

Pflege daheim - ein Ratgeber



Inhalt

Vorwort	3
1. Feststellung der Pflegebedürftigkeit	4
2. Leistungen der Pflegeversicherung	8
3. Wohnraumanpassung	16
4. Pflegehilfsmittel	17
5. Medizinische Behandlungspflege	18
6. Der Ambulante Pflegedienst	19
7. Weitere Angebote und Hilfen	21
8. Entlastung für Angehörige	23
9. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	24
Checkliste und Anlagen	27

Impressum

Herausgeber:

BRK Landesgeschäftsstelle
Garmischer Str. 19–21, 81373 München

Redaktion:

Ursula Nömeier, Rainer Kolbe, Michael Wenig,
Michael Glonegger

Bilder:

Studio Weichselbaumer, Andre Zelck / DRK GS,
Daniel Ende / DRK GS Jörg F. Müller / DRK,
Brigitte Hiss / DRK, Westend61 – Getty Images,
Jonathan F. Kromer – Flownmary.de, Hero
Images, Goodluz – iStockphoto, Maartje van
Caspel – iStockphoto, Vgajic – iStockphoto

Titelbilder:

Andre Zelck / DRK GS,
Studio Weichselbaumer

Layout:

H+DG, Handels- und Dienstleistungsgesellschaft
des Bayerischen Roten Kreuzes mbH

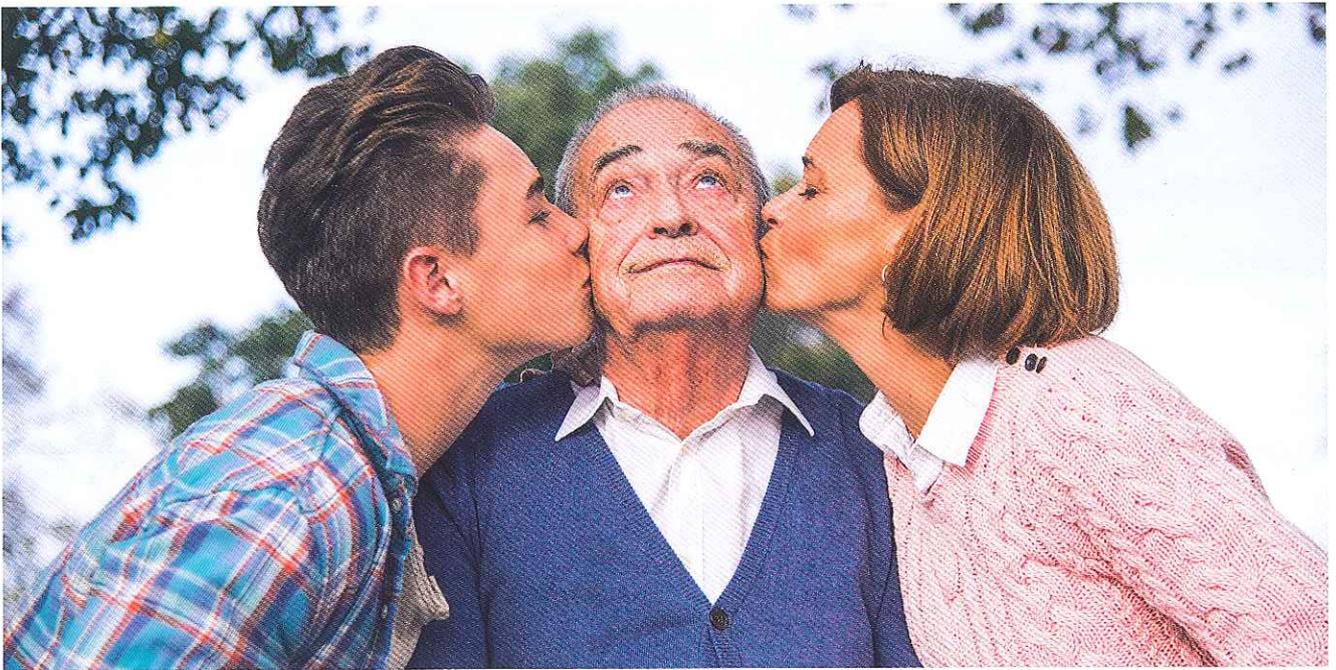
Druck:

H+DG, Handels- und Dienstleistungsgesellschaft
des Bayerischen Roten Kreuzes mbH

© **BRK Landesgeschäftsstelle München**

6. Auflage Stand: Oktober 2021

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text
auf die weibliche Sprachform verzichtet.
Selbstverständlich sind aber trotz der
Vereinfachung beide Geschlechter ausdrücklich
gemeint.



VORWORT

Jeder Mensch kann in die Situation geraten, für einige Zeit oder dauerhaft auf Pflege angewiesen zu sein. Meist geschieht das völlig unerwartet und plötzlich. Zur Absicherung dieses persönlichen Risikos besteht daher seit 1995 in Deutschland eine eigenständige Säule der Sozialversicherung: Die gesetzliche Pflegeversicherung.

Dieser Ratgeber soll Betroffenen durch gezielte Informationen und praktische Hinweise eine Orientierungshilfe sein, und sie über die Möglichkeiten der ambulanten Pflege und Betreuung aufklären. Unser Ziel ist es, dass sowohl Betroffene als auch Angehörige die Herausforderungen im Rahmen der Pflegebedürftigkeit besser bewältigen und meistern können.

Die meisten Menschen haben den Wunsch und das Bedürfnis, so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben zu können – auch im Falle einer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.

Dieser Wunsch ist oft aber nur realisierbar, wenn für die erforderliche

Hilfe und Unterstützung auch geeignete Personen zur Verfügung stehen und die Pflege gewährleisten können. In den meisten Fällen kann das durch den außerordentlichen Einsatz von Angehörigen ermöglicht werden, die sich um ihre pflegebedürftigen Verwandten kümmern möchten. Für die Angehörigen bedeutet das allerdings eine große Herausforderung und einen gravierenden Einschnitt in ihren bisherigen Alltag. Tagesabläufe müssen gegebenenfalls verändert, liebgewordene Freiheiten teilweise aufgegeben, neue Kontakte geknüpft und bisherige soziale Beziehungen aufrechterhalten werden. Auch die Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und seinem pflegenden Angehörigen kann sich verändern – intensiver, aber auch konfliktanfälliger werden. Die Entscheidung, durch wen und in welchem Umfang die Pflege übernommen und gewährleistet werden soll, muss also gut und reiflich überlegt sein. Klare Verabredungen und Regeln zwischen allen Beteiligten können helfen, mögliche Spannungen und Missverständnisse zu vermeiden. Die Pflegeversicherung stellt gerade für die Versorgung zu

Hause eine Vielzahl von Möglichkeiten und Leistungen zur Verfügung.

Unterstützung und Beratung in Anspruch nehmen

Zahlreiche Institutionen, Organisationen und Verbände stehen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Die bestehenden Strukturen im eigenen Umfeld sollten auch auf jeden Fall in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige und deren Angehörige sollen sich nicht scheuen, auch mit Kranken- und Pflegekassen, Pflegestützpunkten, Beratungsstellen, Nachbarschaftshilfen, Kirchengemeinden oder Pflegediensten Kontakt aufzunehmen. In den meisten Fällen werden nach vorheriger Terminabsprache diese Beratungen gerne auch im Zuhause des Pflegebedürftigen durchgeführt.

Auf dem Weg der Pflege wünschen wir alles erdenklich Gute, Geschick und viel Kraft zusammen mit der nötigen Geduld bei der Bewältigung dieser neuen Situation und Aufgabe!

1. Feststellung der Pflegebedürftigkeit



1 Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Personen dann pflegebedürftig, wenn gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit vorliegen oder ihre Fähigkeiten eingeschränkt sind. Konkret bedeutet dies: es muss sich um Personen handeln, die

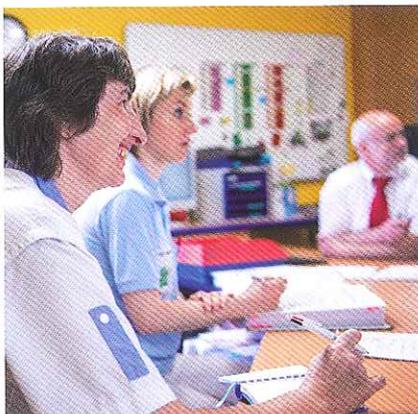
- körperliche,
- geistige oder
- psychische Beeinträchtigungen oder
- gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen

nicht selbständig ausgleichen oder bewältigen können. Wesentlich für die Beurteilung ist der tatsächliche Grad der Selbständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen, um die Schwere der individuellen Beeinträchtigung festzustellen. Daraus ergibt sich der entsprechende Pflegegrad (vgl. Anlage 3 – Kriterien für die Begutachtung). Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

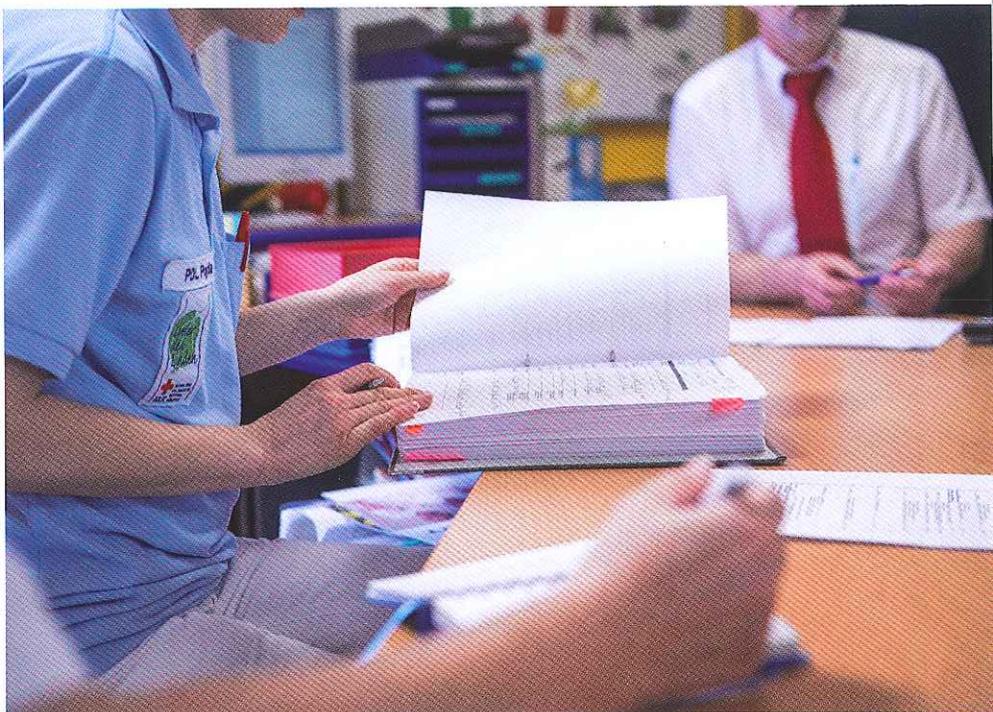
2



(1) Andre Zelck
DRK GS
(2) Studio Weichselbaumer



📷 Studio Weichselbaumer



1.1 Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung

Ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, beziehungsweise auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, kann formlos (auch telefonisch) bei Ihrer Kranken- oder Pflegekasse gestellt werden. Die jeweilige Kasse sendet die entsprechenden Antragsunterlagen zu. Der Antragsteller muss bereits an dieser Stelle entscheiden, ob Sachleistungen (durch einen ambulanten Pflegedienst), Geldleistungen (privat beschaffte Pflegeperson) oder eine Kombination aus diesen beiden Möglichkeiten beansprucht werden sollen. Diese Entscheidung sollte wohl überlegt sein, da der Pflegebedürftige dann mindestens sechs Monate daran gebunden ist.

Die Unterscheidung der einzelnen Begriffe:

- Bei der Wahl von Sachleistungen übernimmt ein zugelassener ambulanter Pflegedienst die Pflege und Versorgung. Dieser rechnet die erbrachten Leistungen bis zum gesetzlich definierten Höchstbetrag des jeweiligen Pflegegrades mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen direkt ab (vgl. hierzu Anlage 1);
- Bei der Wahl von Geldleistungen erhält der Pflegebedürftige entsprechend dem Pflegegrad monatlich von der jeweiligen Pflegekasse den gesetzlich festgelegten Betrag an Pflegegeld, um damit die selbstbeschaffte Pflege (durch Angehörige, Verwandte, Nachbarn usw.) angemessen finanzieren und sicherstellen zu können. Hierbei übernimmt der Pflegebedürftige selbst die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Pflege und Versorgung (vgl. hierzu Anlage 1);
- In den meisten Fällen, bei denen Angehörige und ein ambulanter Pflegedienst sich ergänzen, ist es sinnvoll eine Kombination aus Sachleistungen und Geldleistungen in Anspruch zu nehmen. Dabei bestimmen der Pflegebedürftige und die Angehörigen gemeinsam, wie häufig der ambulante Pflegedienst kommen soll. Den Anteil der beanspruchten Sachleistungen rechnet der ambulante Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse ab. Der Differenzbetrag wird dann durch die Pflegekasse anteilig und automatisch als Pflegegeld an den Pflegebedürftigen monatlich ausbezahlt (vgl. hierzu Anlage 1).

1.2 Feststellung von Pflegebedürftigkeit: Der Besuch des Gutachters



 **Jonathan F. Kromer**
flownmary.de

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt im Auftrag der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst oder durch andere unabhängige Gutachter. Diese kündigen ihren Besuch bei Ihnen zu Hause rechtzeitig an. In der Regel dauert die Begutachtung etwa eine Stunde. Bereiten Sie sich gut darauf vor und informieren Sie in jedem Fall alle Personen, die Ihnen bereits behilflich sind. Natürlich können Ihnen auch weitere Angehörige oder der Pflegedienst bei diesem Termin

zur Seite stehen. Während des Gesprächs ermittelt der Gutachter den individuellen Grad der Selbständigkeit durch gezielte Fragestellungen, Beobachtungen und Schilderungen des Antragstellers. Anschließend wird ein schriftliches Pflegegutachten erstellt, das der Gutachter unmittelbar nach der Fertigstellung an die zuständige Kasse übergibt. Diese lässt dem Betroffenen einen schriftlichen Bescheid mit dem Ergebnis zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zukommen.

Hinweise und Tipps für das Begutachtungsgespräch:

1. Der Besuch des Gutachters wird frühzeitig angekündigt. Auf Wunsch wird auch ein Ausweichtermin angeboten.
2. Ausführliche Erklärungen und Schilderungen, die über die notwendige Information hinausgehen, sollten vermieden und die Fragen kurz, klar und konkret beantwortet werden.
3. Persönliche Fähigkeiten und Möglichkeiten der Selbständigkeit sollten unbedingt ungeschönt und wahrheitsgemäß dargestellt werden.
4. Eigene Notizen oder Aufzeichnungen können als Erinnerungstütze benutzt werden, damit wichtige Aspekte und Informationen nicht vergessen werden.
5. Das Ergebnis des Gutachtens muss nach fünf Wochen schriftlich mitgeteilt werden. Häufig teilt der Gutachter aber auch schon unmittelbar zum Ende des Besuches seine Einschätzung mit.
6. Es besteht der Anspruch auf die Zusendung des erstellten Pflegegutachtens. Machen Sie von diesem Recht Gebrauch und teilen Sie dem Gutachter mit, dass Ihnen das Gutachten vollständig zugeschickt werden soll.

1.3 Bescheid der Pflegekasse

Spätestens fünf Wochen nach dem Besuch des Gutachters erhält der Antragsteller einen schriftlichen Bescheid über das Ergebnis aus dem Pflegegutachten. Hier sind der entsprechende Pflegegrad und der damit verbundene Anspruch aus der Pflegeversicherung festgehalten.

Wenn Sie als Betroffener oder Angehöriger mit dem Ergebnis nicht einverstanden sind, können Sie inner-

halb von vier Wochen bei der Pflegekasse Widerspruch einlegen. Dieser kann formlos gestellt werden, sollte jedoch grundsätzlich schriftlich erfolgen. Um die Erfolgsaussichten für den Widerspruch zu erhöhen, müssen entsprechende Gründe angeführt und erläutert werden – lassen Sie sich dazu ausführlich von unabhängigen Beratungsstellen (z. B. Pflegestützpunkt) oder Ihrem BRK Pflegedienst beraten!



 Andre Zelck
DRK GS

2. Leistungen der Pflegeversicherung

Wie bereits in Punkt 1.1 angeführt, stellt die Pflegeversicherung verschiedene und flexible Möglichkeiten im Rahmen der Pflege zu Hause zur Verfügung, auf die nun nochmals näher eingegangen wird.

2.1 Pflegesachleistungen

Die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes kommen direkt nach Hause und helfen fach- und sachkundig bei der täglichen Pflege und der notwendigen Unterstützung. Damit wird ermöglicht, dass Betroffene trotz ihrer

Pflegebedürftigkeit weiterhin in der vertrauten Umgebung bleiben können. Die Pflegeversicherung stellt monatlich folgende finanzielle Unterstützung zur Verfügung:

Pflegegrad	Betrag
1	-
2	724 €
3	1.363 €
4	1.693 €
5	2.095 €

Durch den BRK Pflegedienst werden folgende Leistungsarten angeboten:

1. Körperbezogene Pflegemaßnahmen
(z. B. Körperpflege, An- und Ausziehen, etc.)
2. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Tagesstrukturierung, Begleitung bei Aktivitäten, etc.)
3. Hilfe bei der Haushaltsführung (Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Vorratseinkauf, etc.)

2.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Um Pflegegeld zu beziehen, muss die häusliche Pflege sichergestellt sein, beispielsweise durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse monatlich ausbezahlt. Dieser kann grund-

sätzlich frei darüber verfügen. Das Pflegegeld ist, wie auch die Sachleistungen, nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Seit dem Jahr 2017 werden monatlich folgende Beträge geleistet:

Pflegegrad	Betrag
1	-
2	316 €
3	545 €
4	728 €
5	901 €

Beratungsbesuch bei Bezug von Pflegegeld

Sollte Pflegegeld in Anspruch genommen werden, ist der Betroffene gesetzlich verpflichtet, mindestens halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) oder vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen kostenlosen Beratungsbesuch durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, wie beispielsweise den Pflegedienst, abzurufen. Diese Beratungseinsätze dienen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege und zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen, die im Rahmen des Gesprächs professionelle Tipps von den Pflegekräften erhalten. Die Durchführung dieser Beratungseinsätze muss gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen werden. Der Nachweis erfolgt durch einen Bericht des Pflegedienstes.

Auch Pflegebedürftige, die Sachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch kostenlos in Anspruch nehmen.



 Daniel Ende
DRK GS

2.3 Kombination von Sach- und Geldleistungen

Die Kombination von Sach- und Geldleistungen ermöglicht es dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen, den Unterstützungsbedarf nach individuellen Bedürfnissen zu gestalten. Die Auszahlung des Pflegegeldbetrages wird im Falle einer Kombination um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen vermindert und anteilig ausbezahlt. Wer also zum Beispiel Sachleistungen nur zu 70 Prozent beansprucht, bekommt noch 30 Prozent des Pflegegeldes ausbezahlt. Der Pflegebedürftige kann frei entscheiden, in welchem Verhältnis und Umfang Pflegegeld und Sachleistungen in Anspruch genommen werden.

Ein konkretes Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 3 nimmt monatlich Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 818 € in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 1.363 € im Monat. Er hat somit die Sachleistungen zu 60 Prozent beansprucht. Vom Pflegegeld in maximaler Höhe von 545 € stehen ihm somit anteilig noch 40 Prozent, also 218 €, zu.

2.4 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen



Pflegebedürftige, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe zusammen mit mindestens drei weiteren Pflegebedürftigen wohnen, erhalten einen Wohngruppenschlag von je 214 € pro Monat. Allerdings muss eine Präsenzkraft regelmäßig anwesend sein.

 Daniel Ende
DRK GS

2.5 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungspflege)

Jonathan F. Kromer
flowmary.de



Falls pflegende Angehörige eine kurze Auszeit benötigen, zum Beispiel um sich im Urlaub zu erholen, kann die sogenannte Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Auch für den Fall, dass die Pflegeperson einmal selbst krank werden sollte, steht die Verhinderungspflege zur Verfügung. Die Pflege kann während der Abwesenheit der Pflegeperson von

einem ambulanten Pflegedienst, anderen Angehörigen oder anderen geeigneten Pflegepersonen übernommen werden.

Von der Pflegekasse werden die entstandenen Kosten für maximal sechs Wochen jährliche Ersatzpflege erstattet, wobei maximal 1.612 € übernommen werden. Das Verhinderungspflegebudget

kann jedoch um bis zu 806 € aufgestockt werden, wenn der jährliche Anspruch auf Kurzzeitpflege dementsprechend gekürzt wird. Maximal stehen im Jahr also 2.418 € für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

2.6 Tages- und Nachtpflege

Weiterhin haben Pflegebedürftige Anspruch auf ein eigenständiges Budget, das für den Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege genutzt werden kann. Tagespflegeeinrichtungen sind in der Regel wochentags von 8 bis 17 Uhr geöffnet. In dieser Zeit werden die pflegebedürftigen Besucher

fachkundig betreut und versorgt. Ein weiterer Vorteil ist die Pflege von sozialen Kontakten und der persönliche Austausch mit anderen Gästen der Einrichtung. Diese teilstationäre Versorgungsform stellt eine ideale Ergänzung zur ambulanten Pflege, und eine enorme Entlastung für pflegende An-

gehörige dar. Dies führt dazu, dass Pflegebedürftige meist länger in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben können. Wie oft der Pflegebedürftige die Tagespflege in Anspruch nimmt, kann individuell und flexibel gestaltet werden. Die Pflegekasse erstattet je nach Pflegegrad monatlich:

Pflegegrad	Betrag
1	-
2	689 €
3	1.298 €
4	1.612 €
5	1.995 €



Studio Weichselbaumer

2.7 Kurzzeitpflege



Auch die Kurzzeitpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung kann von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Das Budget hierfür beträgt maximal 1.774 € pro Kalenderjahr und muss vor Inanspruchnahme bei der Pflegekasse beantragt werden. Sollte das zur Verfügung stehende Budget nicht aufgebraucht werden, können daraus also 806 € für die Verhinderungspflege verwendet werden.

Hero Images

2.8 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Für Angehörige, die einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 versorgen, zahlt die Pflegekasse Beiträge in die Rentenversicherung ein. Voraussetzung ist, dass der pflegende Angehörige regelmäßig pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst (MD) stellt im Rahmen der Begutachtung fest, ob die Voraussetzungen vorliegen. Weiterhin sind die Angehörigen während ihrer Pflegetätigkeit gesetzlich unfallversichert. Die jeweiligen Beiträge und Kosten werden automatisch von der Pflegekasse übernommen.

1



(1) iStockphoto
Maartje van Caspel
(2) iStockphoto
Goodluz

2.9 Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Als pflegender Angehöriger hat man außerdem Rechtsanspruch auf die so genannte Pflegezeit, in der man sich von der Arbeit freistellen lassen kann. Voraussetzung ist die Pflege eines nahen Angehörigen über einen längeren Zeitraum. Die Pflegezeit kann für maximal sechs Monate in Anspruch genommen werden. Gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten besteht dieser Rechtsanspruch allerdings nicht.

Im Unterschied zur Pflegezeit bietet die so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung den Angehörigen die Möglichkeit, an bis zu zehn Tagen der Arbeit fern zu bleiben, um in akut auftretenden Pflegesituationen für den Pflegebedürftigen zu sorgen oder die entsprechende Pflege anderweitig zu organisieren. Dieser Anspruch besteht unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten eines Arbeitgebers.

2



2.10 Pflegekurse und Beratung für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen



📷 Jörg F. Müller / DRK

Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen können in Pflegekursen theoretische und praktische Grundkenntnisse der häuslichen Pflege erwerben. Dabei geht es beispielsweise um Bewegungstechniken, körperbezogene Pflegemaßnahmen, die Vorbeugung weiterer Krankheiten oder auch das Ernährungsverhalten. Zum Teil werden auch spezielle Pflegekurse



📷 Brigitte Hiss / DRK

zu bestimmten Themen wie Demenz, Schlaganfall oder Morbus Parkinson angeboten. Diese Kurse, sowie weitere Einzelberatungen sind für die Teilnehmer kostenfrei. Die hierfür entstehenden Kosten werden von der Pflegekasse übernommen. Auf Wunsch kann auch eine individuelle Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

2.11 Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrages

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben die Möglichkeit, 40 Prozent des Sachleistungsbetrags umzuwidmen, und für Entlastungsangebote aufzuwenden. Zu Entlastungsangeboten zählen beispielsweise Betreuungsgruppen in Einrichtungen, die Einzelbetreuung im häuslichen Bereich, die Unterstützung bei der Haushaltsführung, die Entlastung der Pflege-

personen im Alltag sowie gezielte Unterstützungen von pflegenden Angehörigen. Die Umwandlung des Sachleistungsbetrags muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden. Die Zielsetzung von Entlastungsangeboten ist es, Angehörigen eine Entlastung und Auszeit zu ermöglichen, während sie den Pflegebedürftigen in guten Händen wissen.

2.12 Unterstützungsangebote zur Entlastung und Betreuung im Alltag

Grundsätzlich steht für Entlastungsangebote ab Pflegegrad 1 ein eigenes Budget zur Verfügung. Der monatliche Betrag in Höhe von 125 € ist zweckgebunden einzusetzen und dient der Entlastung pflegender Angehöriger. Zu den Entlastungsangeboten zählen neben den in Punkt 2.12 genannten Beispielen auch der Besuch einer Kurzzeitpflege, Tagespflege sowie die Betreuungs- und Entlastungsangebote von ambulanten Pflegediensten. Der Entlastungsbetrag kann

nicht als Pflegegeld ausbezahlt werden, sondern dient ausschließlich der Inanspruchnahme von entlastenden Hilfen. Wird diese finanzielle Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht in Anspruch genommene Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Die Pflegekassen erstatten die Kosten nach Vorlage der Rechnung. Eine vorherige Rücksprache oder ein Antrag kann im Einzelfall nötig sein.





Getty Images
Westend61

iStockphoto
vgajic

3. Wohnraumanpassung

Um eine häusliche Pflege zu ermöglichen, die Beschwerden eines Pflegebedürftigen zu lindern und um die möglichst selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten, muss in einigen Fällen das Wohnumfeld entsprechend umgestaltet werden. Beispielsweise kann es erforderlich sein, das Bad barrierefrei umzubauen, die Kücheneinrichtung oder anderes Mobiliar anzupassen oder Schwellen und sonstige Hindernisse zu beseitigen. Die Wohnraumanpassung dient auch dazu, mehr Bedienkomfort im Haushalt möglich zu machen, vor allem was die Sicherheit und Anwendung elektrischer Geräte angeht. Hier gibt es viele neue Entwicklungen (Herde, Automatik-Regulierungen, Be-

leuchtung, Fernbedienungen, Telefon/Notruf usw.). Im Badezimmer kann es zum Beispiel um die Anbringung von Haltegriffen, den Abbau von Schwellen, eine befahrbare Dusche, einen Duschstuhl oder Badewanddrehstuhl sowie einen erhöhten WC-Sitz gehen.

Für die erforderlichen Umbaumaßnahmen gibt es von der Pflegekasse einen finanziellen Zuschuss in Höhe von bis zu 4.000 €. Die jeweilige Maßnahme muss aber vorab beantragt werden. Mehr Informationen gibt es direkt bei der Pflegekasse oder einem Pflegedienst.

Hinweis

Hinweis: Alle Veränderungen des Wohnraumes, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung erforderlich sind, gelten als eine Maßnahme. So stellt beispielsweise beim rollstuhlgerechten Umbau der Wohnung nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine einzelne Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern alle erforderlichen Türver-

breiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt. Erst wenn sich die Pflegesituation ändert und weitere Wohnumfeldverbesserungen erforderlich sind, handelt es sich erneut um eine Maßnahme, so dass ein weiterer Zuschuss beantragt werden kann.

4. Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf bestimmte Hilfsmittel, wenn diese die Pflege erleichtern bzw. zur Linderung von Beschwerden oder einer selbständigen Lebensführung beitragen

Die Höhe der Erstattung durch die Pflegekasse ist unabhängig vom Pflegegrad und beträgt pauschal für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (wie z. B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Bettunterlagen) 40 € im Monat.

Für technische Pflegehilfsmittel (wie z. B. Pflegebetten oder Rollstühle) müssen Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10 Prozent, maximal jedoch 25 € je Hilfsmittel,

selbst leisten. Oftmals werden technische Hilfsmittel auch leihweise von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt.

Die Beantragung erfolgt bei der Pflegekasse. Diese übernimmt die Kosten, sofern die Produkte im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen gelistet sind.

Einige Beispiele hierzu:

- Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege:
 - Pflegebettzubehör (Bettverkürzungen), Bettzubehör (Rückenstützen), etc.
- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene:
 - Produkte zur Hygiene im Bett: Bettpfannen, Urinflaschen, Urinschiffchen, Urinflaschenhalter, wiederverwendbare Bettschutzeinlagen
- Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung / Mobilität:
 - Notrufsysteme: Hausnotruf
 - Mobilitätshilfen: Rollstühle, Rollatoren, Gehhilfen
- Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden:
 - Lagerungshilfen: Lagerungsrollen, Lagerungskissen, Felle, usw.
- Pflegehilfsmittel die zum Verbrauch bestimmt sind:
 - Saugende Bettschutzeinlagen
 - Schutzbekleidung: Einmalhandschuhe, Mundschutz, Einwegschutzschürzen
 - Desinfektionsmittel

5. Medizinische Behandlungspflege

Die medizinische Behandlungspflege gehört zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungsträger sind hier also die Kranken – und nicht die Pflegekassen

Zudem ist die Behandlungspflege Bestandteil des individuellen medizinischen Therapieplans durch den behandelnden Arzt. Pflegebedürftige erhalten Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege, wenn diese zur Umsetzung des Therapieplans oder zur Vermeidung einer Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

Leistungen der Behandlungspflege sind zum Beispiel

- Kompressionsstrümpfe an- bzw. ausziehen
- Blutzuckermessung
- Dekubitusbehandlung
- Injektionen und Richten von Injektionen
- Wundbehandlungen und Versorgungen
- Medikamentengabe
- Stomabehandlung
- Verbände usw.

Jeder Pflegebedürftige hat grundsätzlich Anspruch auf die medizinische Behandlungspflege, sofern diese ärztlich verordnet ist und der Pflegebedürftige oder Angehörige nicht in der Lage ist, sie selbst auszuführen.

Die Kosten der Behandlungspflege rechnet der Pflegedienst direkt mit der zuständigen Krankenkasse ab. Als Eigenbeteiligung erhebt die Kasse für die ersten 28 Behandlungstage 10 Prozent der anfallenden Kosten.

Die Vorgehensweise in drei Schritten:

1. Feststellung und Verordnung der medizinischen Behandlungspflege durch den Arzt
2. Kontaktaufnahme und Beauftragung eines Pflegedienstes
3. Durchführung der medizinischen Behandlungspflege durch den Pflegedienst

