

Schön, dass wir uns
in guten Händen wissen.

Unsere Informationen und **Entscheidungshilfen** zum Thema Pflege.



Unsere Highlights für Sie im Überblick.

- Beurteilung der Pflegebedürftigkeit anhand von sechs Bereichen (Seite 8)
- Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten (Seite 9)
- Die Pflegegrade im Überblick (Seite 9)
- Antrag auf Pflege und die wichtigsten Schritte (Seite 10)
- Einstufung in einen Pflegegrad (Seite 11)
- Finanzielle Unterstützung (Seite 13)
 - Pflegesachleistungen (Seite 13)
 - Pflegegeld (Seite 14)
 - Häusliche Pflege (Seite 14)
 - Stationäre Pflege (Seite 17)
 - Hilfe für Pflegenden (Seite 18)
- Online-Pflegekurse (Seite 23)
- Pflegefinder (Seite 24)
- Checkliste zur Auswahl des passenden Pflegedienstes (Seite 26)



Hier steckt **mehr** für Sie drin.



04 Willkommen

Plötzlicher Pflegefall?
Wir sind für Sie da.



06 Voraussetzungen

Richtig und wichtig:
die Pflegeversicherung.



12 Pflegesachleistungen und Pflegegeld

Rundum versorgt in
den eigenen vier Wänden.



20 Pflegepersonen

Auch Helfer brauchen Hilfe.



24 Ratgeber und Checklisten

Die richtige Pflege?
Haken dran!

Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir bei Personenbezeichnungen die männliche Form. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



Plötzlicher Pflegefall?

Wir sind für Sie da.

Ein Unfall, ein Sturz oder eine schwere Erkrankung: Pflegebedürftigkeit kann viele Ursachen haben. Dabei spielt das Alter keine Rolle, denn plötzliche Ereignisse können junge Menschen ebenfalls treffen. Auch wenn man sich nicht immer auf den Zeitpunkt vorbereiten kann, so ist doch eines sicher: Mit uns an Ihrer Seite sind Sie und Ihre Familie auch im Notfall rundum geschützt.

Denn Nachhaltigkeit bedeutet für uns auch, Ihnen in ungewissen Situationen beratend zur Seite zu stehen, Sie individuell zu unterstützen und mit Ihnen gemeinsam nach der besten Lösung zu suchen.



Wer ist versichert?

Wenn Sie bei uns krankenversichert sind, gehören Sie automatisch zur Mobil Pflegekasse. Sie führt die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung durch, sodass Sie ohne Mehraufwand und Mehrkosten Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Das heißt: Wir bieten Ihnen alle gesetzlich festgelegten Leistungen und unterstützen Sie durch Pflegesach- und -geldleistungen.

Jeden Einzelfall behandeln wir individuell, sorgfältig und mit hoher Fachkompetenz. Denn die meisten Menschen möchten in einer Pflegesituation am liebsten weiter in ihrer vertrauten Umgebung leben und wollen dabei von einem Angehörigen, Freund oder Nachbarn versorgt werden. Daher ist es uns besonders wichtig, unseren Kunden dies gemäß ihrer Pflegesituation auch zu ermöglichen.

Gut informiert, bestens versorgt

In dieser Broschüre finden Sie wichtige Informationen rund um das Thema Pflege. Hier finden Sie hilfreiche Tipps und praktische Checklisten, zum Beispiel zur Auswahl des „richtigen“ Pflegedienstes.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre die wichtigsten Fragen beantworten können – darüber hinaus stehen Ihnen unsere freundlichen Mitarbeiter natürlich unter unserer kostenlosen Service-Hotline jederzeit zur Verfügung!



Richtig und **wichtig:** die Pflegeversicherung.

Pflegebedürftigkeit ist selten etwas, was man im Voraus planen kann. Oft trifft sie unerwartet ein und stellt den gesamten Alltag des Betroffenen und der Angehörigen auf den Kopf. Zugegeben: Bei all den gesetzlichen Regelungen ist es gar nicht so einfach, den Überblick zu behalten. Aber auch dabei beraten und unterstützen wir Sie gern.

Die Pflegeversicherung: sozial, sicher, sorgenfrei!

Neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung gilt die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung in Deutschland. Gesetzesgrundlage hierfür ist das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI). Die gesetzliche Pflegeversicherung bezieht alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit ein: Rentner, freiwillig krankenversicherte Mitglieder sowie kostenfrei Mitversicherte wie Ehegatten und Kinder.

Damit für die Pflegeversicherung ausreichende Finanzmittel bereitgestellt werden, gilt seit dem 1. Januar 1995 die Beitragspflicht. Einen Anspruch auf Leistungen im Bereich der häuslichen Pflege gibt es seit dem 1. April 1995. Auf stationäre Pflege besteht ein Leistungsanspruch seit dem 1. Juni 1996. Damit die Leistungen in der Pflege finanziert werden können, liegt der Beitragssatz zur Pflegeversicherung seit dem 01.01.2025 bundeseinheitlich bei 3,6 % (4,2 % bei Kinderlosen). Eltern mit mehr als einem Kind erhalten ab dem zweiten bis zum fünften Kind einen Abschlag von 0,25 %. Für Familien mit Kindern gelten daher folgende Beitragssätze:

ab dem zweiten Kind: 3,35 %
ab dem dritten Kind: 3,10 %
ab dem vierten Kind: 2,85 %
ab dem fünften Kind: 2,60 %

Die Abschläge für die Kinder werden bis zum Ablauf des Monats gewährt, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet.

Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung ist es unter anderem, das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten. Träger der Pflegeversicherungen sind die Pflegekassen. Sie sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die bei uns errichtete Pflegekasse trägt den Namen Mobil Pflegekasse. Auf diese Weise haben Sie Kranken- und Pflegeversicherung unter einem Dach.

Ihr Anspruch bei uns

Wer kann eigentlich wann Pflegeleistungen beziehen? Leistungen der Pflegekasse erhält, wer in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in eine Pflegekasse eingezahlt hat. Bei familienversicherten Kindern gilt dies als erreicht, wenn ein Elternteil diese Bedingung erfüllt.

Ein Thema mit vielen Fragezeichen: Pflege

Ab wann erhält ein Versicherter Pflegeleistungen? Wie wird Pflegebedürftigkeit beurteilt? Wie wird ein Pflegegrad ermittelt?

Fragen gibt es viele, wir haben die Antworten. Denn zu fast allen Bereichen gibt es klare gesetzlich verankerte Regelungen: Pflegebedürftig ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen seiner Selbstständigkeit oder seiner Fähigkeiten aufweist und deshalb die Hilfe anderer benötigt. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) bestehen. Demnach wird der Grad der Selbstständigkeit gemessen.

Unter Selbstständigkeit versteht man die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität allein – also ohne Unterstützung eines anderen – ausführen zu können. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung mit einem Hilfsmittel umsetzen kann. Wenn sich jemand innerhalb seiner Wohnung mit einem Rollator fortbewegen kann und dabei keine Unterstützung durch eine andere Person braucht, dann ist er selbstständig.

Alle Versicherten erhalten einen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen – unabhängig davon, ob sie unter körperlichen Beschwerden leiden oder an einer Demenz erkrankt sind.

Die Mobil Pflegekasse prüft über den Medizinischen Dienst (MD), ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu untersucht der MD den Versicherten in seinem Wohnbereich und teilt der Pflegekasse das Ergebnis der Prüfung mit. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad. Die sechs Bereiche der Begutachtung sind:

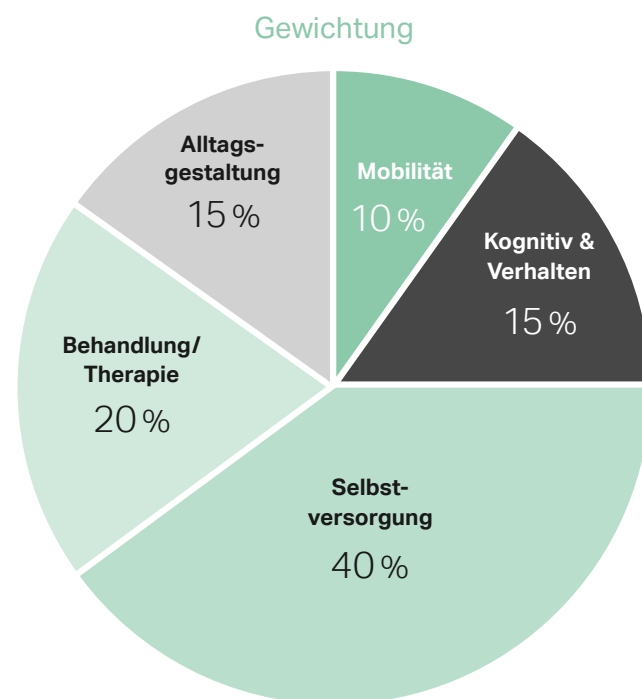
- 1 **Mobilität** (zum Beispiel Fortbewegen innerhalb der Wohnung, Treppensteigen)
- 2 **kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (zum Beispiel örtliche und zeitliche Orientierung)
- 3 **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (zum Beispiel nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)
- 4 **Selbstversorgung** (zum Beispiel Körperpflege, Ernährung)
- 5 **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (zum Beispiel Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche)
- 6 **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt** (zum Beispiel Gestaltung des Tagesablaufs, Beschäftigung)

In den einzelnen Kriterien der Bereiche eins bis sechs bewertet der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und vergibt für jedes erhobene Kriterium je nach Schweregrad der Beeinträchtigung Einzelpunkte. Zudem werden die Module gegenübergestellt (in Prozent), um körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen in ein Verhältnis zu setzen.

Aus dem resultierenden Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet. Darüber hinaus werden noch zwei Bereiche berücksichtigt:

- außerhäusliche Aktivitäten (zum Beispiel Fortbewegen außerhalb der Wohnung, Teilnahme an Veranstaltungen)
- Haushaltsführung (zum Beispiel Einkaufen, Zubereiten einfacher Mahlzeiten)

Diese fließen nicht in die Bewertung ein, sind aber eine wichtige Grundlage für die Pflege- und Hilfeplanung.



Die Pflegegrade im Überblick

Pflegegrad 1

Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Gesamtpunkteskala: 12,5 bis unter 27)

Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Gesamtpunkteskala: 27 bis unter 47,5)

Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Gesamtpunkteskala: 47,5 bis unter 70)

Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Gesamtpunkteskala: 70 bis unter 90)

Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Gesamtpunkteskala: 90 bis 100)

Besonderheiten bei Kindern

Haben Sie ein pflegebedürftiges Kind, wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen unselbstständig, sodass sie in der Regel keine oder nur niedrige Pflegegrade erreichen können. Zur Beurteilung eines Pflegegrades werden deshalb nur die altersunabhängigen Bereiche „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ in die Bewertung mit einbezogen.

Kleinkinder bis zu 18 Monaten werden automatisch einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder und Erwachsene. Dies soll Sie als Eltern vor häufigen, oftmals belastenden Begutachtungen schützen. Nach dem 18. Lebensmonat erfolgt eine reguläre Einstufung, ohne dass es einer erneuten Begutachtung bedarf.

Gut beraten beim Thema Pflege!

Wie und wo stelle ich einen Antrag? Welche Ansprüche bestehen? Welche Leistungen und Hilfen gibt es? Wie wird richtig gepflegt? Wie kann alles optimal organisiert werden?

Auf Ihre Fragen erhalten Sie von den Pflegeberatern der Mobil Pflegekasse Antworten – und schnell und unbürokratisch Informationen und Hilfe. Zusammen mit Ihnen erstellen unsere Pflegeberater einen Versorgungsplan und überwachen die Umsetzung der Maßnahmen. Sie helfen bei der Antragstellung und der Organisation des Tagesablaufes, vermitteln Pflegedienste und stehen jederzeit zur Verfügung.

Unsere Pflegeleistungen erhalten Sie nach einer Einordnung in einen von fünf Pflegegraden. Diese richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und unterscheiden, welche einzelnen Hilfen notwendig sind und in welcher Höhe wir die Leistungen gewähren. (s. Abschnitt „Die Pflegegrade im Überblick“ in diesem Kapitel).

Grundsätzlich wird zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterschieden. Die ambulante Unterstützung (häusliche Pflege) besteht zum Beispiel aus Sachleistungen, Pflegegeld, Entlastungsbeträgen oder einer Kombination dieser Leistungen. Die vollstationäre Pflege kommt immer erst dann in Betracht, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Leistungen nicht mehr genügen.



Sie möchten eine Pflegeberatung der Mobil Pflegekasse nutzen?

Vereinbaren Sie einfach einen telefonischen Beratungstermin über mobil-krankenkasse.de/termin. Bei der Pflegeberatung wird für Sie ein individueller Versorgungsplan erstellt. In diesem erfolgt unter anderem die Bewertung und Erfassung Ihrer persönlichen Hilfebedarfe und die Einleitung eventuell erforderlicher Maßnahmen der Mobil Pflegekasse oder anderer Leistungserbringer.





Unser Tipp für Sie:

Der Gutachter, meist eine Pflegefachkraft oder ein pflegeerfahrener Arzt, ist auf Ihre Mithilfe angewiesen. Vor dem Besuch ist es sinnvoll, dass Sie alle Hilfen und Pflegeleistungen, die Sie und/oder pflegende Angehörige, Freunde oder Nachbarn tagsüber und nachts ausführen, genau aufzeichnen. Ihre Notizen sollten einen Zeitraum von acht Tagen erfassen.

Diese Aufzeichnungen und eventuelle Bescheinigungen von behandelnden Ärzten erleichtern es dem Gutachter, den individuellen Pflegebedarf korrekt zu ermitteln. So können Sie sicher sein, dass keine Hilfeleistung vergessen wird. In manchen Kommunen gibt es Pflegeberatungsstellen, die Sie auf Ihren Termin mit dem MD vorbereiten.

Pflegeleistungen in Anspruch nehmen: So geht's!

Sie haben einen Pflegefall in Ihrer Familie. Was tun? Im Folgenden haben wir für Sie die wichtigsten Schritte zusammengefasst, damit Sie in dieser neuen, für Sie schwierigen Situation besser die Orientierung und den Überblick behalten.

Wir helfen Ihnen bei der Antragstellung, beraten Sie in Ihrem persönlichen Fall oder haben für Sie Adressen der örtlichen Pflegedienstleister parat. Außerdem erhalten Sie bei uns individuelle Zusatzinformationen über Kurse für Pflegende sowie Adressen von Verbänden, Selbsthilfegruppen und Institutionen. Rufen Sie einfach unsere kostenlose Service-Hotline an: **0800 255 0800**.



1) Der Antrag

Um Pflegeleistungen bei uns zu beantragen, rufen Sie uns einfach an. Sie nutzen bereits unsere Service-App? Dann stellen Sie den Antrag direkt im Online-Service-Portal. Sobald uns die Antragsunterlagen vollständig vorliegen, können wir Ihren Anspruch auf Pflegeleistungen prüfen. Nach dem Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung muss die Mobil Pflegekasse einen konkreten Beratungstermin anbieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist. Je nach Ihrem Wunsch findet diese Beratung telefonisch oder in Ihrer häuslichen Umgebung statt.

2) Die Prüfung

Ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Mobil Pflegekasse auf der Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD). Haben Sie einen Antrag auf Pflege gestellt, erhalten Sie einen Termin zur Begutachtung durch einen Mitarbeiter des MD. Die Begutachtung findet in der Regel im gewohnten Umfeld des Antragstellers statt, also meistens beim Pflegebedürftigen zu Hause.

Es wird geprüft, ob die Voraussetzungen für die Leistungen aus der Pflegeversicherung erfüllt sind und ob einer der Pflegegrade zugeordnet werden kann. Um sich ein umfassendes Bild von der pflegebedürftigen Person und ihrer Situation machen zu können, spricht der Mitarbeiter des MD mit der Hauptpflegeperson und weiteren an der Pflege Beteiligten. Außerdem wird der Gutachter die Wohnverhältnisse und die familiäre Situation prüfen. Hierbei wird unter anderem festgestellt, ob bauliche Veränderungen notwendig oder sinnvoll sind, die die Pflege zu Hause erleichtern.

Wichtig: Wir sind bei der Antragsprüfung an gesetzliche Fristen gebunden und benötigen Ihre Mithilfe, damit wir diese Fristen einhalten können.

Sollten Sie einen bereits vereinbarten Termin absagen oder verschieben müssen, teilen Sie uns bzw. dem MD mit, wann Sie wieder zur Verfügung stehen, und holen Sie den Begutachtungstermin zeitnah nach.

3) Die Empfehlungen des MD

Pflegebedürftigkeit ist normalerweise kein gleichbleibender Zustand. Sie kann durch verschiedene Maßnahmen und Leistungen positiv beeinflusst werden. Bei der Begutachtung durch den MD werden daher auch die Möglichkeiten, die Selbstständigkeit unserer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen, erfasst. Dabei können präventive Maßnahmen, Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder auch Heil- und Hilfsmittel empfohlen werden.

Präventive Maßnahmen sind in jedem Alter und auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit sinnvoll und zweckmäßig. In Betracht kommen beispielsweise Kursangebote zur Sturzprävention oder auch Kurse zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung.

Mit einer medizinischen Rehabilitation können Krankheitsverläufe positiv beeinflusst oder weitere Komplikationen vermieden werden. Eine solche Maßnahme kann pflegebedürftigen Menschen helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern.

Heilmittel wie Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie oder Ernährungstherapie sollen Krankheiten heilen oder zumindest Krankheitsbeschwerden lindern und Pflegebedürftigkeit mindern. Mit Ihrer Zustimmung leiten wir die Empfehlung des MD gern an Ihren behandelnden Arzt weiter. Dieser prüft die Voraussetzungen für eine mögliche Verordnung.

Individuell zugeschnittene Hilfs- und Pflegehilfsmittel sowie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wie zum Beispiel die barrierefreie Gestaltung des Badezimmers sind für die Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen besonders wichtig. Die Pflegekasse organisiert bei entsprechender Empfehlung die Versorgung mit den jeweiligen Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln.

4) Der Leistungsbescheid

Nach der Empfehlung durch den MD erhalten Sie von uns innerhalb von 25 Arbeitstagen einen schriftlichen Leistungsbescheid. Haben Sie vollstationäre Pflege beantragt, informieren wir für Sie auch die Pflegeeinrichtung über die Leistungen, die Ihnen nun zustehen. Erteilen wir Ihnen nicht innerhalb der 25 Arbeitstage einen Leistungsbescheid, erhalten Sie spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70,00 € von uns. Die Frist kann aber in bestimmten Fällen verlängert werden, zum Beispiel wenn Ihnen aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes die Begutachtung durch den MD erst später möglich ist.

5) Die Einstufung

Die Einstufung Ihrer Situation in einen der Pflegegrade gilt natürlich nicht für immer. Denn schließlich kann sich der Pflegebedarf im Laufe der Zeit verändern. So können Sie eine Höherstufung bei der Mobil Pflegekasse beantragen, zum Beispiel wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen verschlimmert und der Pflegebedarf erheblich zugenommen hat. Dann wird die Prüfung der Pflegebedürftigkeit durch einen erneuten Hausbesuch oder in bestimmten Fällen durch ein strukturiertes Telefoninterview des MD wiederholt und ein neues Gutachten erstellt. Gut zu wissen: Die Begutachtung mittels Telefoninterview ist freiwillig. Wenn Sie eine Begutachtung zu Hause wünschen, wird der MD dies entsprechend berücksichtigen. Doch auch ohne einen Antrag wird die Prüfung in angemessenen zeitnahen Abständen wiederholt. Auf diese Weise lässt sich ermitteln, ob und wie die Pflegebedürftigkeit gemindert werden kann oder ob der zuerkannte Pflegegrad noch zutrifft.





Rundum versorgt in den eigenen vier Wänden.

Wer pflegebedürftig ist und lieber zu Hause gepflegt werden möchte, kann ambulante Pflege in Anspruch nehmen, auch häusliche Pflege genannt. Die Voraussetzung dafür ist die Einstufung in einen Pflegegrad. Anhand dessen können wir feststellen, ob und in welcher Höhe Sie finanzielle Leistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten. Welche Möglichkeiten Sie darüber hinaus haben, erfahren Sie hier.

Wohlfühlfaktor inklusive: häusliche Pflege

Menschen, die pflegebedürftig sind, möchten meistens auch weiterhin in ihrer Wohnung leben. Für sie ist es am angenehmsten, wenn sie von einem Angehörigen, Freund oder Nachbarn gepflegt werden. Wichtig bei der häuslichen Pflege ist vor allem eins: ausreichende Unterstützung. Wir tragen deshalb dafür Sorge, dass Sie zu Hause immer die richtige Pflege bekommen. Je nach Bedarf erhalten Sie bei der häuslichen Pflege Sachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination von beiden Leistungen.

Pflegegrad 1: der vorbeugende Pflegegrad

Menschen, die in einem geringen Maß hauptsächlich körperlich eingeschränkt sind, werden in den Pflegegrad 1 eingestuft.

Ein gutes Eingebundensein in das Alltagsumfeld kann zum Beispiel bereits durch eine Verbesserung der Wohnsituation oder die Nutzung von Angeboten zur allgemeinen Betreuung wie gemeinsames Spazierengehen erreicht werden. Genau diese Unterstützung kann und soll dazu beitragen, eine weitere Verschlechterung der Selbstständigkeit aufzuhalten. Der Pflegegrad 1 ist ein sogenannter vorbeugender Pflegegrad, der es Personen ermöglicht, möglichst lange zu Hause zu bleiben. Anspruchsleistungen bei Pflegegrad 1 sind beispielsweise:

- Pflegeberatung
- Beratungseinsätze
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen
- Pflegekurse
- allgemeine Betreuung und Entlastungsleistungen (Entlastungsbetrag)

Was sind Pflegesachleistungen?

Wenn die tägliche Pflege nicht von freiwilligen Helfern aus dem Familien- oder Bekanntenkreis geleistet werden kann oder diese entlastet werden sollen, können Sie Pflegesachleistungen beantragen. Damit ist der Einsatz von Fachpflegekräften gemeint, die direkt mit der Mobil Pflegekasse abrechnen.

Der Pflegebedürftige erhält also kein Geld, sondern den Gegenwert in Form von professioneller Pflege. Dabei können die Einsätze flexibel und in der Anzahl unbegrenzt nach den individuellen Bedürfnissen angefordert werden.

Sie können Leistungen der Betreuung sowie der Entlastung der Pflegeperson gleichwertig neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in Anspruch nehmen.

Die Mobil Pflegekasse übernimmt die notwendigen Kosten in folgender Höhe:

Pflegegrad 1:	131,00 €* Pflegegrad 2:	796,00 € Pflegegrad 3:	1.497,00 € Pflegegrad 4:	1.859,00 € Pflegegrad 5:	2.299,00 €
----------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------

*Wenn ein Pflegegrad 1 festgestellt wird, kann der Entlastungsbetrag in Höhe von 131,00 € für Pflegesachleistungen genutzt werden.



Unser Tipp für Sie

Schließen Sie einen schriftlichen Vertrag mit dem Pflegedienst ab, der Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Einsätze genau festlegt. Nähere Auskünfte dazu erhalten Sie in unseren Service-Points oder telefonisch unter der kostenlosen Service-Hotline **0800 255 0800**.

Was ist Pflegegeld?

Wenn sich der Pflegebedürftige von Angehörigen, Nachbarn oder Freunden betreuen lässt, unterstützt die Mobil Pflegekasse diese Hilfen durch ein Pflegegeld. Dem Pflegebedürftigen steht es dabei frei, ob er das Pflegegeld als Anerkennung an die Pflegepersonen weitergibt oder nicht. Grundsätzlich ist Pflegegeld, das an einen Familienangehörigen weitergegeben wird, kein Einkommen im steuerrechtlichen Sinne.

Die Mobil Pflegekasse zahlt hier:

Pflegegrad 1:	0,00 €
Pflegegrad 2:	347,00 €
Pflegegrad 3:	599,00 €
Pflegegrad 4:	800,00 €
Pflegegrad 5:	990,00 €

Wichtig ist, dass die Qualität der häuslichen Pflege, die von Familienangehörigen, Freunden oder Nachbarn geleistet wird, sichergestellt ist. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind deshalb verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Beratung eines Vertragspflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Dafür kommen Fachpflegekräfte zu Besuch und leisten Hilfestellung bei allen Fragen zur häuslichen Pflege. Die Beratungseinsätze sind für Sie absolut kostenfrei. Wir übernehmen die kompletten Gebühren.

Auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Beratungseinsatz in Anspruch nehmen. Eine Verpflichtung besteht aber nicht.

Während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird grundsätzlich die Hälfte des Pflegegeldes gezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege besteht Anspruch auf volles Pflegegeld.



Wie sieht die Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld aus?

Können Sie als private Pflegeperson aus beruflichen oder anderen Gründen nur einen Teil der Pflegeaufgaben übernehmen, ermöglicht es die Mobil Pflegekasse, Pflegegeld und Pflegesachleistungen zu kombinieren. Nimmt der Pflegebedürftige die ihm zustehenden Pflegesachleistungen nur teilweise in Anspruch, hat er daneben Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld.

Der Anteil berechnet sich aus der Differenz zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Da in vielen Fällen das Ausmaß der notwendigen Pflegesachleistungen im Voraus nicht feststellbar ist, wird das anteilige Pflegegeld im Nachhinein monatlich ermittelt und ausgezahlt.

Unser Tipp für Sie

Der Pflegebedürftige hat auch dann Anspruch auf Pflegegeld, wenn er in einer Altenwohnung oder einem Altenwohnheim in einem Apartment oder einer Wohnung lebt.

Beachtenswert: Besonderheiten der häuslichen Pflege

1) Ambulant betreute Wohngruppe

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die dort mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben und Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen, Angebote zur Unterstützung im Alltag oder Entlastungsbeträge beziehen, haben grundsätzlich Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag. Der Wohngruppenzuschlag in Höhe von 224,00 € wird monatlich gewährt. Bei ambulant betreuten Wohngruppen handelt es sich um Wohngemeinschaften von mindestens drei Pflegebedürftigen (mit mindestens Pflegegrad 1) zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung. Voraussetzung ist unter anderem, dass eine Pflegekraft in der Wohngruppe tätig ist, die organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten übernimmt oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Eine ambulant betreute Wohngruppe darf aus maximal zwölf Personen bestehen. Wer eine solche Gruppe gründet, erhält dafür eine Förderung in Höhe von 2.613,00 € pro Person. Der Gesamtbetrag für eine Wohngemeinschaft ist auf 10.452,00 € begrenzt. Die Förderung endet, wenn die zur Verfügung gestellte Summe von 30 Millionen Euro aufgebraucht ist. Weitere zehn Millionen Euro stehen für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung neuer Wohnformen zur Verfügung. Gefördert werden Konzepte, die eine bewohnerorientierte individuelle Versorgung außerhalb von vollstationären Einrichtungen anbieten.

2) Urlaub von der Pflege

Zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden, kostet Laienpfleger körperlich wie seelisch viel Kraft. Pflegenden Angehörige benötigen deshalb Erholung und Zeit für sich. Ihre Mobil Pflegekasse unterstützt Sie bei der Organisation und Finanzierung des Pflegeersatzes. Grundsätzlich haben Versicherte zwei Möglichkeiten, den Pflegeersatz zu regeln.

Verhinderungspflege

Bei der Verhinderungspflege bleiben Sie als pflegebedürftiger Versicherter in Ihrer gewohnten Umgebung und werden zu Hause von einer Pflegekraft eines ambulanten Pflegedienstes oder von einer nahestehenden Person versorgt. Verhinderungspflege ist dann eine gute Lösung, wenn Ihr pflegender Angehöriger selbst erkrankt ist, in den Urlaub fahren möchte, Besorgungen machen muss oder mehr Zeit für seine eigenen Bedürfnisse benötigt. Als Versicherter können Sie bestimmen, ob die externe Pflegekraft stundenweise, tageweise oder wochenweise zu Ihnen nach Hause kommen soll. Insgesamt können Sie als Versicherter acht Wochen im Jahr Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag von 3.539,00 € pro Kalenderjahr übernommen. Bei diesem Betrag handelt es sich um den gemeinsamen Jahresbetrag für die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege, den Sie flexibel für beide Leistungsarten verwenden können.

Bei einer Ersatzpflege durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in einer häuslichen Umgebung leben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse auf das 2-Fache des für den jeweiligen Pflegegrad festgelegten Pflegegeldes beschränkt.

Wichtig zu wissen

Im Rahmen der Verhinderungspflege müssen die Kosten für die Ersatzpflege, die wegen eines vorübergehenden Ausfalls der üblichen Pflegeperson entstanden sind, bis zum Ablauf des Kalenderjahres, das auf die Durchführung der notwendigen Ersatzpflege folgt, beantragt werden.



Kurzzeitpflege

Falls Sie nur für kurze Zeit auf stationäre Vollzeitpflege angewiesen sind, ist Kurzzeitpflege eine gute Möglichkeit. Dabei können Sie vorübergehend in ein Pflegeheim ziehen, um dort rund um die Uhr betreut zu werden. Kurzzeitpflege kommt für Versicherte infrage, die zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht kräftig genug sind, um in ihrer Wohnung leben zu können. Auch für den Fall, dass Ihre Angehörigen vorübergehend mit der intensiven Pflege überfordert sind, können Sie sich für einige Wochen für die Kurzzeitpflege entscheiden. Insgesamt acht Wochen im Jahr können Sie als Versicherter Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Bei diesem Betrag handelt es sich um den gemeinsamen Jahresbetrag für die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege, den Sie flexibel für beide Leistungsarten verwenden können.



3) Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Handelt es sich um Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, wie zum Beispiel saugende Bettschutzeinlagen oder Einmalhandschuhe, so können von der Mobil Pflegekasse hierfür monatlich bis zu 42,00 € zur Verfügung gestellt werden. Nicht zum Verbrauch bestimmte, meist technische Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Pflegebetten (die vorrangig leihweise angeboten werden) sowie Hausnotrufanlagen. Detaillierte Informationen zu den Voraussetzungen und der Antragstellung erhalten Sie von den Beratern der Mobil Pflegekasse.

4) Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Mobil Pflegekasse kann finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen der Umgestaltung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für fest eingebaute technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen müssen Versicherte keinen Eigenanteil leisten. Der Zuschuss der Mobil Pflegekasse beträgt pro Maßnahme maximal 4.180,00 €.

Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung leben und die Wohnumfeldverbesserung mehreren zugutekommt, kann der Zuschuss für jeden Pflegebedürftigen erbracht werden. Hier gilt ein maximaler Leistungsbetrag von 16.720,00 €.



Sorgenfrei, auch wenn Sie nicht zu Hause sind

1) Auslandsaufenthalt

Hat ein Pflegebedürftiger seinen Wohnsitz in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraums oder in der Schweiz, besteht grundsätzlich Anspruch auf Pflegegeld. In allen übrigen Staaten ruht der Anspruch auf Pflegeleistungen für die Dauer des Auslandsaufenthaltes.

Lediglich bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland von maximal sechs Wochen wird das Pflegegeld weitergezahlt.

Hat ein Pflegebedürftiger vor seinem sechswöchigen Auslandsaufenthalt Pflegesachleistungen bezogen, erhält er diese nur dann im Ausland weiterhin, wenn ihn seine Pflegeperson begleitet.

2) Pflegegeld während Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitation

Für die Dauer einer vollstationären Krankenhausbehandlung beziehungsweise einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ruht der Anspruch auf Pflegeleistungen grundsätzlich. Lediglich in den ersten acht Wochen der jeweiligen stationären Behandlung wird das Pflegegeld weitergezahlt.

3) Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Können Sie als Pflegeperson die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sicherstellen, dann hat der Pflegebedürftige Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Dies kann zum Beispiel notwendig sein, damit Sie als Pflegeperson entlastet werden oder wenn sich die Pflegebedürftigkeit kurzfristig erheblich erhöht hat. Auf diese Weise stellen wir eine stetige Betreuung sicher. Die teilstationäre Pflege ist zeitlich unbegrenzt. Außerdem beinhaltet sie die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Der Gesamtwert der von der Mobil Pflegekasse zu erbringenden Leistung beträgt im Kalendermonat:

Pflegegrad 1:	131,00 €*
Pflegegrad 2:	721,00 €
Pflegegrad 3:	1.357,00 €
Pflegegrad 4:	1.685,00 €
Pflegegrad 5:	2.085,00 €

*Wenn ein Pflegegrad 1 festgestellt wird, kann der Entlastungsbetrag in Höhe von 131,00 € für die teilstationäre Pflege genutzt werden.

Die Tages- und Nachtpflege kann mit dem Pflegegeld bzw. den Sachleistungen ohne Anrechnung kombiniert werden.

4) Rundum perfekt versorgt – die vollstationäre Pflege

Nicht immer ist es möglich, dass pflegebedürftige Menschen ganz oder teilweise zu Hause von einem Familienangehörigen, Freund oder Nachbarn gepflegt werden. Wenn Sie auf eine vollstationäre Versorgung angewiesen sind, erbringt die Mobil Pflegekasse Leistungen, die Ihnen helfen. Dazu gehören pflegebedingte Aufwendungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung durch das Heimpersonal.

Jedes Pflegeheim hat einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die nicht von der Pflegekasse gedeckten Kosten, der unabhängig davon ist, welchem Pflegegrad man zugeordnet ist.

Außerdem kann das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen Investitionskosten in Rechnung stellen, soweit sie nicht vom jeweiligen Bundesland übernommen werden. Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen eigenständig zu bezahlen. Wie bei den Leistungen im Rahmen der ambulanten Pflege ist die Höhe der Zahlungen auch hier abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad 1:	131,00 €*
Pflegegrad 2:	805,00 €
Pflegegrad 3:	1.319,00 €
Pflegegrad 4:	1.855,00 €
Pflegegrad 5:	2.096,00 €

*Wenn ein Pflegegrad 1 festgestellt wird, kann der Entlastungsbetrag in Höhe von 131,00 € für die vollstationäre Pflege genutzt werden.

Ganz wichtig

Sofern Sie Sozialhilfe erhalten, leiten Sie das bitte an das Sozialamt weiter, da das Sozialamt Ihre Sozialhilfeleistungen anpassen muss.

Seit dem 1. Januar 2022 zahlen wir Ihnen einen individuellen Zuschuss zu Ihren pflegebedingten Aufwendungen. Dadurch verringert sich Ihr Eigenanteil für die stationäre Pflege.

Der Zuschuss zu Ihren pflegebedingten Aufwendungen (inklusive der Ausbildungsumlage) richtet sich nach der Dauer Ihrer stationären Pflege:

Bei einem Aufenthalt von bis zu zwölf Monaten erhalten Sie 15 % Zuschuss.
Bei einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten erhalten Sie 30 % Zuschuss.
Bei einem Aufenthalt von mehr als 24 Monaten erhalten Sie 50 % Zuschuss.
Bei einem Aufenthalt von mehr als 36 Monaten erhalten Sie 75 % Zuschuss.

Wichtig zu wissen

Vollstationäre Pflege ist erst eine Alternative, wenn weder häusliche noch teilstationäre, also ambulante Pflege möglich ist. In der Pflegeversicherung gilt grundsätzlich: ambulant vor stationär.



Unser Tipp für Sie

Reicht das Einkommen eines Pflegebedürftigen nicht aus, um die von ihm zu tragenden Kosten zu decken, so ist ein Antrag auf Übernahme dieses Kostenanteils beim zuständigen Sozialhilfeträger möglich. Dabei wird nach Bedürftigkeit und Angemessenheit entschieden.

5) Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen, übernehmen wir bis zu 278,00 € im Monat, aber höchstens 15 % des Heimgelts.

Wird der pflegebedürftige Behinderte regelmäßig auch zu Hause gepflegt, hat er für die Tage in der häuslichen Umgebung Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld.



Betreuung, Entlastung und Unterstützung im Alltag

Wenn Sie einen Angehörigen pflegen, kennen Sie die vielfach belastenden Situationen, manchmal sind Sie vielleicht sogar mit der Pflege überfordert. Die Mobil Pflegekasse unterstützt Sie mit Leistungen der Betreuung, Entlastung bzw. Unterstützung im Alltag. Den sogenannten Entlastungsbetrag von 131,00 € im Monat können Sie individuell für diverse Leistungen einsetzen.

Mit dem Entlastungsbetrag können Sie zum Beispiel die Restkosten aus der Tages-, Nacht- oder der Kurzzeitpflege begleichen, außerdem können Sie ihn für Betreuungsangebote durch Pflegedienste verwenden.

Des Weiteren können Sie Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen, um sich selbst als Pflegenden zu entlasten. Diese ermöglichen auch den Pflegebedürftigen, in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können.

Je nach Ausrichtung des Angebots kann es sich dabei um die Betreuung für den Pflegebedürftigen, die Entlastung von Pflegepersonen oder die Entlastung im Alltag handeln. Konkret können insbesondere ehrenamtliche Helfer zum Beispiel den Alltag und die Pflege begleiten. Gemeinsames Kochen oder Einkaufen, der Besuch von Gottesdiensten oder einfaches Vorlesen und Zuhören können alltagsbegleitende Tätigkeiten sein. Auch Tätigkeiten im Haushalt wie Reinigungsarbeiten, Blumen- und Gartenpflege sowie einfache Botengänge dienen der Entlastung im Alltag und sind ebenso inbegriffen.

Wichtig zu wissen

Diese Leistungen sind durch Sie zu beantragen. Sie sind zweckgebunden und für zugelassene und qualitätsgesicherte Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen. Wir stehen Ihnen bei der Suche nach qualifizierten Anbietern unter der Hotline **0800 255 0800** selbstverständlich gern zur Verfügung.

Kombination mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Sie können 40 % der Ihnen zustehenden Sachleistungsbeträge auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Dies gilt zusätzlich zu den ohnehin bestehenden Ansprüchen auf den monatlichen Entlastungsbetrag von 131,00 €.

Die Vergütung für ambulante Pflegesachleistungen ist dabei vorrangig abzurechnen.

Im Rahmen der Kombinationsleistung gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der Sachleistungen. Insofern dürfen Sachleistungen und weitergehende Angebote zur Unterstützung im Alltag bei der Kombinationsleistung gemeinsam dem Pflegegeld gegenübergestellt werden.

Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5, die in der eigenen Häuslichkeit leben, erhalten erstmals einen Leistungsanspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) in Höhe von 40,00 € monatlich und ergänzenden Unterstützungsleistungen in Höhe von 30,00 € monatlich (Gesamtanspruchshöhe 70,00 € monatlich).

Digitale Pflegeanwendungen können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion mit Angehörigen, ehrenamtlich Pflegenden oder dem Pflegedienst genutzt werden, um:

- Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern;
- einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken;
- den pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und organisieren zu können.

Ergänzende Unterstützungsleistungen können durch Dritte – Angehörige oder auch Pflegedienste – erbracht werden, wenn sie im Einzelfall für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind.

Wie nutzt man die DiPAs?

Digitale Pflegeanwendungen können Apps oder Softwareprogramme zur Verwendung auf Smartphones, Tablets oder klassischen Desktop-Rechnern sein. Um eine DiPA zu nutzen, schließen Sie einen Vertrag mit dem Anbieter ab.

Sofern Sie ergänzende Unterstützungsleistungen durch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, rechnet der Pflegedienst die Kosten dafür direkt mit uns ab.

Wie finde ich eine passende DiPA?

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht unter [bfarm.de](https://www.bfarm.de) alle geprüften und zugelassenen DiPAs im sogenannten DiPA-Verzeichnis. Dort finden Sie alle wichtigen Informationen zu den einzelnen DiPAs.

Wie bekomme ich die Kosten erstattet?

Die Kosten für die DiPA und ggf. für ergänzende Unterstützungsleistungen bekommen Sie auf Antrag und nach Genehmigung durch die Mobil Pflegekasse erstattet. Ob ein Zuschuss durch uns möglich ist, hängt davon ab, ob die DiPA vom BfArM geprüft und zugelassen wurde. Nur Angebote, die sämtliche Anforderungen an die Funktion, die Sicherheit und den Datenschutz erfüllen, werden in das DiPA-Verzeichnis aufgenommen.

Wenn Sie eine passende DiPA gefunden haben, senden wir Ihnen gern einen entsprechenden Antrag per E-Mail oder Post zu.

Wir bewilligen Ihnen die DiPA zunächst für ein halbes Jahr. So haben Sie die Möglichkeit, das Produkt in Ruhe zu testen, bevor Sie es dauerhaft nutzen. Wenn Sie mit Ihrer DiPA zufrieden sind und sie weiter nutzen möchten, beteiligen wir uns gern auf Dauer an den Kosten. Wir erstatten Ihnen gegen einen entsprechenden Nachweis (zum Beispiel Kontoauszug oder Rechnung) die Kosten dafür.



Auch Helfer brauchen Hilfe.

Die Pflege von Familienangehörigen bedeutet oft ein Zurückstecken in Beruf und Privatleben. Dennoch erklären sich viele Ehepartner, Geschwister oder Kinder dazu bereit und nehmen die Verantwortung auf sich. Wir sind der festen Überzeugung: Dieser Einsatz muss belohnt und unterstützt werden.

Leistungen für Pflegepersonen

Natürlich sind wir nicht nur für die zu pflegende Person da, sondern auch für die privaten freiwilligen Helfer – ganz gleich, ob es sich dabei um Angehörige, Freunde oder Nachbarn handelt. Pflegepersonen sind dabei rentenversicherungspflichtig, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen.

Für die freiwilligen Helfer, die sogenannten Pflegepersonen, ist es wichtig und unerlässlich, sozial abgesichert zu sein, die Pflegeleistungen honoriert zu bekommen sowie beraten und geschult zu werden. Mit den nachfolgenden Hilfen leistet die Mobil Pflegekasse einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der Pflegepersonen.

Zeit für die Pflege Angehöriger

1) Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Pflegeunterstützungsgeld)

Ein Pflegefall tritt meist unerwartet ein. Vieles ist zu erledigen, aber die ganze Thematik Pflege ist den meisten gar nicht geläufig. In einem akuten Pflegefall haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr unbezahlt freistellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers hat der Beschäftigte diesem eine ärztliche Bescheinigung über die akut aufgetretene Pflegesituation des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Die kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer unabhängig von der jeweiligen Betriebsgröße in Anspruch nehmen.

Während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung haben pflegende Angehörige in einem Beschäftigungsverhältnis unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Dies gilt, wenn sie für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können.

2) Pflegezeit: Freistellung von der Arbeit

Pflegepersonen haben Anspruch auf Pflegezeit. Die Pflegezeit ist eine unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit. Arbeitnehmer, die einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen, können sich unter folgenden Voraussetzungen bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen lassen:

- Die zu pflegende Person ist mindestens in den Pflegegrad 1 eingestuft
- Der Arbeitgeber hat mehr als 15 Beschäftigte

Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Tage vor Inanspruchnahme schriftlich angekündigt werden. Dabei sind Zeitraum und zeitlicher Umfang (volle oder teilweise Freistellung) der Pflegezeit mitzuteilen. Die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MD nachgewiesen werden.

3) Reduzierung der Arbeitszeit

Im Familienpflegezeitgesetz steht, dass Arbeitnehmer mit ihrem Arbeitgeber eine Reduzierung ihrer wöchentlichen Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren vereinbaren können, um in dieser Zeit einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu pflegen. Pflegezeit und Familienpflegezeit dürfen insgesamt 24 Monate nicht überschreiten (Gesamtdauer).

Für die Dauer der Freistellung gewährt das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben Beschäftigten auf Antrag ein in monatlichen Raten zu tilgendes zinsloses Darlehen. Die Familienpflegezeit bedarf einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Im Unterschied zu den Regelungen im Pflegezeitgesetz ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, einen Familienpflegezeitvertrag abzuschließen. In versicherungs-, beitrags- und melderechtlicher Hinsicht sind durch das Familienpflegezeitgesetz keine besonderen Regelungen geschaffen worden.



Gut versichert, bestens gepflegt

1) Beiträge zur Rentenversicherung

Wenn Sie einen Pflegebedürftigen betreuen und es dadurch einem Familienmitglied oder Freund ermöglichen, in der eigenen Wohnung bleiben zu können, müssen Sie zwangsläufig ganz oder zumindest teilweise auf eine Berufstätigkeit verzichten. Das hat zur Folge, dass Sie sich nicht um die eigene Altersvorsorge kümmern können.

Wir sind für Sie da – und zahlen für Sie Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung ein. Wer einen oder mehrere Pflegebedürftige mit wenigstens Pflegegrad 2 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in der häuslichen Umgebung pflegt, erhält Beiträge zur Rentenversicherung. Es werden neben der körperlichen Pflege auch Betreuungszeiten sowie Zeiten der Haushaltsführung angerechnet. Dabei spielt es keine Rolle, ob Sie vor Beginn der Pflegetätigkeit berufstätig waren. Sogar wer neben seiner Pflegetätigkeit noch eine Berufstätigkeit von maximal 30 Wochenstunden ausübt, für den werden Rentenversicherungsbeiträge gezahlt. Diese richten sich nach der Pflegeleistung und dem zugeordneten Pflegegrad. Man erhält zum Beispiel einen höheren Beitrag, wenn man die Pflege ohne Hinzuziehung eines Pflegedienstes sicherstellt.

2) Gesetzliche Unfallversicherung

Die Mobil Pflegekasse sorgt dafür, dass Sie als Pflegeperson gesetzlich unfallversichert sind. Damit gewährleisten wir wie bei Arbeitnehmern, dass Sie bei Unfällen im Zusammenhang mit Ihrer Pflegetätigkeit und den damit verbundenen Fahrten abgesichert sind.

3) Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Seit dem 1. Januar 2017 sind Pflegepersonen auch in der Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig und können von der Mobil Pflegekasse sozial abgesichert werden. Dies ist der Fall, wenn Sie einen oder mehrere Pflegebedürftige mit wenigstens Pflegegrad 2 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in der häuslichen Umgebung pflegen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass Sie unmittelbar (also wenigstens einen Monat) vor Beginn Ihrer Pflegetätigkeit versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung waren bzw. eine Leistung wie Arbeitslosengeld I von der Agentur für Arbeit erhalten haben.



Unser Hilfsangebot für Pflegende, Angehörige und Interessierte.

Die Mobil Krankenkasse bietet in Kooperation mit dem digitalen Pflegeanbieter **PflegeBetreuer*** **kostenlose und maßgeschneiderte Online-Kurse** für pflegende Angehörige, Ehrenamtlich tätige oder Nachbarschaftshelfende an. Die Kurse unterstützen dabei, Pflege besser zu verstehen und den Alltag sicher zu begleiten.

Pflege ist persönlich. Ihr Online-Kurs auch.

Ihre Vorteile mit dem individuellen Online-Pflegekurs

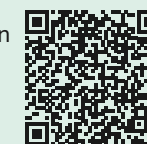
- Bedarfsermittlung auf Basis von Angaben zu Pflegegrad, Erkrankung und persönlichen Herausforderungen
- Passende Inhalte statt allgemeiner Standardkurse
- Fachlich geprüft durch Pflegeexpert:innen
- Intelligente KI-gestützte Kurszusammenstellung – angepasst auf Vorkenntnisse, Pflegeaufgaben und Lernpräferenzen

Alle Online-Kurse bieten:

- ✓ Sicherheit im Umgang mit neuen Pflegesituationen
- ✓ Themenvielfalt – verständlich aufbereitet
- ✓ flexible Nutzung – orts- und zeitunabhängig
- ✓ Teilnahmezertifikat
- ✓ keine zeitliche Begrenzung
- ✓ Verarbeitung nach geltendem Datenschutzrecht – Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben
- ✓ werbefreie Inhalte

Die Kurse können jederzeit gestartet, unterbrochen und in Ihrem eigenen Tempo fortgesetzt werden. **Wichtig:** Für die Nutzung der Pflegekurse ist **kein** Pflegegrad notwendig.

Hier finden Sie alle Informationen zu unseren kostenfreien Online-Pflegekursen – von den Kursinhalten bis zur Anmeldung.



***PflegeBetreuer** ist ein Angebot der **Gesundheit von Morgen GmbH**.



Die richtige Pflege?

Haken dran!

Bundesweit gibt es mehr als 15.000 ambulante Pflegedienstleister. Sich für einen zu entscheiden, fällt angesichts der großen Anzahl gar nicht so leicht. Beim optimalen Pflegedienst stimmen Leistung, Qualität und Preis – darüber hinaus müssen allerdings noch viele weitere Aspekte berücksichtigt werden. Worauf es bei der Auswahl wirklich ankommt und wie Sie den passenden Dienstleister finden, erfahren Sie hier.

Gesucht, gefunden: der ideale Pflegedienst

Sind Sie alters- oder krankheitsbedingt als Pflegebedürftiger auf die Hilfe anderer angewiesen, kommt ein Pflegedienst in Betracht. Die Auswahl ist hier nicht ganz leicht. Und vor allem: Nicht jeder Pflegedienst entspricht den üblichen Qualitätsanforderungen. Deshalb ist es wichtig, bei der Auswahl sorgfältig und strukturiert vorzugehen.

Unsere Checkliste soll Ihnen helfen, die für Sie richtige Entscheidung zu treffen. Die Überprüfung ist auch dafür geeignet, ein bereits bestehendes Pflegeverhältnis noch einmal unter die Lupe zu nehmen. Wir empfehlen, zwei bis drei Pflegedienste um ein kostenloses Beratungsgespräch zu bitten. Ziehen Sie Angehörige oder Freunde hinzu, die Ihnen bei der Beurteilung des Pflegedienstes zur Seite stehen.

Dieses Erstgespräch findet am besten dort statt, wo der Pflegebedürftige auch betreut wird. Es soll Ihnen helfen, sich über das Angebot und die Qualität umfassend zu informieren. Nicht jeder Anbieter ist auf alle Patientengruppen ausgerichtet.

Fragen Sie deshalb nach Erfahrungen und Qualifikationen des Personals hinsichtlich Ihrer persönlichen Anforderungen. Verschaffen Sie sich einen ersten Eindruck und achten Sie dabei auch auf Ihr Bauchgefühl. Bitten Sie um ein kostenloses schriftliches Angebot für die von Ihnen gewünschten Leistungen.

Unsere Themen-Checkliste für Ihre Entscheidung

Viele Aspekte sind zu beachten, wenn grundlegende Entscheidungen zu treffen sind. Ganz besonders wichtig sind Entscheidungen, die Ihre Zukunft betreffen. Daher bieten wir Ihnen anhand unserer Checklisten die Möglichkeit, wichtige Fragen rund um Ihre Pflege und die Wahl eines geeigneten Pflegeheims zusammenzustellen und nach Wichtigkeit zu beantworten.



Unser Tipp für Sie

Beantworten Sie die Fragen per Kreuz mit Ja oder Nein. Bedenken Sie dabei: Nicht alle Aspekte sind gleich wichtig. Kreuzen Sie deshalb in der dritten Spalte die Fragestellungen an, die Ihnen persönlich besonders am Herzen liegen. Der Pflegedienst, der in den für Sie wichtigen Kriterien am besten abgeschnitten hat, könnte Sie künftig pflegen.



THEMA: LEISTUNGSANGEBOT

	JA	NEIN	WICHTIG
Ist der Pflegedienst außer für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung für die medizinische Behandlungspflege zugelassen?	☐	☐	☐
Bietet der Pflegedienst Service- oder Zusatzleistungen wie Menübringdienst oder Fußpflege zu akzeptablen Konditionen an?	☐	☐	☐
Bietet der Pflegedienst die für Sie notwendigen technischen Hilfsmittel oder Möglichkeiten der Wohnraumanpassung (z. B. höhenverstellbares Bett, Badezimmerumbauten oder Hausnotrufgerät) in ausreichendem Maße an?	☐	☐	☐
Sind alle für Sie notwendigen Leistungen im Programm des Anbieters enthalten oder vermittelbar?	☐	☐	☐
Wird die Betreuung auch kurzfristig übernommen?	☐	☐	☐
Hat der Anbieter einen 24-Stunden-Dienst für Notfälle? Kommt er auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen?	☐	☐	☐
Können zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel schnell und in ausreichender Menge zur Verfügung gestellt werden?	☐	☐	☐

THEMA: SICHERHEIT

	JA	NEIN	WICHTIG
Werden Ihre Wohnungsschlüssel sicher vor Dritten aufbewahrt?	☐	☐	☐
Ist gewährleistet, dass allein die zuständige Pflegekraft Zugang zu Ihrer Wohnung hat?	☐	☐	☐
Ist der Anbieter ausreichend gegen Schäden versichert, die möglicherweise durch ihn an Ihrem Privateigentum verursacht werden?	☐	☐	☐

THEMA: PFLEGEVERTRAG, -PLAN UND -DOKUMENTATION

	JA	NEIN	WICHTIG
Wird ein schriftlicher Pflegevertrag mit Ihnen abgeschlossen, in dem Leistungen, Pflegezeiten und Kosten zufriedenstellend und verbindlich festgelegt sind?	☐	☐	☐
Sind alle Kosten, die nicht von der Pflegekasse getragen werden können (Eigenanteile), explizit ausgewiesen?	☐	☐	☐
Sind Vorauszahlungen im Vertrag definitiv ausgeschlossen?	☐	☐	☐
Ermöglicht Ihnen die Kündigungsfrist des Pflegevertrags einen kurzfristigen Wechsel? (Ihre Kündigungsfrist sollte maximal zwei Wochen betragen.)	☐	☐	☐
Werden Art und Umfang der Pflege in ausreichendem Maße gemeinsam mit Ihnen und Ihren Angehörigen geplant und fortlaufend abgestimmt?	☐	☐	☐

THEMA: PFLEGEDIENST UND PFLEGEKRÄFTE

	JA	NEIN	WICHTIG
Ist Ihnen das Personal sympathisch?	☐	☐	☐
Werden Sie sich mit der Pflegekraft wohlfühlen und gut mit ihr zurechtkommen?	☐	☐	☐
Achten die Pflegekräfte ausreichend auf Sauberkeit und Hygiene, wie zum Beispiel auf saubere Arbeitskleidung und Handschuhe während der Pflege?	☐	☐	☐
Finden zwischen Pflegebedürftigem, Pflegekraft, Angehörigen und Ärzten regelmäßige Besprechungen statt, um einen guten Austausch und die Anleitung in der Pflege sicherzustellen?	☐	☐	☐
Arbeitet der Pflegedienst gut mit Ihrem Hausarzt zusammen?	☐	☐	☐
Führen die Fachkräfte wichtige Pflegetätigkeiten (zum Beispiel im medizinischen Bereich) aus?	☐	☐	☐
Übernimmt bei Ausfall Ihrer Pflegekraft eine gleich qualifizierte Fachkraft Ihre Pflege?	☐	☐	☐
Bilden sich die Pflegekräfte genügend weiter und bringen sie so ihr Fachwissen auf den neuesten Stand?	☐	☐	☐
Wird die Pflege in konstant guter Qualität und möglichst immer von der gleichen Pflegekraft geleistet?	☐	☐	☐
Können Sie Ihre Pflegekraft frei wählen, zum Beispiel wenn Sie nur von einer männlichen/weiblichen Pflegekraft betreut werden möchten?	☐	☐	☐
Haben Sie eine kompetente und zuverlässige Pflegedienstleitung als Ansprechpartner, die bei Beschwerden oder Änderungswünschen für Sie da ist?	☐	☐	☐

THEMA: BERATUNG UND INFORMATION

	JA	NEIN	WICHTIG
Werden Sie vor Vertragsvorlage umfassend und kostenlos zu Hause beraten?	☐	☐	☐
Fragt der Anbieter ausreichend nach Ihren persönlichen Wünschen, Ihrer individuellen Situation und den notwendigen Leistungen?	☐	☐	☐
Berücksichtigt der Anbieter dabei auch genügend Ihre Vorgeschichte wie etwa Unfälle, Krankheiten oder Therapien?	☐	☐	☐
Beantwortet der Pflegedienst alle Ihre Fragen ausführlich und geduldig?	☐	☐	☐
Erhalten Sie ausführliche und verständliche Informationen über die Finanzierung der Pflege sowie einen schriftlichen Überblick über Leistungen und Preise?	☐	☐	☐
Erklärt der Pflegedienst das Abrechnungsverfahren verständlich und erläutert er auch, welche der Hilfen die Pflegekasse trägt und welche Sie bezahlen müssen?	☐	☐	☐
Ist der Anbieter rund um die Uhr erreichbar?	☐	☐	☐

Bestens gepflegt,
täglich dokumentiert

Die Pflegedokumentationsmappe besteht aus der Pflegeplanung und Formblättern für die tägliche Eintragung der erbrachten Leistungen sowie aus Informationen, die für Ihre Pflege von Bedeutung sind, wie zum Beispiel Medikamentengabe oder Hausarztbesuche. Anhand der regelmäßigen Einträge werden der Pflegeverlauf und alle Veränderungen der Pflegesituation dokumentiert.



Unser Tipp für Sie

Wenn eine ambulante Pflege durch einen Pflegedienst erforderlich ist, empfehlen wir Ihnen, Kontakt mit der Mobil Pflegekasse aufzunehmen. Die freundlichen Mitarbeiter informieren und beraten Sie gern. Pflegedienste finden Sie ganz einfach hier: bkk-pflegefinder.de

Das richtige Heim für
die passende Pflege

Wenn es notwendig ist, einen Menschen in einem Heim zu pflegen, wird das oft als Schicksalsschlag empfunden. Für die Betroffenen selbst zählt der Umzug ins Heim zu den gravierendsten Einschnitten im Alter. Sie verlieren auf einen Schlag ihre vertraute Umgebung, büßen Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit ein.

Auch wenn bisweilen Jüngere durch schwere Erkrankungen oder Unfälle zu einem Pflegeaufenthalt im Heim gezwungen sind – in der Regel sind es alte Menschen, die auf Dauer ihr Zuhause gegen eine Heimunterbringung tauschen. Es ist wichtig, dass Sie sich als Pflegebedürftiger in der ausgewählten Einrichtung wohlfühlen und Sie dort optimal versorgt werden.



Unser Tipp für Sie

Ist eine besonders schnelle Heimaufnahme notwendig, jedoch noch kein Platz in dem ausgewählten Heim vorhanden, können Sie möglicherweise Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Mehr Infos zu den Themen Kurzzeit- und Verhinderungspflege finden Sie in dieser Broschüre ab Seite 15 und unter unserer kostenlosen Service-Hotline **0800 255 0800**.

Beide Leistungen sind übrigens miteinander kombinierbar bzw. übertragbar.

Eine kleine Hilfe für eine wichtige Entscheidung:
unsere Checkliste

Ob Sie sich in einem Heim wohlfühlen, hängt von vielen individuellen Faktoren ab. Für die einen ist die Gewissheit der schnellen Hilfe in Notsituationen entscheidend, für andere ist das Zwischenmenschliche das Hauptkriterium und wiederum anderen ist der Wohnkomfort besonders wichtig. Unsere Checkliste hilft Ihnen, das richtige Heim zu finden. Vor der Überprüfung ist es jedoch sinnvoll, sich beraten zu lassen. Durch den jahrelangen Kontakt kann der Hausarzt Ihre gesundheitliche Situation am besten einschätzen. Er kann beurteilen, ob eine häusliche Pflege noch möglich oder eine Heimunterkunft unausweichlich ist. Wenn eine stationäre Pflege erforderlich ist, sollten Sie Kontakt mit der Mobil Pflegekasse aufnehmen.

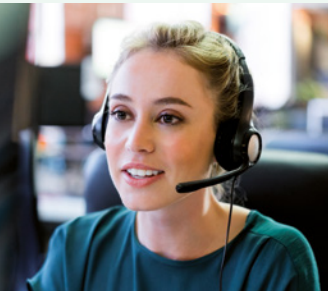
Wir informieren und beraten Sie gern!

Einrichtungen finden Sie hier:
bkk-pflegefinder.de



Telefonische Auskünfte

Wünschen Sie weitere Informationen zur stationären Pflege? Telefonische Auskünfte erhalten Sie auch bei Sozialämtern, den Altenhilfe-Abteilungen der Kommunen, Seniorenbüros, Wohlfahrtsverbänden oder Seniorenbeiräten der Gemeinden.



Ihre persönliche Checkliste für den Erstbesuch in einem Heim

Einrichtung _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____

Datum _____
Ansprechpartner _____
Telefon _____

	JA	NEIN	WICHTIG
Hat das Heim eine akzeptable Entfernung zur derzeitigen Wohnung, zu Angehörigen, Freunden, Nachbarn?	☐	☐	☐
Ist das Heim mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar?	☐	☐	☐
Liegen Krankenhaus, Arztpraxen, Apotheken, Geschäfte, Post, Bank und Restaurants in annehmbarer Entfernung?	☐	☐	☐
Sind Lage und Umgebung des Heims akzeptabel?	☐	☐	☐
Sind Größe und Platzanzahl der Einrichtung annehmbar beziehungsweise überschaubar?	☐	☐	☐
Ist die Heimpforte rund um die Uhr, also auch nachts, besetzt?	☐	☐	☐
Sind ansprechende Grün-, Garten- oder Hofanlagen vorhanden?	☐	☐	☐
Sind die öffentlichen Räumlichkeiten des Heims wie Speiseraum, Wohnzimmer, TV-Raum, Cafeteria und Kiosk ansprechend und in ausreichendem Maße geöffnet oder zugänglich?	☐	☐	☐
Sind alle wichtigen Dienstleister wie Frisör, Fußpflege und Therapiezentrum im Heim vorhanden?	☐	☐	☐
Hat das Heim mehr Wohn- als Krankenhauscharakter?	☐	☐	☐
Hat die Einrichtung eine angenehme, freundliche und ruhige Atmosphäre?	☐	☐	☐
Wird mit allen Heimbewohnern respektvoll umgegangen und die Privatsphäre genügend geachtet?	☐	☐	☐
Wirken die Heimbewohner präsent, zufrieden, gepflegt und aktiv?	☐	☐	☐
Sind in dem Heim auch attraktive Einzelzimmer verfügbar?	☐	☐	☐
Ist das Zimmer alters-/behindertengerecht ausgestattet?	☐	☐	☐
Hat das Zimmer ein eigenes und annehmbares Bad/WC?	☐	☐	☐
Sind die Zimmer abschließbar?	☐	☐	☐
Wird Ihnen ein Hausschlüssel ausgehändigt?	☐	☐	☐
Sind Zimmergröße und -ausstattung annehmbar, wirken die Zimmer hell und freundlich?	☐	☐	☐
Ist Ihnen die Mitnahme eigener Möbel und Teppiche oder Gardinen erlaubt?	☐	☐	☐
Dürfen Sie Ihr Haustier in das Heim mitnehmen?	☐	☐	☐

	JA	NEIN	WICHTIG
Ist die Betreuung durch Ärzte rund um die Uhr auch an Wochenenden und Feiertagen ausreichend gewährleistet?	☐	☐	☐
Können Sie Ihren Arzt frei wählen?	☐	☐	☐
Ist die Betreuung durch Pflegefachkräfte rund um die Uhr auch an Wochenenden und Feiertagen sichergestellt?	☐	☐	☐
Wird Ihr individueller Pflegeplan gemeinsam mit Ihnen und Ihren Angehörigen erstellt und genügend auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt?	☐	☐	☐
Sind Mitarbeiteranzahl und Anteil an Fachkräften im Heim angemessen?	☐	☐	☐
Verfügt das Heim über einen Sozialdienst, einen Fahrdienst und eine seelsorgerische Betreuung?	☐	☐	☐
Bietet das Heim den Bewohnern in ausreichendem Maße Feiern, Ausflugs- und Freizeitmöglichkeiten sowie kulturelle Veranstaltungen?	☐	☐	☐
Gibt es die Möglichkeit, im Haus zum Gottesdienst zu gehen?	☐	☐	☐
Sind die Mahlzeiten, ihre Anzahl und die Essenszeiten akzeptabel?	☐	☐	☐
Sind in der Einrichtung Diäten, Schonkost und vegetarische Kost möglich?	☐	☐	☐
Ist es möglich, auf die Menügestaltung Einfluss zu nehmen?	☐	☐	☐
Können sich die Bewohner im Heim auch selbst versorgen?	☐	☐	☐
Ist es möglich, sich das Essen aufs Zimmer bringen zu lassen?	☐	☐	☐
Werden die Zimmer regelmäßig und ausreichend gereinigt?	☐	☐	☐
Bietet die Einrichtung die Reinigung der persönlichen Wäsche und auch spezielle Reinigungen (chemische Reinigung) an?	☐	☐	☐
Sind die Besuchs-, Ruhe- und Weckzeiten annehmbar und flexibel?	☐	☐	☐
Wurde Ihnen ein schriftliches Pflege- und Betreuungskonzept ausgehändigt und erklärt?	☐	☐	☐
Haben Sie genügend Informationen und/oder einen Hausprospekt über die Leistungen erhalten?	☐	☐	☐
Ermöglicht Ihnen das Heim vorab ein Probewohnen?	☐	☐	☐
Sind die Anmelde- oder Wartezeiten des Heims für Sie annehmbar?	☐	☐	☐
Sind die Anmeldegebühren, Einmalzahlungen, Kautionen und Sonderkosten angemessen?	☐	☐	☐
Sind alle Kosten hinreichend aufgeschlüsselt und nachvollziehbar?	☐	☐	☐
Gibt es einen Heimbeirat oder Heimfürsprecher, der Ihre Interessen vertritt?	☐	☐	☐

Impressum

Redaktion: Mobil Betriebskrankenkasse,
Patrick Steenbock

Druck:
Merkur Druck, Norderstedt

Gestaltung und Umsetzung:
engelmann + kryschak Werbeagentur GmbH

Alle Rechte vorbehalten.

Alle Informationen werden regelmäßig auf unseren Internetseiten aktualisiert. Bitte beachten Sie, dass alle in dieser Broschüre enthaltenen Angaben und Informationen von der Mobil Betriebskrankenkasse und Dritten mit größter Sorgfalt recherchiert und geprüft wurden. Es wird für die vermittelten Informationen keine Gewähr übernommen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht erhoben. Hinsichtlich des Leistungsumfangs sind ausschließlich das SGB V und die Satzung der Mobil Betriebskrankenkasse maßgeblich. Durch die in dieser Broschüre dargestellten Informationen und Angaben werden keine zusätzlichen oder abweichenden Leistungsverpflichtungen begründet.

Bildnachweis
Getty Images (Titel, Seite 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 28)

Juni 2026

Unsere kostenlose
Service-Hotline:
0800 255 0800

Jetzt anmelden!

Sie möchten sofort über neue Highlights und Serviceangebote der Mobil Krankenkasse informiert werden? Dann melden Sie sich hier an:
mobil-krankenkasse.de/ewe-broschuere



Gerne beraten wir Sie auch persönlich.

Sie entscheiden, wann und wo: vor Ort in einem unserer **Service-Points** oder **telefonisch**.

Wir beraten Sie gerne, zugeschnitten auf Ihre persönlichen Bedürfnisse und Lebensumstände.



Sie möchten eine Pflegeberatung der Mobil Pflegekasse nutzen?

Vereinbaren Sie einfach einen
telefonischen Beratungstermin
mobil-krankenkasse.de/termin



Oder rufen Sie uns unter der
kostenlosen Service-Hotline an:

0800 255 0800

Folgen Sie uns auch auf Instagram
und Facebook.



@mobilkrankenkasse



Mobil Krankenkasse



Gültigkeit: bis 11/2026

Quelle: Handelsblatt, Print-Ausgabe Nr. 216 (10.11.2025)