

Pflege Aktuell

Informationen rund um Pflege und Pflegeversicherung

Ihr Ratgeber zum Thema Pflege.

Woher bekomme ich Hilfe?

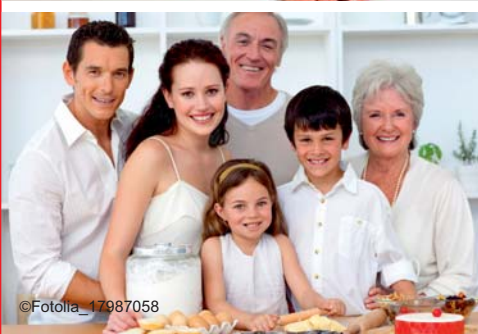
Zuhause?

Welchen Pflegegrad habe ich?

Stationär?

Wie finanziere ich dies?

Übergangslösungen?



**Ausgabe 2018 für
Öhringen, Bretzfeld,
Pfedelbach"**



1/1 Seite s/w 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 670,-- €

1/1 Seite farbig 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 730,-- €



1/8 Seite s/w
62mm Breite x 46mm Höhe 175,-- €

1/8 Seite farbig
62mm Breite x 46mm Höhe 215,-- €

½ Seite s/w = 128mm Breite x 94mm Höhe 400,-- €

½ Seite farbig = 128mm Breite x 94mm Höhe 460,-- €

¼ Seite s/w = 128mm Breite x 46mm Höhe 265,-- €

¼ Seite farbig = 128mm Breite x 46mm Höhe 325,-- €

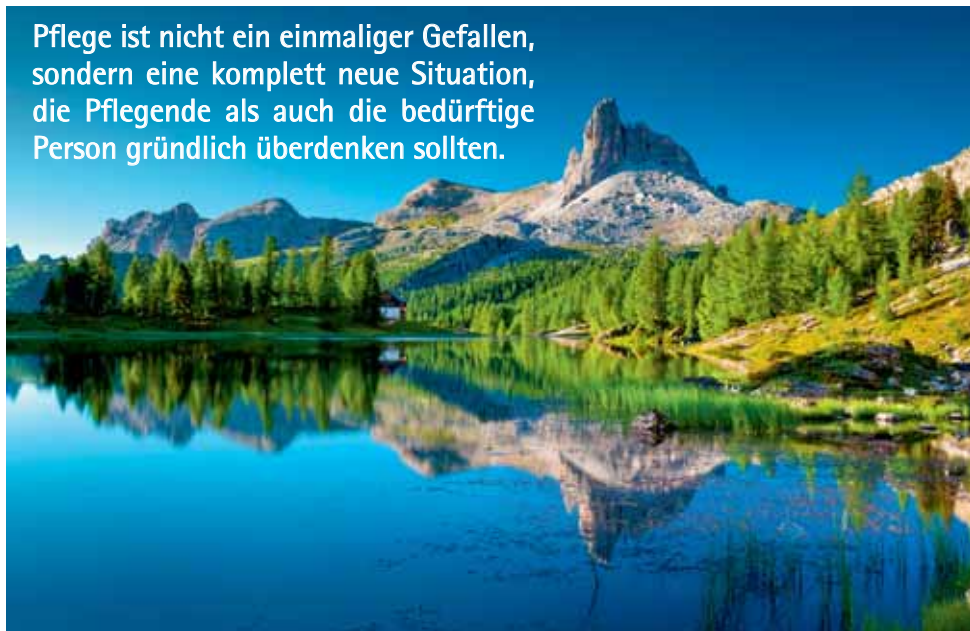
Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Wir haben für Sie mit dieser Broschüre eine Zusammenfassung zu Fragen rund um das Thema Pflege erstellt. Wir informieren über Möglichkeiten der Hilfe, Erleichterungen sowie finanzielle Hilfen der Pflegekassen. Für umfassende Informationen und Beratung stehen wir Ihnen darüber hinaus gerne zur Verfügung.

Auch bisher noch ganz oder teilweise selbstständige Menschen können durch eine chronische Krankheit, eine Behinderung oder auch einfach durch Alterserscheinungen in die Lage kommen, Hilfe zu benötigen. Der Bedarf an Hilfe kann sich über längere Zeit abzeichnen, aber auch z. B. durch einen Unfall plötzlich auf Sie zukommen. Hier können Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn bereit sein, sich der Pflege des bedürftigen Menschen anzunehmen. Solch eine Entscheidung will wohl bedacht sein.

Pflege ist nicht ein einmaliger Gefallen, sondern eine komplett neue Situation, die Pflegende als auch die bedürftige Person gründlich überdenken sollten.



Ist die Aufgabe der Pflege auf Dauer, über Monate oder gar Jahre tatsächlich denkbar? Es geht hier um sehr persönliche Dinge. Mancher möchte lieber neutral von Fachkräften eines Pflegedienstes oder in einer Tagespflege versorgt werden. Ist das Wohnen in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich, besteht Anspruch auf vollstationäre Versorgung.

Wann ist man pflegebedürftig?

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegestärkungsgesetzes sind Personen, die körperliche und/oder geistige Einschränkungen haben. Zur Beurteilung der Schwere dieser Situation wurden fünf Pflegegrade eingeführt.

Es geht um die Frage, ob die erforderliche Fähigkeit noch vorhanden ist und ob damit verbundene Tätigkeiten selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder nur unselbstständig ausgeübt werden können. Zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit wurden sechs Module geschaffen, die jedoch prozentual unterschiedlich gewichtet werden.

1. Mobilität

(Selbstständigkeit bei der Fortbewegung und bei Lageveränderungen des Körpers)

1. 10 %

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

(z. B. örtliche u. zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen etc.)

2 + 3. 15 %

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

(z. B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)

4. 40 %

4. Selbstversorgung

(z. B. Körperpflege, Ernährung etc. -> hierunter wurde bisher die "Grundpflege" verstanden)

5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

(z. B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung)

5. 20 %

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

(z. B. Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege)

6. 15 %

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad. Der Pflegegrad wird mit Hilfe einer pflegefachlich begründeten Beurteilung ermittelt.

Die Beurteilung findet in Bezug zu den sechs genannten Modulen statt. Nach einem festgelegten Bewertungsbogen werden diesen einzelnen Bereichen Punkte zugeordnet. Der Pflegegrad wird anhand der erreichten Punktzahl ermittelt.

1. Mobilität mit 10 Prozent
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.



Grade der Pflegebedürftigkeit

Zur Ermittlung des Pflegegrades werden die Ergebnisse der Einzelpunkte der jeweiligen Module nach einem vorgegebenen Rechensystem zusammengezählt. Aufgrund der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nebenstehenden Pflegegrade einzuordnen:



© ACP prod/fotolia

0%

kein Pflegegrad
unter 12,5 Gesamtpunkte

Pflegegrad 1
ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
geringe Beeinträchtigungen der
Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten **1**

Pflegegrad 2
ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten
erhebliche Beeinträchtigungen der
Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten **2**

50%

Pflegegrad 3
ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
schwere Beeinträchtigungen der
Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten **3**

Pflegegrad 4
ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten
schwerste Beeinträchtigungen der
Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten **4**

Pflegegrad 5
ab 90 bis 100 Gesamtpunkten
schwerste Beeinträchtigungen der
Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
mit besonderen Anforderungen an die
pflegerische Versorgung **5**

100%

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegesachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Bewertungspunktzahl unter 90 liegt.



Nicht genutzte Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Mit der Ergänzung des § 144 Abs. 3 SGB XI wird in Artikel 1 Nr. 26 des III. Pflegestärkungsgesetzes eine Sonderregelung für die Jahre 2017/2018 geschaffen. Nicht genutzte Ansprüche auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Jahre 2015/2016 sind danach noch bis zum 31.12.2018 zu gewähren. Die nicht abgerufenen Mittel sollen pauschal als "angesparte" Mittel gelten, die bis Ende 2018 noch zum Bezug von Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 neue Fassung SGB XI (Kosten der Tagespflege, Kurzzeitpflege, Betreuungs- und Entlastungsleistungen) genutzt werden können. Die nicht genutzten Ansprüche können auch eingesetzt werden, um nachträglich eine Kostenerstattung für die Jahre 2015/2016 zu erhalten. Entsprechende nachträgliche Anträge müssen bis zum 31.12.2018 gestellt und mit Quittungen etc. belegt werden.



(c) Kzenon/istolia

Pflegeberatung

Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen den Versicherten oder pflegenden Angehörigen und weiteren Pflegepersonen einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten. Die Beratung soll auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Um-

gebung oder in der Einrichtung, in der der Versicherte lebt, erfolgen. Können Pflegekassen diese Leistung zeitgerecht nicht selbst erbringen, müssen sie ihm einen Beratungsgutschein für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister zur Verfügung stellen.

Fristgerechte Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit

Zeitnahe Entscheidungen sind gefordert. Wenn die Pflegekassen Leistungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen (25 Arbeitstage), dann haben sie dem Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € zu zahlen. Damit die Pflegekassen auch rechtzeitig entscheiden können, erhalten sie die Möglichkeit, andere Gutachter als den MDK (Medizinischen Dienst der Krankenkassen) einzusetzen.

Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird noch nicht in ausreichendem Maße beachtet. Wenn es eine Chance gibt, eine langfristige Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, soll diese besser genutzt werden. Deshalb wird nun jeder, der einen Antrag auf Anerkennung seiner Pflegebedürftigkeit stellt, neben dem Leistungsbescheid automatisch eine Empfehlung zu seinen individuellen Möglichkeiten zur Rehabilitation erhalten. Damit werden Pflegebedürftige beziehungsweise deren Angehörige in die Lage versetzt, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.

Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Pflegesachleistungen werden direkt mit der Pflegekasse durch den Pflegedienst abgerechnet.

Pflegebedürftige, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistungen sowie entlastende Betreuungsmaßnahmen. Diese werden durch professionelle ambulante Pflegedienste erbracht, die Vertragspartner der Pflegekassen sind.

Pflegegrad	Pflegegeld	Pflegesachleistung je Monat
Pflegegrad 1	(nur Anspruch auf Beratungsgespräch halbjährlich) 125 € für Betreuungs- und Entlastungsleistungen	
Pflegegrad 2	316 €	689 €
Pflegegrad 3	545 €	1298 €
Pflegegrad 4	728 €	1612 €
Pflegegrad 5	901 €	1995 €

Leistungen bei Pflegegrad 1

- (1) 1. Pflegeberatung
 2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit
 3. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
 4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (40 €)
 5. Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (max. 4000 €)
 6. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
 7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- (2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich.
- (3) Wählen Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 € monatlich.



Pflegegeld

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstatt der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Der Pflegebedürftige ist verpflichtet, bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich einen Pflegedienst, der ein Vertragspartner der Pflegekasse ist, für einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 und Sachleistungsempfänger haben Anspruch, halbjährlich einen Beratungsbesuch abzurufen. Die Kosten dieser Beratung übernimmt die Pflegekasse. Bei Pflegegrad 2 und 3 bis zu 23 € und Pflegegrad 4 und 5 bis zu 33 €.



©Stockfotos-MG - Stock.adobe.com/fotolia

Pflegegeld kann in folgenden Fällen nicht gezahlt werden:

- ☞ bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme ab Beginn der 5. Woche
- ☞ bei Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege (Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung SGB V § 37.1a) durch die Krankenkasse
- ☞ bei Inanspruchnahme der vollstationären Pflege
- ☞ bei ähnlichen Leistungen anderer Behörden und Einrichtungen (z.B. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz)

Fortzahlung von Pflegegeld, wenn sich die Angehörigen eine Auszeit nehmen

Machen Angehörige Gebrauch von der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, werden sie für bis zu 8 Wochen Kurzzeitpflege oder 6 Wochen Verhinderungspflege je Kalenderjahr, die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes erhalten. Pflegendе Angehörige haben bei eigener Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zudem die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen mitzunehmen. Oft sind Angehörige erst dazu bereit, solche Angebote anzunehmen, wenn der Pflegebedürftige in der Nähe sein kann.



§ 45b SGB XI – Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich. Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne von Betreuungs- und Entlastungsleistungen des § 36 SGB XI in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Verhinderungspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege ab dem Pflegegrad 2. Eine Ersatzpflege bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr ist möglich (Mindestpflegezeit von 6 Monaten muss von der Pflegeperson erreicht sein) mit Leistungen bis zu 1.612 €. Außerdem kann bis zu 50% des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 €) zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Verhinderungspflege kann bei Bedarf auch stundenweise beantragt werden, wenn die Ersatzpflege weniger als 8 Stunden pro Tag beträgt. In diesem Fall erfolgt keine Begrenzung auf 6 Wochen, sondern nur auf den Höchstbetrag. Das Pflegegeld wird in diesem Fall in voller Höhe weiter gezahlt.

Die 1.612 € können für die Ersatzpflege durch einen ambulanten Pflegedienst, entfernte Verwandte oder eine fremde Person verwendet werden.



©YakobchukOlena - stock.adobe.com/fotolia

Kombinationsleistungen

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

Das Pflegegeld wird prozentual in dem Maße gemindert, indem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Beantragt man die Kombinationsleistung, so ist diese Abrechnungsart für sechs Monate bindend. Eine Kombinationsleistung ist auch bei teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege möglich. Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrer jeweiligen Pflegekasse.

Kurzzeitpflege

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.

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.

Reicht die Förderung von 1.612 € pro Kalenderjahr nicht aus, kann die Leistung für die Verhinderungspflege auch für die Kurzzeitpflege genommen werden, soweit diese noch nicht ausgeschöpft ist (insgesamt bis zu 3.224 €):

- ☞ für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung (Krankenhausaufenthalt, Leistungen nach §37 Abs. 1a SGB V)
- ☞ in Krisensituationen
- ☞ je Kalenderjahr 8 Wochen.

Leistungen der vollstationären Pflege

Pflegebedürftige, die in einer vollstationären Einrichtung leben, erhalten ebenfalls monatliche Leistungen nach ihrem Pflegegrad. Entsprechend sind die Kosten der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege bis zur Höhe des jeweiligen Pauschalbetrages abgedeckt.

Pflegegrade	Leistung pro Monat
Pflegegrad 1	125 €
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1262 €
Pflegegrad 4	1775 €
Pflegegrad 5	2005 €



© auremar / fotolia.com

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

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (siehe auch Seite 19)

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 bestimmten Pflegehilfsmitteln, z.B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe (Kostenübernahme monatlich bis 40 €)
- ☞ technischen Pflegehilfsmitteln, z. B. Hausnotruf, Mobilitätshilfen, Pflegebetten. Diese sind grundsätzlich leihweise, sonst eine Zuzahlung i.H.v. 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel; Befreiung ist möglich, wenn die Zuzahlungsgrenze erreicht ist.



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. Diese Leistungen werden zusätzlich zu den Sachleistungen gewährt. Voraussetzung ist aber, dass die Einrichtung ein Vertragspartner der Pflegekasse ist. Hier werden die folgenden Aufwendungen monatlich

pauschal gezahlt
(Höchstbeträge):

Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1298 €
Pflegegrad 4	1612 €
Pflegegrad 5	1995 €

Rentenrechtlich wirksame Zeiten bei der Pflege

Die Pflegeversicherung wird aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig für einen deutlich größeren Personenkreis Rentenbeiträge entrichten. Dabei kommt es darauf an, in welchem Umfang die Pflege erbracht wird und in welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige eingestuft ist. Im Ergebnis werden mehr pflegende Angehörige einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge erhalten als bisher.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird bei den Regelungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Bereich der Arbeitslosen- und der Unfallversicherung berücksichtigt; der Schutz im Bereich der Arbeitslosenversicherung wird gleichzeitig deutlich erweitert. Dabei wird auch hier wie in der Rentenversicherung Schutz für Pflegepersonen gewährt, die Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 pflegen.



Pflegekurse/ Pflegeanleitung

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bieten die Pflegedienste und Pflegekassen Pflegekurse an, teilweise auch in Zusammenarbeit mit Verbänden, mit Volkshochschulen, Nachbarschaftshilfegruppen oder Bildungsvereinen. In diesen kostenlosen Kursen vermitteln ausgebildete Fachkräfte den Laienpflegern hilfreiche Kenntnisse und Fertigkeiten, welche 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 Austausches mit anderen Betroffenen, eine wertvolle Unterstützung dar. Die Kassen sind zu umfassender Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen verpflichtet. Die Kosten trägt die Pflegekasse.

Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige

Besuchs-, Betreuungs- und Begleitdienste

Für Personen, die nicht auf eine ausreichende familiäre, nachbarschaftliche, oder Hilfe durch Freunde zurückgreifen können, erfüllen die Besuchs- und Begleitdienste eine hoch anzusehende Arbeit. Die Helfer des Begleit- und Fahrdienstes begleiten bei Arzt- oder Behördengängen und gehen mit zum Einkaufen. Spaziergänge, Vorlesen und andere Aktivitäten, zu denen die Betroffenen selbstständig nicht mehr fähig sind, werden hier gelegentlich oder regelmäßig durchgeführt. Soweit als möglich wird mit den Pflegepersonen die gemeinsame Zeit geplant und gestaltet. Der Besuchsdienst wird von Ihrem Pflegedienst und/oder Ehrenamtlichen erbracht.



Hauswirtschaftliche Hilfen

Viele Menschen können die anfallenden Arbeiten im eigenen Haushalt nicht bewältigen. Manchmal kann dies mit wenig Hilfe ausgeglichen werden.

Das Angebot für hauswirtschaftliche Hilfen geht hier vom Staubsaugen, Wischen, Spülen bis hin zur Versorgung der Wäsche. Auch der Einkauf, das Kochen und die Zubereitung von Mahlzeiten können übernommen werden.

Hilfe bei Finanzierungsfragen und Anträgen mit der Pflege- oder Krankenkasse

Die Beantragung und Abrechnung der Kosten der Pflegeleistungen können einen pflegebedürftigen Menschen und seine Angehörigen oft zusätzlich belasten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihres Pflegedienstes helfen, Anträge und Formulare auszufüllen.

Förderung von Wohngruppen/Haushalten

Die Pflegekassen können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, z.B. für technische Hilfen im Haushalt. Die Zuschüsse betragen je Maßnahme maximal 4.000 €. Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nachzukommen, trotz Einschränkungen möglichst selbstbestimmt zu leben, werden alternative Wohnformen gefördert. Sie sind attraktiv für Menschen, die nicht mehr selbstständig wohnen können, aber keine stationäre Pflege benötigen. Sie leben in eigenen Zimmern, haben aber auch Gemeinschaftsbereiche. Bewohner einer Wohngruppe können Pflegeleistungen gemeinsam in Anspruch nehmen.



©Photographie.eu - stock.adobe.com/fotolia

Das bezeichnet man als „Poolen von Leistungen“. Kümmt sich beispielsweise in einer Wohngemeinschaft ein Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige, wird Zeit und somit Geld gespart. Mit diesem Geld können Pflegebedürftige z.B. zusätzliche Betreuungsleistungen finanzieren. Pflegebedürftige in selbstorganisierten Wohngruppen ab drei Pflegebedürftigen erhalten zusätzlich eine Pauschale von 214 € monatlich zur Finanzierung einer Präsenzkraft, die sich um organisatorische Abläufe kümmert. Um Wohngruppen zu fördern, ist zudem ein Initiativprogramm zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen vorhanden, das diese Pflegebedürftigen mit 2.500 € je Pflegebedürftigem unterstützt. Maximal werden 10.000 € je Wohngruppe gezahlt.

Zur Pflege kann auch eine teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Dazu ist eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit zwischen dem Arbeitgeber und dem Beschäftigten zu treffen. Die teilweise Freistellung bis zu 6 Monaten kann nur aus dringenden betrieblichen Gründen abgelehnt werden (Betriebe bis 15 Beschäftigte). Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber 10 Tage vor



Inanspruchnahme schriftlich angekündigt werden. Der Beschäftigte hat mitzuteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang er Pflegezeit in Anspruch nehmen will. Bei Verlangen einer nur teilweisen Freistellung muss der Beschäftigte 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. Zusätzlich gibt es noch die Familienpflegezeit (oberer Absatz). Fragen Sie hierzu Ihren Pflegeberater.

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 Geschäftsstelle der Kassen 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.



©Antonioguillerm - stock.adobe.com/fotolia

Damit sich alle Beteiligten auf mögliche Veränderungen einstellen können, ist es 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 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 ernst nehmen wie die Wünsche und Erwartungen des Pflegebedürftigen.

Physiotherapie / Krankengymnastik

dienen der Mobilisation der Gelenke und der Stabilisierung, Kräftigung der Muskulatur und des Bandapparates. Geschädigte Gelenke und Knochen sollen wieder 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 Teile des Bewegungsapparates erreicht werden.



Logopädie

@ Lauritz Afflerbach | fotolia.de

leitet sich von den griechischen Begriffen ‚logos‘ = Rede, und ‚paideia‘ = Lehre, Ausbildung ab. Probleme bei der Sprache oder dem Sprechen können mit Hilfe der Logopädie behoben oder doch zumindest deutlich verbessert werden. Häufig behandelte Symptome: Schwierigkeiten bei der Aussprache, Wortschatz, Grammatik, beim Verstehen und auch beim Lesen und Schreiben. Weitere Behandlungsschwerpunkte sind Probleme bei der Nahrungsaufnahme und beim Schlucken.

Ergotherapie

Speziell im Fachbereich Geriatrie (Altersheilkunde) werden u. a. Schlaganfall, MS, Parkinson, Demenz, Alzheimer und Altersdepression behandelt. Ziel ist es, verlorene körperliche, kognitive und psychische Funktionen wiederherzustellen und lange zu erhalten. Die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag soll zuhause ermöglicht werden.

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 selbstständigeren Lebensführung/Mobilität

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

Produktgruppe 53

- Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

- * Lagerungsrollen
- * Lagerungshalbrollen



Produktgruppe 54

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel monatlich bis 40 €

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

Es gibt unterschiedliche Genehmigungen der verschiedenen Pflegekassen.

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.



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



ausgleichen. Strumpfanzieher, Anziehhaken und Knöpfhilfe gehören zu den Anziehhilfen. Sie sollen Bewegungseinschränkungen der Hände, Arme oder der 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
www.dentumed.de
E-Mail: info@vollmuth-marketing.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 670,-- €

1/1 Seite farbig 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 730,-- €



1/8 Seite s/w
62mm Breite x 46mm Höhe 175,-- €

1/8 Seite farbig
62mm Breite x 46mm Höhe 215,-- €

½ Seite s/w = 128mm Breite x 94mm Höhe 400,-- €

½ Seite farbig = 128mm Breite x 94mm Höhe 460,-- €

¼ Seite s/w = 128mm Breite x 46mm Höhe 265,-- €

¼ Seite farbig = 128mm Breite x 46mm Höhe 325,-- €

1/1 Seite s/w 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 670,-- €

1/1 Seite farbig 128mm Breite x 190mm Höhe Preis 730,-- €



1/8 Seite s/w
62mm Breite x 46mm Höhe 175,-- €

1/8 Seite farbig
62mm Breite x 46mm Höhe 215,-- €

½ Seite s/w = 128mm Breite x 94mm Höhe 400,-- €

½ Seite farbig = 128mm Breite x 94mm Höhe 460,-- €

¼ Seite s/w = 128mm Breite x 46mm Höhe 265,-- €

¼ Seite farbig = 128mm Breite x 46mm Höhe 325,-- €