden. Das gleiche Verfahren gilt bei Anträgen auf Erhöhung des Pflegegrades.

Welche Pflegeleistungen gibt es?

Je nach dem individuellen Pflegebedarf erbringt die Pflegekasse unterschiedliche Pflegeleistungen. Bez. der Höhe und z. T. auch der Leistungsarten gibt es im Zuge von Reformen und Gesetzesänderungen wie in jedem Bereich hin und wieder Veränderungen.





Wäscheversorgung

Kennzeichnung der Wäsche

Bitte bedenken Sie, dass jedes Wäschestück, das in unsere externe Wäscherei geschickt wird, mit einem Namensaufdruck und einem Strichcode versehen wird. Diese Aufdrucke sind recht großflächig und können meist nicht mehr entfernt werden. Bitte beachten Sie dies insbesondere bei teuren Kleidungsstücken.

Unterwäsche

Die Wäsche wird von einer Fremdwäscherei gewaschen. Die Durchlaufzeit für die Wäsche beträgt bei dieser Wäscherei mindestens 7 Tage. Wir empfehlen: Sie sollten mindestens die 2 ½-fache Menge der Durchlauftage an täglicher benötigter Unterwäsche bereithalten: Beispiel: Ihr Angehöriger benötigt einen Slip am Tag. In diesem Fall sollte Ihr Angehöriger zwischen 12 und 14 Slips besitzen. Ist er inkontinent und verbraucht an manchen Tagen zwei Slips, sollten Sie bis zu 20 Slips mitbringen. Zusätzlich sollte Ihr Angehöriger etwa 10-12 Unterhemden im Schrank haben.

Oberbekleidung

Die Oberbekleidung sollte pflegeleicht und für die Maschinenwäsche sowie für die Trocknung im Trockner geeignet sein.

Wir empfehlen empfindliche Kleidungsstücke selbst zu reinigen. Bitte bedenken Sie, dass unsere Pflegemitarbeiter keine Wäscheexperten sind und nicht auf Anhieb erkennen, ob die Wäsche waschbar ist. Es ist zeitlich nicht möglich, jedes Kleidungsstück nach seinem Wäschezeichen zu durchsuchen. Beschränken Sie daher bitte nicht waschbaren Kleidungsstücke auf ein Minimum.

Morgenmantel

Denken Sie bitte daran, einen Morgenmantel mitzubringen.

Bettwäsche

Bettwäsche wird generell von unserem Haus gestellt. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, eigene Bettwäsche mitzubringen. Diese sollte dann durch die Wäscherei beschriftet werden.

Strumpfhosen, Strümpfe, Socken

Denken Sie daran eine ausreichende Menge mitzubringen.

Eigene Handtücher

Handtücher und Waschlappen werden durch unser Haus gestellt.

Schuhe

Beachten Sie neben den Vorlieben Ihrer Angehörigen, dass die mitgebrachten Schuhe die Gangsicherheit fördern und keine Druckstellen verursachen. Bringen Sie mindestens mit:

- 1 Paar feste Hausschuhe, die leicht anzuziehen und gleichzeitig einen guten Sitz haben.
- 1 Paar leichte Sandaletten oder Schuhe für den Aufenthalt in den Räumen des Hauses.
- 1 Paar Straßenschuhe.

Stofftaschentücher

Diese sind für viele ein „Muss“. In der normalen Wäscheversorgung unseres Pflegeheims ist das Waschen zwar enthalten, das Bügeln der Taschentücher jedoch nicht.



FAHRKOSTENÜBERNAHME

Grundsätzlich übernimmt die Krankenkasse die Kosten nur für Fahrten, welche im Zusammenhang mit einer Krankenkassenleistung stehen. Die Fahrt von zu Hause in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zählt daher beispielsweise nicht dazu, da eine Kurzzeitpflege keine Leistung der Krankenkasse, sondern der Pflegekasse ist.

Grund der Fahrt ist entscheidend

Generell übernimmt die Krankenkasse Kosten für Rettungsfahrten und für Fahrten zur stationären Behandlung.

Bei Fahrten zur ambulanten Behandlung übernimmt die Krankenkasse die Kosten hingegen nur unter den folgenden Voraussetzungen.

- > die Fahrt zur ambulanten Behandlung muss vom Arzt verordnet und von der Krankenkasse im Vorfeld genehmigt werden (Transportschein) UND
- > durch die ambulante Behandlung wird ein stationärer Aufenthalt vermieden oder verkürzt (vor- und nachstationäre Behand-

lung, ambulante Operation)

- > die Fahrten erfolgen aufgrund eines Therapieschemas mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum (z.B. Dialyse, Chemotherapie, Strahlentherapie)
- > die Mobilität des Patienten ist schwer eingeschränkt und es liegt ein Schwerbehindertenausweis mit einem der Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vor
- > es liegt Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3 vor und der Arzt bestätigt die Notwendigkeit der Fahrt aufgrund einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung
- > es liegt Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 4 oder 5 vor
- > es liegen vergleichbare Beeinträchtigungen vor und die ambulante Behandlung ist über einen längeren Zeitraum erforderlich

Auswahl des Transportmittels

Bei der Verordnung einer Fahrt zu Lasten der Krankenkasse muss der Arzt angeben, welches Transportmittel nach seiner Einschätzung erforderlich ist.

Die Auswahl des notwendigen Beförderungsmittels richtet sich nach dem aktuellen Gesundheitszustand und der Gehfähigkeit des Patienten.

Grundsätzlich werden die Kosten jeweils nur für das Transportmittel übernommen, welches entsprechend der medizinischen Notwendigkeit am niedrigschwelligsten ist.

- > Ist eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, übernimmt die Krankenkasse die Kosten in dieser Höhe, auch wenn der Patient ein anderes Transportmittel nutzt.
- > Können aus medizinischen Gründen keine öffentlichen Verkehrsmittel, jedoch der eigene PKW genutzt werden, erstattet die Krankenkasse die Kosten entsprechend dem Bundesreisekostengesetzes.
- > Ist der Patient in der Lage, selbstständig oder mit Tragestuhl das Fahrzeug zu erreichen, ein- und auszusteigen bzw. sich umzusetzen, kann vom behandelnden Arzt als sogenannte Krankenfahrt ein Tragestuhlwagen (TSW) oder Mietwagen/Taxi/Behinderterfahrdienst (MW) verordnet werden.

- > Ist während der Fahrt die Betreuung durch medizinisches Fachpersonal oder die Nutzung des in einem Krankentransportwagen vorhandenen Equipment nötig oder zu erwarten, kann der Transport nur in einem Krankentransportwagen (KTW) erfolgen.
- > Für Notfallpatienten, bei welchen während der Fahrt lebensrettende Sofortmaßnahmen notwendig oder zu erwarten sind, muss als Transportmittel ein Rettungswagen (RTW) oder Notarztwagen (NAW) verordnet werden.

Erfolgt die Fahrt durch ein zugelassenes Fahrdienstunternehmen, rechnet dieses die Kosten direkt mit der Krankenkasse ab.

Auch bei Genehmigung und Kostenübernahme des Transportes müssen 10% der Kosten (mind. 5 €, max. 10 €) zugezahlt werden, sofern keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt.

Checkliste

Ab- und Ummeldungen beim Einzug

Abmeldungen/Kündigungen

- Wohnung
- Strom
- Gas
- Wasser
- nicht mehr benötigte Versicherungen (Haftpflichtversicherung sollte bleiben)
- Daueraufträge/Einzugsermächtigungen (Miete, Betriebskosten, Versicherungen)
- Fernsehanschluss/Kabelgebühr
- Telefon/Handyvertrag
- Hauskrankenpflege, Mahlzeitenbringdienst etc.
- GEZ

Ummeldungen

- Polizeiliche Ummeldung/Meldestelle
- Krankenkasse
- Rentenversicherung
- Bank(en)
- Versicherungen
- Zeitungsabonnements u. ä.
- ggf. Hilfsmittellieferanten
- behandelnde Ärzte

Um sicher zu sein, dass Sie keine Stelle vergessen, sichten Sie Ihre Unterlagen. Auch beim Durchsehen der letzten Kontoauszüge können Sie prüfen, ob Sie alle Stellen, die Geld von Ihnen bekommen oder Ihnen zahlen, über Ihren Umzug informiert haben. Ggf. können Sie einen kostenpflichtigen Nachsendeauftrag bei der Post einrichten.

Checkliste

für die Aufnahme ins Pflegeheim

Vor der Aufnahme:

- Personalausweis (vorab beidseitig in Kopie)
- Krankenkassenkarte (vorab beidseitig in Kopie)
- Zuzahlungsbefreiung von der Krankenkasse (vorab in Kopie)
- Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden
- den letzten aussagekräftigen Klinikbericht und einen aktuellen, vom behandelnden Arzt unterschriebenen Medikamentenplan
- Kontoauszüge (auf denen Miete, Rente und Vermögen zu sehen sind)
- Aktueller Rentenbescheid
- Pflegegradbescheid
- Vorsorgevollmacht, falls vorhanden
- Betreuerausweis, falls vorhanden
- Patientenverfügung, falls vorhanden
- Bestattungsunterlagen, falls vorhanden

Für den Einzugstag:

- persönliche Kleidung und Hygieneartikel
- vorhandene Medikamente, sofern sie dem aktuellen Medikamentenplan entsprechen
- vorhandene Inkontinenzmaterialien
- Personalausweis, Krankenkassenkarte, Zuzahlungsbefreiung von der Krankenkasse (jeweils im Original)

Vergessen Sie auch nicht, allen Verwandten und Bekannten Ihre neue Anschrift und Telefonnummer mitzuteilen.

Checkliste

für den Sozialhilfeantrag

Sollten die Kosten für die Heimunterbringung nicht ausreichen, so gibt es die Möglichkeit einen Antrag auf Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) beim zuständigen Sozialamt zu stellen. In der Regel werden folgende Unterlagen für den Antrag benötigt:

- Personalausweis
- Betreuerausweis oder Vorsorgevollmacht oder Generalvollmacht
- Schwerbehindertenausweis
- Bescheid der Pflegekasse über die Kostenübernahme der vollstationären Pflege (wenn bereits vorhanden)
- Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad

- die letzten aktuellen Rentenbescheide (Altersrente u. ggf. Witwenrente, Unfallrente, Betriebsrente)
- private Rentenversicherungen
- Kontoauszüge der letzten 6 Monate vor Heimaufnahme (alle vorhandenen Konten)
- Sparbücher und sonstige Vermögensanlagen
- Grundbuchauszug, wenn Grundbesitz vorhanden ist
- ggf. Schenkungsverträge, Nachweise über verschenktes Vermögen in den letzten 10 Jahren
- Lebens- und Sterbegeldversicherungen
- Bestattungsvorsorgevertrag
- Mietvertrag der Mietwohnung
- aktuelle Mietzusammensetzung der Mietwohnung
- Wohnungskündigung und Kündigungsbestätigung des Vermieters
- letzte Betriebskostenabrechnung
- Nachweise über Hausrat- und Haftpflichtversicherungen o.ä.

- Bitte stellen Sie parallel zum Antrag auf Hilfe zur Pflege einen Antrag auf Wohngeld beim zuständigen Wohngeldamt. Sobald Sie den Bescheid des Wohngeldamtes erhalten haben, leiten Sie diesen bitte weiter an das Sozialamt.

Achtung!

Antrag auf „Hilfe zur Pflege“

Menschen mit Pflegebedarf, die nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, um die Pflege bezahlen zu können, haben Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ nach dem SGB XII durch das Bezirksamt. Dies ist möglich, wenn entweder kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht oder die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen.

Dies gilt sowohl für die ambulante Hilfe im häuslichen Bereich, für die teilstationäre Hilfe in einer Tagespflegestätte, als auch für die vollstationäre Pflege im Pflegeheim. Der Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ kann beim Sozialamt des zuständigen Bezirksamtes gestellt werden.

Wichtig dabei ist, dass Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nachkommen und alle angeforderten Unterlagen fristgerecht einreichen sowie alle finanziellen Belastungen belegen können. Das Sozialamt gewährt die „Hilfe zur Pflege“, soweit diese als notwendig anerkannt wird.

Eine Voraussetzung ist, dass zuerst vorrangige Leistungen, wie z.B. die Leistungen der Pflegekasse und des Wohngeldamtes eingesetzt werden. Eine weitere Bedingung ist, dass bei verheirateten Paaren oder auch bei nicht verheirateten Paaren das gemeinsame Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um die Kosten für die Pflege des pflegebedürftigen Partners zusammen zu bestreiten.



Wichtige Telefonnummern

Auskunft

Inland	11 8 33
Ausland	11 8 34

Notruf

Polizei	110
Feuerwehr	112

Rezeption	-102
Hausleitung	-150
Pflegedienstleitung	-250
Sozialdienst	-462
Wohnbereich 1	-170
Wohnbereich 2	-270
Wohnbereich 3	-370
Residenz	-480
Ergotherapie	-485
Haustechnik	-200
Küche	-355