




UKV

So bleiben Sie unabhängig im Pflegefall.

Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung

Eine Information für unsere Kunden

 **Finanzgruppe**

Liebe Leserin, lieber Leser,

wird jemand zum Pflegefall, entsteht eine völlig neue Lebenssituation. Bei den Betroffenen und deren Angehörigen kommen daher meist viele Fragen auf.

Der Gesetzgeber hat die Pflegeversicherung als Pflichtversicherung eingeführt. Leider ist sie ein sehr komplexes Regelwerk. Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen helfen, sich darin besser zurechtzufinden und Sie bei dieser neuen Situation und besonderen Herausforderung unterstützen.

Wir haben für Sie die zentralen Punkte der Pflegepflichtversicherung aufgelistet und so anschaulich wie möglich aufbereitet. Schlagen Sie einfach unter den Stichworten nach und informieren Sie sich!

Sollten Sie weitere Fragen haben oder Hilfe benötigen, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Kundenservicecenters gerne unter der folgenden Telefonnummer zur Verfügung:

(0 89) 21 60-90 10

Ihre Union Krankenversicherung (UKV)



Vom Antrag bis zur Leistung

Antragstellung und weiteres Vorgehen	4
Was ist zu tun, wenn ich ein Pflegehilfsmittel für den häuslichen Bereich benötige?	4
Was erwartet mich bei der Begutachtung?	4
Wie kann ich mich auf die Begutachtung vorbereiten?	5
Wie geht es nach der Begutachtung weiter?	5
Wo kann ich mich weiter informieren?	5
Wer ist pflegebedürftig im Sinne des Gesetzgebers?	6

Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegegeld für private Pflegepersonen	7
Häusliche Pflegehilfe	7
Kombinationsleistung	8
Teilstationäre Leistungen	8
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in einer ambulanten Wohngruppe	9
Kurzzeitpflege	9
Entlastungsbetrag	10
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungs- oder Ersatzpflege)	11
Pflegehilfsmittel	12
Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes	13

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Stationäres Pflegegeld	14
Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	14

Leistungen für die Pflegepersonen

Pflegekurse für Angehörige	15
Beiträge zur sozialen Sicherung	15
Unfallversicherung für die Pflegeperson	16
Pflegezeit	16
Pflegeunterstützungsgeld	16

Wissenswertes

Pflege im Ausland	17
Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige	17
Pflegehilfsmittelverzeichnis	18

Vom Antrag bis zur Leistung

Antragstellung und weiteres Vorgehen

Um Leistungen der Pflegepflichtversicherung zu erhalten, ist eine Antragstellung zwingend erforderlich.

Das Antragsdatum (Antragstellung bei uns) ist für den Leistungsbeginn entscheidend. Die Leistungen werden frühestens ab dem Monat erbracht, in dem der Antrag gestellt wurde.

Nachdem uns alle notwendigen Unterlagen vorliegen, geben wir das Gutachten beim medizinischen Dienst in Auftrag, welches als Grundlage für die Bewilligung der Leistungen dient.

Bei allen privat versicherten Antragstellern ist für die Prüfung die MEDICPROOF GmbH als Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zuständig.

Der Gutachter wird sich dann melden, um einen Termin für eine Begutachtung im häuslichen Umfeld oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung zu vereinbaren.

Was ist zu tun, wenn ich ein Pflegehilfsmittel für den häuslichen Bereich benötige?

Die Notwendigkeit eines Pflegehilfsmittels muss durch den unabhängigen Gutachter des medizinischen Dienstes bestätigt werden. Erst dann ist das gewünschte Hilfsmittel im Rahmen der Pflegepflichtversicherung erstattungsfähig.

Die Beschaffung von Pflegehilfsmitteln organisieren wir für Sie.

Wird der Einsatz eines Pflegehilfsmittels notwendig, so rufen Sie uns auf jeden Fall an, damit die Erstattungsmöglichkeiten und die weitere Vorgehensweise geklärt werden kann.

Bei einer eigenständigen Beschaffung sind die Kosten gegebenenfalls komplett selbst zu tragen.

Näheres siehe auch Seite 12.

Was erwartet mich bei der Begutachtung?

Der Gutachter wird mithilfe eines Fragenkatalogs Ihren Hilfebedarf ermitteln, nach aktuellen Krankheiten und Vorerkrankungen fragen und sich einen Eindruck davon machen, was Sie im täglichen Leben noch eigenständig erledigen können und wobei Sie unterstützt werden müssen.

Neben der Befragung führt der Gutachter sogenannte „Funktionstests“ durch – ob Sie zum Beispiel in der Lage sind, selbstständig aufzustehen oder zu gehen. Er wird auch die häusliche Pflege- und Versorgungssituation sowie das soziale Umfeld beurteilen und Vorschläge machen, welche Maßnahmen geeignet sind, um die Pflegesituation zu verbessern oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Wie kann ich mich auf die Begutachtung vorbereiten?

Damit sich der Gutachter einen Überblick verschaffen kann, können ihm zu Beginn der Begutachtung wichtige Informationen vorgelegt werden. Auch ist es sinnvoll, eine Dokumentation über die benötigte Pflege im Hinblick auf die Häufigkeit und die Dauer zu führen. Sofern die Pflege von einem Pflegedienst erbracht wird, legen Sie bitte die Pflegedokumentation des Pflegedienstes bereit.

Es sollten alle Pflegepersonen bei der Begutachtung anwesend sein, da diese den Pflegebedarf anschaulich schildern können. Der Gutachter benötigt außerdem Informationen dazu, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen, welche Hilfsmittel zum Einsatz kommen und welche Arzt- und Therapiebesuche außerhalb des Hauses erfolgen.

Zur Erleichterung einer Dokumentation können Sie einen Fragebogen zur Vorbereitung auf eine Begutachtung verwenden und diesen dem Gutachter am Tag der Begutachtung vorlegen. Den Fragebogen finden unter www.medicproof.de/begutachtung.html.

Wie geht es nach der Begutachtung weiter?

Sobald uns das medizinische Gutachten vorliegt, erstellen wir eine Leistungszusage. Darin wird sowohl der Pflegegrad als auch die Art und Höhe der zukünftig zu erbringenden Leistungen bestätigt. Im Regelfall erhalten Sie das Ergebnis innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang aller erforderlichen Antragsunterlagen zugeschickt.

Bei Beihilfeberechtigten gilt diese Leistungszusage als Grundlage für die Beihilfefestsetzung. Eine Kopie der Leistungszusage ist der Beihilfestelle vorzulegen.

Wo kann ich mich weiter informieren?

Sie haben jederzeit, auch vor Feststellung eines Pflegegrades, die Möglichkeit, eine kostenlose, individuelle und neutrale Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. Die Beratung kann telefonisch, zu Hause oder in einer Einrichtung erfolgen. Der Verband der privaten Krankenversicherung hat dazu ein neutrales eigenständiges Beratungsunternehmen „compass private pflegeberatung“ gegründet. Die Beratung reicht von einem einfachen Gespräch bis hin zu einer Begleitung in schwierigen Situationen. Sie erreichen die compass private pflegeberatung bundesweit unter der kostenfreien Nummer: **(0 800) 101 88 00** (Montag bis Freitag: 8–19 Uhr, Samstag: 10–16 Uhr)

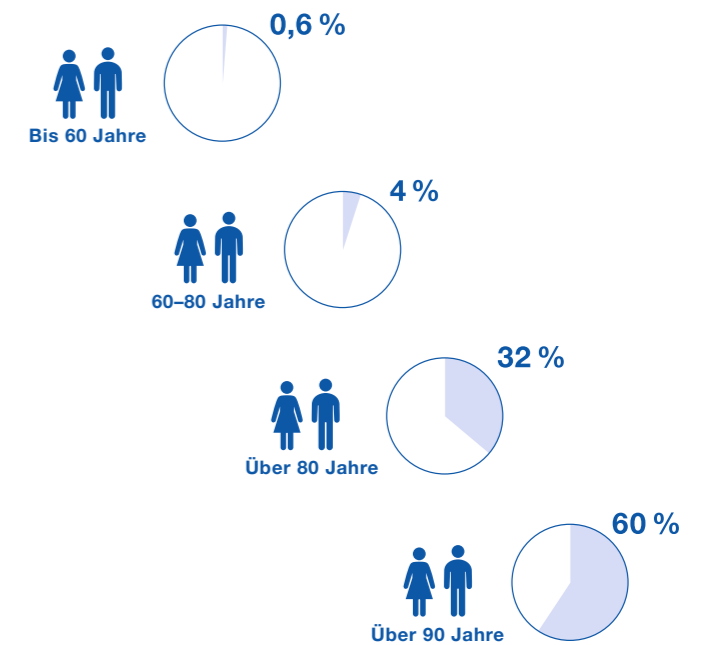


Weitere Informationen zu compass finden Sie auch im Internet unter www.compass-pflegeberatung.de.

Bei der Suche einer passenden Pflegeeinrichtung oder eines Pflegedienstes bietet neben der „compass privaten pflegeberatung“ auch der Onlineratgeber der Privaten Krankenversicherung deutschlandweit und kostenlose Unterstützung an: Informationen hierzu finden Sie im Internet unter www.pflegeberatung.de.



Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersgruppen



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Wer ist pflegebedürftig im Sinne des Gesetzgebers?

Grundlage für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs verschiedenen Bereichen.

Diese Bereiche sind

- Mobilität (z. B. Positionswechsel)
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z. B. Beteiligung an Gesprächen)
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. nächtliche Unruhe)
- Selbstversorgung (z. B. Waschen)
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z. B. in Bezug auf Medikation)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z. B. Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen)

Die festgelegten Kriterien werden innerhalb dieser Bereiche bewertet. So wird im Bereich der Selbstversorgung zum Beispiel geprüft, ob Sie sich selbstständig an- und auskleiden können. Die Bewertung nach Punkten erfolgt je nach Grad der Beeinträchtigung.

Dabei gilt

Je selbstständiger Sie sind, desto niedriger ist die Punktzahl. Welchen Pflegegrad Sie erhalten, bestimmt dann die errechnete Gesamtpunktzahl aus allen sechs Bereichen.

Da eine unterschiedliche Gewichtung der jeweiligen Punktzahlen in den einzelnen Bereichen erfolgt, entspricht die Gesamtpunktzahl nicht der Summe der einzelnen Punkte.

Zuordnung bei Erwachsenen

Pflegegrad	monatliche Leistung
Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten
Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten
Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100 Gesamtpunkten oder in besonderen Fällen

Zuordnung bei Kindern

Bei Kindern wird der Pflegegrad ermittelt, indem die Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern verglichen werden. Bis zum 18. Lebensmonat wird der Pflegegrad wie folgt festgelegt:

Pflegegrade	Punkte
Pflegegrad 1	nicht anwendbar
Pflegegrad 2	ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
Pflegegrad 3	ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten
Pflegegrad 4	ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
Pflegegrad 5	ab 70 bis 100 Gesamtpunkten

Ab dem Ersten des nächsten Monats, nachdem der 18. Lebensmonat vollendet wurde, erfolgt eine automatische Rückstufung in den nächstniedrigeren Pflegegrad ohne erneute Begutachtung.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Leistungen der häuslichen Pflege erhalten Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden. Ein großer Vorteil dieser Form ist, dass der Pflegebedürftige in seiner vertrauten häuslichen bzw. familiären Umgebung verbleibt.

Folgende Leistungen sind möglich:

Pflegegeld für private Pflegepersonen

Übernehmen Angehörige oder andere private Pflegepersonen die Pflege, so überweisen wir monatlich ein Pflegegeld entsprechend dem festgestellten Pflegegrad.

Pflegegrad	monatliche Leistung
Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Während vollstationärer Krankenhausaufenthalte wird das Pflegegeld für 28 Tage weitergezahlt. Bei einem untermonatigen Leistungsbeginn errechnet sich das Pflegegeld anteilig.

Damit die Pflegepersonen bestmöglich unterstützt werden, sieht der Gesetzgeber bei Pflegegrad 2 und 3 mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 mindestens einmal vierteljährlich einen Beratungseinsatz vor. Dieser kann z. B. von einem anerkannten Pflegedienst oder auch von der compass privaten pflegeberatung durchgeführt werden. Die anfallenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe der für die Einrichtung geltenden Regelungen.

Häusliche Pflegehilfe (Pflegedienst)

Führen professionelle Pflegekräfte eines anerkannten Pflegedienstes die Grundpflege bzw. hauswirtschaftliche Versorgung durch, erfolgt die Leistung von uns in Form einer Kostenerstattung.

Wichtig dabei ist, dass die Leistungen von einem anerkannten Pflegedienst erbracht werden. Ein Pflegedienst ist dann anerkannt, wenn er einen sogenannten Versorgungsvertrag nach SGB XI mit den Trägern der sozialen Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

Für die Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe gelten folgende Sachleistungshöchstsätze:

Pflegegrad	monatliche Leistung
Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

In manchen Fällen erbringt der Pflegedienst im Rahmen seines Hausbesuches auch Leistungen der Behandlungspflege. Diese beziehen sich auf medizinische Leistungen wie z. B. Einreibungen oder Medikamentengabe.

Der Erstattungshöchstsatz der häuslichen Pflegehilfe für Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung wird von den Kosten für erbrachte Behandlungspflege nicht beeinflusst, da die Leistungen aus dem Krankenversicherungstarif tarifgemäß erstattet werden.



Kombinationsleistung

Unterstützt ein ambulanter Pflegedienst die Angehörigen bei der häuslichen Pflege, können die Leistungen von privaten Personen (Pflegegeld) und die Leistungen des Pflegedienstes (Sachleistungen) beliebig kombiniert werden.

Wird der Sachleistungshöchstsatz nicht ausgeschöpft, überweisen wir zusätzlich ein Pflegegeld.

Dieses wird auf der Basis des Pflegegeldhöchstsatzes anteilig berechnet und entspricht prozentual der nicht in Anspruch genommenen Sachleistung.

Wenn beispielsweise 60 Prozent des Sachleistungshöchstsatzes in Anspruch genommen werden, so werden zusätzlich 40 Prozent des Pflegegeldhöchstsatzes gezahlt.

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 wird während des gesamten Monats durch einen anerkannten Pflegedienst und eine Privatperson gepflegt

▪ Höchstsatz der häuslichen Pflegehilfe für Pflegegrad 3	1.298,00 €
▪ Höchstsatz des Pflegegeldes für Pflegegrad 3	545,00 €
▪ Rechnungsbetrag der Pflegedienstrechnung (häusliche Pflegehilfe)	843,70 €

Die Erstattung wird prozentual berechnet:

▪ Prozentsatz der Rechnung in Höhe von 843,70 € aus dem Höchstsatz für häusliche Pflegehilfe von 1.298,00 €	65 %
▪ Restprozentsatz (100 % – 65 %)	35 %

Es werden noch 35 % aus dem Pflegegeldsatz von 545,00 € erstattet:

Anteiliges Pflegegeld	190,75 €
-----------------------	----------

Der Pflegebedürftige erhält also eine Erstattung von 843,70 €

für die Pflegedienstrechnung und ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 190,75 € für die Pflege durch Privatpersonen.

Das ergibt eine Gesamterstattung von 1.034,45 €.

Teilstationäre Leistungen

In manchen Fällen lassen es die Umstände nicht zu, dass die Pflege nur durch Angehörige oder in Zusammenarbeit mit einem ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden kann, da die Angehörigen beispielsweise ihrer Berufstätigkeit nachgehen müssen.

Hier besteht die Möglichkeit, dass die Pflege auch in einer Tages- oder Nachtpflege (teilstationären Pflege) erfolgt. Die restliche Zeit erfolgt die Pflege zu Hause.

Die Pflegepflichtversicherung übernimmt die Kosten für teilstationäre Pflege in anerkannten Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege bis zu folgenden Höchstsätzen:

Pflegegrad	monatliche Leistung
Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Eine Einrichtung ist dann anerkannt, wenn diese einen sogenannten Versorgungsvertrag nach SGB XI mit den Trägern der sozialen Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

Es handelt sich um eine Leistung, die zusätzlich zum Pflegegeld und/oder zu Leistungen der häuslichen Pflegehilfe in Anspruch genommen werden kann.

Wichtig

Leben Sie in einer ambulanten Wohngruppe und ist der Träger oder der Vermieter der Räumlichkeiten mit der teilstationären Einrichtung identisch, muss die Notwendigkeit einer teilstationären Pflege vom medizinischen Dienst geprüft werden.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in einer ambulanten Wohngruppe

Wohngruppen bieten pflegebedürftigen Menschen die Chance, häusliche Pflege zu ermöglichen, auch wenn es die familiäre Situation nicht zulässt. Es wird die Möglichkeit geboten, Wohnraum, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung mit anderen Pflegebedürftigen gemeinsam zu nutzen.

Zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft erhalten Sie von uns einen Zuschlag.

Dieser beträgt:

Pflegegrad	monatliche Leistung
Pflegegrad 1 bis 5	214 €

Damit der Zuschlag ausgezahlt werden kann, müssen jedoch einige Voraussetzungen erfüllt sein. Zum Beispiel:

- müssen mindestens drei aber maximal 11 weitere Personen in einer ambulanten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung leben, von denen mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind oder
- es muss eine Präsenzkraft in der Wohngruppe tätig sein.

Auch beteiligt sich die Pflegeversicherung an der Neugründung einer Wohngruppe. Der Förderbetrag wird für die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet und beläuft sich pro Wohngemeinschaft auf maximal 10.000 Euro.

Informieren Sie uns bitte, wenn Sie in eine Wohngemeinschaft ziehen oder die Gründung einer solchen planen, damit wir die Voraussetzungen für die Zahlungen prüfen können.

Kurzzeitpflege

Kann eine Pflege zu Hause für einen begrenzten Zeitraum nicht sichergestellt werden, weil z. B. ein pflegender Angehöriger verreist ist, können Pflegeleistungen in einer vollstationären Einrichtung in Anspruch genommen werden.

Bitte achten Sie bei der Auswahl des Heimes darauf, dass es eine anerkannte Einrichtung ist, das heißt, dass es einen sogenannten Versorgungsvertrag nach SGB XI mit den Trägern der sozialen Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

Die Kurzzeitpflege wird für längstens 56 Tage im Kalenderjahr gezahlt. Die Leistung muss jedoch nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum in Anspruch genommen werden; vielmehr ist auch eine Aufteilung in mehrere Zeiträume oder einzelne Tage möglich.

Für die Unterbringung in einer anerkannten Kurzzeitpflegereinrichtung gilt folgender jährlicher Höchstsatz:

Pflegegrad	Leistung pro Kalenderjahr
Pflegegrad 2 bis 5	1.612 €

Ist der Höchstsatz der Kurzzeitpflege ausgeschöpft, können bis zu 42 Tage und bis zu 1.612 Euro Ihres Anspruchs auf Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege übertragen werden. Der Anspruch auf Verhinderungspflege reduziert sich um den in Anspruch genommenen Anteil.

Bitte beachten Sie, dass lediglich die Kosten für Pflege übernommen werden. Die Unterkunft- und Verpflegungskosten sind selbst zu tragen oder können gegebenenfalls aus dem Höchstsatz des Entlastungsbetrages übernommen werden. Näheres finden Sie im folgenden Kapitel.

Eine Erstattung für eine häusliche Pflegehilfe kann mit Ausnahme des Aufnahme- und Entlassungstages nicht erfolgen. Das häusliche (anteilige) Pflegegeld wird zur Hälfte weitergezahlt.

Damit wir die Kosten für die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegereinrichtung bezuschussen können, ist keine vorherige Antragstellung notwendig. Bitte legen Sie einfach Ihre Rechnung vor.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige im häuslichen Bereich erhalten einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro. Dieser dient zur Entlastung der Pflegeperson oder zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltags.

Da die Leistungen zweckgebunden sind, erstatten wir Ihnen Aufwendungen bis zum Höchstsatz, welche Ihnen bei der Inanspruchnahme von Leistungen

- der Tages- und Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der zugelassenen ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- der Angebote für Unterstützung im Alltag entstehen.

Anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag

Hierbei handelt es sich um Angebote zur Betreuung von Pflegebedürftigen oder zur Entlastung der Pflegepersonen, welche eine Anerkennung nach dem jeweils gültigen Landesrecht benötigen. Bitte klären Sie vor Inanspruchnahme mit dem gewählten Anbieter, ob für diesen eine solche Anerkennung vorliegt. Nur dann können die Kosten übernommen werden.

Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag können bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 aus bis zu 40 Prozent des Sachleistungshöchstsatzes für die häusliche Pflegehilfe übernommen werden, sofern dieser noch zur Verfügung steht.



Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungs- oder Ersatzpflege)

Die Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen kann sehr belastend und anstrengend sein. Etwas Erholung ist daher oft notwendig, um neue Kraft zu tanken.

Damit „nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ diese verdiente Auszeit nehmen können, bietet die Pflegepflichtversicherung die sogenannte Verhinderungspflege an.

In der Regel übernimmt hier eine Verhinderungspflegekraft die Versorgung im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten ist, dass der Pflegebedürftige seit mindestens 6 Monaten im häuslichen Bereich gepflegt wurde.

Verhinderungspflege wird für längstens 42 Tage im Kalenderjahr gezahlt. Die Leistung muss jedoch nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum in Anspruch genommen werden; vielmehr ist auch eine Aufteilung in mehrere kurze Zeiträume bzw. einzelne Tage möglich.

Die maximale Höhe der Leistungen richtet sich danach, ob die Verhinderungspflege entweder durch **nahe Angehörige** oder **sonstige Personen** erbracht wird.

1. Verhinderungspflege durch nahe Angehörige

Zu den nahen Angehörigen zählen Personen, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben oder bis zum 2. Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert sind.

Führt ein „naher Angehöriger“ die Verhinderungspflege durch, erhalten Sie maximal den 1,5 fachen Satz des Ihnen nach dem Pflegegrad zustehenden Pflegegeldes.

Zusätzlich **nachgewiesene Aufwendungen**, wie z. B. Verdienstausfall oder Fahrtkosten erstatten wir ebenfalls.

Die Gesamterstattung (maximal 1,5-fache Satz des Pflegegeldes vom festgestellten Pflegegrad und nachgewiesene Aufwendungen) beträgt insgesamt maximal 1.612 Euro im Kalenderjahr.

2. Verhinderungspflege durch „sonstige Personen“ oder Einrichtungen

Wird die Verhinderungspflege von einer „sonstigen Person“ bzw. von einer Einrichtung erbracht, können folgende Leistungen übernommen werden:

Pflegegrad	Leistung pro Kalenderjahr
Pflegegrad 2 bis 5	1.612 €

Ist der Höchstsatz der Verhinderungspflege ausgeschöpft, erfolgt die Kostenübernahme für längstens 56 Tage und bis zu 806 Euro im Rahmen der Kurzzeitpflege.

Damit wir die Kosten für die Verhinderungspflege erbringen können, senden Sie uns bitte eine Bestätigung über die Kosten der Ersatzpflege.

Diese muss folgende Punkte enthalten:

- Kennzeichnung als Ersatzpflege
- Name, Vorname und Anschrift der Ersatzpflegeperson
- Angabe, ob die Ersatzpflegeperson bis zum 2. Grad mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert ist oder mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebt
- Datum der Ersatzpflege
- Angabe der Pflegestufen pro Tag bei stundenweiser Inanspruchnahme
- Betrag, der gezahlt wurde
- Unterschrift des Pflegebedürftigen und der Ersatzpflegeperson
- Angabe, ob die regelmäßige Pflegeperson den Rest des Tages anwesend war oder nicht
- Grund der Ersatzpflege

Wichtig

Da das Leistungsspektrum der Pflegepflichtversicherung sehr umfangreich ist, setzen Sie sich bitte vor der geplanten Abwesenheit der Pflegeperson telefonisch mit uns in Verbindung.



Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sollen pflegebedürftigen Menschen und den pflegenden Personen im Alltag helfen. Die Pflege soll dadurch unterstützt, Beschwerden gelindert und eine selbstständige Lebensführung ermöglicht werden.

Man unterscheidet zwischen:

- **technischen Hilfsmitteln**
wie z. B. Pflegebetten, Toilettenstühle oder Patientenlifter
und
- **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln:**
wie z. B. Windeln, Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel

Wir erstatten Pflegehilfsmittel, wenn

- mindestens Pflegegrad 1 im häuslichen Bereich vorliegt
- das Pflegehilfsmittel im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführt ist und über eine gültige, vollständige Pflegehilfsmittelnummer verfügt und
- das Pflegehilfsmittel vom medizinischen Dienst befürwortet wird.

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis finden Sie ab Seite 18 in dieser Broschüre.

Was ist zu tun, wenn ich Pflegehilfsmittel benötige?

Die Beschaffung von technischen Pflegehilfsmitteln organisieren wir für Sie. Wir arbeiten daher bundesweit mit Vertragssanitätshäusern zusammen, um für Sie eine einfache Bestellung ohne unnötige Formalitäten und lange Lieferzeiten zu gewährleisten.

Bitte rufen Sie uns an unter: (0 89) 21 60-90 10.

Wir besprechen mit Ihnen dann die weitere Vorgehensweise und bestellen gerne das Pflegehilfsmittel für Sie über einen unserer Vertragspartner.

Sie vermeiden so Kosten, die Sie bei einer eigenhändigen Beschaffung eventuell selbst tragen müssen.

Was muss ich sonst noch beachten?

Verbrauchshilfsmittel

An den Kosten beteiligen wir uns bis zu 40 Euro monatlich zum versicherten Prozentsatz, sofern diese vom medizinischen Dienst befürwortet oder ärztlich verordnet wurden. Hierzu schicken Sie uns einfach Rechnungen, Quittungen oder Kassenbons zu. Ein Bezug über uns ist nicht erforderlich.

Technische Pflegehilfsmittel

Diese werden in allen geeigneten Fällen leihweise überlassen. Mit unseren Vertragssanitätshäusern sind Preispauschalen vereinbart, welche bereits die Anschaffungs-, Reparatur- oder Wartungskosten beinhalten. Lehnen Sie eine leihweise Überlassung ab, können maximal die Kosten erstattet werden, die bei einer leihweisen Überlassung entstanden wären. Achten Sie bitte darauf, dass die richtige und vollständige Pflegehilfsmittelnummer auf der Rechnung vermerkt ist. Zudem kann maximal der Betrag erstattet werden, den unsere Vertragsfirma berechnen würde.

Pflegehilfsmittel, die von Privatpersonen (auch über das Internet) bezogen werden, können wir aus haftungsrechtlichen Gründen nicht erstatten. Die Produkthaftung ist hier nicht mehr gewährleistet.

Im vollstationären Bereich müssen die Pflegehilfsmittel von der Einrichtung bereitgestellt werden.

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Manchmal ist es notwendig, den häuslichen Bereich umzubauen, damit eine Pflege überhaupt erst ermöglicht, erleichtert oder eine selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Darunter fallen z. B. bauliche Änderungen, wie der Einbau einer ebenerdigen Dusche, Türverbreiterungen oder Treppenlifter.

Für diese Maßnahmen können – nachrangig, sofern kein anderer Kostenträger in Frage kommt, finanzielle Zuschüsse gezahlt werden.

Eine solche wohnumfeldverbessernde Maßnahme wird mit bis zu 4.000 Euro bezuschusst. Dieser Zuschuss bezieht sich auf alle Umbauten, die wegen der Pflegesituation zum Zeitpunkt der Begutachtung notwendig sind.

Beispiel

Ein Versicherter ist auf den Rollstuhl angewiesen. Dieser benötigt aufgrund der aktuellen Pflegesituation

1. den Einbau einer ebenerdigen Dusche sowie
2. eine Verbreiterung der Türen, um diese mit dem Rollstuhl zu durchfahren und
3. einen Treppenlifter.

Der Zuschuss wird nur einmalig in Höhe von 4.000 Euro für alle Umbauten zusammen ausgezahlt.

Die Notwendigkeit einer pflegerelevanten Umbaumaßnahme muss, genau wie der Pflegegrad, durch einen unabhängigen Gutachter der Medicproof GmbH bestätigt werden. Erst dann ist eine Bezuschussung möglich.

Sollten Sie einen Umbau Ihres Wohnumfeldes planen, setzen Sie sich bitte auf jeden Fall vorab telefonisch mit den Mitarbeitern der Kundenserviceabteilungen in Verbindung.

Lesen Sie weiter ►

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bei vielen Pflegebedürftigen lässt es entweder der Gesundheitszustand oder die familiäre Situation nicht zu, eine adäquate Betreuung im häuslichen Umfeld sicherzustellen. Dann besteht die Möglichkeit, dauerhaft stationär in ein Heim zu ziehen.

Das Angebot an Pflegeheimen ist groß. Achten Sie daher bei der Auswahl des für Sie passenden Heimes unbedingt darauf, dass es sich bei der Einrichtung um ein anerkanntes Pflegeheim handelt. Nur dann ist eine Erstattung möglich. Anerkannt ist ein Pflegeheim dann, wenn es einen sogenannten Versorgungsvertrag nach SGB XI mit den Trägern der sozialen Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

Stationäres Pflegegeld

Wir überweisen Ihnen bei der Unterbringung in vollstationärer Pflege monatlich maximal den Höchstsatz für den entsprechenden Pflegegrad.

Pflegegrad	monatliche Leistung
Pflegegrad 1	125 €
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

Erstattungsfähig sind die Pflegesätze, die zwischen dem Träger Ihrer Einrichtung und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung vereinbart sind. Zugelassene Einrichtungen, die keine solche Vergütungsvereinbarung getroffen haben, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen frei mit Ihnen vereinbaren. Wir dürfen in diesem Fall allerdings nur 80 Prozent der vorgesehenen Höchstbeträge erstatten.

Alle Heimbewohner der Pflegegrade 2 bis 5 zahlen einen gleichen Eigenanteil innerhalb eines Heimes. Hierdurch wird verhindert, dass eine Höherstufung zu höheren Restkosten für die Versicherten in Pflegeheimen führt. Gleichzeitig schafft dies auch Planungssicherheit für die Versicherten.

Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Bei Einrichtungen der Behindertenhilfe handelt es sich in der Regel um Wohngruppen für körperlich oder geistig behinderte Menschen. Diese Einrichtungen beinhalten Förderstätten, in denen vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten gefestigt und ausgebaut werden.

Die Unterbringung erfolgt meistens wie in einem Internat. Das bedeutet, dass die Bewohner die Behinderteneinrichtungen in der Regel am Wochenende verlassen und in dieser Zeit von ihrer Familie versorgt werden.

Meist trägt das Sozialamt die Heimkosten für die Unterbringung in den Behinderteneinrichtungen. Sofern uns eine sogenannte Überleitungsanzeige des Sozialhilfeträgers vorliegt, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung direkt an diesen.

Sofern der Pflegebedürftige an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten die Einrichtung verlässt und in dieser Zeit im häuslichen Umfeld betreut wird, besteht ein Anspruch auf häusliche Pflegeleistungen für die jeweiligen Pflegetage im familiären Umfeld.

Dieser Leistungsanspruch gilt auch für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, soweit diese im häuslichen Umfeld und nicht in der Einrichtung genutzt werden.

Die monatliche Leistung beträgt 10 Prozent des Heimentgelts bis zu einem Maximalbetrag von 266 Euro. Diese Leistungen werden erst ab Pflegegrad 2 erbracht.

Leistungen für die Pflegepersonen

Pflegekurse für Angehörige

Die Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen stellt meistens für die pflegenden Angehörigen, Freunde oder Bekannten eine ganz neue Situation dar. Pflegetätigkeiten zu erbringen, bedeutet nicht nur organisatorischen Aufwand, sondern auch eine körperliche Herausforderung für jede Pflegeperson.

Pflegedienste bieten im Rahmen sogenannter Pflegekurse Hilfestellung gerade in Bezug auf Pflegetechniken, um sowohl die Pflegeperson zu schonen, als auch die Pflege für den Hilfebedürftigen angenehmer zu gestalten.

Diese Pflegekurse werden unabhängig vom Pflegegrad von der Pflegepflichtversicherung bis zu einem Betrag von etwa 100 Euro übernommen.

Pflegekurse werden von verschiedenen Pflegediensten oder auch von Volkshochschulen angeboten. Sie können die Kursteilnahme eigenständig organisieren. Bitte legen Sie nach Abschluss des Kurses die entsprechende Rechnung uns zur Erstattung vor.

Die Erstattung der Pflegekurse erfolgt auch bei Beihilferechtigten zu 100 Prozent durch uns.

Beiträge zur sozialen Sicherung

Zur Sicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen sind wir unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet, Rentenversicherungsbeiträge an den Rententräger abzuführen.

Diese sind beispielsweise

- die Pflege erfolgt in häuslicher Umgebung
- der Pflegeaufwand der Pflegeperson beträgt mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche
- die Pflegeperson ist neben der Pflegetätigkeit nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig

Unter bestimmten Umständen besteht auch ein Anspruch auf Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung.

Wir prüfen ob für Ihre Pflegeperson die Voraussetzungen zur Beitragsabführung an den Rentenversicherungsträger und die Agentur für Arbeit vorliegen.

Zu gegebener Zeit schicken wir an die Pflegeperson/en ein entsprechendes Formular, anhand dessen der Anspruch überprüft wird.



Unfallversicherung Pflegepersonen

Ehrenamtlich tätige Pflegepersonen sind während der Pfl egetätigkeit durch die gesetzliche Unfallversicherung gegen Unfälle abgesichert.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle, die in Zusammenhang mit der Pfl egetätigkeit stehen, sowohl im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen als auch außerhalb der Wohnung zum Beispiel bei Einkäufen oder Hol- und Bringdiensten.

Im Falle eines Unfalls muss die Pflegeperson bei der ärztlichen Behandlung angeben, dass sich der Unfall bei der Ausführung der Pfl egetätigkeit ereignet hat. Die Unfallversicherung wird dann automatisch durch den Arzt informiert. Die Zuständigkeit obliegt immer dem Unfallversicherungsträger, in dessen Bereich der Ort der Pfl egetätigkeit (Pflegehaushalt) fällt.

Pflegezeit

Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit stellt nicht nur eine Veränderung für den Pflegebedürftigen selbst dar. Die Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen bedeutet auch eine Umstellung des familiären Umfeldes und der bisherigen Tagesabläufe der Pflegeperson. Gerade die Hürde des Zusammenspiels zwischen Beruf und Pfl egetätigkeit gilt es hier so zu meistern, dass für alle Beteiligten die beste Lösung erzielt wird.

Für Pflegepersonen, die – um einen pflegebedürftigen Angehörigen häuslich zu versorgen – als Beschäftigte von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung wird, zahlen wir auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Höhe dieser Zuschüsse ist gesetzlich geregelt. Dieser Anspruch besteht für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten und nur gegenüber Arbeitgebern, die mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigen.

Darüber hinaus besteht für die Betreuung minderjähriger, pflegebedürftiger Angehöriger auch in außerhäuslicher Umgebung die Möglichkeit einer teilweisen oder vollständigen Freistellung von bis zu sechs Monaten.

Pflegeunterstützungsgeld

Bei einer akut eintretenden Pflegesituation eines nahen Angehörigen können sich Beschäftigte von der Arbeit bis zu 10 Tage freistellen lassen. Dadurch besteht die Möglichkeit, eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Damit keine finanziellen Nachteile entstehen, zahlen wir eine Lohnersatzleistung. Diese beinhaltet auch Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die Leistungen sind antragspflichtig. Wird dies in Anspruch genommen, informieren Sie uns bitte.



Wissenswertes

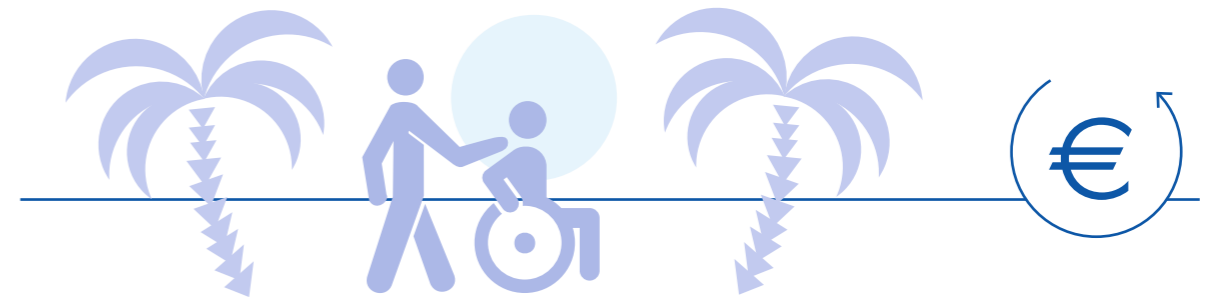
Pflege im Ausland

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung können in der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden.

Falls pflegebedürftige Personen ihren Wohnsitz in ein Land des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), der Europäischen Union (EU) oder in die Schweiz verlegen und die pflegerische Versorgung dort erfolgt, können auch hier Leistungen mit Einschränkungen übernommen werden.

Die Leistungen sind antragspflichtig. Wird dies in Anspruch genommen, informieren Sie uns bitte.

Pflegelohn im Ausland



Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige

Die Erstattungen erhalten Sie entsprechend Ihrem versicherten Tarif. Je nach Höhe Ihres Beihilfebemessungssatzes erhalten Sie zudem Leistungen der Beihilfe. Vergessen Sie bitte nicht, die Leistungszusagen ebenfalls in Kopie dieser vorzulegen. Einzelheiten zu den Leistungen klären Sie bitte direkt mit der zuständigen Beihilfestelle.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes fortgeschrieben.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand April 2018

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer	2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	HMV-Nummer	3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität	HMV-Nummer	5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten		2.1 Produkte zur Hygiene im Bett		3.1 Notrufsysteme		5.1 Saugende Bettschutzeinlagen	
▪ Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999	▪ Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999	▪ Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999	▪ Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
▪ Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999	▪ Urinflaschen	51.40.01.1000-1999	Hilfsmittel*:		5.2 Schutzbekleidung	
▪ Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999	▪ Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999	3.2 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung		▪ Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
▪ Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999	▪ Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999	▪ Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999	▪ Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
▪ Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999	▪ Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4000-4999	3.3 Gehhilfen		▪ Mundschutz	54.99.01.2000-2999
1.2 Pflegebettzubehör		2.2 Waschsysteme		▪ Gehgestelle	10.46.01.0001-0999	▪ Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
▪ Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999	▪ Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999	▪ Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999	5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
▪ Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999	▪ Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999	▪ Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999	▪ Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
▪ Bettgalgen	50.45.02.2000-2999	▪ Duschwagen	51.45.01.2000-2999	▪ Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999	Hilfsmittel*:	
▪ Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999	▪ Kopfwaschbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999	▪ Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999	5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen	
▪ Seitengitter	50.45.02.4000-4999	▪ Hygienesitze	51.45.01.4000-4999	4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden		▪ Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0001-0999
▪ Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999	Hilfsmittel*:		4.1 Lagerungsrollen		▪ Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1000-1999
▪ Seitenpolster für Pflegebetten	50.45.02.6000-6999	2.3 Badewannenlifter		▪ Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999	▪ Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2000-2999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung		▪ Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999	▪ Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999	▪ Rechteckvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.3000-3999
▪ Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999	▪ Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999	Hilfsmittel*:		▪ Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.4000-4999
▪ Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999	2.4 Badewanneneinsätze		4.2 Lagerungskeile		▪ Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.30.5000-5999
▪ Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999	▪ Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999	▪ Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm	20.29.01.0001-3999	5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen	
1.4 Spezielle Pflegebettische		▪ Badeliegen	04.40.04.1000-1999	4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung		▪ Netzhose Größe 1/Netzhose Größe 2	15.25.02.0001-1999
▪ Pflegebettische	50.45.04.0001-0999	2.5 Badewannensitze		▪ Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999	5.6 Saugende Inkontinenzhosen	
▪ Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999	▪ Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999	4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung		▪ Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3	15.25.31.0001-8999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung		▪ Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999	▪ Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999	5.7 Externe Urinalableiter	
▪ Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999	▪ Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999	▪ Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.05.0001-2999	▪ Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung		▪ Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999	5.8 Urin-Beinbeutel		▪ Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
▪ Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999	2.6 Duschhilfen		5.9 Urin-Bettbeutel		▪ Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken		▪ Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999	5.10 Zubehör für Auffangbeutel		▪ Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
▪ Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999	▪ Duschhocker	04.40.03.1000-1999	▪ Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009	▪ Halterungen/Befestigungen für Urinbeutel	15.99.99.0010
Hilfsmittel*:		▪ Duschstühle	04.40.03.2000-2999	2.7 Toilettensitze			
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung		▪ Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999	▪ Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999		
▪ Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999	▪ Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999	▪ Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999		
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert		▪ Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999	▪ Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999		
▪ Wandlifter	22.40.02.0001-0999	2.8 Toilettenstützgestelle		2.8 Toilettenstützgestelle			
1.10 Zubehör für Lifter		▪ Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999	▪ Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999		
▪ Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999	▪ Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999	▪ Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999		
1.11 Umsetz- und Hebehilfen		▪ Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999	▪ Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999		
▪ Drehscheiben	22.29.01.0001-0999	2.9 Toilettenstühle		2.11 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen			
▪ Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999	▪ Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999	▪ Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999		
▪ Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999	▪ Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999	▪ Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999		
Innenraum und Außenbereich		2.12 Toilettenrollstühle		2.12 Toilettenrollstühle			
1.12 Schieberollstühle		▪ Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999	▪ Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999		
▪ Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999	2.13 Duschrollstühle		▪ Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999		
1.13 Treppen/Treppenfahrzeuge							
▪ Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999						
▪ Treppenraupen	18.65.01.2000-2999						

Hilfsmittel*: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind



UKV – Union Krankenversicherung AG

Peter-Zimmer-Straße 2 · 66123 Saarbrücken

Telefon (06 81) 844-70 00 · service@ukv.de · www.ukv.de