



Pflege**tage**buch

AOK-Pflegekasse – Ihr zuverlässiger Partner

Gesundheit nehmen wir persönlich.
AOK. Die Gesundheitskasse.

Pflegetagebuch für

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Pflegegrad ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit _____

Pflege durch Pflegeeinrichtung:

☐ ambulant ☐ Tages-/Nachtpflege ☐ Kurzzeitpflege
(Pflegedokumentation)

Anschrift: _____

und/oder

☐ Pflegeperson(en)

pro Woche Pflege-

-Tage	-Stunden	*)
-------	----------	----

A Name/Vorname, geb., Geschlecht, Adresse, Telefon			
--	--	--	--

B Name/Vorname, geb., Geschlecht, Adresse, Telefon			
--	--	--	--

C Name/Vorname, geb., Geschlecht, Adresse, Telefon			
--	--	--	--

*) gepflegt werden weitere Personen: Anzahl

Anwesenheit der Pflegeperson(en) am Tage in Rufnähe

☐ nein ☐ mehrmals täglich ☐ überwiegend ☐ durchgehend

nächtliche Hilfeleistung (Umfang) _____

☐ eingeschränkte Selbständigkeit/Fähigkeiten:

erschwerende Faktoren: ☐ nein ☐ ja welche: _____

☐ Angebote zur Unterstützung im Alltag _____

Angaben zur Person, die das Pflegetagebuch führt

Name und Anschrift eines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Betreuers

Die wichtigsten pflegebegründenden Krankheiten/Einschränkungen mit Auswirkung auf Selbstständigkeit oder Fähigkeiten: _____

Name und Anschrift des Hausarztes, Telefonnummer: _____

Diese Medikamente werden zur Zeit eingenommen (Medikamentenplan): _____

Krankenhausaufenthalte in den letzten zwölf Monaten (Einrichtung, wegen Diagnose/n)

medizinische/geriatrische Rehabilitation ☐ keine ☐ zuletzt wann? _____

☐ ambulant ☐ stationär in _____ ☐ geriatrische _____

Heilmittel (z. B. physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie):

☐ nein ☐ ja, welche: _____

Vorhandene Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel:

☐ keine ☐ Pflegebett ☐ Toilettenstuhl ☐ Badewannenlift

☐ Gehhilfe ☐ Rollstuhl ☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Inkontinenzprodukte _____

☐ sonstige _____

Bedarf an technischen Hilfen und/oder baulichen Maßnahmen (Wohnumfeld – vgl. S. 14)

Ich bin mit den Angaben der das Pflegetagebuch führenden Person einverstanden.

Unterschrift Pflegebedürftige*r,
gesetzl. Vertreter/Bevollmächtigter/
Betreuer

Unterschrift (Name/Vorname)
☐ Pflegeperson ☐ Angehöriger

Die Pflegeversicherung

Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr,

die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind bei „Pflegebedürftigkeit“ vorgesehen. Dabei richten sich verschiedene Leistungen nach dem „Pflegegrad“, der auch den Pflegeaufwand berücksichtigt.

Bevor die Pflegekasse über die Leistungen entscheidet, findet eine Begutachtung insbesondere durch Fachkräfte des Medizinischen Dienstes in der häuslichen Umgebung statt (ggf. in einer stationären Einrichtung), die angekündigt bzw. vereinbart wird. Bitte halten Sie eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger – soweit sie für die Begutachtung erforderlich sind – bereit. Dabei soll der Umfang der Pflegebedürftigkeit festgestellt werden – eine sicher nicht leichte Aufgabe! Es besteht ein Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens über die

Pflegebedürftigkeit und ggf. einer Rehabilitationsempfehlung.

Wir empfehlen Ihnen dazu, dieses Tagebuch über den Umfang der häuslichen Pflege auszufüllen, dann werden diese Aufzeichnungen eine wertvolle Unterstützung sein und Sie haben dokumentiert, mit welchen Behinderungen und Problemen Sie jeden Tag zurechtkommen müssen.

Bei Fragen helfen Ihnen die Mitarbeiter*innen unserer Pflegekasse gerne weiter. Ihr*e Pflegeberater*in unterstützt und begleitet Sie, wenn es um Sozialleistungen und Hilfsangebote für Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf geht.

Ihre **Pflegekasse bei der AOK – Die Gesundheitskasse**

Weitere Informationen:

www.pflege-navigator.de
www.pflegeleistungen-helfer.de
www.wege-zur-pflege.de

Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade?

Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich daran, wie stark die Selbständigkeit bzw. die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und deshalb Hilfe durch andere nötig ist. Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Welche Leistungen?

Leistungen bei Pflegegrad 2, 3, 4 und 5

Beispiele:

- Pflegesachleistung und/oder Pflegegeld
- Verhinderungspflege
- Tages-/Nacht- bzw. Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege

Die Pflegeversicherung sieht auch Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen vor (Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung).

Fünf Pflegegrade

Beeinträchtigungen	Pflegegrad
geringe	1
erhebliche	2
schwere	3
schwerste	4
schwerste (besondere Anforderungen)	5

Zusätzliche Leistungen (Pflegegrad 1 bis 5)

- Pflegeberatung
- Pflegehilfsmittel, Wohnumfeldverbesserung
- digitale Pflegeanwendungen
- Pflegekurse (auch digital)
- Entlastungsbetrag

Umfang Pflegeaufwand

1. Mobilität

Ist die Person in der Lage, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen oder zu wechseln und sich fortzubewegen (Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination)?

		selb- ständig	über- wiegend selb- ständig	über- wiegend unselb- ständig	unselb- ständig
1.1	Positionswechsel im Bett <i>(auch Drehen, Aufrichten)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition <i>(auf Bett, Stuhl)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Umsetzen <i>(z. B. von Bett, Stuhl auf Rollstuhl, Toilet- tenstuhl)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Gebrauchsfähigkeit beider Arme und beider Beine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Es geht um Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern als Denkprozesse einschließlich Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen (vgl. 2.9 bis 2.11).		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld (z. B. Angehörige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Örtliche Orientierung (in räumlicher Umgebung zurechtfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen (z. B. Geburtstag, Frühstück)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen (z. B. komplettes Ankleiden, Kaffee kochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben (z. B. Auswahl der Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (z. B. Hunger, Durst, Schmerzen, Frieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Verstehen von Aufforderungen (z. B. Essen, Trinken, Ankleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Beteiligen an einem Gespräch (z. B. Inhalte aufnehmen, antworten, weiterführen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

		nie oder sehr selten	selten (ein- bis- dreimal- innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchent- lich, aber nicht täglich)	täg- lich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten <i>(z. B. zielloses Umhergehen, Rastlosigkeit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Nächtliche Unruhe <i>(auch Umkehr Tag-/Nacht-Rhythmus)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Selbstschädigendes und autoag- gressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Verbale Aggression <i>(z. B. Beschimpfungen, Bedrohungen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten <i>(z. B. Schreien, Schimpfen, ständiges Wiederholen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Abwehr pflegerischer oder ande- rer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen <i>(z. B. distanzloses Verhalten, Greifen nach Personen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Sonstige pflegerelevante inad- äquate Handlungen <i>(z. B. ständiges Wiederholen, planlos, Horten von Gegenständen, Kotschmierern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Selbstversorgung – Bewertung der Selbständigkeit

		selb- stän- dig	überwie- gend selb- ständig	überwie- gend unselb- ständig	unselb- ständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Essen (<i>mundgerecht zubereiteter Speisen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Trinken (<i>bereitstehender Getränke</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhl-inkontinenz und Umgang mit Stoma <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Versorgung mit Hilfe			
		Versorgung selb- stän- dig	nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich zusät- zlich zu oraler Er- nährung	aus- schließlich oder nahe- zu aus- schließlich
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:

		Häufigkeit d. Hilfe (Anzahl)				
		Ent- fällt	Selb- ständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation (z. B. Medikamente, Tropfen, Zäpfchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.2	Injektionen (auch Medikamentenpumpe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.5	Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen (auf ärztliche Anordnung, z. B. Blutdruck, Blutzucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.9	Versorgung mit Stoma (Pflege künstlicher Körperöffnungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. krankengymnastische bzw. Atemübungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. Dialyse, Beatmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.13	Arztbesuche (z. B. bei Hausarzt, Facharzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden) Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden) Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.16	Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar: <input type="checkbox"/> entfällt, nicht erforderlich					

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

		selb- ständig	überwie- gend selb- ständig	überwie- gend unselb- ständig	un- selb- stän- dig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Ruhen und Schlafen (z. B. Tag-Nacht-Rhythmus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Sichbeschäftigen (z. B. Freizeitbeschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen (z. B. längere Zeitabschnitte planen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt (z. B. Kontaktaufnahme, Ansprechen, Reagieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes (z. B. Bekannte, Nachbarn, auch mit Kommunikationsmitteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Weitere für die Versorgungsplanung/Beratung wichtige Informationen:

Fortbewegen im außerhäuslichen Bereich		selb- stän- dig	nicht selb- ständig
7.1	Wie ist das Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung möglich? <i>(z. B. vom Wohnbereich bis vor das Haus)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Wie ist die Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung (ca. 500 m zu Fuß, auch mit Rollator oder mit Rollstuhl) möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr <i>(z. B. Bus/Straßenbahn, ein- bzw. aussteigen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Wie ist das Mitfahren in einem Kraftfahrzeug möglich? <i>(z. B. in PKW ein- bzw. aussteigen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5.1	Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5.2	Besuch eines Arbeitsplatzes, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5.3	Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen <i>(Besuche, organisierte Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.)*</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken

8. Haushaltsführung (ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

		selb- stän- dig	überwie- gend selb- ständig	überwie- gend unselb- ständig	un- selb- stän- dig
8.1	Einkaufen für den täglichen Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Zubereitung einfacher Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschließlich Wäschepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Nutzung von Dienstleistungen <i>(z. B. pflegerische bzw. haushaltsnahe organisieren und steuern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Umgang mit finanziellen Angelegenheiten <i>(z. B. Überweisungen, Bargeld)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Umgang mit Behördenangelegenheiten <i>(z. B. Anträge stellen, Schreiben beantworten)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Das Wohnumfeld verbessern

Die häusliche Pflege

Die Pflegeversicherung bietet vorrangig Leistungen, um möglichst lange ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in häuslicher Umgebung zu führen. Dazu zählen auch Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Der Anspruch besteht unabhängig von einem bestimmten Pflegegrad, er orientiert sich an der individuellen Wohnsituation.

Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen kommen infrage, um

- die häusliche Pflege überhaupt erst zu ermöglichen,
- die häusliche Pflege erheblich zu erleichtern und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegenden zu verhindern,
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen, also die Abhängigkeit von der persönlichen Hilfe zu verringern.

Förderfähige Maßnahmen

Um das individuelle Wohnumfeld zu verbessern, kommen zum Beispiel infrage:

Anpassungen

Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z. B. Treppenlift, Aufzüge, Einbau von Fenstern mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe).

Bausubstanz

Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden (z. B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen, Erstellung von Wasseranschlüssen bei der Herstellung von hygienischen Einrichtungen, Austausch der Badewanne durch eine bodengleiche Dusche).

Technische Hilfen im Haushalt

Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird, z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken.

Umzug

Der Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung, zum Beispiel aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung. Sofern noch Anpassungen in der neuen Wohnung erforderlich sind, können neben den Umzugskosten weitere Aufwendungen für eine Wohnumfeldverbesserung bezuschusst werden, insgesamt bis zum Höchstbetrag.

Beratung

Die Besonderheit dieses Leistungsbereiches erfordert eine individuelle Beratung, die Ihre Pflegekasse gerne anbietet.

Bestell-Nr.: 790

Stand: 01/2022 · ©KKF-Verlag, 84503 Altötting

Die Ausführungen stellen eine Kurzfassung dar, rechtsverbindlich sind Gesetz, Satzung sowie Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Bilder: Shutterstock.com