

Pflege Aktuell

Informationen rund um die Pflege und Pflegeversicherung

Sozialstation Heusenstamm

- Bei uns dreht sich alles um Sie -

Beratung

Caritas hilft mit dem Thema Pflege umzugehen

Behandlung

Caritas unterstützt regelmäßig, wenn es um Verbandwechsel oder Spritzen geht



Urlaubspflege

Caritas pflegt Sie auch während der Urlaubszeit

Pflege

Caritas unterstützt Sie mit vielen Pflegeangeboten

Haushalt

Caritas unterstützt Sie im Haushalt jeder Zeit

Dienste

Caritas organisiert Transporte, Einkäufe und andere Dienste

Caritas-Sozialstation Heusenstamm

Franz-Rau-Straße 7

63150 Heusenstamm

Tel: 0 61 04/26 97

Fax: 0 61 04/78 40

Mobil: 01 78/2 69 70 00

E-Mail: [sst-heusenstamm@cv-offenbach.de](mailto:ssst-heusenstamm@cv-offenbach.de)

Internet: www.cv-offenbach.de

CARITASVERBAND
Offenbach/Main e.V.



DAMIT LEBEN GELINGT

1/1 Seite s/w 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 560,-- €

1/1 Seite farbig 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 610,-- €



1/8 Seite s/w
62mm Breite x 46mm Höhe 125,-- €

1/8 Seite farbig
62mm Breite x 46mm Höhe 160,-- €

½ Seite s/w = 128mm Breite x 94mm Höhe 320,-- €

½ Seite farbig = 128mm Breite x 94mm Höhe 370,-- €

¼ Seite s/w = 128mm Breite x 46mm Höhe 215,-- €

¼ Seite farbig = 128mm Breite x 46mm Höhe 260,-- €

Liebe Leserin, lieber Leser,

Vorwort

am 1. Januar 1995 trat die Pflegeversicherung in Kraft. Dieses Gesetz zielt darauf ab, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern. Die Pflegereform wurde im Juli 2008 umgesetzt. Hier sind weitere Fortschritte für die Situation von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften erreicht worden. Nach wie vor ist der Informationsbedarf in Fragen Pflegeversicherung hoch. Wir haben für Sie mit dieser Broschüre eine Zusammenfassung erstellt. Wir informieren über die Pflege und Möglichkeiten der Hilfe, Erleichterung sowie finanzielle Hilfen der Pflegekassen. Für umfassende Informationen und Beratung stehen wir Ihnen aber jederzeit gerne persönlich zur Verfügung.

Auch bisher noch ganz oder teilweise selbständige Menschen können durch eine chronische Krankheit, eine Behinderung oder auch einfach durch das stärker werden von Alterserscheinungen in die Lage kommen, dass Sie Hilfe benötigen. Der Bedarf an Hilfe kann sich über längere Zeit abzeichnen aber auch z. B. durch einen Unfall plötzlich auf Sie zukommen. Hier können Familien angehörige, Freunde oder Nachbarn bereit sein sich der Pflege des bedürftigen Menschen anzunehmen. Solch eine Entscheidung wird aber von beiden Seiten wohl bedacht sein. Pflege ist nicht ein einmaliger Gefallen sondern eine komplett neue Situation, die der Pflegenden wie



auch die zu pflegende Person gründlich überdenken sollte. Ist die Aufgabe der Pflege auf Dauer, über Monate oder gar Jahre tatsächlich denkbar? Welche Veränderungen ergeben sich hier für die pflegende Person? Ihr eigener Tagesablauf, Familie, Privatleben usw. Auch der Mensch der pflegebedürftig ist sollte sich vorher im klaren sein, inwiefern er noch selbst entscheiden kann, ob er bereit ist sich auf die Pflege durch einen Menschen der ihm nahesteht einzulassen. Es geht hier um sehr persönliche Dinge. Mancher möchte lieber neutral von Fachkräften wie von Pflegediensten oder wenn dies in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist, in Pflegeheimen versorgt werden.

Wann ist man pflegebedürftig?

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, jedoch voraussichtlich für mindestens 6 Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.



Krankheiten oder Behinderung sind:

Verlust, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- oder Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie Endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im vorgenannten Sinne sind:

> im Bereich der Körperpflege:
Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung.

> im Bereich der Ernährung:
Mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung.

> im Bereich der Mobilität:
Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

> im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und der Kleidung und das Beheizen.

Stufen der Pflege- bedürftigkeit Pflegestufe 1

-Erheblich Pflegebedürftige-

Das sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle, für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens 1,5 Stunden betragen, wobei der pflegerische Aufwand mehr als 45 Minuten betragen muss.

Pflegestufe 2

-Schwerpflegebedürftige-

Das sind Personen, die mindestens dreimal täglich Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität haben. In der Regel wird dies am Morgen, am Mittag und am Abend der Fall sein.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle, für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden betragen, wobei der pflegerische Aufwand mehr als 2 Stunden betragen muss.

Pflegestufe 3

-Schwerstpflegebedürftige-

Das sind Personen, die rund um die Uhr bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität der Hilfe bedürfen. Der Hilfebedarf muss regelmäßig, auch in der Nacht bestehen. (Rund-um-die-Uhr-Betreuung) Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle, für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden betragen, wobei der pflegerische Aufwand mindestens 4 Stunden betragen muss.





Besonderheiten bei Kindern

Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand, sondern der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

Demenziell erkrankte und behinderte Menschen

Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz können zusätzlich für Betreuungsleistungen finanzielle Hilfen erhalten. Es gibt je nach Betreuungsbedarf einen Grundbetrag und einen erhöhten Betrag. Der Betreuungsbetrag ist somit monatlich bis zu 100 € bzw. 200 €. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinen

Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

Auch Personen die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, also Betreuungsbedürftige der so genannten „Pflegestufe 0“ haben ebenfalls einen Anspruch auf diese zusätzliche Betreuungsleistung.

Demenzbetreuungsgruppen und häusliche Demenzbetreuung erbringt der Pflegedienst Ihres Vertrauens.

Wie werden Pflegeleistungen beantragt?

Es gibt seit 01.07.2008 Fristen, bis zu denen eine Einstufung erfolgen muss (§ 18 SGB XI). Grundvoraussetzungen für die Gewährung von Pflegeleistungen ist die Antragstellung des Pflegebedürftigen. Dies gilt gleichermaßen bei häuslicher wie auch bei vollstationärer Pflege. Die Pflegekasse schaltet anschließend den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein.

Hierbei handelt es sich um eine unabhängige Einrichtung, die von allen Kranken- und Pflegekassen in Anspruch genommen wird. Der MDK prüft durch eine persönliche Begutachtung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt. Gegebenenfalls empfiehlt der MDK erst die Erbringung von anderen Leistungen (z.B. Rehabilitationsmaßnahmen), um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine Verschlimmerung zu verhindern oder um die Pflegebedürftigkeit zu mindern. Auf der Grundlage des MDK-Gutachten entscheidet dann die Pflegekasse über die maßgebende Pflegestufe und teilt dem Pflegebedürftigen das Ergebnis mit. Die Leistungen beginnen ab Antragstellung, frühesten jedoch von dem Zeitpunkt an, an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

> Leistungen der Pflegeversicherung

- > Pflegesachleistungen
- > Pflegegeld
- > Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- > Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- > Tages- und Nachtpflege
- > Kurzzeitpflege
- > Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- > Pflegekurse
- > Leistungen in vollstationärer Pflege
- > Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

> Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Sie wird durch professionelle Pflegekräfte (Pflegedienste) erbracht, die Vertragspartner der Pflegekasse sind.

> ambulante Sachleistungsbeträge

	2010	2012
Stufe I	440 €	450 €
Stufe II	1.040 €	1.100 €
Stufe III	1.510 €	1.550 €

Bei Härtefällen der Stufe III im ambulanten Bereich 1918 €

Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten

> Kombinationsleistungen

Sofern die jeweilige Sachleistung nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht daneben noch Anspruch auf ein



anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, den der Pflegebedürftige als Sachleistung in Anspruch genommen hat. Beantragt man die Kombinationsleistung bei der Pflegekasse, so ist die Entscheidung über das Verhältnis der Geld- zur Sachleistung für sechs Monate bindend. Eine Kombinationsleistung ist auch bei teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege möglich. Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrer jeweiligen Pflegekasse.

> Pflegegeld

Pflegebedürftige können anstatt der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson (Privatperson) im häuslichen Bereich in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

> Leistungshöhe Pflegegeld

	2010	2012
Stufe I	225 €	235 €
Stufe II	430 €	440 €
Stufe III	685 €	700 €

Der Pflegebedürftige ist verpflichtet, bei der Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, bei der Pflegestufe III einmal vierteljährlich einen Pflegedienst, der ein Vertragspartner der Pflegekasse ist, in Anspruch zu nehmen.



Der professionelle Pflegeeinsatz dient der Beratung der pflegenden Angehörigen und soll die Qualität der häuslichen Pflege sichern.

Die Kosten dieses Pflegeeinsatzes übernimmt die Pflegekasse.

Pflegegeld kann in folgenden Fällen nicht gezahlt werden:

- > bei Krankenhausaufenthalt oder statt Rehabilitationsmaßnahme ab der 5. Woche
- > bei Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege (Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung) durch die Krankenkasse
- > bei Inanspruchnahme der vollen Sachleistungen / Tages- und Nachtpflege / teilstationärer und vollstationärer Pflege
- > bei Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege
- > bei ähnlichen Leistungen anderer Behörden und Einrichtungen (z.B. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz).

> Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson vorübergehend wegen Krankheit oder Urlaub an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege für bis zu vier Wochen.

Der Betrag kann jedoch nur bei nachgewiesenen Kosten, die der Pflegeperson entstanden sind, beansprucht werden (z. B. bei nachgewiesenem Verdienstaufschlag oder Fahrtkosten), ansonsten ist der Höchstbetrag auf den Geldleistungsanspruch der jeweiligen Pflegestufe begrenzt.

Bei der Stundenweise Pflege werden Kosten für eine Ersatzpflegeperson, ersetzt, wenn die „Ersatzpflege“ weniger als acht Stunden am Tag (d.h. stundenweise) geleistet wird. Dann bleiben das Pflegegeld und die Pflegesachleistung an diesem Tag in voller Höhe erhalten.

Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson, die verhindert ist, den Pflegebedürftigen mindestens 6 Monate vor der Verhinderung gepflegt hat.

> Leistungshöhe

	2010	2012
bis zu	1510 €	1550 €

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Pflegekassen stellen zur Erleichterung der Pflege und zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen Pflegehilfsmittel zur Verfügung.

Bei den Pflegehilfsmitteln ist zu unterscheiden zwischen

- > zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, z.B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe (Kostenübernahme monatlich bis € 31,00)

> technische Pflegehilfsmittel, z.B. Mobilitätshilfen, Pflegebetten (grundsätzlich leihweise, sonst eine Zuzahlung i.H.v. 10%, höchstens € 25,00 je Pflegehilfsmittel; Befreiung ist möglich, wenn die Härtefallregelung greift).

Tages- und Nachtpflege

Falls die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Umfang im häuslichen Bereich sichergestellt werden kann, besteht ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Voraussetzung ist aber, dass die Einrichtung ein Vertragspartner der Pflegekasse ist.

Hier werden Aufwendungen pauschal, monatlich bis zu:

	2010	2012
Stufe I	440 €	450 €
Stufe II	1040 €	1100 €
Stufe III	1510 €	1550 €

gezahlt.

Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen

Der Bezug von Pflegegeld kann mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen (professioneller Unterstützung) kombiniert werden. Dies ermöglicht es dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen, die Hilfe den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Bei der Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld ist der höchstmögliche

Gesamtanspruch das 1,5-fache z.B. 100% der Tages- und Nachtpflege + 50% der Sachleistungen. Wird also bspw. 50% der Leistung der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht künftig

daneben noch ein 100%-iger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Letzterer erhöht sich allerdings nicht, wenn weniger als 50% der Leistung für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen wird. Die Leistungsverbesserungen kommen so der Tages- und Nachtpflege zugute.

Kurzzeitpflege auch für Kinder

Kann häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf (stationäre) Kurzzeitpflege. Dies ist auch für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich.

- > für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung
- > in Krisensituationen, wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht ausreichen.
- > Leistungsanspruch für längstens 4 Wochen, je Kalenderjahr



- > Pflegebedingte Aufwendungen,
- > Soziale Betreuung

> Medizinische Behandlungspflege
Betreuung und medizinische
Behandlungspflege ist bis zur Höhe des
jeweiligen Pauschalbetrages abgedeckt.

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe
I in Höhe von € 1023,00 mtl.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe
II in Höhe von € 1279,00 mtl.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe
III in Höhe von mtl.

	2010	2012
Härtefall	1.510 €	1.550 €
	1.825 €	1.918 €

ergeben sich aus der
Vergütungsvereinbarung, die zwischen
dem Träger des einzelnen Pflegeheims
und den Landesverbänden/-vertretungen
der Pflegekassen sowie dem zuständigen
Sozialhilfeträger vereinbart wurde.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Für Personen, die einen Pflegebedürftigen



Insgesamt darf der von der Pflegekasse
zu übernehmende Betrag 75 v.H. des
Gesamtbetrages aus dem Pflegesatz für
die pflegebedingten Aufwendungen, dem
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
und den gesondert berechenbaren
Investitionskosten nicht übersteigen.
Entsprechend den Vorschriften des
Pflegeversicherungsgesetzes wurde ab
dem 01.01.1998 für jede Pflegestufe ein
unterschiedlicher Pflegesatz vereinbart.
Die Beträge der Pflegesätze für die
Pflegestufe I, II und III sowie für die
Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

> mindestens 14 Stunden pro Woche
> ehrenamtlich
> in häuslicher Umgebung pflegen, zahlt
die soziale Pflegeversicherung oder
das private Versicherungsunternehmen
Beiträge zur gesetzlichen Renten-
versicherung. Zudem besteht Schutz in
der gesetzlichen Unfallversicherung.
Ziel ist, diejenigen sozial abzusichern, die
für ihre Pflegetätigkeit ihre Erwerbstätig-
keit ganz oder teilweise aufgeben. Daher
ist Voraussetzung für die Zahlung von
Rentenversicherungsbeiträgen, dass die
Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden

pro Woche anderweitig erwerbstätig ist, bzw. noch keine Vollrente wegen Alters bezieht. Die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge ist gestaffelt und richtet sich nach der Pflegestufe, dem Pflegeumfang und dem Rechtskreis, wo die Pflege ausgeübt wird.

Pflegestufe	I	II	III
West	131,87 €	263,74 €	395,61 €
Ost	111,44 €	222,88 €	334,32 €

Pflegekurse

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bieten die Pflegekassen Pflegekurse an, teilweise auch in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, Nachbarschaftshilfegruppen oder Bildungsvereinen. In diesen kostenlosen Kursen vermitteln ausgebildete Fachkräfte den Laienpflegern hilfreiche Kenntnisse und Fertigkeiten, die die Pflege und Betreuung zu Hause erheblich erleichtern und verbessern können. Die Pflegekurse können auch im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Abgesehen von der fachlichen Weiterbildung stellen Pflegekurse für die Pflegenden auch wegen der Möglichkeit des Austauschs mit anderen Betroffenen eine wertvolle Unterstützung dar. Pflegenden Angehörige und andere an der Pflege Interessierte können sich an die verschiedenen Pflegekassen vor Ort wenden, um sich über die Angebote zu informieren. Die Kassen sind darüber hinaus jederzeit zu umfassender Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen verpflichtet.

Erforderlichkeit der Heimpflege

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien folgende Kriterien für die Erforderlichkeit der stationären Pflege festgelegt:



- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen, Stationäre Pflege
- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- oder Fremdgefährdungssituationen des Pflegebedürftigen,
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden können.

Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird die Erforderlichkeit der stationären Pflege unterstellt.

Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe erhalten 10% des Heimentgeltes, höchstens jedoch € 256,00 mtl. Für den Leistungsanspruch ist Voraussetzung, dass mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) vorliegt. Im Vordergrund dieser Einrichtungen steht nicht die Pflege, sondern die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung.

Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen

Die Pflegekasse zahlt unabhängig von der Pflegestufe auf Antrag bis zu 2.557 € je Anpassungsmaßnahme unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung. Diese Maßnahmen sollen die häusliche Pflege in der Wohnung erleichtern oder (wieder) möglich machen. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Sie sollen geeignet sein, eine Überforderung des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft zu verhindern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen, also die Abhängigkeit von der Pflegekraft zu verringern.

Gemeint sind zum Beispiel Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können wie zum Beispiel Türverbreiterungen, fest installierte Rampen und Treppenlifter, der pflegegerechte Umbau des Badezimmers oder der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

Zum Thema Wohnraumberatung wenden Sie sich an den Pflegedienst Ihres Vertrauens

Pflegezeit

Es kann auch eine teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Hier ist eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit zwischen dem Arbeitgeber und dem Beschäftigten zu treffen. Die teilweise



Freistellung kann nur aus dringenden betrieblichen Gründen abgelehnt werden. Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber 10 Tage vor Inanspruchnahme schriftlich angekündigt werden. Hierbei hat der Beschäftigte mitzuteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang er Pflegezeit in Anspruch nehmen will. Wenn der Beschäftigte nur eine teilweise Freistellung verlangt, muss er die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angeben.

Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen ist gegenüber dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen.

Im akuten Pflegefall haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage freistellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren. Auf Verlangen des Arbeitgebers hat der Beschäftigte dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorzulegen. Eine kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer in Anspruch nehmen – unabhängig von der Betriebsgröße.

Pflegestützpunkte:

In einem Pflegestützpunkt soll die Beratung über und die Vernetzung aller medizinisch-pflegerischen Leistungen unter einem Dach gebündelt werden. Ein Pflegestützpunkt ist keine neue oder zusätzliche Behörde. Der Stützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem das Personal der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger den von Pflegebedürftigkeit Betroffenen ihre bisherigen Dienstleistungen vernetzt und aufeinander abgestimmt erläutern und vermitteln. Alle Angebote Rund-um-die-Pflege sollen erfasst sein, also z. B. auch die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe. Darüber hinaus soll das Ehrenamt einbezogen werden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten hier alle wichtigen Antragsformulare, Informationen und konkrete Hilfestellungen. Wenn man etwa eine Wohnung altengerecht umbauen möchte, berät der Pflegeberater über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn ein geeignetes Pflegeheim gesucht wird, hat der Pflegeberater den Überblick und kann helfen. Und wenn nach ehrenamtlichen Angeboten in der Kommune oder Gemeinde gefragt wird, wird auch hierzu geholfen. Im Pflegestützpunkt soll also das gesamte Leistungsgeschehen für Pflegebedürftige koordiniert werden.



Aufbau von Pflegestützpunkten:

Um die eigentlichen pflegerischen Aufgaben gesamt schneller bewerkstelligen zu können, werden diese Stellen geschaffen.

Ein Pflegestützpunkt ist die effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige wie:

- * der sozialen Pflegeversicherung,
- * der privaten Pflegeversicherung,
- * der Altenhilfe,
- * der Sozialhilfe,
- * der gesetzlichen Krankenversicherung und
- * der privaten Krankenversicherung.

Pflege- und Krankenkassen müssen die Pflegestützpunkte errichten, wenn die einzelnen Länder sich für den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden. Die Pflegestützpunkte müssen einerseits unabhängig sein und andererseits eine umfassende Beratung anbieten. Dort sind auch Pflegeberater erreichbar. Die Pflegereform sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2009 jeder Pflegebedürftige Anspruch auf Hilfe und Unterstützung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin hat.

Wichtig ist daher, dass möglichst alle Leistungsträger sich am Pflegestützpunkt beteiligen. Dies sind neben den Pflege- und Krankenkassen insbesondere die örtlichen Träger der Altenhilfe, die Träger der Sozialhilfe sowie die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung.

Besonders darauf hinzuweisen ist, dass für die privaten Versicherungsunternehmen, die sich am Aufbau und am laufenden Betrieb der Pflegestützpunkte beteiligen, die gleichen Regelungen gelten wie für die anderen Kostenträger. Soweit sich private Versicherungsunternehmen nicht an der Finanzierung beteiligen, müssen sie für die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch ihre Versicherten eine vertragliche Vereinbarung mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme, sowie über die Vergütung je Fall abschließen.

Wo sollen Pflegestützpunkte aufgebaut werden?

In einigen Bundesländern gibt es bereits Beratungsstellen, z. B. der Alten- und Sozialhilfe und der Kranken- und Pflegekassen. Diese können zu Pflegestützpunkten ausgebaut werden. Ein Pflegestützpunkt kann auch bei einem Leistungserbringer angesiedelt werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Wettbewerbsverzerrung führt. So wäre ein Pflegestützpunkt, sowohl neben einem Pflegedienst als auch in einem Ärztehaus denkbar. Wichtig ist, dass vorhandene Räumlichkeiten und Strukturen genutzt werden, um beispielsweise neue und aufwendige Baumaßnahmen zu vermeiden.

Was ist, wenn es nach einem Jahr noch keinen Pflegestützpunkt in meiner Nähe gibt?

Es ist möglich, dass nicht in allen Ländern sofort Pflegestützpunkte errichtet werden. Auch in diesen Fällen haben Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2009 einen Anspruch auf Pflegeberatung gegen die Pflegekasse. Zur Durchführung der Pflegeberatung können im Rahmen einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung



auch private Versicherungsunternehmen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen einsetzen.

Wie unterscheiden sich die vorhandenen Servicestellen und die neuen Pflegestützpunkte?

Die Aufgaben der Servicestellen konzentrieren sich auf Fragen der Rehabilitation und Teilhabe. Die Pflegestützpunkte haben sich den Pflegebedürftigen und der Problemstellungen rund um pflegebedingte Hilfebedarfe anzunehmen. Die Pflegestützpunkte können in den Servicestellen errichtet werden, in jedem Fall ist eine enge Zusammenarbeit mit den Servicestellen sicherzustellen.

Was machen Pflegeberater?

Ab dem 1. Januar 2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf einen Pflegeberater. Die Pflegeberater sind Mitarbeiter der Pflegekassen, die über Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit verfügen. In den Pflegestützpunkten werden sich Pflegeberater der Sorgen und Fragen von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen annehmen, über das vorhandene Leistungsangebot beraten und persönlich begleiten. Sollte bis zum 1. Januar 2009 in einem Bundesland noch kein Stützpunkt aufgebaut worden sein, kann der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auch in den Geschäftsräumen der Pflegekasse arbeiten.

Pflegeberater beraten Betroffene nicht nur in Pflegestützpunkten, sondern auch daheim. Durch das verstärkte Zusammenwirken aller Kräfte im ambulanten Bereich ergibt sich die Chance eines Rückgangs kostenintensiver, vollstationärer Versorgung. Auch hier gilt, dass vorhandene Beratungsstrukturen der Länder einbezogen werden sollen.



So gibt es z. B. die geriatrischen Koordinationsstellen in Berlin, die Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz und die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen in Baden-Württemberg. Die Mitarbeiter dieser Stellen können von den Kassen in die Pflegeberatung eingebunden werden und Teilaufgaben, wie z. B. die Aufgaben der Koordinierung und der Vernetzung von Leistungsträgern und -angeboten, übernehmen.

Wie sind Pflegeberaterkosten zuzuordnen?

Die durch Pflegeberatung verursachten Kosten sind den Leistungsausgaben zuzuordnen. Zu den erforderlichen Aufwendungen für Pflegeberater zählen neben den erforderlichen

- * Personalkosten und
- * Personalnebenkosten

auch die Sachkosten, zu denen beispielsweise auch Aufwendungen gehören, die durch gesonderte Räumlichkeiten innerhalb eines Pflegestützpunktes entstehen.

Wie unterscheiden sich Pflegeberater und Pflegestützpunkt?

Sofern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, sind Pflegeberater dort anzusiedeln. Die Pflegekassen haben die Versicherten, die Leistungen der Pflegeversicherung beantragen, darüber zu informieren, wo sich der nächste Pflegestützpunkt befindet und welcher Pflegeberater für ihn erreichbar ist.

Der Pflegeberater wird in erster Linie im Sinne eines Fallmanagements, d.h. bezüglich der Bedarfslage im Einzelfall tätig. Er erstellt bspw. einen individuellen Versorgungsplan und er ist gehalten, Leistungsanträge unverzüglich den zuständigen Kassen zur weiteren Bearbeitung bzw. Genehmigung zu übermitteln. Der Pflegestützpunkt ist eher im Sinne eines Caremanagement zu betrachten, das sich auf die vertragliche Steuerung des Versorgungssystems und dessen Vernetzung konzentriert.



Was passiert, wenn ich mit meinem Pflegeberater nicht klar komme?

Die Inanspruchnahme des Pflegeberaters ist freiwilliger Natur. Es ist selbstverständlich, dass den Hilfebedürftigen keine bestimmte Beratungsperson "aufgezwungen" werden kann. Kommt der Hilfebedürftige mit seinem Pflegeberater nicht zurecht, sind klärende Gespräche in den Pflegestützpunkten sicherlich eine Möglichkeit.

Der Gesetzentwurf schreibt nicht vor, welcher Pflegestützpunkt in Anspruch genommen werden darf. Von daher bestehen keine Bedenken, den Nachbarstützpunkt in Anspruch zu nehmen.

Ab wann steht mir ein Pflegeberater zur Verfügung?

Der Anspruch auf Pflegebegleitung ist seit dem 1. Januar 2009 verpflichtend, um den Pflegekassen eine hinreichende Vorlaufzeit einzuräumen. Dies schließt aber nicht aus, dass bereits vor diesem Zeitpunkt Pflegeberatung angeboten wird, sofern die Pflegekasse bereits eine entsprechende Struktur aufgebaut hat.

Welche Pflegehilfsmittel gibt es?

Die aktuelle Fassung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses enthält folgende von der Pflegekasse zu vergütende Pflegehilfsmittel:

Produktgruppe 50 - Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

- * Pflegebetten
- * Pflegebettzubehör
- * Pflegebettzurichtungen
- * Spezielle Pflegebett-Tische
- * Pflegelieggestühle

Produktgruppe 51 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

- * Waschsysteme
- * Duschwagen
- * Produkte zur Hygiene im Bett (Bettpfannen, Urinflaschen, Urinschiffchen, wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen)

Produktgruppe 52 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität

- * Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte
- * Hausnotrufsysteme, angeschlossen an eine Zentrale

Produktgruppe 53 Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

- * Lagerungsrollen
- * Lagerungshalbrollen

Produktgruppe 54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- * Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch
- * Schutzbekleidung (Einmalhandschuhe, Schutzschürzen, Fingerlinge, Mundschutz)
- * Desinfektionsmittel



Wer hat Anspruch auf Pflegehilfsmittel?

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen (§ 40 Abs. 1 Pflege VG).

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Pflegehilfsmittel sollen dazu dienen, dem Pflegebedürftigen eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen, die häusliche Pflege zu erleichtern und Beschwerden zu lindern. Mittel, die zum täglichen Lebensbedarf gehören, sind keine Pflegehilfsmittel, auch wenn sie die Pflege erleichtern. Ob und in welcher Weise die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln notwendig ist, überprüft die Pflegekasse im Zusammenhang mit einer beauftragten Pflegefachkraft oder dem medizinischen Dienst.

Sind Zuzahlungen zu Pflegehilfsmitteln zu leisten?

Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der technischen Hilfsmittel eine Zuzahlung von 10%, höchstens jedoch € 25,00 je Pflegehilfsmittel, selbst zu entrichten. Eine Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gibt es nicht. Darüber hinaus können Pflegebedürftige ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Anträge gibt es bei den Pflegekassen.

Zuzahlungen zu Arzneimitteln

1. Für verschreibungspflichtige Medikamente beträgt die Zuzahlung 10 Prozent des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 € pro Arzneimittel. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von allen Zuzahlungen befreit.

2. Bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten gilt: Diese Medikamente werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet. Die Versicherten tragen die Kosten also selbst. Diese Arzneimittel unterliegen aber künftig der freien Preisgestaltung. Das bedeutet, dass keine staatlich festgeschriebenen Handelspreisen für den pharmazeutischen Großhandel und die Apotheken mehr festgelegt werden. Mit der Aufhebung der Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wird daher ein für die Patientinnen und Patienten vorteilhafter Preiswettbewerb eingeführt, der nach Auffassung von Experten zu sinkenden Arzneimittelpreisen führen kann.

3. Bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gibt es allerdings einige Ausnahmefälle, in denen die Krankenkasse die Kosten erstattet. Das gilt zum Beispiel für Kinder unter 12 Jahren

und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen. Auch schwer Erkrankte bekommen unter Umständen die Kosten für rezeptfreie Arzneien erstattet, wenn ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament zum Therapiestandard gehört. In diesem Fall zahlt die Patientin oder der Patient für Medikamente, die weniger als 5 € kosten, den tatsächlichen Verkaufspreis. Bei Arzneien, die nicht mehr als 50 € kosten, beträgt die Zuzahlung 5 €. Für Medikamente die teurer sind, muss der Versicherte 10 Prozent des Medikamentenpreises, maximal aber 10 € zuzahlen.

Physiotherapeuten Krankengymnastik

Die Krankengymnastik dient der Mobilisation der Gelenke und der Stabilisation, Kräftigung der Muskulatur und des Bandapparates. Geschädigte Gelenke und Knochen sollen wieder endgradig mobilisiert werden und es soll eine Wiederherstellung erreicht werden. Durch verschiedene Techniken, z.B. Kräftigung, Dehnung und Mobilisation soll eine Haltungsverbesserung und ein optimales Zusammenspiel aller Anteile des Bewegungsapparates erreicht werden.

Massage

Die Massage dient der Lockerung der Muskulatur durch vermehrte Durchblutung. Ablagerungen von Schlackestoffen im Muskelgewebe werden gelöst und abtransportiert, wodurch die Beweglichkeit wieder hergestellt wird. Die Muskulatur benötigt eine optimale Durchblutung und Versorgung der Nerven, um optimale Leistung erbringen zu können. Wenn dies nicht gewährleistet ist, kommt es zu Verspannungen und Muskelhartspann. Durch verschiedene Massagetechniken, wie z.B. Knetung, Vibration, Streichung oder Bohrung wird die Durchblutung angeregt und die Beweglichkeit und Kraft der Muskeln gefördert.

Logopädie

Logopädie leitet sich von den griechischen Begriffen ‚logos‘ = Rede, und ‚paideia‘ = Lehre, Ausbildung ab. Es geht um die Sprache und das Sprechen (und was damit zusammenhängt) und deren Vermittlung, wenn Schwierigkeiten in diesen Bereichen auftreten. Schwerpunkte sind: Probleme bei der Nahrungsaufnahme und beim Schlucken (z.B. nach Schlaganfall, Säuglinge mit ‚Wolfsrachen‘, nach Unfällen, Zahnfehlstellungen, nach Operationen an der Zunge oder im Mundbereich etc.). Probleme in der Sprach- und Sprechentwicklung bei Kindern (z.B. Fehler in der Grammatik, Zweisprachigkeit, falsche Endungen, wenig Wortschatz, Lispeln, Hölzeln, Näseln, undeutliches Sprechen, Verschlucken von Silben etc.). Probleme in der Hörentwicklung bei Kindern (z. B. Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen, Cochlear Implantat, etc.). Probleme bei der Stimmgebung (z. B. Heiserkeit, Sängerknötchen, Stimmbandlähmungen, Räusperzwang, Fehlbelastungen und Überbelastungen der Stimme, nach Kehlkopfoperationen etc.). Probleme des Redeflusses (Stottern und Poltern) Sprach- und Sprechprobleme im Erwachsenenalter (z. B. nach Unfall, Operationen am Gehirn, bei Parkinson’scher Krankheit, Multipler Sklerose, nach Schlaganfall, nach Zungenteilentfernungen etc.). Lese- und Rechtschreibprobleme (z. B. nach einer Sprachentwicklungsverzögerung, nach Schlaganfall, nach Unfall, Gehirnoperation etc.).

Ergotherapie

Das Wort Ergotherapie kommt aus dem Griechischen "ergon", übersetzt in etwa werken, tun oder handeln. Dies ist auch die Grundlage der Ergotherapie, die Handlungsorientierung. Ergotherapie ist auch als Beschäftigungstherapie und

Arbeitstherapie bekannt und gehört als medizinisch-therapeutische Fachrichtung



zum Gesamtkonzept der Rehabilitation. Ergotherapie gilt als Heilmittel und unterliegt der ärztlichen Verordnung. Ziel der Ergotherapie ist es nicht vorhandene oder verlorengegangene körperliche, psychische oder kognitive Funktionen wiederherzustellen oder zu fördern, so dass der Betroffene die größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag erreichen kann. Das Aufgabengebiet der Ergotherapeuten ist sehr umfangreich. Die Tätigkeitsfelder umfassen Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie, Unfallchirurgie, Pädiatrie, Geriatrie und Behindertenarbeit.

Hörgeräte-Akustik

In Zusammenarbeit mit Hals-Nasen-Ohren-Ärzten und den Krankenkassen hat sich der Hörgeräteakustiker die Realisierung einer optimalen Hörgeräteversorgung zum Ziel gemacht. Seine Aufgabe liegt nicht nur in der Anpassung von Hörgeräten entsprechend dem individuellen Hörverlust sowie in der Nachbetreuung und Nachversorgung, sondern auch in der Beratung auf Zusatzgeräte (wie z.B.: Lichtsignalanlagen, TV-Zubehör), die den Schwerhörigen besondere Situationen des alltäglichen Lebens erleichtern. Doch der Hörgeräteakustiker ist nicht nur ein Anlaufpunkt für Hörgeschädigte, er bietet auch Normalhörenden eine vielfältige Palette an Produkten zum Schallschutz für das Berufsleben.

Orthopädie-Schuhtechnik

Ein Handwerk im Dienst am gesunden und gehbehinderten Menschen. Der Orthopädienschuhmacher ist heute neben dem Orthopädiemechaniker, der vom Arzt und vor allem vom Arzt für Orthopädie, benötigte und anerkannte Techniker zur handwerklichen Fertigung orthopädischer Hilfsmittel für die Versorgung Körperbehinderter.

Der orthopädische Maßschuh bildet nach wie vor die Grundlage der orthopädisch-schuhtechnischen Versorgung. Er kann in den vielfältigsten Formen hergestellt werden, z.B. als Straßenschuh, als Sportschuh oder auch als Unfallverhütungsschuh. Mit der Innenschuhtechnik werden Versorgungsmöglichkeiten für Beinlängendifferenzen, Fußergänzungen, Vorfußersatz und für die Vielfalt von schlaffen und spastischen Lähmungen geschaffen, die auch unter dem Strumpf getragen werden können.

Podologie

Hinter diesem Namen verbirgt sich der staatlich geprüfte medizinische Fußpfleger. Als anerkannter Medizinalfachberuf wird der Podologe oder die Podologin in unserem Gesundheitssystem eine vakante Versorgungslücke ausfüllen und als ärztlicher Assistenzberuf einen neuen Stellen-

wert erhalten. Podologen werden in Zukunft mehr benötigt, da Risikopatienten mit Diabetes mellitus, Rheumaerkrankungen oder Gefäßleiden ständig an Zahl zunehmen. Da ist die Zusammenarbeit von Patient, Arzt, Orthopädienschuhmacher und Podologe angesagt.

Hornhautabtragung und/oder Nagelbearbeitung sind Maßnahmen der Podologischen Therapie und verordnungsfähig.

Lebensqualität

Für die Lebensqualität kranker, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen ist es oft von entscheidender Bedeutung, dass sie trotz ihrer Hilfsbedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Diese vermittelt ihnen ein Gefühl von Vertrautheit, Sicherheit und Selbstbestimmtheit. Dabei wird häufig übersehen, dass die Pflege zu Hause Pflegebedürftige wie auch ihre Angehörigen in eine neue und veränderte Lebenssituation stellt.

Wer sich für die Pflege eines Angehörigen zu Hause entscheidet, muss eine Fülle neuer Aufgaben bewältigen. Viele Angehörige übernehmen die Pflege zusätzlich zu den bisherigen Verpflichtungen gegenüber der Familie und dem eigenen Beruf. Eine Gelegenheit, sich auf die Pflege einzustellen, Fertigkeiten und notwendiges Wissen über die Pflege zu erwerben, haben nur die wenigsten. Dass es dann zu physischen und psychischen Überlastungen der pflegenden Angehörigen kommen kann, ist leicht nachvollziehbar.

Aber Überlastungssituationen müssen nicht zwangsläufig die Folge einer häuslichen Pflege sein, denn Pflege kann man lernen. Informationen über Krankheitsfolgen, Kenntnisse über eine aktivierende Pflege sowie das Wissen um Entlastungsmöglichkeiten durch Pflegehilfsmittel, ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen helfen, Anforderungen zu meistern und Überforderungen zu vermeiden.

Wie Sie Überforderungen vermeiden können

Informieren Sie sich umfassend, investieren Sie Zeit in das Zusammentragen von Informationen. Bitten Sie den behandelnden Arzt um ausführliche Information zum Krankheitsgeschehen sowie zu möglichen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen. Erkundigen Sie sich bei der Kranken- und Pflegekasse nach Unterstützungsmöglichkeiten. Jede

wichtig, sie bereits im Vorfeld an Planung und Vorbereitung der häuslichen Pflege zu beteiligen. Fördern Sie den Pflegebedürftigen in seiner Selbstständigkeit. Informieren Sie sich vor der Übernahme von Pflegeaufgaben zunächst immer über die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pflegebedürftigen und beziehen Sie seine Selbsthilfemöglichkeiten ein. Motivieren Sie den Pflegebedürftigen dazu, seine Fähigkeiten einzusetzen und übernehmen Sie nur die



Geschäftsstelle der Krankenkassen berät Sie gerne. Lassen Sie sich durch einen ambulanten Pflegedienst beraten. Gerade in der Anfangsphase einer Pflegesituation sind Informationen und Hinweise besonders wichtig. Je umfassender Sie sich informiert haben, desto besser können Sie die notwendigen Entscheidungen treffen und dadurch die Pflegesituation mitgestalten. Denn als Pflegeperson müssen Sie nicht alle Aufgaben alleine bewältigen.

Beziehen Sie den Pflegebedürftigen und die Familie in Entscheidungen ein. Von der Entscheidung, einen pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause zu pflegen, sind alle Familienmitglieder betroffen. Damit sich alle Beteiligten auf mögliche Veränderungen einstellen können ist es

Aufgaben, die er selbst nicht ausführen kann. Nutzen sie auch Hilfsmittel, die dem Pflegebedürftigen eine größere Selbstständigkeit ermöglichen. Vernachlässigen Sie Ihre eigene Gesundheit nicht. Im Sinne einer gesunden "Selbstpflege" sollten Sie Ihre eigenen Bedürfnisse ebenso ernstnehmen, wie die Wünsche und Erwartungen des Pflegebedürftigen. Für sich selbst Freizeit beanspruchen, sich Zeit nehmen für Hobbys, das Treffen von Freunden. Das alles ist wichtig für Ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden. Solche Erholungsphasen ermöglichen Ihnen einen inneren Abstand zur Pflegesituation und helfen Ihnen, den Pflegealltag mit all seinen Problemen wieder mit neuer Kraft zu bewältigen.

Alltagshilfen

Unter der Bezeichnung Alltagshilfen werden Hilfsmittel für den Haushalt, für das Essen und Trinken, für die Körperpflege sowie das An- und Auskleiden angeboten. Sie sollen Bewegungseinschränkungen der Arme sowie eine mangelnde Greif- und Haltefunktion der Hände ausgleichen.

Das Greifen und Halten kann durch Greifzangen, Griffverlängerungen oder Griffverdickungen verbessert werden.

Bei vielen Verrichtungen wird eine Hand dazu benutzt, Gegenstände festzuhalten. Anti-Rutsch-Unterlagen können für handbehinderte Menschen diese Funktion übernehmen.

Ess- und Trinkhilfen: Spezialbestecke mit besonderen Griffen für Rechts- bzw. Linkshänder, Besteckhalter zum Ausgleich einer fehlenden Greiffunktion, Hochrandteller, Warmhalteteller, Tellerränder, Trinkbecher sowie Haltegriffe für Gläser sind nur einige Hilfsmittel aus dem umfangreichen Angebot. Wichtig ist, dass die Hilfsmittel die individuellen Bewegungseinschränkungen ausgleichen.

Strumpfanzieher, Anziehhaken, Knöpfhilfe gehören zu den Anziehhilfen. Sie sollen Bewegungseinschränkungen der Hände, Arme oder Wirbelsäule ausgleichen. Wichtig ist, dass sie leicht und bedienungsfreundlich sind.



Impressum: Herausgeber:
Vollmuth Marketing GmbH
Uhlandstraße 18
71155 Altdorf
Tel. 0 70 31/60 73 73
Fax 0 70 31/60 73 74
E-mail: sv@Vollmuth-Marketing.de
www.dentumed.de

Der Umwelt zuliebe drucken wir auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Eine Gewähr für die Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Der Nachdruck - auch auszugsweise - und die Abspeicherung auf Datenträger aller Art ist verboten.

1/1 Seite s/w 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 560,-- €

1/1 Seite farbig 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 610,-- €



1/8 Seite s/w
62mm Breite x 46mm Höhe 125,-- €

1/8 Seite farbig
62mm Breite x 46mm Höhe 160,-- €

½ Seite s/w = 128mm Breite x 94mm Höhe 320,-- €

½ Seite farbig = 128mm Breite x 94mm Höhe 370,-- €

¼ Seite s/w = 128mm Breite x 46mm Höhe 215,-- €

¼ Seite farbig = 128mm Breite x 46mm Höhe 260,-- €

1/1 Seite s/w 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 560,-- €

1/1 Seite farbig 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 610,-- €



1/8 Seite s/w
62mm Breite x 46mm Höhe 125,-- €

1/8 Seite farbig
62mm Breite x 46mm Höhe 160,-- €

½ Seite s/w = 128mm Breite x 94mm Höhe 320,-- €

½ Seite farbig = 128mm Breite x 94mm Höhe 370,-- €

¼ Seite s/w = 128mm Breite x 46mm Höhe 215,-- €

¼ Seite farbig = 128mm Breite x 46mm Höhe 260,-- €