

Leistungen der Pflegeversicherung 2015

1. Der Pflege- und Betreuungsbedarf

Wann gilt jemand als pflegebedürftig?

Nach dem Gesetz ist jemand pflegebedürftig, wenn er dauerhaft - das heißt voraussichtlich für mindestens sechs Monate - nicht in der Lage ist, seinen Alltag selbstständig zu bewältigen. Er muss zudem deutlich mehr Hilfe benötigen als gesunde oder nur leicht eingeschränkte Menschen. Das Gesetz legt fest, dass der Hilfebedarf "mindestens erheblich" sein muss, und zwar in folgenden vier Bereichen:

1. Bei der Körperpflege, zum Beispiel beim Waschen, Duschen, Rasieren oder beim Gang zur Toilette
2. Bei der Ernährung, zum Beispiel beim mundgerechten Zubereiten des Essens und beim Essen selbst
3. Beim Sich-Bewegen, etwa beim An- und Auskleiden, beim selbstständigen Aufstehen und Zubettgehen oder beim Treppensteigen - die Fachleute sprechen von "Mobilität"
4. Bei der Hauswirtschaft, zum Beispiel beim Kochen und Waschen oder beim Hausputz

Wenn Beaufsichtigung erforderlich ist:

Menschen, die zum Beispiel wegen einer Demenz oder einer seelisch-geistigen Störung im Alltag nicht mehr zurechtkommen, müssen oft laufend beaufsichtigt und betreut werden. Viele von ihnen können aber recht gut allein essen, sich bewegen oder Körperpflege betreiben. Diese Menschen gelten deshalb laut Pflegegesetz nicht als pflegebedürftig. Trotzdem erhalten sie, wenn sie im erheblichem Umfang betreut werden müssen, Leistungen der sogenannten Pflegestufe 0.

Wer entscheidet über die Pflegebedürftigkeit?

Der **Medizinische Dienst der jeweiligen Krankenversicherung (MDK)** ermittelt die Pflegebedürftigkeit. Je nachdem, wie viel Pflege der Betroffene benötigt, stuft er ihn in eine von drei Pflegestufen ein. Die Beurteilung richtet sich vor allem nach der Art des zu leistenden Hilfebedarfs und dem durchschnittlichen Zeitaufwand, der dafür erforderlich ist. Der MDK verfasst darüber ein **Gutachten** und stellt es der Pflegeversicherung zur Verfügung.

Der Gutachter kommt für die Prüfung zu dem Betroffenen nach Hause. Er spricht mit ihm und den Angehörigen zum Beispiel darüber, wie gut er noch selbstständig essen und trinken, seinen Körper pflegen, sich bewegen und seinen Haushalt versorgen kann. Er **ermittelt den Zeitbedarf für die tägliche Hilfe**.

Er überprüft auch, ob der Betroffene sich im Alltag sonst gut zurechtfindet oder ob er, etwa wegen einer Demenz, besonders betreut und beaufsichtigt werden muss. Darüber hinaus stellt er fest, ob eine Reha-Maßnahme sinnvoll wäre, und gibt entsprechende Empfehlungen ab. Wenn nötig, empfiehlt der Gutachter auch bauliche Veränderungen an der Wohnung oder Pflegehilfsmittel, die die Angehörigen oder den Betroffenen unterstützen können. Dann können dafür Leistungen der Pflegeversicherung erhalten werden.

Wichtig: Bitten Sie die Pflegeperson, den Pflegedienst oder andere vertraute Menschen zu diesem Hausbesuch dazu. Dann werden wichtige Informationen nicht so leicht vergessen, und die Situation kann dem MDK besser erläutert werden.

Außerdem ist es hilfreich, einige Zeit vor dem Besuch des MDK ein „**Pflegetagebuch**“ zu führen, in dem genau dokumentiert wird, welche Hilfen geleistet werden müssen und wie

lange sie jeweils dauern. Vordrucke dafür gibt es meistens auf den Websites der jeweiligen Krankenkassen. Es sollte mindestens eine Woche lang geführt werden.

Pflegestufen

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in ihrer Höhe gestaffelt. Welche Krankheit oder Behinderung die betroffenen Menschen haben, ist dabei nicht von Belang. Die Unterstützung orientiert sich vielmehr am individuellen Pflegebedarf oder dem Umfang der notwendigen Betreuung. Der Pflegebedarf wird an der konkret notwendigen Hilfe und dem damit verbundenen zeitlichen Umfang für die Pflege festgemacht.

In welche Pflegestufe jemand eingestuft wird, ist vor allem davon abhängig, wie viel Hilfe er dabei benötigt, sich zu bewegen, zu essen und zu trinken und seinen Körper zu pflegen. Man spricht von der sogenannten **Grundpflege**. Auch die nötige Hilfe im Haushalt - die sogenannte hauswirtschaftliche Versorgung - wird bei der Einstufung berücksichtigt. Sie steht jedoch nicht im Vordergrund.

Pflegestufe 0

Die Pflegestufe 0 ist genau genommen gar keine "richtige" Pflegestufe, sondern eher eine „Vorstufe“. Menschen, die zum Beispiel wegen einer Demenz oder einer seelisch-geistigen Störung im Alltag nicht mehr zurechtkommen, müssen oft laufend beaufsichtigt oder betreut werden. Viele von ihnen können aber recht gut allein essen, sich bewegen oder Körperpflege betreiben. Voraussetzung ist, dass der Betroffene sowohl Hilfe bei der Grundpflege als auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Hilfebedarf bei der Grundpflege liegt unter dem Hilfebedarf der Pflegestufe 1.

Diese Menschen gelten deshalb laut Pflegegesetz nicht als pflegebedürftig. Dennoch erhalten sie Leistungen der Pflegeversicherung. Man spricht von der Pflegestufe 0. Mehr dazu finden Sie im Kapitel über die Leistungen bei Demenz.

Pflegestufe 1 - erheblich pflegebedürftig

In die Pflegestufe 1 fallen Menschen, die mindestens **einmal pro Tag** Hilfe bei **mindestens zwei Tätigkeiten** aus den drei Bereichen der Grundpflege benötigen, also:

- beim Essen und Trinken
- beim Sich-Bewegen
- **oder** bei der Körperpflege.

Zusätzlich müssen sie mehrmals pro Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung brauchen.

Insgesamt muss der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand für die notwendige Pflege **mindestens 90 Minuten** betragen, davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

Pflegestufe 2 - schwerpflegebedürftig

Zur Pflegestufe 2 zählen Menschen, die mindestens **dreimal täglich** zu unterschiedlichen Tageszeiten Hilfe brauchen, und zwar in in den **drei Bereichen** der Grundpflege, also

- beim Essen und Trinken,
- beim Sich-Bewegen
- **und** bei der Körperpflege.

Zusätzlich müssen sie mehrmals in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Die Pflege muss pro Tag im Durchschnitt **mindestens drei Stunden** nötig sein, davon müssen mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Pflegestufe 3 - schwerstpflegebedürftig

Dieser Stufe werden Menschen zugeordnet, die in den Bereichen der Grundpflege **rund um die Uhr, auch nachts**, der Hilfe bedürfen und die darüber hinaus mehrfach in der Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand für die notwendige Pflege muss insgesamt mindestens fünf Stunden betragen, davon müssen mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Härtefälle

Reicht die mit der Pflegestufe 3 verbundene Unterstützung nicht aus, gibt es eine Härtefallregelung. Dafür muss die Hilfe in der Grundpflege täglich durchschnittlich **mindestens sechs Stunden** nötig sein, davon mindestens **dreimal in der Nacht**.

Ein Härtefall liegt auch dann vor, wenn die Hilfe in der Grundpflege tags und nachts nur **von mehreren Pflegekräften gemeinsam und zeitgleich** geleistet werden kann. Eine der Pflegekräfte muss eine professionelle Pflegekraft sein.

In beiden Fällen muss der Pflegebedürftige außerdem ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung brauchen.

2. Leistungen bei der Pflege Zuhause

Folgende Leistungen werden gewährt:

- Pflegegeld
- Ambulante Pflegedienste
- Zusätzliche Betreuung
- Ersatz- oder Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege
- Tages- und Nachtpflege
- Ambulant betreute Wohngruppen
- Pflegehilfsmittel
- Verbesserung des Wohnumfeldes

Pflegegeld

Das monatliche Pflegegeld ist als Anerkennung für ehrenamtliche Pflegepersonen (meist Angehörige) gedacht. Die Höhe ist von der Pflegestufe abhängig. Für Pflegebedürftige, die sich zum Beispiel wegen einer Demenz oder einer geistig-seelischen Störung im Alltag nicht mehr zurechtfinden, gibt es in den Pflegestufen 1 und 2 höhere Beträge. Solche Versicherten können auch dann Pflegegeld erhalten, wenn sie noch nicht in einer der drei Pflegestufen 1 bis 3 eingestuft wurden. Man spricht von der Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1).

Pro Monat beträgt das Pflegegeld

- 123 Euro in der Pflegestufe 0, (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1),
- 244 Euro in der Pflegestufe 1 (erhöht 316 Euro),
- 458 Euro in der Pflegestufe 2 (erhöht 545 Euro) und
- 728 Euro in der Pflegestufe 3.

Wie der Pflegebedürftige das Pflegegeld verwendet und ob er es an die Menschen weitergeben, die ihn ehrenamtlich pflegen, entscheidet er selbst. Gedacht ist es als finanzielle Anerkennung für die ehrenamtlich Pflegenden, es kann aber auch anders verwendet werden.

Die Pflegeperson muss das erhaltene Pflegegeld nicht versteuern. Darüber hinaus kann sie einen sogenannten Pflegepauschbetrag von 924 € pro Jahr von der Steuer absetzen. Oder sie macht die tatsächlichen Kosten als außergewöhnliche Belastung geltend.

Pflegeleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst:

Wenn einen ambulanter Pflegedienst beauftragt wird, kommen die Pflegekräfte zu dem Pflegebedürftigen nach Hause. Sie helfen Ihnen zum Beispiel bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen oder beim Essen und Trinken. Auch Arbeiten im Haushalt, etwa das Wäschewaschen und Putzen, kann von geeignetem Personal des Pflegedienstes erbracht werden.

Der Pflegedienst rechnet diese Leistungen in der Regel direkt mit der Pflegeversicherung ab. Weil die Leistungen nicht in Form von Geld, sondern als "Sache" in Form von Pflege erbracht werden, werden sie "Pflegesachleistungen" genannt.

Monatliche Höchstbeträge:

Die Pflegeversicherung trägt die Kosten für die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst bis zu einem monatlichen Höchstbetrag. Dieser maximale Betrag ist wie beim Pflegegeld abhängig von der Pflegestufe, er ist aber höher als beim Pflegegeld. Ab der Pflegestufe 3 ist er ebenso hoch wie der Zuschuss für die Pflege in einem Heim.

Für Pflegebedürftige, die sich zum Beispiel wegen einer Demenz oder einer geistig-seelischen Störung im Alltag nicht mehr zurechtfinden, gibt es in den Pflegestufen 1 und 2 höhere Beträge. Für solche Versicherte übernimmt die TK die Kosten für einen ambulanten Pflegedienst auch dann, wenn sie noch nicht in eine der drei Pflegestufen 1 bis 3 eingestuft wurden. Man spricht von der Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1).

Die Höchstbeträge pro Monat für die Pflegesachleistung sind

- bis zu 231 Euro in der Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1),
- bis zu 468 Euro in der Pflegestufe 1 (erhöht 689 Euro),
- bis zu 1.144 Euro in der Pflegestufe 2 (erhöht 1.298 Euro),

- bis zu 1.612 Euro in der Pflegestufe 3 und
- bis zu 1.995 Euro bei Härtefällen mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand.*

Kombileistung: Bleiben die Kosten des Pflegedienstes unter dem Höchstbetrag Ihrer Pflegestufe, können Sie anteilig auch noch Pflegegeld erhalten. Das ist dann möglich, wenn Sie außer vom ambulanten Pflegedienst beispielsweise auch ehrenamtlich durch Angehörige oder Freunde gepflegt werden.

Zusätzliche Betreuung

Demenz und andere geistig-seelische Erkrankungen führen dazu, dass Menschen im Alltag nicht mehr selbstständig zurechtkommen und **beaufsichtigt** werden müssen. Um ihre Pflege zu Hause zu erleichtern, finanziert die Pflegeversicherung einen Teil der Betreuungskosten - zusätzlich zum Pflegegeld oder zur Pflege durch einen Pflegedienst.

Die **Voraussetzung** dafür ist, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei einem TK-Versicherten eine erheblich oder sogar mehr als erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat. Zum Beispiel, weil er dauerhaft und regelmäßig sich selbst oder andere Menschen durch sein Verhalten gefährdet. Oder weil er nicht mehr in der Lage ist, seinen Tag selbstständig zu gestalten. Oder weil er vertraute Personen nicht mehr erkennt.

Je nachdem, wie gestört die Alltagskompetenz des Versicherten ist, erhält er Leistungen im Wert von **104 oder 208 Euro monatlich**. 104 Euro pro Monat bekommt er, wenn die Alltagskompetenz "erheblich eingeschränkt" ist, 208 Euro, wenn seine Fähigkeiten noch stärker begrenzt sind. Wie stark die Alltagskompetenz eingeschränkt ist, beurteilt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung.

Auch Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 1 bis 3, die geistig noch gesund sind, können bis zu 104 Euro monatlich für zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten. Bis 31.12.2014 war die Leistung Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz vorbehalten.

Verwendungsmöglichkeiten:

- Aufstockung der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege
- vorübergehende Betreuung durch einen Pflegedienst
- Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz
- Tagesbetreuung durch anerkannte Helfer oder Agenturen
- anerkannte Angebote zur hauswirtschaftlichen Versorgung
- Beratung durch Pflegefachkräfte oder anerkannte Beratungsstellen

Wegen der Anerkennung bitte jeweils bei der Krankenkasse nachfragen!

Kombinieren: Bis zu 40 % der Sachleistung (Pflegedienst) können zusätzlich für Betreuungsleistungen ausgegeben werden

Ersatz- oder Verhinderungspflege

Auch Menschen, die Angehörige, gute Freunde oder Nachbarn dauerhaft pflegen, werden einmal krank, müssen zum Arzt oder wollen während einiger Urlaubstage ein wenig Kraft tanken. Dann brauchen sie eine gute Vertretung für ihre Pflege.

In solchen Fällen wird pro Kalenderjahr für bis zu sechs Wochen die sogenannte Ersatzpflege, auch Vertretungs- oder Verhinderungspflege bezahlt. Die Leistung der Ersatzpflege können Pflegebedürftige erstmals bekommen, wenn sie mindestens sechs Monate lang zu Hause von ihrer privaten Pflegeperson gepflegt worden sind. Statt der Ersatzpflege können sie auch die Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim nutzen.

Die Pflegeversicherung übernimmt Kosten **bis zu 1.612 Euro** für die Vertretung Ihrer privaten Pflegeperson. Wenn Nachbarn, Freunde, entferntere Verwandte oder professionelle Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes die Vertretung übernehmen, gilt dieser Höchstbetrag **unabhängig von Ihrer Pflegestufe** - auch dann, wenn Sie in die sogenannte Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1) eingestuft wurden.

Zugelassene ambulante Pflegedienste, die einen Vertrag mit den Pflegekassen haben, können direkt mit der TK abrechnen. Dann braucht man sich um die Bezahlung nicht zu kümmern. In den anderen Fällen reicht man die Belege über die entstandenen Kosten im Original bei der PV ein. Diese erstattet dann den Betrag bis zur möglichen Höchstgrenze.

Wenn nahe Verwandte oder Mitglieder Ihres Haushalts Sie vertretungsweise pflegen, ist die Pflegestufe von Bedeutung. Nahe Verwandte sind Verwandte und Schwägernte bis zum zweiten Grad, zum Beispiel Kinder, Eltern, Geschwister oder Schwager/Schwägerinnen.

Als finanzielle Unterstützung für die Ersatzpflege erhält man in diesem Fall einen Betrag bis zur Höhe Ihres 1,5-fachen monatlichen Pflegegeldes. Sind den Angehörigen oder Haushaltsmitgliedern allerdings nachweislich höhere Kosten entstanden, zum Beispiel durch einen Verdienstaussfall, erstattet die PV ebenfalls bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr. Bitte reichen Sie die Nachweise im Original bei der PV ein.

Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für einen begrenzten Zeitraum auf stationäre Pflege angewiesen. Dann können sie die Kurzzeitpflege in einem zugelassenen Pflegeheim nutzen. Kurzzeitpflege können Pflegebedürftige zum Beispiel erhalten,

- wenn sich ihr Gesundheitszustand kurzfristig verschlechtert hat,
- wenn ihre Pflegenden plötzlich ausfallen, zum Beispiel, weil sie krank geworden sind,
- oder wenn nach einem Krankenhausaufenthalt noch keine angemessene häusliche Pflege für sie organisiert werden konnte.

Spezielle Plätze für die dann notwendige Kurzzeitpflege gibt es in fast allen zugelassenen Pflegeheimen.

Von der Pflegeversicherung erhält man für die Kurzzeitpflege bis zu 1.612 Euro - für bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr. Diese Leistung ist unabhängig von der Pflegestufe, das heißt auch bei der sogenannten Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit bis zu 100% des Anspruches auf [Ersatzpflege](#) (max. 1.612 Euro) zusätzlich für die Kurzzeitpflege zu verwenden, sofern dieser Anspruch noch nicht für Ersatzpflege verwendet wurde. Dadurch verlängert sich der Zeitraum der möglichen Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege auf bis zu acht Wochen.

In Einzelfällen können Pflegebedürftige Kurzzeitpflege auch in besonders für sie geeigneten Einrichtungen erhalten, zum Beispiel können Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgt werden.

Die Leistung der Kurzzeitpflege kann man auch nutzen, wenn man seine private Pflegeperson zu einer Kur in eine stationäre Reha- oder Vorsorgeklinik begleitet. Voraussetzung dafür ist, dass die Klinik zusagt, die Pflege zu übernehmen.

Tages- und Nachtpflege

Wenn die Angehörigen oder Freunde, die ehrenamtlich pflegen, tagsüber voll berufstätig sind, können Pflegebedürftige sich unter Umständen auch in einer Tagespflegeeinrichtung betreuen lassen. Viele Tagespflegeeinrichtungen holen dazu ihre Pflegebedürftigen morgens mit dem Auto oder einem Bus von zu Hause ab und bringen sie abends wieder zurück.

In der Tagespflegeeinrichtung werden sie von Pflegekräften versorgt. Zusätzliches Betreuungspersonal hilft ihnen, ihren Interessen nachzugehen, zum Beispiel Gymnastik zu machen, zu singen, zu musizieren, ihr Gedächtnis zu trainieren, Karten zu spielen oder zu basteln.

Auch eine Pflege über Nacht ist möglich. Sie kann sinnvoll sein, wenn etwa ein dementer Mensch zu versorgen ist, dessen Schlaf-Wach-Rhythmus so gestört ist, dass er nachts nicht schläft. Oder der sich durch das Haus bewegt, vielleicht sogar stundenlang schreit. Dann finden auch die Angehörigen, die ihn tagsüber zu Hause pflegen, keine Nachtruhe. Die Nachtpflegeeinrichtung kann alle Beteiligten entlasten: Die Angehörigen können wieder schlafen und bleiben fit für die Pflege am Tag, und die Pflegebedürftigen werden in der Nacht angemessen versorgt.

Der monatliche Höchstbetrag richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. Er beträgt pro Kalendermonat:

- 231 Euro in der Pflegestufe 0
- 468 Euro in der Pflegestufe 1, erhöht 689 Euro
- 1.144 Euro in der Pflegestufe 2, erhöht 1.298 Euro
- 1.612 Euro in der Pflegestufe 3

Wichtig: Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und für sogenannte Komfortleistungen der Einrichtung müssen selbst getragen werden. Auch die Fahrkosten werden nicht gesondert erstattet.

Nicht selten sind die Kosten für die Tages- und Nachtpflege höher als der monatliche Zuschuss. Unter Umständen können Sie dann Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten. Erkundigen Sie sich am besten direkt beim Sozialhilfeträger danach.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können Sie neben der ambulanten Pflegesachleistung /dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch nehmen und das zeitlich unbegrenzt. Denn diese Form der Unterstützung ist - im Gegensatz zur kurzfristigen Ersatzpflege - längerfristig angelegt.

Ambulant betreute Wohngruppen

Ab 2015 gibt es zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.

Wohnen Pflegebedürftige in einer ambulant betreuten Wohngruppe, zahlt Ihnen die Pflegeversicherung, wenn sie pflegebedürftig sind oder die Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1) haben, monatlich einen pauschalen finanziellen Zuschuss von **205 Euro für eine zusätzliche Hilfe** in der Wohngruppe. Diese Hilfe kann sich zum Beispiel auf organisatorische und verwaltende Aufgaben in Ihrer Wohngruppe beziehen. Diese Person muss keine Pflegeausbildung vorweisen.

Erfüllen mehrere Bewohner der Wohngruppe die Voraussetzungen, zahlt die Pflegeversicherung die Pauschale für jeden Einzelnen. Mit der Pauschale können auch mehrere unterschiedliche Hilfeleistungen durch unterschiedliche Personen finanziert werden

Die Pauschale wird unter folgenden Voraussetzungen gewährt:

- Sie sind pflegebedürftig oder haben die sogenannte Pflegestufe 0 (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1) und leben mit mindestens zwei weiteren Pflegebedürftigen oder Menschen mit Pflegestufe "0" in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung.
- Insgesamt leben nicht mehr als 12 Bewohner in der Wohngruppe.
- Die häusliche pflegerische Versorgung ist sichergestellt.
- Der Umfang der in der Wohngruppe erbrachten Leistungen entspricht **nicht** dem in einer vollstationären Pflege.

Zusätzlich zur Pauschale kann man unter bestimmten Voraussetzungen einen **einmaligen Zuschuss** erhalten, wenn man eine ambulant betreute Wohngruppe gründet. Dieser Förderbetrag wird für einen altersgerechten und barrierefreien Umbau der gemeinsamen Wohnung gewährt. Er beträgt pro Person bis zu 2.500 Euro und ist für eine Wohngruppe auf maximal 10.000 Euro begrenzt.

Wenn Pflegebedürftige oder Menschen in der sogenannten **Pflegestufe 0** (Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1) zusammen mit anderen Betroffenen selbst eine Wohngruppe organisieren, haben sie außerdem Anspruch auf eine **zusätzliche Anschubfinanzierung** für die Startkosten von einmalig bis zu 2.500 Euro je Person und maximal bis zu 10.000 Euro je Gruppe.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel erleichtern das Leben für Pflegebedürftige oder für die Pflegenden. Zu den Pflegehilfsmitteln gehören zum Beispiel Hausnotrufsysteme oder Pflegerollstühle, aber auch Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe.

Manche Pflegehilfsmittel wie Einmalhandschuhe, Mundschutz oder Desinfektionsmittel werden täglich gebraucht. Sie sind aus hygienischen oder anderen Gründen aber nur einmalig nutzbar. Für solche **zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel** bekommt man von der Pflegeversicherung einen Zuschuss von bis zu 40 Euro pro Monat.

Technische Hilfsmittel wie zum Beispiel Pflegerollstühle oder Hausnotrufsysteme finanziert die Pflegeversicherung komplett, abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung. Wenn möglich, stellt Ihnen die Pflegeversicherung diese Hilfsmittel als Leihgabe zur Verfügung.

Mit dem Pflegehilfsmittel erhält man nicht nur die Grundausstattung und das Zubehör. Man hat auch Anspruch darauf, dass der Hilfsmittelanbieter, zum Beispiel das Sanitätshaus, das Pflegehilfsmittel

- individuell anpasst,

- wenn nötig, ändert, instand setzt oder einen Ersatz beschafft,
- es wartet und kontrolliert, um die technische Sicherheit zu erhalten,
- sowie den Pflegebedürftigen und die Pflegeperson im Gebrauch des Hilfsmittels schult.

Wohnumfeld verbessern

Wird jemand pflegebedürftig, ist es oft notwendig, die Wohnung oder das Haus umzubauen, damit er überhaupt gepflegt werden oder sich möglichst selbstständig in der Wohnung bewegen kann. Dabei muss oft wesentlich in die Bausubstanz eingegriffen werden. Manchmal ist es auch notwendig, individuell angefertigte Möbel ein- oder umzubauen.

Für solche Verbesserungen des Wohnumfelds kann die Pflegeversicherung einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro auszahlen. Und zwar immer dann, wenn andere Träger nicht vorrangig dazu verpflichtet sind, etwa die Unfallversicherung.

Den Zuschuss gibt es für die eigene Wohnung, das eigene Haus oder aber für den Haushalt, in dem der pflegebedürftige Mensch lebt. Die Fachleute sprechen davon, dass es "der auf Dauer angelegte unmittelbare Lebensmittelpunkt" sein muss.

Wenn mehrere Pflegebedürftige in einem gemeinsamen Haushalt leben und die Umbauten gemeinsam nutzen, zum Beispiel in einer Wohngruppe, können sie für die Baumaßnahmen bis zu 4.000 Euro pro Person erhalten, zusammen maximal 16.000 Euro.

Der Umbau muss außerdem eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Er macht die häusliche Pflege überhaupt erst möglich oder erleichtert sie erheblich.
- Er vermeidet eine Überforderung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Person.
- Er trägt dazu bei, dass der Pflegebedürftige weniger auf Pflegekräfte angewiesen ist, also selbstständiger leben kann.

Voraussetzung für den Zuschuss ist zunächst, dass der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder eine Pflegefachkraft** konkrete Maßnahmen empfohlen haben, wie das Wohnumfeld verbessert werden kann. Eine ärztliche Verordnung braucht man dafür nicht.

Anschließend holen Sie für die empfohlenen Baumaßnahmen einen **Kostenvoranschlag** ein und beantragen den Zuschuss bei der Pflegeversicherung. Den Kostenvoranschlag fügen Sie Ihrem Antrag bitte bei. Bei solchen Umbauten müssen möglicherweise die Eigentümer oder Vermieter zustimmen, in manchen Fällen sogar die Baubehörde. Bitte holen Sie die Zustimmung selbst ein oder beauftragen Sie jemanden damit.

Manchmal ist der Umbau so kostspielig, dass der Zuschuss der Pflegeversicherung nicht ausreicht. Dann kann man unter Umständen eine **Finanzierung durch die staatliche Kreditanstalt für Wiederaufbau** erhalten. Weitere Informationen bekommen Sie auf deren Homepage oder über die jeweilige Hausbank. Die Mehrkosten können eventuell auch als außergewöhnliche Belastung steuerlich geltend gemacht werden.

Die Pflegeversicherung zahlt den Zuschuss für jeweils eine einzelne Umbaumaßnahme, auch wenn diese aus mehreren Einzelschritten besteht. Ein weiterer Zuschuss ist möglich, wenn später weitere Umbauten erforderlich werden, weil sich der Hilfebedarf ändert und noch umfassendere Unterstützung durch die Pflegekraft notwendig wird.

3. Leistungen in stationären Einrichtungen

Wenn der Pflegebedürftige bereits eine Pflegestufe erhalten hat, teilen Sie der Pflegeversicherung einfach mit, dass er in ein Pflegeheim umzieht und ab wann er dort wohnen wird. Ab diesem Zeitpunkt zahlt die Pflegeversicherung den Zuschuss.

Wird der Umzug ins Heim notwendig, weil der Betroffene ganz plötzlich pflegebedürftig geworden ist, etwa durch einen Unfall oder eine schwere Krankheit, hat er meist noch keine Pflegestufe. Dann ist ein Antrag erforderlich. Gewöhnlich kümmert sich der Sozialdienst des Krankenhauses um diesen Antrag und um die nötigen Formalitäten.

Man kann auch in ein Pflegeheim ziehen, ohne eine Pflegestufe zu haben. Dann zahlt die Pflegeversicherung allerdings keinen Zuschuss.

Die Pflegeversicherung bezuschusst die Kosten, die in einem zugelassenen Heim für die Pflege entstehen, etwa für Hilfen beim Waschen, beim Anziehen oder beim Essen und Trinken. Sie bezuschusst meist auch die Kosten für die medizinische Behandlungspflege, zum Beispiel für die Medikamenteneinnahme, Verbandswechsel und vieles mehr.

Der maximale monatliche Zuschuss beträgt

- 1.064 Euro in der Pflegestufe 1,
- 1.330 Euro in der Pflegestufe 2,
- 1.612 Euro in der Pflegestufe 3 und
- 1.995 Euro bei Härtefällen mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand.

Liegt der Hilfebedarf bei der Grundpflege unterhalb der Pflegestufe 1 (Pflegestufe 0) und besteht wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung erheblicher Betreuungsbedarf, so beträgt der Zuschuss 231 Euro.

Sogenannte Hotelkosten - das sind Kosten für Unterkunft und Verpflegung - bezuschusst die Pflegeversicherung grundsätzlich nicht. Das gilt auch für Komfortleistungen wie etwa kosmetische Behandlungen oder den Friseurbesuch. Diese müssen ebenso selbst gezahlt werden wie die sogenannten Investitionskosten, die viele Heime verlangen. Investitionskosten sind zum Beispiel Kosten für die Pacht oder Miete, den Erhalt und den Ausbau des Gebäudes, für Kredite und weitere innerbetriebliche Kosten. Solche Kosten darf das Heim auf die Bewohner umlegen.

Machen Pflegebedürftige einmal Urlaub oder müssen für einige Zeit ins Krankenhaus, zahlt die PV in der Regel weiter den vollen Zuschuss an das Heim. Das Heim ist übrigens verpflichtet, den Pflegeplatz für mindestens sechs Wochen frei zu halten.

Manche Heime stellen für die Betreuung ihrer demenzen Bewohner zusätzliches Personal ein. Diese Betreuerinnen und Betreuer spielen oder singen zum Beispiel mit den demenzen Bewohnern oder bieten ihnen andere bedarfsgerechte Aktivitäten an. Das Heim erhält dafür von der Pflegeversicherung einen Zuschlag zum monatlichen Zuschuss. Auch für Pflegebedürftige, die nicht in der Alltagskompetenz eingeschränkt sind, kann das Heim diesen Zuschlag abrechnen.

Pflege in Einrichtungen für behinderte Menschen

Wenn Menschen in Einrichtungen für Behinderte leben und pflegebedürftig sind, übernimmt das Personal die Pflege. Die Pflegeversicherung zahlt dafür einen Zuschuss direkt an den Kostenträger.

Für Pflegebedürftige übernimmt die Pflegeversicherung in diesen Einrichtungen zehn Prozent der Heimkosten, höchstens jedoch 266 Euro im Monat. Voraussetzung dafür ist, dass in der Einrichtung die Teilnahme am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund stehen.

Übrigens: Werden diese Pflegebedürftigen beispielsweise am Wochenende oder in den Ferien zu Hause betreut, zahlt die Pflegeversicherung für jeden Tag der häuslichen Pflege anteilig Pflegegeld oder trägt anteilig die Kosten für einen Pflegedienst.