

Zu Hause gut versorgt

Medizin  Pflege GmbH

Der kleine Berater



Inhalt

1. Einleitung	S.3
2. Die Pflegeversicherung	S.5
2.1 Wie kann ich einen „Pflegegrad“ in Anspruch nehmen?	S.5
<i>Die einzelnen Module</i>	
2.2 Welche Arten von Leistungen gibt es in der ambulanten Pflege?	S.8
<i>Sachleistung & Pflegegeld nach Pflegegraden</i>	
2.3 Weitere Leistungen der Pflegeversicherung	S.12
<i>Der Betrag für Wohngemeinschaften</i>	
<i>Der Entlastungsbetrag</i>	
<i>Die Verhinderungspflege</i>	
<i>Die Kurzzeitpflege</i>	
<i>Die Tages- oder Nachtpflege</i>	
<i>Die Verbrauchsmittel</i>	
<i>Die Pflegehilfsmittel</i>	
<i>Die Notrufsysteme</i>	
<i>Die Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes</i>	
<i>Die Beratungseinsätze</i>	
<i>Die Pflegeberatung</i>	
<i>Die Pflegekurse/Schulungen für Angehörige</i>	
3. Die Krankenversicherung	S.21
4. Weitere mögliche Leistungen	S.24

1. Einleitung

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Überblick darüber geben, was wir in der ambulanten Pflege für Sie tun können und welche Möglichkeiten Ihnen offenstehen.

Wer pflegebedürftig wird, dem stellen sich häufig viele Fragen:

Was für Leistungen stehen mir zu?

Wo und wie kann ich die Leistungen beantragen?

Was muss ich selbst bezahlen?

Kann ich in meinem Zuhause bleiben oder muss ich umziehen?

Wer kann mir weiterhelfen?

Auf den nächsten Seiten finden Sie Informationen zu den wichtigsten Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherungen und den Möglichkeiten der ambulanten Pflege. Das soll Ihnen helfen, sich ein wenig im Dschungel der Regelungen zurechtzufinden. Für eine vollständige Auflistung sämtlicher Möglichkeiten aller Hilfssysteme fehlt hier allerdings der Platz.

Sicher haben Sie und Ihre Angehörigen ganz eigene Vorstellungen davon, wie Sie Ihr Leben gestalten und welche Hilfestellungen Sie nutzen möchten. Um diese Vorstellungen so gut wie möglich umzusetzen, empfehlen wir ein persönliches Beratungsgespräch. Ein solches Gespräch kann dabei helfen, eine ganz individuelle Lösung für Sie zu finden.

Wenn Sie ein eingehendes Beratungsgespräch wünschen, stehen Ihnen unsere geschulten Pflegeberater gerne zur Verfügung. Wir besuchen Sie gerne zu Hause oder laden Sie in unser Büro ein. Das erste Beratungsgespräch ist selbstverständlich kostenfrei und völlig unverbindlich. Vereinbaren Sie einfach einen Termin mit uns. Wir beantworten Ihnen auch Ihre Fragen zum Thema Pflege und können Sie außerdem bei Antragstellungen, Einstufungsüberprüfungen und Widerspruchsverfahren unterstützen. Sprechen Sie uns gerne an!

Ihr Team von

Medizin+Pflege
GmbH



2. Die Pflegeversicherung:

Wer über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nicht in der Lage ist, sich selbst vollständig zu versorgen, hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung ist im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt. Dieses Gesetzbuch enthält den sogenannten „Pflegebedürftigkeitsbegriff“, der regelt, wer als pflegebedürftig gilt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Pflegebedürftigkeit auf körperlichen, psychischen oder geistigen Einschränkungen beruht.

Wie hoch die Leistung der Pflegeversicherung ist, richtet sich nach der Einstufung in einen von fünf „Pflegegraden“.



2.1 Wie kann ich einen „Pflegegrad“ in Anspruch nehmen?:

Eine Einstufung in einen „Pflegegrad“ erfolgt erst wenn ein Antrag gestellt wird. Um diesen zu stellen, meldet man sich bei seiner Pflegekasse. In den meisten Fällen ist dies auch die Krankenkasse. Der Antrag gilt schon als gestellt, wenn man ihn telefonisch beantragt, allerdings muss ein Antragsformular ausgefüllt werden.

Dieses Formular versendet die Kasse an die Antragsteller. Es hat in der Regel mehrere Seiten und fragt die persönlichen Daten und Angaben zur Situation ab. Viele Pflegekassen bieten es auch als Download im Internet an, dann gilt als Datum der Antragstellung allerdings erst der Posteingang des Antragsformulars. Die Pflegekasse erteilt nach Eingang des Antrages dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) den Auftrag, eine Einstufungsuntersuchung durchzuführen. Bei Privatpatienten wird die Untersuchung durch „Medicproof“ nach denselben Kriterien durchgeführt. Antragsteller bekommen einen Termin für die Untersuchung vom MDK per Post zugestellt. Im Regelfall geschieht dies innerhalb weniger Wochen. Am Tag des Termins wird ein Zeitfenster von zwei Stunden für das Eintreffen des Prüfers angegeben. Auf telefonische Bitte kann dieser Zeitraum eingegrenzt werden. Wenn dringende Gründe vorliegen kann der Termin verschoben werden. Es ist zu empfehlen, dass Angehörige oder Pflegende bei der Untersuchung anwesend sind, um Informationen zu ergänzen und für eine entspannte Atmosphäre zu sorgen. Die Untersuchung findet im Normalfall in der eigenen Häuslichkeit statt. Eine Schnelleinstufung im Krankenhaus oder eine Prüfung im Pflegeheim oder der Kurzzeitpflege ist jedoch ebenfalls möglich.

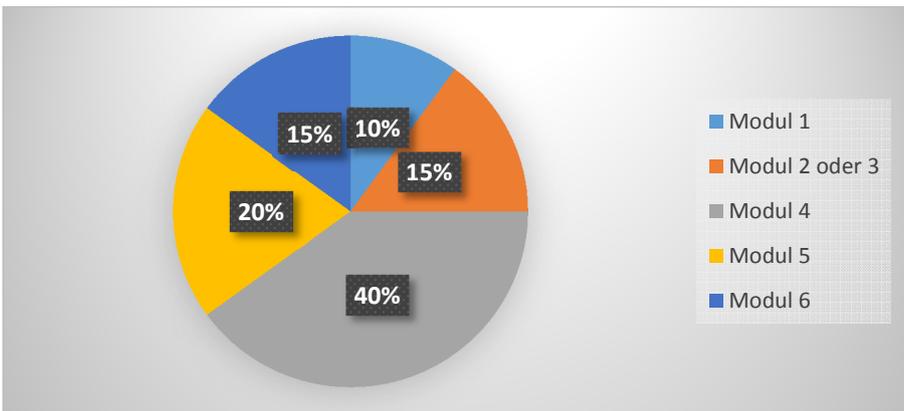
Die Einstufungsuntersuchung dient dazu, zu ermitteln in welchen Bereichen und wie stark die Selbständigkeit des Antragstellers eingeschränkt ist. Dafür ist ein Begutachtungsinstrument mit acht Modulen entwickelt worden, die geprüft werden. Allerdings fließen nur fünf dieser Module in die Bewertung ein.

Die einzelnen Module sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhalten und psychische Problemlagen
(Von den Modulen 2+3 fließt nur das höherbewertete in die Einstufung ein)
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Erfasst, aber nicht bewertet werden:

7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung



In jedem Modul werden Punkte für verschieden Bereiche vergeben. Die Module fließen mit einer prozentual unterschiedlichen Gewichtung in die Ermittlung des Pflegegrades ein:

Diese Berechnung führt über ein Umrechnungssystem zu einer Punktzahl von 0 – 100. Je nach Punktzahl wird ein Pflegegrad vergeben:

Punktzahl	Pflegegrad
0-12	keiner
12,5 - 26,5	1
27 -47	2
47,5 -69,5	3
70 - 89,5	4
90 - 100	5*

*Die Einstufung in Pflegegrad 5 kann unter bestimmten Bedingungen auch erfolgen, wenn weniger als 90 Punkte erreicht werden

Auf Basis der Einstufungsuntersuchung erstellt der MDK ein Gutachten und eine Empfehlung zum Pflegegrad, die an die Pflegekasse weitergeleitet werden. Im Normalfall folgt die Kasse der Empfehlung und sendet die Genehmigung des Pflegegrades sowie das Gutachten an den Antragsteller. Wenn ein Pflegegrad genehmigt wird, werden die Leistungen rückwirkend ab dem Tag der Antragstellung erbracht.

2.2 Welche Arten von Leistungen gibt es in der ambulanten Pflege?:

Wird ein Pflegegrad genehmigt, werden in der Regel sogenannte „Sachleistungen“ bewilligt. Darunter versteht man die Hilfeleistung durch einen ambulanten Pflegedienst, die direkt mit der Pflegekasse abgerechnet wird. Diese Leistungen werden nach Minuten abgerechnet oder über sogenannte „Leistungskomplexe“. Ein Leistungskomplex beinhaltet alle Verrichtungen, die zu einer bestimmten Pflegehandlung gehören. Die Leistungskomplexe unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland und sind in „Leistungskomplekatalogen“ geregelt. In Niedersachsen beinhaltet zum Beispiel der Leistungskomplex „Große Pflege I“ alles was zu einer Waschung des ganzen Körpers gehört. Das Waschen selbst,

das An- und Auskleiden und möglicherweise auch das Haarewaschen und das Zähneputzen. Wenn der Betrag für Sachleistungen nicht für die gewünschten Leistungen ausreicht, muss der überschüssige Betrag von der pflegebedürftigen Person privat beglichen werden. Wenn weniger Leistungen abgerechnet werden, als möglich, so verfällt der Restbetrag.

Wenn Angehörige oder Bekannte einer pflegebedürftigen Person helfen, können sie als „Pflegeperson“ (im Unterschied zur beruflich pflegenden „Pflegekraft“) bei der Pflegekasse gemeldet werden. Eine Pflegeperson muss nicht unbedingt bei der Körperpflege helfen, auch Hilfe im Haushalt, Gesellschaft leisten, Begleiten oder Hilfe bei weiteren Angelegenheiten können hier gemeint sein.

Die Registrierung als Pflegeperson bringt keinerlei Rechte oder Verpflichtungen mit sich. Wenn eine Pflegeperson allerdings mehr als 14 Stunden in der Woche eine pflegebedürftige Person unterstützt, ist sie während der Hilfeleistung durch die Pflegeversicherung unfallversichert. Wenn die Pflegeperson darüber hinaus nicht selbst verrentet ist und weniger als 30 Stunden in der Woche berufstätig ist, kann ein Zuschuss zur Rentenversicherung gewährt werden.

Ist eine Pflegeperson eingetragen, gibt es neben den Sachleistungen noch zwei weitere Möglichkeiten:

Anstelle der Sachleistung kann ein „Pflegegeld“ bezogen werden. In diesem Fall wird ein Betrag, der vom Pflegegrad abhängig ist, direkt an die pflegebedürftige Person ausbezahlt. Dieser Betrag ist deutlich geringer, als der Betrag, der für Sachleistungen gewährt wird und wird in der Regel am ersten des Monats auf das Konto überwiesen. Der Betrag kann frei verwendet werden und ist nicht an einen bestimmten Zweck gebunden. Allerdings entfällt bei Bezug von Pflegegeld die Möglichkeit, dass ein Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

Die dritte Möglichkeit kombiniert Sachleistung und Pflegegeld und wird daher als „Kombinationsleistung“ bezeichnet. Bei dieser Variante kann ein Pflegedienst die Sachleistungen erbringen und abrechnen, als wäre die Variante „Sachleistung“ gewählt. Sollte jedoch weniger als der genehmigte Betrag für Sachleistung abgerechnet werden, errechnet die Pflegekasse den prozentualen Anteil, der noch offen ist. Dieser Prozentsatz wird dann vom Pflegegeld ausbezahlt, allerdings nicht zum ersten des Monats sondern erst nachdem der Pflegedienst abgerechnet hat. Es wird also nicht ein Betrag in Höhe der nicht erbrachten Sachleistung ausbezahlt, sondern ein prozentualer Anteil am Pflegegeld. Dennoch ist diese Variante häufig die günstigste, da kein Betrag verfällt.

Eine Beispielrechnung für die Kombinationsleistung:

Wird der volle Betrag für Sachleistungen ausgeschöpft, bei Pflegegrad 4 wären das zum Beispiel 1.612€, wird kein Pflegegeld mehr gezahlt. Beträge darüber hinaus müssen auch bei Kombinationsleistung privat beglichen werden.

Wird einen Monat lang keine Sachleistung erbracht, wird der volle Betrag an Pflegegeld, bei Pflegegrad 4 wären das 728€, ausbezahlt.

Wird nur ein Teil des Betrages für Sachleistungen abgerechnet, wird der Prozentsatz errechnet, der nicht abgerechnet wurde. Nehmen wir an, bei Pflegegrad 4 wird die Hälfte der Sachleistung, also 806€, abgerechnet. Das würde bedeuten 50% wurden nicht abgerechnet. Dieser Prozentsatz wird nun vom Pflegegeld ausgezahlt, in unserem Beispiel also 364€ (50% von 728€).

Sachleistungen und Pflegegeld nach Pflegegraden:

Pflegegrad	Sachleistung	Pflegegeld
1	*	—
2	689€	316€
3	1.298€	545€
4	1.612€	728€
5	1.995€	901€

*Bei Pflegegrad 1 werden keine Leistungen gewährt. Jedoch kann der Entlastungsbetrag (siehe unten) in Pflegegrad 1 auch für Sachleistungen, Tagespflege, Hilfe im Haushalt oder Betreuungsleistungen aufgewendet werden.



2.3 Weitere Leistungen der Pflegeversicherung:

Zusätzlich zu den oben genannten Leistungen, stehen pflegebedürftigen Personen mit Genehmigung des Pflegegrades weitere Leistungen zu. Diese werden nicht ausbezahlt, beeinflussen aber auch nicht die vorgenannten Leistungen.

Der Betrag für ambulant betreute Wohngemeinschaften:

Lebt die pflegebedürftige Person in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, so hat sie Anspruch auf einen pauschalen zusätzlichen Betrag in Höhe monatlich 214€.

Für Wohngemeinschaften kann zudem, im Rahmen der Wohngruppenförderung, ein Gründungszuschuss gewährt werden. Dieser wird für bis zu vier Personen in einer Wohngemeinschaft gewährt und beträgt insgesamt 2.500€ bis 10.000€.

Der Entlastungsbetrag nach §45 SGB XI:

Eine wichtige zusätzliche Leistung ist der „Entlastungsbetrag“. Er ist so benannt, weil er dazu beitragen soll, pflegende Angehörige zu entlasten, steht aber auch pflegebedürftigen Personen zur Verfügung, die nicht von Angehörigen gepflegt werden.

Monatlich stehen 125€ zur Verfügung, die für Hilfe bei der Haushaltsführung oder für Betreuungsleistungen genutzt werden können. Betreuung beschreibt in diesem Zusammenhang, gemeinsam verbrachte Zeit. Das kann die Begleitung bei Unternehmungen, Spaziergängen oder im Alltag sein, Vorlesen, gemeinsames Spielen oder Musizieren oder auch einfach nur jemandem Gesellschaft zu leisten.

Der Entlastungsbetrag kann, wenn die Leistung von einem zugelassenen Pflegedienst erbracht wurde, erstattet werden. Einfacher ist es jedoch, dem Pflegedienst eine „Abtretungserklärung“ auszustellen, so dass dieser direkt mit der Pflegekasse abrechnen kann. Abgerechnet werden können auch

dann nur die Leistungen, die der Pflegedienst tatsächlich erbracht hat.

Der Entlastungsbetrag kann bis zu sechs Monate angespart werden. Er kann nicht für Leistungen der Körperpflege verwendet werden. Bei Pflegegrad 1 wird nur der Entlastungsbetrag und keine weitere Leistung gewährt. In diesem Fall darf der Betrag jedoch auch für weitere Sachleistungen und Leistungen der Tages- oder Nachtpflege eingesetzt werden.

Die Verhinderungspflege:

Um einen Ausgleich zu schaffen, falls Pflegepersonen einmal verhindert sind und die gewohnte Hilfeleistung nicht erbringen können, gibt es die Möglichkeit der „Verhinderungspflege“. Bedingung für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege ist, dass die Pflege bereits seit mindestens sechs Monaten durchgeführt wird. Das muss jedoch nicht bedeuten, dass der Pflegegrad bereits so lange genehmigt ist. Auch Pflege, die vor Antragstellung geleistet wurde, wird hier anerkannt, da ein Antrag auf Pflegegrad häufig erst gestellt wird, wenn die Belastung für Angehörige steigt. Die Leistungen der Verhinderungspflege müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Wenn die Verhinderung der Pflegeperson jedoch spontan oder im Rahmen eines Notfalls eintritt, kann dies auch nachträglich oder in kurzer Frist geschehen. Es sollte jedoch möglichst früh ein Antrag gestellt werden. Wenn ein ambulanter Pflegedienst mit der Erbringung der Verhinderungspflege beauftragt wird, kann dieser über einen Zeitraum von 42 Tagen die Pflege übernehmen, sofern täglich mindestens acht Stunden lang Pflege benötigt wird. Werden weniger als diese acht Stunden am Tag benötigt, steht über das Jahr verteilt ein Betrag von 1.612€ zur Verfügung, der für jede Art von Leistungen der ambulanten Pflege genutzt werden kann. Die Abrechnung erfolgt nach Zeit. Häufig rechnen Pflegedienste im 15 Minuten-Takt ab. Mit Ablauf des Kalenderjahres verfällt der nicht genutzte Restbetrag, jedoch steht mit Beginn des neuen Jahres wieder der volle Jahresbetrag zur Verfügung.

Sollten die Leistungen der „Kurzzeitpflege“ (siehe unten) nicht länger als zwei Wochen in Anspruch genommen werden, kann der zur Verfügung stehende Betrag um 50%, also um 806€, erhöht werden. Insgesamt stehen dann 2.418€ für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

Die Kurzzeitpflege:

Ebenso wie die Verhinderungspflege ist auch die „Kurzzeitpflege“ eine Möglichkeit, einen gewissen Zeitraum zu überbrücken, in dem die gewohnte Versorgung nicht gesichert ist.

Im Rahmen der Kurzzeitpflege kann eine pflegebedürftige Person vorübergehend in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen werden, in der Kurzzeitpflege angeboten wird. Die Kosten für die Pflege übernimmt in diesem Fall die Pflegekasse bis zu einer Höhe von 1612€, allerdings müssen, wie bei einem Einzug in ein Pflegeheim, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung privat übernommen werden.

Die Kurzzeitpflege kann um 100% auf 3.224€ aufgestockt werden, indem die Leistungen der Verhinderungspflege hierfür verwendet werden.

Während der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege zahlt die Pflegekasse 50% des Pflegegeldes weiter.

Die Tages- oder Nachtpflege:

Die Pflegekasse stellt einen zusätzlichen Betrag in Höhe des Betrages für Pflegesachleistungen im jeweiligen Pflegegrad monatlich für den Besuch von Tages- oder Nachtpflege-Einrichtungen zur Verfügung. Häufig wird allerdings noch ein Betrag für die Verpflegung fällig, der privat zu entrichten ist.

In einer Einrichtung der Tagespflege wird tagsüber Pflege, Betreuung und Verpflegung angeboten. Meist werden mehrere Mahlzeiten gereicht und ein abwechslungsreiches Programm zur Beschäftigung erstellt. Häufig sind auch therapeutische

Maßnahmen in den Räumen einer Tagespflege möglich. In der Regel wird auch ein Fahrdienst angeboten, der die Fahrten zur Tagespflege und zurück organisiert. Der Besuch einer solchen Einrichtung ist an einem oder mehreren Tagen in der Woche möglich.

In Einrichtungen der Nachtpflege wird eine Betreuung über Nacht angeboten, besonders für pflegebedürftige Personen mit verändertem Tag-/Nachtrhythmus. Nachtpflegeeinrichtungen sind jedoch noch nicht sehr weit verbreitet.

Die Verbrauchsmittel:

Ein Betrag von monatlich bis zu 40€ wird von der Pflegekasse für „Verbrauchsmittel“ zur Verfügung gestellt. Von diesem Betrag können beispielsweise Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel, Einmalhandschuhe oder Bettschutzunterlagen beschafft werden. Eine genaue Liste der Mittel, die erstattet werden können, kann bei der Pflegekasse abgefragt werden. Der Betrag wird bei Vorlage der Kaufbelege erstattet. Verschiedene Apotheken, Sanitätshäuser und Versandhändler bieten an, direkt mit der Kasse abzurechnen und entsprechende Mittel direkt nach Hause zu liefern. Dabei kann oft zwischen fertig zusammengestellten Paketen und individuell zusammengestellten Paketen gewählt werden. Zusätzlich zur Lieferung frei Haus ist dabei häufig auch der Preis des Materials günstiger als beim eigenen Einkauf.

Die Pflegehilfsmittel:

Auch die Kosten für technische Hilfsmittel können von der Kranken- oder Pflegekasse übernommen werden. Dazu kann ein Haus- oder Facharzt ein sogenanntes „Hilfsmittelrezept“ ausstellen. Hierbei wird die gesetzliche Zuzahlung fällig, diese beträgt 10% der Kosten des Hilfsmittels, mindestens 5€ und höchstens 10€ je Hilfsmittel.

Zu den technischen Hilfsmitteln gehören Gehstöcke, Rollatoren, Rollstühle, Toilettensitzerhöhungen, Haltegriffe, Pflegebetten, Orthesen, Kompressionsstrümpfe und vieles mehr. Manche Hilfsmittel werden leihweise zur Verfügung gestellt, das wird durch die Kasse entschieden. Manche Kassen arbeiten nur mit bestimmten Sanitätshäusern zusammen, es ist daher ratsam, nachzufragen, mit welchem Anbieter die jeweilige Kasse zusammenarbeitet. Viele Sanitätshäuser haben eine große Auswahl vorrätig und können bei der Auswahl fachkundig beraten. Auch eine Beratung im eigenen häuslichen Umfeld ist oft möglich und kann helfen, das richtige Hilfsmittel für den persönlichen Bedarf zu finden.

Hilfsmittel können beantragt werden, sobald ein Bedarf besteht, die Genehmigung ist nicht davon abhängig, ob ein Pflegegrad besteht.

Die Notrufsysteme:

Um zusätzliche Sicherheit im eigenen Zuhause zu erreichen, gibt es die Möglichkeit, ein Notrufsystem anzuschaffen. Man kann grundsätzlich zwischen drei verschiedenen Systemen unterscheiden:

Es gibt spezielle Notrufhandys, die eine große Notruftaste besitzen, die direkt die Notrufnummer 112 wählt. Solche Handys können oft auch als reguläre Handys genutzt werden und haben dazu vergrößerte Zahlentasten, um die Bedienung zu erleichtern.

Ein häufig verwendetes System ist der Hausnotruf. Dafür wird eine Basisstation installiert, die an zentraler Stelle der Wohnung steht und mit einem empfindlichen Mikrofon sowie einem Lautsprecher ausgestattet ist. An der Station selbst befindet sich ein Notrufknopf und sie ist mit einem oder mehreren kleinen Funkknöpfen verbunden, die an einer Halskette oder einem Armband getragen werden können. Wird ein Notruf ausgelöst, stellt das Gerät eine direkte Sprechverbindung mit der angeschlossenen Hausnotrufzentrale her. Diese Hausnotrufsysteme werden von unterschiedlichen Gesellschaften angeboten. Die Angebote

beinhalten meist verschiedene Tarife, die einen Schlüsselservice, geschultes Notfallpersonal oder auch die Kombination mit weiteren Geräten wie Rauchmeldern einschließen können. Hier lohnt sich ein Vergleich.

Die dritte Möglichkeit ist ein mobiler Notruf, der auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit verwendet werden kann und den eigenen Standort mittel Global Positioning System (GPS) weitergeben kann. Bei diesem System ist so auch eine Ortung möglich. In der Häuslichkeit kann der mobile Notruf wie ein Hausnotruf verwendet werden.

Ist ein Pflegegrad genehmigt, kann die Pflegekasse auf Antrag einen Teil der Kosten des Hausnotrufes übernehmen. Der Zuschuss beträgt 23€ und deckt oft die Kosten für einen Grundtarif ab. Bei dementiell veränderten Personen und Personen, die nicht allein leben, wird dieser Zuschuss oft abgelehnt. In manchen Fällen kann dann ein Widerspruch sinnvoll sein. Liegt kein Pflegegrad vor aber es werden Leistungen der Grundsicherung vom Sozialamt gewährt, kann auch das Sozialamt unter bestimmten Umständen und bei Vorliegen eines ärztlichen Attestes einen Zuschuss zu den Kosten des Hausnotrufes gewähren.

Die Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes:

Die Pflegekasse kann auch Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bezuschussen. Gemeint sind bauliche Maßnahmen, die dazu dienen, Barrieren zu beseitigen, so dass ein möglichst selbständiges Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht wird. So können zum Beispiel Badezimmer umgebaut, Türschwellen beseitigt, Rampen oder Treppenlifte eingebaut werden. Die Zuschüsse zu solchen Maßnahmen müssen unbedingt vor Beginn der Baumaßnahme beantragt werden, da die Pflegekassen häufig darauf bestehen, dass ein oder mehrere Kostenvoranschläge eingereicht werden bevor die Genehmigung erteilt wird. Nachträgliche Genehmigungen werden nicht erteilt. Es ist daher

sinnvoll, sich frühzeitig an die Pflegekasse zu wenden, um sich dort beraten zu lassen.

Die Höhe der Zuschüsse beträgt maximal 4.000€ für jede Baumaßnahme. In Wohngemeinschaften können für die ersten vier Personen pro Person 4.000€ gewährt werden, so dass maximal 16.000€ Förderung möglich sind.

Die Beratungseinsätze nach §37.3 SGB XI:

Wer anstelle der Sachleistung Pflegegeld bezieht, ist verpflichtet, sich in regelmäßigen Abständen durch eine Pflegefachkraft eines zugelassenen Pflegedienstes beraten zu lassen. Diese Beratung wird protokolliert und das Protokoll sowohl der Pflegekasse als auch der pflegebedürftigen Person zugestellt.

Diese Beratungen dienen dazu sicherzustellen, dass die Empfänger von Pflegegeld eine adäquate Pflege erhalten. Sie sind aber auch dafür gedacht, pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen und Pflegepersonen eine Möglichkeit zu geben, sich über neue Entwicklungen zu informieren, Fragen zur Pflege und zur Pflegeversicherung zu stellen und sich auch den ein oder anderen Tipp von erfahrenen Pflegefachkräften geben zu lassen. Auch ein erhöhter Bedarf an Pflege oder an Hilfsmitteln und Therapien kann so erfasst werden.

Diese Beratungen müssen bei Pflegegrad 2 und 3 alle sechs Monate und bei Pflegegrad 4 und 5 alle drei Monate stattfinden. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 und Personen, die Sachleistungen oder Kombinationsleistung erhalten, sind nicht verpflichtet, sich beraten zu lassen, haben aber das Recht, diese Beratung freiwillig in Anspruch zu nehmen. Dies wird von vielen Pflegediensten gerne angeboten.

Die Pflegeberatung nach §7a SGB XI:

Eine Beratung zur Pflege wird von den Pflegekassen bereits bei Stellung eines Antrages auf einen Pflegegrad angeboten. Viele

gesetzliche Pflegekassen bieten diese Beratung durch eigene Berater an. Privat Versicherte können sich durch die „COMPASS Pflegeberatung“ beraten lassen.

Diese Beratungen dürfen nur durch Personen durchgeführt werden, die zusätzlich zu einer pflegerischen Ausbildung auch eine spezielle Schulung durchlaufen haben. Pflegekassen, Beratungsstellen und auch einige Pflegedienste haben solche geschulten Pflegeberater unter ihren Mitarbeitern.

Eine Beratung zur Pflege können auch Pflegepersonen und Angehörige Pflegebedürftiger in Anspruch nehmen, solange die jeweilige pflegebedürftige Person dem zustimmt.

Die Pflegekurse:

Ehrenamtliche Pflegepersonen und pflegende Angehörige können an Pflegekursen teilnehmen. Die Kosten für diese Kurse werden über die Pflegeversicherung finanziert, so dass die Teilnahme kostenfrei ist. Angeboten werden Kurse dieser Art von einigen Pflegekassen, Volkshochschulen, Pflegediensten oder Wohlfahrtsverbänden.

Zum Einstieg in das Thema Pflege eignet sich ein „Orientierungskurs“, in dem die Grundlagen der Pflegeversicherung erläutert und viele Fragen beantwortet werden. Praktisches Wissen wird in „Grundkursen“ über die häusliche Pflege vermittelt, die meist über mehrere Sitzungen mit angeleiteten praktischen Übungen den Umgang mit pflegebedürftigen Personen und unterschiedlichen Hilfsmitteln in Theorie und Praxis erläutern. Weitere Kurse behandeln den Umgang mit speziellen Erkrankungen wie Schlaganfällen oder dementiellen Veränderungen. Neben dem Wissenserwerb bieten diese Kurse auch eine Gelegenheit zum Austausch mit anderen Betroffenen.

Die Schulungen für pflegende Angehörige:

Wer seine Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit pflegt, hat zudem Anspruch darauf, sich von Pflegefachkräften individuell anleiten zu lassen. Dies wird ebenfalls über die Pflegeversicherung finanziert. Im Unterschied zu den Kursen findet diese Anleitung in der häuslichen Umgebung statt, in der auch die Pflege stattfindet. So kann individuell auf die jeweilige Situation eingegangen und auch die pflegebedürftige Person mit einbezogen werden.



3. Die Krankenversicherung:

Die Krankenversicherung finanziert die sogenannte „Häusliche Krankenpflege“. Im Unterschied zu den Leistungen der Pflegeversicherung handelt es sich dabei um pflegerische Behandlungen, die von einem Arzt verordnet werden müssen. Dies ist im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sind nicht von einem Pflegegrad abhängig, in der Regel aber auf eine bestimmte Zeit begrenzt.

Wie kann ich die häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen?

Bei der Häuslichen Krankenpflege wird die ärztliche Behandlung durch Pflegefachkräfte in der eigenen Häuslichkeit fortgesetzt. Der behandelnde Arzt stellt hierzu eine „Verordnung über Häusliche Krankenpflege“ aus, die der Patient unterschreibt und seinem Pflegedienst übergibt. Dieser beantragt dann die Leistung bei der Krankenkasse des Patienten. Dort wird die Verordnung geprüft und darüber entschieden, ob die Leistung genehmigt wird. Das ist im Gesetz durch den sogenannten „Genehmigungsvorbehalt“ der Kassen geregelt. Ein Widerspruch gegen eine Ablehnung ist durch den Patienten möglich. Eine Prüfung der Verordnung kann durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt werden. Nur der MDK ist berechtigt, Patientendaten anzufordern und einzusehen. Sachbearbeiter der Krankenkasse sind dazu nicht berechtigt. Anstelle eines Pflegedienstes können auch Angehörige, die in derselben Häuslichkeit leben, die verordneten Leistungen erbringen, sie sind jedoch nicht dazu verpflichtet. Wenn pflegende Angehörige die Leistungen erbringen möchten, ihnen aber das Wissen oder die nötige Sicherheit fehlt, kann der behandelnde Arzt auch verordnen, dass die Angehörigen durch einen Pflegedienst angeleitet werden.

Welche Leistungen können verordnet werden?:

Ärzte können Maßnahmen verordnen, die sich dazu eignen, einen Aufenthalt im Krankenhaus zu vermeiden oder zu verkürzen. Zu den üblichen Leistungen zählen:

- Das Vorbereiten oder Verabreichen von Medikamenten, Injektionen oder Augentropfen
- Die Einreibung mit medizinischen Salben
- Die Durchführung einer Insulintherapie bei Diabetes
- Das Messen und Dokumentieren von Vitalwerten, wie Blutdruck oder Blutzucker
- Das Anlegen von Kompressionsstrümpfen, -strumpfhosen oder

- verbänden
- Das Anlegen von Orthesen oder orthopädischen Korsagen
- Die Versorgung von akuten oder chronischen Wunden
- Das Legen von transurethralen Kathetern
- Die Versorgung von Stomata
- Die Heimbeatmung
- Die Überwachung von Patienten

Wenn ein Patient kurzzeitig Hilfe benötigt, aber ein Pflegegrad nicht genehmigt wird, kann in Ausnahmefällen auch Hilfe bei der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden. Dies muss jedoch durch den Arzt ausreichend begründet werden.

Wie hoch ist die private Zuzahlung zu verordneten Leistungen?:

Wie bei Medikamenten und Hilfsmitteln besteht auch bei Verordnung der „Häuslichen Krankenpflege“ eine Zuzahlungspflicht. Die Zuzahlung beträgt für jede Verordnung 10€, sowohl für Erstverordnungen als auch für Folgeverordnungen. Allerdings können mehrere Leistungen auf einer Verordnung verordnet werden.

Wird eine neue Leistung verordnet, so darf die Erstverordnung nur über einen Zeitraum von 14 Tagen ausgestellt werden. Jede weitere Verordnung über dieselbe Leistung, die direkt im Anschluss an die vorherige Verordnung ausgestellt wird, kann, nach Ermessen des Arztes, über drei Monate, sechs Monate oder auch ein Jahr ausgestellt werden.

Zusätzlich zu den 10€ fällt eine Zuzahlung von 10% der Kosten während der ersten 28 Tage an.

Wie kann ich von der Zuzahlung befreit werden?:

Bei der Höhe der Zuzahlungen gibt es eine „Belastungsgrenze“. Wird diese erreicht kann man auf Antrag von weiteren Zuzahlungen befreit werden. Sie liegt bei:

2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, oder
1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für chronisch Kranke, wenn diese wegen derselben Krankheit dauerhaft in Behandlung sind, also mindestens sechs Monate

Angerechnet werden sämtliche Zuzahlungen im Bereich der Krankenversicherung. Dazu gehören:

- Häusliche Krankenpflege
- Krankenhausaufenthalte
- Krankentransporte
- Haushaltshilfen
- Arzneimittel
- Heilmittel
- Verbandsmittel
- Hilfsmittel

Die Belege für geleistete Zuzahlungen können bei der jeweiligen Krankenkasse eingereicht werden, zusammen mit einem Nachweis über das Bruttoeinkommen. Die Kasse errechnet dann die Höhe der Belastungsgrenze und stellt eine „Befreiungskarte“ für den Rest des Kalenderjahres aus, sobald diese erreicht ist. In Fällen bei denen eine hohe Zuzahlung vorauszusehen ist, kann es sinnvoll sein, zu Beginn des Jahres zu erfragen, wie hoch die Belastungsgrenze ist und diesen Betrag an die Kasse zu überweisen, um zu Beginn des Jahres eine Befreiung zu erwirken.

4. Weitere mögliche Leistungen:

Ein ambulanter Pflegedienst kann auch über die genehmigten und von den Kassen bezahlten Leistungen hinaus viele Leistungen erbringen. Abgesehen von Leistungen der Krankenversicherung, die

durch einen Arzt genehmigt werden müssen, können sämtliche erwähnten Leistungen auch auf Privatrechnung erbracht werden. Auch weitere Unterstützungsleistungen nach individuellen Wünschen sind oft möglich. Viele Pflegedienste vermitteln zudem Dienste von Kooperationspartnern oder können dabei helfen, weitere geeignete Hilfen zu finden. Auch ehrenamtliche Dienste können so vermittelt werden. In einem persönlichen Beratungsgespräch können solche Fragen besprochen und gemeinsam Lösungen gefunden werden.

5. Worauf sollte ich bei der Auswahl eines Pflegedienstes achten?:

Bevor die Entscheidung für einen Pflegedienst fällt, sollte man sich über die Leistungen des Pflegedienstes informieren. Die meisten Pflegedienste haben einen Internetauftritt, der einen ersten Überblick ermöglicht, ein kostenloses und unverbindliches persönliches Gespräch sollte jedoch unbedingt stattfinden. Seriöse Pflegedienste legen ihre Leistungen und die Kosten offen dar und werden auch die Grenzen ihrer Möglichkeiten ehrlich ansprechen. Auch über die Rechte und mögliche weitere Ansprüche, die pflegebedürftigen Personen zustehen, wird ein seriöser Dienst umfangreich beraten. Im Verlauf der Pflege sollte es möglich sein, Einblick in die Abrechnung der Leistungen zu nehmen. Es ist dabei wichtig im Blick zu haben, dass die pflegebedürftige Person die Leistung erhält und der Pflegedienst ein Dienstleister ist, der diese Leistung erbringt. Daher sollte sich die Planung der Einsätze, wo immer möglich, nach den Wünschen der zu pflegenden Person richten. Ein gutes Zeichen für einen seriösen Pflegedienst ist Freundlichkeit und Offenheit.



Stichwortverzeichnis:

Ambulante Pflege:

Pflege, die in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst durchgeführt wird

Belastungsgrenze:

Kostengrenze, bei deren Überschreitung eine Befreiung von Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenversicherung möglich ist

Beratungseinsätze:

Regelmäßige Beratungsbesuche durch eine Pflegefachkraft, die für Bezieher von Pflegegeld verpflichtend sind

Entlastungsbetrag:

Zusätzlicher Betrag, den die Pflegeversicherung bei allen Pflegegraden für Betreuung und Hilfe im Haushalt gewährt

Häusliche Krankenpflege:

Pflegerische Behandlung in der eigenen Häuslichkeit, die auf Antrag durch die Krankenversicherung finanziert wird und durch einen Arzt verordnet werden muss

Hilfsmittel:

Technische Hilfsmittel, die über Hilfsmittelrezept bei der Pflegeversicherung beantragt werden

Kombinationsleistung:

Möglichkeit, Sachleistung und Pflegegeld bei genehmigtem Pflegegrad zu kombinieren

Kurzzeitpflege:

Möglichkeit für eine kurzzeitige Aufnahme in einer stationären Pflegeeinrichtung

MDK:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Nachtpflege:

Teilstationäre Pflege während der Nacht, ähnlich der Tagespflege

Pflegeberatung:

Beratung durch besonders geschulte Fachkräfte (Pflegeberater), in der Regel finanziert durch die Pflegeversicherung

Pflegefachkraft:

Beruflich pflegende Person mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung

Pflegegeld:

Betrag der Pflegeversicherung, der anstelle der Sachleistung bei genehmigtem Pflegegrad ausbezahlt werden kann, wenn eine Pflegeperson eingetragen ist

Pflegegrad:

Einstufung des Umfangs der Einschränkung der Selbständigkeit, der die Grundlage für die Leistungen der Pflegeversicherung bildet, beurteilt durch den MDK oder Medicproof

Pflegekraft:

Beruflich pflegende Person

Pflegekurs:

Kurs für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende, meist finanziert durch die Pflegekasse

Pflegeperson:

Ehrenamtlich pflegende Person, häufig Angehörige, kann bei der Pflegeversicherung eingetragen werden

Pfleges Schulung:

Schulung für Pflegepersonen in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person

Sachleistung:

Pflegeleistungen, die ein zugelassener ambulanter Pflegedienst erbringt und direkt mit der Pflegekasse abrechnet

Tagespflege:

Teilstationäre Versorgung tagsüber

Verbrauchsmittel:

Pflegemittel zum Verbrauch, werden von der Pflegekasse mit bis zu 40€ bezuschusst

Verhinderungspflege:

Mögliche Leistung der Pflegeversicherung bei Verhinderung der Pflegeperson, erbracht durch einen Pflegedienst oder eine Privatperson

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Sprechen Sie uns gerne an. Wir freuen uns auf Sie!

Hildesheimer Str. 85 - 30880 Laatzen

Tel: 0511 / 82 07 999 70

Fax: 0511 / 82 07 999 71

E-Mail: info@medizinpluspflege.de

Internet: www.medizinpluspflege.de

