

Infoblatt Nr.1

Leben mit Demenz:

Leistungen der Pflegeversicherung

damit Sie bei einer Demenzerkrankung Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, muss ein Antrag auf Überprüfung Ihrer Pflegebedürftigkeit bei Ihrer Pflegekasse gestellt und von dieser bewilligt werden!

Seniorenvertretung im Landkreis Oldenburg und
Beauftragte für Fragen des Alters Landkreis
OldenburgStand: Februar 2020



Der richtige Zeitpunkt nach der Demenzdiagnose?

- Mit einer Demenzdiagnose ist man nicht gleich pflegebedürftig und erhält daher auch nicht automatisch Pflegeleistungen
- Wenn Sie den Eindruck haben, dass Sie regelmäßig auf Hilfe im Alltag angewiesen sind, sollten Sie mit Ihrem/r behandelnden Arzt/Ärztin darüber sprechen und (möglichst in Absprache mit Ihren Angehörigen, nahen Bekannte etc.) einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Ihrer Pflegekasse stellen
- Die Pflegekasse ist i.d.R. bei Ihrer Krankenkasse angesiedelt
- Seit Anfang 2017 haben sich die Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Demenz deutlich gegenüber der alten Gesetzgebung verbessert (Pflegestärkungsgesetz II).
 - Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff setzt jetzt psychische, geistige und physische Einschränkungen in der Pflegebedürftigkeit gleich. Somit sind Personen mit einer dementiellen Erkrankung körperlich beeinträchtigten Personen gleichgestellt und erhalten auf diese Weise erstmals den gleichen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung!
- Die rechtliche Definition von „Pflegebedürftigkeit“ ist unter folgender Adresse nachzulesen:
www.sozialgesetzbuch-sgb.de¹
- Das Antragsdatum ist für den Leistungsbeginn entscheidend. Leistungen der Pflegeversicherung können frühestens ab dem Monat gezahlt werden, in dem der Antrag gestellt wurde. Halten Sie daher das Datum schriftlich fest, an dem Sie den Antrag gestellt haben.
 - Bsp: Wird der Antrag am Monatsende (z.B. 28.03) bei der Pflegekasse eingereicht, bekomme die/ der Antragsteller*in die gesamten bewilligten Leistungen für diesen Monat rückwirkend ab 01.03. Aber nur dann, wenn auch die Pflegebedürftigkeit tatsächlich schon bestand!
- **Grundsätzlich gilt:**
 - Falls Sie Leistungen von der Pflegekasse erhalten wollen, müssen Sie mindestens zwei Jahre innerhalb der vergangenen zehn Jahre in die soziale Pflegeversicherung eingezahlt haben (Vorversicherungszeit). Andernfalls wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges Sozialamt.



Wer kann einen Antrag stellen?

- Sie selbst bzw. ein/e Vertreter/in (Bevollmächtigte bzw. „Rechtliche Betreuungsperson“)
- Stellt ein/e Bevollmächtigte/r bzw. ein/e „Rechtliche/r Betreuer*in“ den Antrag, sollte gleich eine Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beigelegt werden
- Der Antrag ist immer für die pflegebedürftige Person zu stellen und nicht im Namen des Pflegenden!

Welche formellen Dinge sind bei einem Antrag zu beachten?

- Stellen Sie den Antrag telefonisch, können Sie nicht nachweisen, wann Sie den Antrag gestellt haben!
- Ein schriftlicher Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann formlos und relativ allgemein gehalten bei Ihrer Pflegekasse eingereicht werden (Brief, E-Mail, Fax).
 - Bsp.: „Ich stelle hiermit einen formlosen Antrag auf Überprüfung der Pflegebedürftigkeit und auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Antrags.“
- Ein Formular für den Antrag zu nutzen ist nicht notwendig! Nutzt man dennoch ein formelles Antragsformular der Pflegekasse, sollte man nur die nötigsten Angaben machen und hinsichtlich des eigentlichen Pflegebedarfs als Laie auf keinen Fall ins Detail gehen!
- Ein formloser Antrag und das persönliche Gespräch bei der Begutachtung können möglicherweise besser geeignet sein, Ihre Situation als dementiell Erkrankte/r zu erklären, als schriftliche Festlegungen in einem Antragsformular!



© Sabine van Erp / Pixabay

Bei wem erhält man Pflegeberatung? Wer kann sich beraten lassen?

- Wer bei seiner Pflegekasse einen Antrag auf Überprüfung der Pflegebedürftigkeit und somit auf Leistungen stellt (bzw. bereits Leistungen erhält und weitere beantragen will) hat allgemein einen rechtlichen Anspruch auf eine kostenfreie individuelle Pflegeberatung nach § 7 SGB XI
- Wünschen Sie es, erfolgt diese Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) auch gegenüber Ihren Angehörigen oder weiteren Personen.
- Auf Ihren Wunsch kann die Pflegeberatung auch unter Einbeziehung Ihrer Angehörigen oder weiterer Personen stattfinden.
- Somit haben
 - Sie als Antragsteller*in (im Fall einer weiteren Beantragung als Empfänger*in von Pflegeleistungen),
 - Ihre pflegenden Angehörigen oder
 - Ehrenamtlich Pflegende bzw.
 - an der Pflege Interessierte
 - die Möglichkeit, sich beraten zu lassen
- Ihre Pflegekasse wird Ihnen nach Eingang Ihres Antrags binnen 14 Tagen einen konkreten Beratungstermin anbieten, der auch in Ihrem persönlichen Wohnumfeld stattfinden kann.
- Im Beratungsgespräch können Sie Fragen zur Pflege und zu den Leistungen stellen
- Sollte Ihre Pflegekasse die Pflegeberatung innerhalb von 14 Tagen nach Ihrer Antragstellung nicht mit eigenen Beratungsfachleuten durchführen können, muss sie Ihnen einen Gutschein für eine Pflegeberatung nach § 7b aushändigen – genauso wie eine Liste mit qualifizierten und berechtigten Pflegeberatern*innen, mit denen Sie dann selbstständig einen Beratungstermin ausmachen können.



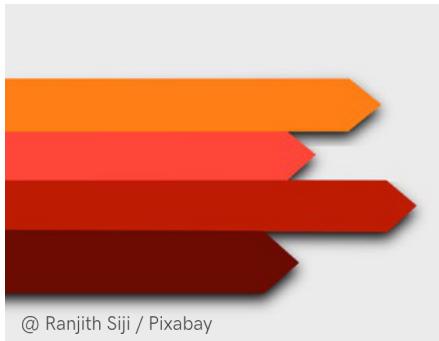
@ bertholdbrodersen / Pixabay

Welche zusätzlichen Angebote gibt es u.a. für gesetzlich Versicherte im Landkreis Oldenburg?

- Unabhängige, neutrale und kostenlose Beratung erhalten gesetzlich Versicherte beim Pflegestützpunkt im Landkreis Oldenburg.
Landkreis Oldenburg, Delmenhorster Straße 6,
27793 Wildeshausen
- Infos unter: www.oldenburg-kreis.de²
 - Ansprechpartnerinnen sind:
 - **Frau Lakomiec:** Tel.: 04431/85 603
E-Mail: bettina.lakomiec@oldenburg-kreis.de
 - **Frau Lindemann:** Tel.: 04431/85 604
E-Mail: sylvia.lindemann@oldenburg-kreis.de
 - Beratungszeiten:
montags bis donnerstags von 8 bis 15 Uhr,
freitags von 8 bis 13 Uhr
- die Beratung kann (nach Absprache) auch in der eigenen Wohnumgebung erfolgen!

Infos für gesetzlich Versicherte mit Demenz zum Downloaden

- Infos zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und mehr vor dem Hintergrund einer Demenzerkrankung finden Sie u.a. im „Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit unter: www.bundesgesundheitsministerium.de³



@ Ranjith Siji / Pixabay

Sie sind privat versichert?

- Unabhängige, neutrale und kostenlose Beratung erhalten privat Versicherte bei der compass private pflegeberatung GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln
 - Infos unter: www.compass-pflegeberatung.de⁴
 - Tel.: 0221/93332-0
 - E-Mail: info@compass-pflegeberatung.de
- Die Beratung kann (nach Absprache) auch in der eigenen Wohnumgebung erfolgen!

Infos für privat Versicherte zum Downloaden

- Allgemeine Infos zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Leistungen der privaten Pflegeversicherung und mehr finden Sie u.a. in der Broschüre der Privaten Pflegeversicherung unter: www.pkv.de⁵
- Infos rund um die Pflege finden sich unter: pflegeberatung.de Eine Initiative der Privaten Krankenversicherung.
Die Infos sind nicht nur für Privatversicherte interessant und nutzbar!

Kostenloses Angebot für alle Versicherten: das allgemeine Bürgertelefon

- Ein **unabhängiges, neutrales und kostenloses Beratungsangebot** zur Pflegeversicherung stellt das Bundesministerium für Gesundheit mit dem **allgemeinen Bürgertelefon** zur Verfügung.
 - Es ist unter folgendem Kontakt erreichbar:
Telefonnummer: 030 / 340 60 66 - 02
Beratungszeiten: montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr, freitags von 8 bis 12 Uhr

Infos zur Pflegeversicherung speziell für alle Menschen mit Demenz

- Informationsblatt der Alzheimer Gesellschaft zur Pflegeversicherung findet sich unter:
https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt8_pflegeversicherung.pdf⁶

Durch wen wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt?

- Falls Sie gesetzlich versichert sind: beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung um den Grad Ihrer Selbständigkeit (Pflegegrad) einzuschätzen. Weiterführende Infos zum MDK unter: www.mdk.de⁷
- Falls Sie privat versichert sind: beauftragt Ihre Pflegekasse das private Versicherungsunternehmen medicproof-GmbH. Weiterführende Infos zu medicproof unter: www.medicproof.de⁸



Wann kann man nach Antragstellung mit einer Begutachtung rechnen?

- Der/die Gutachter*in (zumeist eine Pflegefachkraft oder ein/e Arzt/Ärztin) vereinbart mit Ihnen oder Ihrer Vertretungsperson (bevollmächtigte bzw. rechtliche Betreuungsperson) einen möglichst zeitnahen Termin für einen Hausbesuch in Ihrem Wohnumfeld
- Dabei hat Ihnen Ihre Pflegekasse binnen 20 Arbeitstagen nach Antragstellung auf Pflegeleistungen (Frist gilt ausschließlich bei Erstantrag), einen Termin für eine Begutachtung zu ermöglichen!



@ Florian Kurz / Pixabay

Was ist, wenn die Zeit besonders drängt?

- In akuten Fällen ist es notwendig, eine Entscheidung, ob und in welchen Pflegegrad der/die Betroffene einzustufen ist, schneller zu fällen.
- In folgenden Situationen verkürzt sich die Frist:
 - Eilbegutachtung
 - innerhalb von einer Woche nach Antragseingang falls:
 - der/die Antragsteller*in sich im Krankenhaus, einer Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder
 - der/die Antragstellerin ambulant palliativ versorgt wird (www.dhpv.de⁹) und eine Begutachtung zur Sicherstellung der Weiterversorgung erforderlich ist
 - oder die (zukünftige) Pflegeperson beim Arbeitgeber bzw. bei der Arbeitgeberin eine gesetzliche Pflegezeit angekündigt oder eine Familienpflegezeit vereinbart hat
 - Link auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier werden Pflegezeit und Familienpflegezeit erläutert: www.bundesgesundheitsministerium.de¹⁰
 - Eilbegutachtung
 - innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang:
 - Falls der/die Antragsteller*in zu Hause ist oder in einem Pflegeheim wohnt, ohne palliativ versorgt zu werden,
 - und die Pflegeperson beim Arbeitgeber bzw. bei der Arbeitgeberin eine gesetzliche Pflegezeit angekündigt oder eine Familienpflegezeit vereinbart hat
 - Falls Sie sich in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus) befinden, lassen Sie sich durch den dortigen Sozialdienst bei der Antragstellung beraten und unterstützen!

Was ist beim Begutachtungsbesuch, vor dem Hintergrund der Demenzerkrankung, besonders zu beachten?



@ Gerd Altmann / Pixabay

- Beim Hausbesuch wird geprüft, wie selbstständig Sie als Antragsteller*in Ihren Alltag noch gestalten können. Die Begutachtung zur Feststellung eines Pflegegrads bei Demenz erscheint dabei nicht immer einfach und eindeutig, da Sie als Demenzkranke/r je nach Tagesform einen durchaus selbstständigen Eindruck hinterlassen können
- Menschen mit Demenz sind häufig auf unterschiedliche Art und Weise auf Hilfe angewiesen, daher sollte jegliche Unterstützung und Hilfestellung beim Begutachtungstermin deutlich gemacht und nicht aus Scham verschwiegen oder aus Unwissenheit vergessen werden. Geben Sie an, welche Situationen im Alltag besonders schwierig sind, bei welchen Tätigkeiten und in welchem Maße Unterstützung nötig ist und welche Tätigkeiten Sie selbstständig erledigen können
- Bitten Sie zum Beratungsgespräch auch Personen dazu, die regelmäßig helfen. Diese können wichtige Informationen zur Begutachtung beisteuern. Manche ambulanten Dienste bieten bei einem solchen Gespräch ebenfalls ihre Hilfe und Unterstützung an. Fragen Sie ruhig nach (Liste der ambulanten Dienste?)!
- Haben Sie als Demenzkranke(r) eine rechtliche Betreuungsperson, sollte diese so früh wie möglich über den Hausbesuch unterrichtet werden und dabei sein
- Fragen Sie bei Ihrer Pflegekasse ruhig nach, ob diese ggf. eine/n Gutachter*in zum Hausbesuch schicken kann, der bzw. die im Umgang mit dementiell Erkrankten erfahren ist



Lohnt sich eine Vorbereitung auf das Begutachtungsgespräch?

- Ja
- Als Vorbereitung bietet sich an, über einen längeren Zeitraum ein aktuelles Pflegetagebuch (Tagesprotokolle) durch Ihre Pflegeperson führen zu lassen. Darin kann festgehalten werden, in welchen Situationen Sie Hilfe, Betreuung und Anleitung durch Ihre Pflegeperson(en) benötigen. Der/die Gutachterin erhält beim Besuch nur eine Momentaufnahme der Pflegesituation. Damit der Grad Ihrer (Un-) Selbständigkeit realistisch erfasst werden kann, bitten Sie oder Ihre Pflegeperson(en) den/die Gutachter*in, eine Kopie des Pflegetagebuchs als Anlage dem Gutachten beizufügen
- Ein Pflegetagebuch, das die neue Gesetzgebung berücksichtigt, finden Sie zum Download z.B. unter:
www.wohnen-im-alter.de¹¹ oder unter: www.fuk-essen.de¹²
- mit extra ausgewiesener Anleitung zur korrekten Ausfüllung
- Als Vorbereitungshilfe auf den Begutachtungsbesuch kann auch der „Selbsteinschätzungsformular für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft genutzt und eine Kopie dem/der Gutachter*in zur Verfügung gestellt werden. Der Selbsteinschätzungsformular ist abrufbar unter:
www.deutsche-alzheimer.de¹³
- Krankenunterlagen sollten ebenfalls beim Besuch griffbereit vorliegen. D.h. es gilt Kopien sämtlicher Atteste, Gutachten, Entlassungsberichte aus Krankenhäusern und andere Dokumente (u.a. auch Medikamentenplan/Behandlungsplan) im Vorfeld der Begutachtung zusammenzustellen, die Ihre Demenzerkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen belegen können. Sie sollten daher Ihre/n Hausarzt/-ärztin nach Diagnosen, schriftlichen Anordnungen von therapeutischen und pflegerischen Leistungen und Befunden etc. befragen, die den Hilfebedarf beim Krankheitsbild Demenz untermauern und ggf. in einer griffbereiten „Notfallmappe“ zusammenstellen.

- **Hinweis: Medikamentenplan**
- Die meisten Patienten*innen haben einen Medikamentenplan Ihres Hausarztes bzw. ihrer Hausärztin. Falls Sie gleichzeitig drei und mehr ärztlich verordnete Medikamente einnehmen, haben Sie Anspruch auf einen Medikamentenplan. Der Medikationsplan soll möglichst sämtliche verschreibungspflichtige Arzneimittel enthalten, die Sie einnehmen, sowie die Selbstmedikation z.B. durch frei verkäufliche Mittel. Dazu werden unter anderem der Wirkstoff, die Dosierung, der Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme aufgeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung (KbV) hat dazu eine Patienteninfo in Form eines Flyers herausgegeben. Abrufbar unter: www.kbv.de¹⁴
- Bzw. hier als PDF zum Herunterladen hinterlegt: (PDF)
- Die Initiative „Medikationsplan schafft Überblick“ stellt dazu, insbesondere aus Sicht älterer Menschen, ebenfalls einen abrufbaren Medikationsplan zur Verfügung:
www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de¹⁵
- Ihre Pflegepersonen können, wenn Sie zustimmen, auch ein (weiteres) Gespräch mit dem/der Gutachter*in unter vier Augen führen. Das hat nichts mit Misstrauen zutun. Objektiv werden von den Pflegenden Dinge anders wahrgenommen, als von der zu pflegenden Person



Was muss man unter der Begutachtung verstehen?

- Die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit soll in Erfahrung bringen
 - was Sie im Alltag alleine leisten können
 - welche Fähigkeiten noch vorhanden sind und
 - wobei Sie konkret Hilfe benötigen
- I.d.R. beträgt die Begutachtungszeit zwischen 30 und 60 Minuten, in denen Sie und Ihre Pflegeperson(en) Zeit haben, um die Selbständigkeit, aber auch Ihren Hilfebedarf, darzustellen.
- Dabei ist es ausschlaggebend, wie und in welchem Ausmaß Sie Ihren Alltag in den sechs zentralen Lebensbereichen (nicht) alleine bewältigen können. In sechs Modulen ist der Grad der Selbständigkeit für die Einstufung in einen Pflegegrad ausschlaggebend. Die Bereiche werden prozentual unterschiedlich stark gewichtet:

1. Mobilität (körperliche Beweglichkeit) (10% Gewichtung)

- z.B. Können Sie selbständig aufstehen, Treppen steigen, eine stabile Sitzposition halten etc. oder benötigen Sie personelle Hilfe? Hier geht es darum, ob Sie sich selbständig innerhalb Ihres Wohnbereichs bewegen können

2. Kognitive u. kommunikative Fähigkeiten**(Verstehen u. Reden)**

- z.B. Können Sie Informationen und Sachverhalte verstehen? Sich an einem Gespräch beteiligen? Erkennen Sie Personen Ihres näheren Umfeldes, erinnern Sie sich an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen? Erkennen Sie Risiken und Gefahren? Haben Sie eine örtliche und zeitliche Orientierung? Hier geht es darum, in welcher Form Ihre geistige Fähigkeit vorhanden bzw. beeinträchtigt ist oder

3. Verhaltensweisen u. psychische Problemlagen

- z.B. Können Sie Ihr Verhalten selbständig steuern? Wie häufig erfordern bei Ihnen Verhaltensweisen, wie nächtliche Unruhe, Ängste oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, eine personelle Unterstützung? Hier geht es um eine Einschätzung, ob und wenn ja wie häufig dies erforderlich ist Modul 2 oder 3. Die höhere Punktzahl zählt (15% Gewichtung)

4. Selbstversorgung (40% Gewichtung)

- z.B. Ist es Ihnen möglich, selbst zu duschen/baden (einschließlich Haare waschen), selbst an- und auszukleiden, zu essen und zu trinken, eine Toilette zu nutzen etc.? Hier wird Ihre Selbständigkeit beim Waschen, An- und Auskleiden, bei der Ernährung und bei der körperlichen Ausscheidung beurteilt

5. Bewältigung von u. selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen u. Belastungen (20% Gewichtung)

- z.B. Können Sie Ihre Medikamente selbständig einnehmen? Körper-zustände selbständig messen und deuten, einen Verband wechseln, eine selbständige Wundversorgung vornehmen? Eine Diät einhalten und einen Arzt besuchen? Hier wird der selbständige Umgang mit Therapien u.a. krankheitsbedingten Anforderungen beurteilt.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15% Gewichtung)

— z.B. Können Sie sich mit sich selbst beschäftigen, Ihren Alltag organisieren, Ruhen und Schlafen, Sozialkontakte pflegen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen? Hier wird bewertet, ob Sie Ihren Tagesablauf individuell und bewusst selbst gestalten, bzw. Kontakt zu anderen Menschen im unmittelbaren Umfeld aufnehmen können.

7. Außerhäusliche Aktivitäten (ohne Gewichtung und somit ohne Bewertung)

8. Haushaltsführung (ohne Gewichtung und somit ohne Bewertung)

Was ist unbedingt zu berücksichtigen?

- Bei Modul 2 oder 3 fließt nur der höhere Wert in die Berechnung ein!
- Die Bereiche „außerhäusliche Aktivität“ und „Haushaltsführung“ werden bei der Einstufung in einen Pflegegrad nicht berücksichtigt!

Wie können sich Ihre Pflegepersonen auf das Begutachtungsgespräch noch vorbereiten?

- Pflegende von Demenzkranken können sich vor dem Begutachtungsgespräch speziell mit den Kriterien in den Bereichen „Kognitive u. kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens u. soziale Kontakte“ auseinandersetzen
- Infos: Begutachtungsrichtlinie MDK insbesondere für Demenz Betroffene S. 28-64 unter www.mds-ev.de¹⁶
- Allgemeine Infos zur Pflegebegutachtung gesetzlich Versicherter in verschiedenen Sprachen finden Sie unter: www.mdk.de¹⁷
- Eine Pflegeprotokoll zur Vorbereitung auf das Begutachtungsgespräch für privat Versicherte ist für Sie downloadbar unter: www.medicproof.de¹⁸

Was hat das mit dem „Punktesystem“ auf sich?

- Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird durch ein Punktesystem bewertet. Die festgestellten Punkte in einem Bereich werden prozentual in gewichtete Punkte umgerechnet und zeigen so die Beeinträchtigung Ihrer Selbstständigkeit bzw. Ihrer Fähigkeiten. Die Gesamtzahl der so gewichteten Punkte ergibt dann die Höhe des Pflegegrades (PG)

Wann ist/sind Selbstständigkeit/ Fähigkeiten so stark beeinträchtigt, dass ein Pflegegrad zuerkannt wird?

Gewichtete Punkte	Stärke der Beeinträchtigung	Pflegegrad
0 - 12,4	keine	kein PG
12,5 - 26,9	geringe	PG 1
27,0 - 47,4	erhebliche	PG 2
47,5 - 69,9	schwere	PG 3
70,0 - 89,9	schwerste	PG 4
90,0 - 100,0	mit besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung	PG 5

- Weitere Infos und Beispiele finden Sie u.a. unter:
www.aok.de¹⁹
- Verschlechtert sich Ihr Gesundheitszustand, können Sie jederzeit eine erneute
- Begutachtung bei Ihrer Pflegekasse (Höherstufungsantrag) gestellt stellen!



© Sabine van Erp / Pixabay

Unterstützung durch Hilfs- und Pflegemittel bzw. Anpassung des Wohnumfelds

- Der/die Gutachter*in gibt im Rahmen der Begutachtung auch konkrete Empfehlungen
 - zu Ihrer Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln (z.B. Badehilfen etc.)
 - zur Anpassung Ihres Wohnumfelds (wie z.B. Treppenlift) und ermittelt Ihr eventuell vorhandenes Rehabilitationspotential
- **Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln**
 - Empfiehlt der/die Gutachter*in konkrete Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zur Versorgung in ihrem Gutachten, sind diese – wenn Sie als pflegebedürftige Person dem zustimmen – von Ihnen nicht mehr extra bei der Pflegeversicherung zu beantragen.
 - Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens zählen nicht zu den Hilfs- bzw. Pflegemitteln! Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht!
 - So gelten z.B. Inkontinenz-Hilfsmittel der verschiedenen Art (z.B. Vorlagen und anatomisch geformte Vorlagen mit Netz- oder Fixierhose bzw. Inkontinenzhosen) nicht als Pflegehilfsmittel zum Verbrauch. Sie zählen zu den Hilfsmitteln der Krankenkasse, die über eine ärztliche Verordnung mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet werden müssen. Anders die Einmalbetteinlagen oder Einmalhandschuhe, die als Pflegehilfsmittel gelten und von der Pflegeversicherung ohne Verordnung abgerechnet werden. In diesem Fall gilt die Leistung der Pflegeversicherung. Allen Pflegebedürftigen (PG 1-5) stehen bis zu 40 € monatlich für bestimmte Produkte/Pflegemittel, die regelmäßig verbraucht werden, zu.

→ **Für gesetzlich Versicherte:**

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem auch alle Pflegehilfsmittel aufgeführt werden, für die die Pflegekasse die Kosten übernimmt. Dieses sog. Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt auch Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. In dem Verzeichnis kann online recherchiert werden. Pflegehilfsmittel stehen am Ende ab Produktgruppe 50! unter: hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de²⁰

— **Für Privatversicherte:**

- Auch privaten Krankenkassen (PKV) haben ein Verzeichnis erstellt, welches alle Hilfsmittel auflistet, deren Kosten durch die Kassen getragen werden. Da die Pflegekassen in der Regel den Krankenkassen angeschlossen sind, nutzen diese das Verzeichnis ebenfalls. Bei den privaten Versicherungen nennt sich dieses Verzeichnis „Hilfsmittelkatalog“. Er beinhaltet alle übernommenen Hilfsmittel, auch die zur Pflege.
- Privat Versicherte haben, je nach Tarif, Zugriff auf einen offenen oder geschlossenen Hilfsmittelkatalog. Letzterer beschränkt die Hilfsmittel, deren Kosten übernommen oder durch die Versicherung zur Verfügung gestellt werden. Tarife mit einem offenen Katalog liegen in den Kosten jedoch meist höher, allerdings haben Versicherte dann die Möglichkeit, alle aufgeführten Hilfsmittel im Katalog zu erhalten. In der Regel führen die Kassen im Katalog auch die Preise sowie die Häufigkeit der Erstattungen auf. Beide, das Verzeichnis der GKV als auch der Katalog der PKV, enthalten das gleiche Hilfsmittelverzeichnis, und darin enthalten sind Hilfsmittel, d. h. erstattungsfähige Produkte, gelistet. In dem Katalog kann online recherchiert werden unter: www.rehadat-gkv.de²¹

- **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**
- Der/die Gutachter*in hat Gegebenheiten Ihres Wohnumfelds zu dokumentieren, die Ihre Selbständigkeit hemmen, die Versorgung erschweren oder unmöglich machen. Die Beschreibungen dienen zur Begründung von Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, die von Ihrer Pflegekasse bezuschusst werden. Z.B. ist zu dokumentieren: die Zugänglichkeit des Bades, der Waschmöglichkeit und der Toilette und das Vorhandensein von Stufen oder Treppen vor oder in der Wohnung. Genauso sind Erschwernisse, wie zu schmale Türdurchgänge oder vorhandene Schwellen, die Art des Bettess etc. festzuhalten. Empfiehlt der/die Gutachter*in im Gutachten wohnumfeldverbessernde Maßnahmen der Pflegeversicherung, sind diese – wenn Sie als pflegebedürftige Person dem zustimmen – von Ihnen nicht mehr extra bei der Pflegeversicherung zu beantragen!



© Skitterphoto / Pixabay

Was sollten Sie als dementiell Erkrankte(r) bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beachten?

- In Ihrer Wohnung sollte möglichst wenig verändert werden. Da Ihnen die eigene Wohnung als Orientierungspunkt und Gedächtnisstütze dient, sollte Ihr häusliches Umfeld so weit wie möglich so belassen werden, wie Sie es kennen. Ansonsten verstärken Veränderungen innerhalb der Wohnung die Orientierungslosigkeit. Allerdings können Ihnen zusätzliche Orientierungspunkte durch Beleuchtung, Farbe und Einrichtungsgegenstände helfen, dass Sie sich besser zurechtzufinden! Andere Dinge, wie Schwellen, Stufen, Glastüren u.s.w., könnten von Ihnen übersehen werden und damit eine Gefahrenquelle für Sie darstellen. Bei der Wohnungsanpassung vor dem Hintergrund einer Demenz, gilt es daher in erster Linie darum, Gefahrenquellen (z.B. Stolperfallen) herauszufinden, zu reduzieren, sowie für eine ausreichende Beleuchtung zu sorgen, und Gegenstände, von denen eine Verletzungsgefahr ausgeht, zu entfernen.

- Es ist im Vorfeld für Sie und für Ihre Pflegenden gut zu wissen, auf welche Schwierigkeiten im Wohnumfeld Sie oder ihre Pflegeperson den/die Gutachter*in vielleicht auch selbst hinweisen können oder sollten. Dinge, die man im Vorfelde auch durch eine Wohnumfeldberatung in Erfahrung bringen kann!
- Infos zur Wohnungsanpassung bei Demenz sind u.a. abrufbar unter: www.wohnungsanpassung-bag.de²² und unter: www.neues-wohnen-nds.de²³
- Kontakt zur ehrenamtlichen Wohnberatung - auch bei Demenz im Landkreis Oldenburg erhalten interessierte Bürger*innen über den Seniorenstützpunkt im Landkreis Oldenburg unter folgender Kontaktadresse:
- **Amt für Teilhabe und Soziale Sicherung Beratung und Vermittlung**
Frau Schröder
Telefon: 04431 85442
Telefax: 04431 8589442
E-Mail: Inca.Schroeder@oldenburg-kreis.de
- WEB: <https://www.oldenburg-kreis.de/gesundheit-und-soziales/aufgaben-der-sozialen-sicherung/seniorenstuetzpunkt/>



@ klimkin / Pixabay

Unterstützung durch Rehabilitation

- Im Begutachtungsgespräch wird auch geprüft, in welchem Umfang Reha-Leistungen für Sie als pflegebedürftigen Menschen geeignet, zumutbar und sinnvoll sind. Geben Sie als Betroffene/r Ihr Einverständnis, genügt auch diese Empfehlung der/s Gutachters*in für die Bewilligung einer Reha. In diesem Fall muss dann der Antrag dann nicht noch einmal zusätzlich geprüft werden. Das Ergebnis der Ermittlung eines eventuell vorhandenen Rehabilitationspotentials während des Begutachtungsgesprächs wird vom Gutachter/ der Gutachterin in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung der jeweiligen Pflegekasse mitgeteilt.

- Laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DALzG) können auch Menschen mit Demenz, insbesondere im frühen und mittleren Stadium der Erkrankung, von einem Reha-Angebot, das gezielt auf ihre Symptome eingeht, profitieren und ihnen die Chance eröffnen, so lange wie möglich ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnumgebung zu führen. Ein neues Infoblatt der DALzG „Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz“ informiert über die verschiedenen Arten von Reha und die Voraussetzungen, unter denen sie von den Kostenträgern bewilligt werden. Es geht auch auf die Möglichkeit „Angehörige als Begleitpersonen bei einer Reha“ ein. Das Merkblatt Nr. 23 ist downloadbar unter:
www.deutsche-alzheimer.de²⁴
- Bei älteren Demenzkranken, die nicht mehr im Berufsleben stehen, kommt als Kostenträger nur die jeweilige Krankenkasse in Frage
- Für Demenzkranke werden, laut Ratgeberliteratur, i.d.R. ausschließlich stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen oder geriatrische Rehabilitationen genehmigt. Es besteht für Sie die Möglichkeit, eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst zu wählen! Infos über das nach § 8 SGB IX geltende Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten finden Sie unter: www.dbkg.de²⁵
- Es gibt für Sie als Demenzkranke/n spezielle Einrichtungen, die in der Regel an neurologische Reha-Kliniken angeschlossen sind. Diese nennen sich z.B. „Alzheimer Therapie Zentrum“. Sie und Ihre Pflegeperson (z.B. pflegende Angehörige, aber durchaus auch eine von Ihnen angestellte und somit vertraute Pflegekraft als Begleitperson) können dort aufgenommen werden. Zur Klärung von Möglichkeiten, Kosten etc. sollten Sie sich direkt an Ihre Krankenkasse wenden! Zzt. existiert im Bundesgebiet noch kein flächendeckendes Angebot solcher Reha-Einrichtungen. Adressen vermittelt z.B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Das zZt. aktuellste Verzeichnis findet sich hier: [Vorsorge- und Reha-Angebote für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz \(Stand 09/2019\).](http://Vorsorge- und Reha-Angebote für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz (Stand 09/2019).)

- Adressen von Reha-Kliniken können von Ihnen oder Ihren Pflegenden auch recherchiert werden unter:
www.rehakliniken.de²⁶ oder www.kurklinikverzeichnis.de²⁷
- Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlen Sie die Mehrkosten.
Zuzahlungsbefreite gesetzlich Versicherte tragen keine zusätzlichen Kosten der Reha, für alle anderen beträgt die Zuzahlung 10 € täglich bei ambulanter und stationärer Rehabilitation
- Zuzahlungsrechner www.smart-rechner.de²⁸
- Auch Krankenkassen bieten die allgemeine Nutzung eines Zuzahlungsrechners an z.B. die Barmer unter:
www.barmer.de²⁹
- Die Dauer der Reha ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt
- Bei allen Fragen rund um das Thema stationäre medizinische Rehabilitation (auch Ablehnung, Widerspruch) berät der „Arbeitskreis Gesundheit e.V.“ kostenfrei.
- Infos unter: www.arbeitskreis-gesundheit.de³⁰



© Gerd Altman / Pixabay

Was passiert nach der Begutachtung?

- Der Hausbesuch stellt zunächst die Basis für das Pflegegutachten dar. Der/die Gutachter*in schlägt Ihrer Pflegekasse die Einstufung in einen Pflegegrad (1-5) bzw. die Ablehnung Ihres Antrags vor. Falls Sie das Gutachten gerne selbst zugeschickt bekommen möchten, teilen Sie dies der Gutachterin/ dem Gutachter direkt beim Besuchstermin mit! Ihre Pflegekasse entscheidet über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit auf Basis der Empfehlungen des/r Gutachters/in. Sie werden von Ihrer Pflegekasse über die Entscheidung in einem Bescheid spätestens fünf Wochen (25 Arbeitstage) nach Erhalt Ihres Antrags auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit über eine Zu- oder Absage informiert. Hält die Pflegekasse diese Frist nicht ein, so stehen Ihnen als Antragsteller*in sofort 70 Euro pro Woche als Pauschale zu. Das gilt jedoch nicht, wenn:
 - die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder
 - Sie sich als Antragsteller/-in in stationärer Pflege befinden und bereits in Pflegegrad 2 oder höher eingestuft sind



@ ulleo / Pixabay

Müssen Sie das Ergebnis hinnehmen?

- Nein
- Prüfen Sie zusammen mit Ihrer Pflegeperson anhand des (mitangeforderten) Gutachtens, ob der/die Gutachter*in die Situation real, vollständig und richtig eingeschätzt hat. Sind Sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden, können Sie sowohl als gesetzlich Versicherte/r als auch als privat Versicherte/r gegen den Bescheid einen Monat nach Zustellung formlosen Widerspruch einlegen. Ein solcher Widerspruch muss schriftlich bei Ihrer Pflegekasse eingehen (Tipp: Einschreiben mit Rückschein!). Eine formlose, schriftliche Mitteilung darüber, dass Sie Widerspruch gegen den Bescheid (mit Datum) einlegen wollen, reicht aus! Der Widerspruch muss von Ihnen als Antragsteller*in selbst bzw. von einer bevollmächtigten Person oder einer gesetzlichen Betreuungsperson unterschrieben werden!
- Sie können gleichzeitig eine Begründung für Ihren Widerspruch nennen. Von Vorteil ist es aber, wenn Sie darauf verweisen, dass eine Begründung später nachgereicht wird. So haben Sie genug Zeit eine Begründung zu formulieren!
- Erfolgt eine Ablehnung des Pflegeantrages und wird Ihnen somit keine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zuerkannt - obwohl ein Unterstützungsbedarf vorliegt - kann von Ihnen, Ihrer bevollmächtigten Person bzw. Ihrer rechtlichen Betreuungsperson ggf. auch ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt gestellt werden. Die „Hilfe zur Pflege“ **orientiert sich dann an dem vom MDK festgestellten Bedarf an Pflege.** Beratend und unterstützend kann hier der Pflegestützpunkt des Landkreises Oldenburg sein!

Wer hilft und unterstützt beim Widerspruch?

- Beim Widerspruch sollte man sich fachlich unterstützen lassen (z.B. Pflegestützpunkt anfragen). Ist das Antragsverfahren über den Sozialdienst einer Einrichtung gelaufen, kann dieser Ihnen auch dann weiter helfen, wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus schon erfolgt ist. Einige - nicht alle - Verbraucherzentralen bieten ebenfalls (allerdings kostenpflichtig), unabhängige Beratung zum Thema an und unterstützen Ratsuchende bei rechtlichen Fragen rund um die Beantragung z.B. von Hilfsmitteln und einem Widerspruch bei der Pflegekasse. Verbraucherzentralen in der Nähe sind unter folgender Adresse zu finden: www.verbraucherzentrale.de³¹
- Sie können sich auch ganz unverbindlich an die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wenden. Das kostenlose Angebot der UPD richtet sich an alle Interessierten und Patienten*innen in Deutschland unabhängig davon ob sie gesetzlich, privat oder nicht krankenversichert sind. Zur Klärung der Anliegen stehen geschulte Berater*innen (z.B. Juristen, Ärzte, medizinische Fachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte) zur Verfügung. Die Beratung kann per Telefon, Online oder vor Ort stattfinden. Eine Beratung ist u.a. in deutscher, türkischer und russischer und arabischer Sprache möglich. Dafür stehen verschiedene Rufnummern zur Verfügung. Kontakt und Infos unter: www.patientenberatung.de³²



© Sang Hyun Cho / Pixabay

Können Sie als gesetzlich Versicherte/r den gerichtlichen Klageweg einschlagen?

- Ja
- Wenn der Widerspruch von der Pflegekasse schriftlich abgelehnt wurde und Sie weiterhin an Ihrem Widerspruch festhalten, wird er an den Widerspruchsausschuss der Pflegekasse weitergeleitet. Bleibt das Widerspruchsverfahren erfolglos, erhalten Sie einen rechtsmittelfähigen Widerspruchsbescheid. Gegen diesen können Sie (Ihre bevollmächtigte bzw. Ihre gesetzlich eingesetzte Betreuungsperson), binnen einer Frist von einem Monat nach Bekanntgabe, vor dem Sozialgericht, klagen (an welches Sozialgericht Sie sich wenden müssen, steht im Rechtsbehelf). Wer keine Rechtsschutzversicherung mit Schwerpunkt Sozialrecht hat, kann Beratung und Hilfestellungen bei einer Klage auch von den Sozialverbänden SoVD oder VdK erhalten. Für Nichtmitglieder ist eine Erstberatung kostenfrei, für Mitglieder fallen keinerlei Beratungskosten an. Gegen eine geringe Monatsgebühr erhalten Mitglieder Unterstützung Mitarbeiter*innen der Sozialverbände vertreten und Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten und können sich in der 1. und 2. Instanz vor Gericht (sowie in der 3. Instanz d.h. vor dem Bundessozialgericht) durch Mitarbeiter*innen der Sozialverbände vertreten lassen. Kontakt und Infos zum SoVD-Beratungszentrum Oldenburg unter: www.sovd-oldenburg.de³³ bzw. Kontakt und Infos zum Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen e.V. Kreisgeschäftsstelle Oldenburg-Land unter: www.vdk.de³⁴

Sie sind privat versichert? Hier gilt ein Sonderfall

- Privat Versicherte müssen, anders als gesetzlich Versicherte, kein förmliches Widerspruchsverfahren durchlaufen, sondern können innerhalb von drei Jahren nach der ablehnenden Entscheidung Klage vor den Zivilgerichten erheben
- Abhängig davon, wo der/die Privatversicherte wohnt, sind folgende Amtsgerichte zuständig:
 - Amtsgericht Wildeshausen (für Wildeshausen, Samtgemeinde Harpstedt, Dötlingen).
 - Kontakt und Info unter:
www.amtsgericht-wildeshausen.niedersachsen.de³⁵
 - Amtsgericht Oldenburg (Oldenburg) (für Wardenburg, Hatten, Hude).
 - Kontakt und Info unter:
www.amtsgericht-oldenburg.niedersachsen.de³⁶
 - Amtsgericht Delmenhorst (für Ganderkesee).
 - Kontakt und Info unter:
www.amtsgericht-delmenhorst.niedersachsen.de³⁷
- Es erscheint in jedem Fall allerdings ratsam Ihrer privaten Pflegekasse vor einer gerichtlichen Auseinandersetzung nochmals Ihren Standpunkt zu erläutern und durch ärztliche Bescheinigungen usw. zu begründen. Denn auch die privaten Pflegeversicherungen überprüfen ihre Entscheidung meist selbst noch einmal!

Welche Pflegeleistungen, abhängig vom Pflegegrad, stehen Ihnen zu?

- Ab dem Pflegegrad 2 besteht für Sie als pflegebedürftiger Person sowie für Ihre Pflegepersonen ein vollständiger Leistungsanspruch!
- Für den Pflegegrad 1 gelten dagegen eingeschränkte Leistungsansprüche!
- Infos zur Einstufung in einen Pflegegrad (zum Abschätzen Ihrer Pflegesituation) finden Sie bei diversen Pflegegradrechnern im Internet z.B. unter:
www.pflege.de³⁸
- Die einzelnen Leistungsansprüche je nach Pflegegrad werden auf den folgenden Seiten (mit Bezug zu den jeweiligen Paragraphen des Sozialgesetzbuches elf) aufgeführt.
 - Hier können Sie die einzelnen Paragraphen selbst nachlesen: www.sozialgesetzbuch-sgb.de³⁹

Ausgeschriebene Links

1. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html>
2. <https://www.oldenburg-kreis.de/portal/seiten/pflegestuetzpunkt-900000233-21700.html>
3. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190429_BMG_RG_Demenz.pdf
4. <http://www.compass-pflegeberatung.de>
5. <https://www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher/private-pflegepflichtversicherung.pdb.pdf>
6. https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt8_pflegeversicherung.pdf
7. <https://www.mdk.de>
8. <https://www.medicproof.de>
9. https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html
10. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf.html>
11. https://www.wohnen-im-alter.de/files-10006/Pflegetagebuch_Vorlage_2018.pdf
12. <https://www.fuk-essen.de/durchblick.html>
13. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/selbsteinschitzungsbogen_pflegevers_dalzg.pdf
14. https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Medikationsplan_Flyer.pdf
15. <https://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de>
16. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-11-12_BRi_Pflege.pdf
17. <https://www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung/>
18. https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Pflege_und_Trinkprotokoll/Pflegeprotokoll_Fragebogen_zur_Vorbereitung_auf_die_Begutachtung.pdf
19. https://www.aok.de/pk/fileadmin/user_upload/Universell/05-Content-PDF/Selbststaendigkeit_im_Blick_Informationen_zum_PSG_II.pdf
20. https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action
21. <https://www.rehadat-gkv.de/?pgnr>
22. <http://www.wohnungsanpassung-bag.de/seite/271298/wohnungsanpassung-bei-demenz.html>

23. <http://www.neues-wohnen-nds.de/wohnberatung/fachinformationen/wohnen-bei-spez-beeintraechtigungen/>
24. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt23_reha.pdf
25. https://www.dbkg.de/downloads/pdf/klinik_nach_wunsch_sie_haben_die_wahl_.pdf
26. <https://www.rehakliniken.de>
27. <https://www.kurklinikverzeichnis.de>
28. <https://www.smart-rechner.de/zuzahlung/rechner.php>
29. <https://www.barmer.de/formClient/barmer-de/meine-barmer/online-services/78964/zuzahlungsbefreiung-pruefen>)
30. <https://www.arbeitskreis-gesundheit.de/reha-beratung/der-weg-zur-rehabilitation-faq/>
31. <https://www.verbraucherzentrale.de/beratung>
32. <https://www.patientenberatung.de/de>
33. https://www.sovd-oldenburg.de/?no_cache=1
34. <https://www.vdk.de/kv-oldenburg-land/ID63462>
35. <https://www.amtsgericht-wildeshausen.niedersachsen.de/startseite/>
36. <https://www.amtsgericht-oldenburg.niedersachsen.de/startseite/>
37. <https://amtsgericht-delmenhorst.niedersachsen.de/startseite/>
38. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>
39. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>



© Mohamed Nuzrath / Pixabay

Vorbereitung für Beratungsgespräch: Notieren von Notizen/Fragen/ weiterführenden Kontakten

Betrifft folgende Thematik	Konkrete Frage	Zuständig ist

Impressum

Herausgeber und verantwortlicher Betreiber

Seniorenvertretung im Landkreis
Oldenburg vertreten durch den Vorsitzenden
Jürgen Lüdtke
Anschrift: Heuweg 35a
27777 Ganderkesee
Telefon: 04221-9242904
E-Mail: juergen.luedtke@gmx.net

Verfasserin

Dr. Ina-Maja Lemke-Eger
Beauftragte für Fragen des Alters
Geschäftsstelle der Seniorenvertretung im
Landkreis Oldenburg
Anschrift: Delmenhorster Str. 6
27793 Wildeshausen
Telefon: 04431-85652
E-Mail:
ina-maja.lemke-eger@oldenburg-kreis.de

Redaktionsteam

Arbeitskreis Demenz der Seniorenvertretung im
Landkreis Oldenburg:
Erika Auermann, Anne Grafe-Weibrech, Helga Gritz, Rüdiger Laudien, Jürgen Lüdtke, Gaby Otto, Heinz Priesmeyer, Ute Vogt, Beauftragte für Fragen des Alters Dr. Ina-Maja Lemke-Eger

Grafik und Gestaltung

André Schmoll
kontakt@andreschmoll.de

Danksagung

Wir danken dem Regionalleiter des **SoVD-Beratungszentrums Oldenburg, Herrn Dr. Jörg-Christian Hülper**, für die Durchsicht dieses Infoblattes und seine konstruktiven Anmerkungen dazu.

Urheberrecht

Die eingestellten Inhalte und Werke auf diesen Seiten unterliegen dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts bedürfen der Zustimmung des Betreibers und der jeweiligen Verfasser*innen.

Kopien dieser Seiten sind nur für den privaten, nicht kommerziellen Gebrauch gestattet. Bei Inhalten auf dieser Seite, die nicht vom Betreiber erstellt wurden, werden die Urheberrechte Dritter beachtet und als solche gekennzeichnet.

Sollten Sie trotzdem auf eine Urheberrechtsverletzung aufmerksam werden, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Inhalte umgehend entfernen.

Haftung

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Arbeit und Überprüfung übernehmen wir keine Haftung für die Angaben in der Webseite. Alle Angaben sind ohne Gewähr und ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird keine Haftung für fehlerhafte Angaben übernommen.

Wir übernehmen ebenfalls keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Förderer & Unterstützer

