

Häusliche Pflege



Ein Partner der *die* **Vitalen** -Gruppe

Häusliche Pflege

■ Häusliche Pflege – die rechtlichen Rahmenbedingungen

Immer mehr Menschen in der Bundesrepublik sind auf Pflege angewiesen. Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. Dies ist nicht nur eine Folge der demographischen Entwicklung. Plötzliche Pflegebedürftigkeit kann auch nach einem Schlaganfall oder einer Tumorerkrankung entstehen.

Oftmals geht der Pflegebedürftigkeit ein Krankheitsfall voraus: Leistungen aus der Krankenversicherung wurden also bereits in Anspruch genommen.

Bei weiter bestehender Pflegebedürftigkeit können Pflegeleistungen über die Pflegekasse, also über das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), beantragt werden. Wir zeigen Ihnen in diesem Kapitel auf, welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt sinnvollerweise in Anspruch genommen werden können.

Ziele bei der Pflege zu Hause:

- Ermöglichung einer weitestgehend selbstständigen Lebensführung unter Einbeziehung der Ressourcen- und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen.
- Erleichterung der Pflege für Pflegepersonal und pflegende Angehörige.

Häusliche Pflege

Wichtig für Verordner und Kostenträger:

Pflege ist nicht gleich Pflege – häusliche Krankenpflege versus Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Die im Sozialgesetzbuch V geregelte häusliche Krankenpflege dient zur Überbrückung kurzfristiger durch Krankheit hervorgerufener Pflegebedürftigkeit, muss vom Arzt verordnet werden und wird von der zuständigen Krankenkasse bezahlt.

Das im Sozialgesetzbuch XI enthaltene Pflegeversicherungsgesetz regelt die Versorgung von Menschen, die dauerhaft auf Pflege angewiesen sind. Der medizinische Dienst entscheidet, ob und in welchem Maße eine Person pflegebedürftig ist. Erst nach dieser Einstufung durch den medizinischen Dienst können die pflegebedürftigen Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz zu Lasten der zuständigen Pflegekasse abrufen.

Beide Gesetzestexte werden im Folgenden näher erklärt.

■ Häusliche Krankenpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt

Direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt besteht die Möglichkeit, als Leistung der Krankenkasse „häusliche Krankenpflege“ (nach § 37 Abs. 1 SGB V) und „häusliche Behandlungspflege“ (nach § 37 Abs. 2 SGB V) zu beantragen. Der Pflegebedürftige wird hierbei im häuslichen Umfeld im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Mobilisation etc.) und der Behandlungspflege (Spritzen, Wundversorgung etc.) durch einen zugelassenen Pflegedienst versorgt. Diese Versorgungsform wird für vier Wochen gewährleistet. In begründeten Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum verlängert werden.

Häusliche Pflege

■ Häusliche Krankenpflege zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes

- Möglichst frühzeitig sollte der Antrag auf „Krankenhausanschlusspflege“ bei der Krankenkasse gestellt werden. Antragsformulare gibt es bei den Kassen, dem Krankenhaussozialdienst und Pflegevereinen. Die Verordnung durch den Arzt ist dabei Voraussetzung für die Genehmigung durch die Krankenkasse.
- Die Krankenkasse prüft den Antrag.
- Nach der Genehmigung durch die Kassen wird mit dem Pflegedienst ein Pflegeplan für sinnvolle pflegerische Maßnahmen erstellt.

Häusliche Krankenpflege kann auch dann erbracht werden, wenn sie zur Sicherung eines Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (§ 37 Abs. 2 SGB 5). In diesem Fall werden die Leistungen des Pflegedienstes bis zu sechs Wochen genehmigt. Allerdings werden nur Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege vergütet.



Der Arzt kann im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Maßnahmen der Behandlungspflege verordnen – so zum Beispiel Verbandwechsel, Injektionen, Einnahme von Medikamenten, mobilisierende Übungen oder das Wechseln von Blasenkathetern. Diese Maßnahmen werden dann zu Lasten der Krankenkasse durch einen Pflegedienst durchgeführt.

■ Häusliche Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Das Pflegeversicherungsgesetz ist als elftes Buch des Sozialgesetzbuches im Jahr 1995 in Kraft getreten. Neben der Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung soll mit der Pflegeversicherung die Lücke in der Absicherung der Bundesbürger gegen die Grundrisiken des Lebens geschlossen werden.

Anspruch auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz haben diejenigen Versicherten, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.

Falls sich ein mittel- oder längerfristiger Pflegebedarf abzeichnet, sollte frühzeitig ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit gestellt werden. Dieser Antrag ist die Voraussetzung für zukünftige Leistungen auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes.

■ Ein Angehöriger wird zum Pflegefall – die ersten Schritte

Ziel der Pflegeversicherung ist es, dem Pflegebedürftigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Wenn ein Familienmitglied zum Pflegefall wird, sind vor allem folgende Punkte zu klären:

Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Bereits während eines stationären Aufenthalts sollte bei absehbarer Pflegebedürftigkeit möglichst frühzeitig ein Antrag auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt werden. Im häuslichen Bereich sollte der Antrag ebenso frühzeitig mit dem Hausarzt abgesprochen werden. Der Medizinische Dienst der Kassen stellt anhand der Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens den Grad der Pflegebedürftigkeit fest und stuft den Patienten ein. Die zuständige Pflegekasse hält hierfür ein Formular bereit. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst. Diese Einstufung durch den Medizinischen Dienst sollte im Interesse des Pflegebedürftigen auf der Grundlage eines korrekt ausgefüllten Pflegetagebuches (siehe Seite 165) erfolgen.

Häusliche Pflege

Entscheidung, von wem die Pflege übernommen wird

a) Wenn Angehörige die häusliche Pflege selbst übernehmen, kann über die Pflegekasse das so genannte Pflegegeld als Leistung für die Übernahme der Pflege bezogen werden. Auch technische Hilfen und pflegerechte Wohnumfeldveränderungen können gemäß Pflegeversicherungsgesetz teilweise finanziert werden. Allerdings verlangt die Pflege eines Angehörigen viel Engagement, Verantwortung und Kraft. Die physischen und psychischen Belastungen werden häufig nicht realistisch eingeschätzt. Eine gute Alternative für die sichere, sorgfältige Pflege bieten hier professionelle Pflegedienste und Sozialstationen.

b) Über so genannte Sachleistungen wird die Übernahme der häuslichen Pflege durch geeignete ausgebildete Pflegekräfte finanziert. Zugelassene Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag mit den Kassen abgeschlossen haben, können eine qualifizierte Betreuung und Pflege sicherstellen. Neben den traditionellen Sozialstationen gibt es inzwischen auch viele private Pflegedienste.



„Ich pflege meine Angehörigen selbst“ – eine mutige, aber auch zeit- und kraftaufwendige Entscheidung. Oft sind Pflegedienste und Sozialstationen die bessere Alternative.

Pflegegeld und Sachleistungen können auch in Kombination in Anspruch genommen werden. Ein Beispiel: Der Pflegedienst kommt nur samstags, um den Patienten zu baden. An den restlichen Wochentagen übernehmen die Angehörigen die Pflege.

c) Wenn Pflege im häuslichen Umfeld nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden kann, kommt eine vollstationäre Pflege in Betracht. Stationäre Pflege kann auch nur teilweise, z. B. tagsüber oder nachts, in Anspruch genommen werden. Auch für diese Pflegeformen können Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz genutzt werden.

Wohnumfeldveränderung und Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln

Vergrößerte Türrahmen und rollstuhlgerechte Eingänge können im häuslichen Umfeld die Pflege für den Patienten und für die Angehörigen vereinfachen. Kleinere Hilfsmittel sollten speziell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Pflegebedürftigen abgestimmt sein.

Hilfsmittel und Veränderungen im Wohnumfeld können gemäß Pflegeversicherungsgesetz einmalig bis maximal 2.557,- € finanziert werden. Dieser Höchstbetrag ist jedoch ein weiteres Mal abrufbar, wenn wegen einer zusätzlichen, neu eingetretenen Erkrankung die Wohnung erneut umgebaut werden muss.

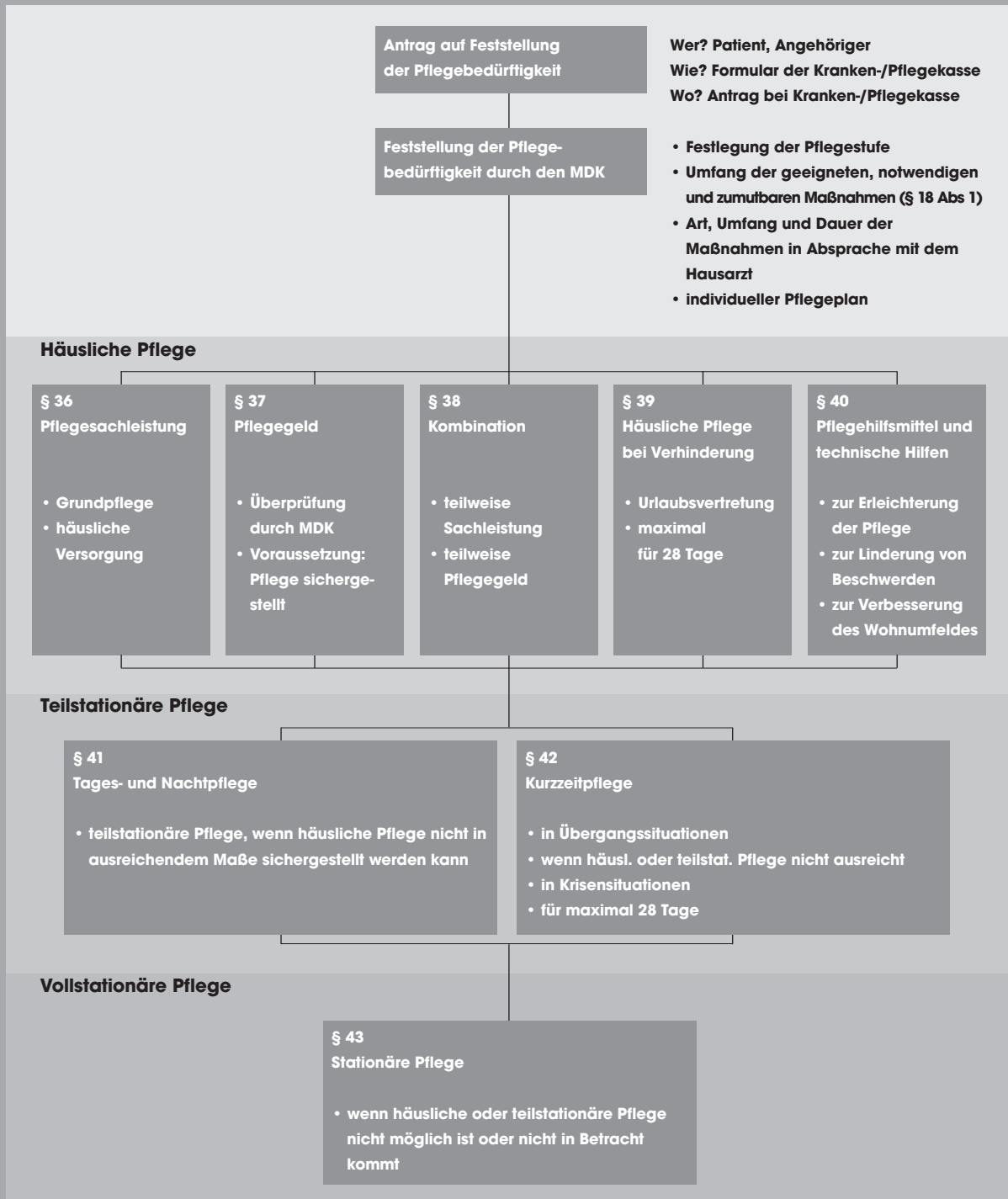
Besondere Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes

d) Die Einrichtung der „häuslichen Pflege bei Verhinderung“ nach § 39 SGB 11 ist eine enorme Erleichterung und Verbesserung für pflegende Angehörige. Auch wenn die Finanzierung nicht alle Kosten deckt, so ist erstmals „Urlaub von der Pflege“ für 4 Wochen (28 Tage) im Jahr möglich.

e) Auch die „Kurzzeitpflege“ nach § 42 SGB 11 erleichtert die Pflege für die Angehörigen. In Krisensituationen, bei akuter Verschlechterung oder in Übergangssituationen wie beispielsweise nach Krankenhausentlassung besteht die Möglichkeit einer zeitlich auf 28 Tage begrenzten Unterstützung in der Finanzierung der Kurzzeitpflege.

Häusliche Pflege

Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz in der Übersicht



Häusliche Pflege

Leistungsbemessung der Pflegeversicherung im Überblick – Bereich häusliche Pflege

Leistungsbereich I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe IIIa
Sachleistungen § 36 Abs. 3	€ 384	€ 921	€ 1.432	€ 1.918
Pflegegeld § 37	€ 205	€ 410	€ 665	€ 665
Urlaubsvertretung § 39	€ 1.432	€ 1.432	€ 1.432	€ 1.432
Verbrauchsmittel § 40	bis € 31	bis € 31	bis € 31	bis € 31
Zuzahlung bei techn. Hilfsmitteln § 40	10 % der Kosten max. € 25	10 % der Kosten max. € 25	10 % der Kosten max. € 25	10 % der Kosten max. € 25
Wohnumfeldverbesserung § 40	max. € 2.557	max. € 2.557	max. € 2.557	max. € 2.557

Leistungsbereich II	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Tages- u. Nachtpflege § 41	€ 384	€ 921	€ 1.432

Leistungsbereich II	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe IIIa
Kurzzeitpflege § 42	€ 1.432	€ 1.432	€ 1.432	€ 1.432

Leistungsbemessung der Pflegeversicherung im Überblick – Bereich stationäre Pflege

Leistungsbereich III	abgestuft nach Merkmalen der Pflegebedürftigkeit
Stationäre Pflege § 43	monatlich bis zu € 1.432, jedoch max. € 15.339 pro Jahr In Einzelfällen (Schwerstpflegefällen) bis € 1.688, jedoch höchstens 5% der Pflegebedürftigen

Alle Zahlenangaben beziehen sich auf Euro / Monat

Stand: August 2001

	Pflegestufe I Erhebliche Pflege	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige
Körperpflege	● bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen	● mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten	● täglich rund um die Uhr, auch nachts Hilfe
Ernährung	● mindestens einmal täglich Hilfe	● zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	● zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung
Mobilität	● zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung		

Häusliche Pflege



Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz können in Anspruch genommen werden, wenn ein Antrag bei den Pflegekassen eingereicht wurde und der Medizinische Dienst der Kassen den Hilfebedarf eingeschätzt und den Patienten eingestuft hat. Als Kriterien zur Einstufung dient der Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Mobilität, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Da der Medizinische Dienst der Kassen die Einstufung des Patienten nach den drei Pflegestufen übernimmt, sollte zwei Wochen vor dem angekündigten Besuch des Medizinischen Dienstes ein Pflegetagebuch geführt werden. In das Tagebuch werden die genauen Zeiten für die jeweiligen Tätigkeiten gewissenhaft eingetragen. Nur so erhält der Medizinische Dienst einen ausführlichen Überblick über den tatsächlichen alltäglichen Pflegebedarf. Zudem wird durch das Pflegetagebuch die korrekte Einstufung des Pflegebedürftigen erleichtert.

Ihr Vital-Partner hält für Sie entsprechende Pflegetagebücher bereit.

Ein Musterblatt des Pflegetagebuches finden Sie auch auf der Internetseite www.medizinfo.com/pflege/versicherung/tagetagebuch.shtml

Name des Pflegenden:

Name des Pflegebedürftigen:

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe		
	morgens	mittags	abends/nachts	Anleitung oder Beaufsichtigung	mit Unterstützung	teilweise oder volle Übernahme erforderlich
Körperpflege						
Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasentleerung						
Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln von Inkontinenzartikeln						
Antisepsis						
Auskleiden						
Mobilität						
Aufstehen vom Bett						
Aufstehen vom Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppensteigen						
Begleiten zum Arzt						
Ernährung						
mundgerechte Zubereitung						
Essenaufnahme (Reichen)						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

Hilfe teilweise oder volle Übernahme erforderlich

Häusliche Pflege

Checkliste für die häusliche Pflege

Maßnahmen

Wie geht das?

Antrag auf „Krankenhausüberleitungspflege“ nach § 37 Abs.1 und § 37 Abs.2 SGB V

Antragsformular über Kasse, Krankenhaussozialdienst und Pflegedienste erhältlich

Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Antragsformular bei der Kranken- oder Pflegekasse anfordern, innerhalb von ca. 6 Wochen kommt es zur Einstufung durch den Medizinischen Dienst

Entscheidung über Pflegeform

- Pflege im häuslichen Umfeld selbst übernehmen
- Pflege im häuslichen Umfeld durch Pflegeverein
- Kombinationsleistung
- teilstationäre Pflege
- Pflege im Pflegeheim

Beratung durch Krankenhaus, Kassen, Pflegeverein oder Ihren Vital-Partner

Pflegebett

- elektrisch verstellbar
- höhenverstellbar
- fahrbar
- ggf. mit Bettseitenteilen
- mit Bettbeistelltisch
- höhenverstellbarer Einlegerahmen für Ehebett

Beratung bei Ihrem Vital-Partner

Veränderungen im Wohnungsumfeld

- Bad und Toilette
- Türrahmenvergrößerung
- Rampen (etc.)

Beratung bei Ihrem Vital-Partner

Hilfsmittel für Bad und Toilette

- ergonomische Griffe
- Toilettensitzerhöhung
- Toilettensstuhl
- Badewannenbrett
- Badewannenhilfen

Beratung bei Ihrem Vital-Partner

Hilfsmittel zur Mobilisation

- Rollstuhl
- Gehwagen
- Rollator
- Patientenlifter
- Gleitdecken, Umlagerungshilfen
- Haltegürtel

Beratung bei Ihrem Vital-Partner



Häusliche Pflege

■ Hilfsmittel fördern die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und erleichtern die Pflege

Hilfsmittel sollen ein Handicap des Pflegebedürftigen gezielt ausgleichen (z. B. ein Gehwagen bei Geh- oder Stehunsicherheit). Hilfsmittel werden in großer Vielfalt auf dem Markt angeboten – Ihr Vital-Partner bietet qualifizierte Beratung über einen gezielten und sinnvollen Hilfsmiteleinsatz.

■ Hilfsmittel

Nach § 33 SGB V ist die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet, bei einer Krankheit oder Behinderung ein Hilfsmittel zu bezahlen. Hilfsmittel sind medizinische Sachleistungen. Zu ihnen gehören:

- Körperersatzstücke, orthopädische und anderen Hilfsmittel
- Sehhilfen
- Hörhilfen

- Sachmittel oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. Inhalationshilfen, Ernährungspumpen etc.)

Die Indikation stellt der Hausarzt über die Rezeptierung der Hilfsmittel. Die Krankenkasse kann innerhalb des Genehmigungsverfahrens den Medizinischen Dienst der Kassen beauftragen, die Notwendigkeit des Hilfsmiteleinsatzes zu überprüfen. Anschließend werden die gewünschten Hilfsmittel von der Kasse genehmigt oder abgelehnt.

Hilfsmittel müssen vom Arzt verschrieben werden. Auf dem Rezept wird die Ziffer 7 für „Hilfsmittel“ gekennzeichnet.

■ Pflegehilfsmittel

Die Definition für Pflegehilfsmittel befindet sich im § 40 Abs. 1 SGB XI:

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung zu leisten sind.

Pflegehilfsmittel werden nur bezahlt, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit entsprechender Einstufung vorliegt und eine Leistungspflicht der Krankenkassen entfällt. Bei Handicaps durch eine Krankheit oder Behinderung bleibt die Krankenkasse für die Finanzierung von Hilfsmitteln weiterhin zuständig.

Wichtig für Verordner und Kostenträger:

Man unterscheidet Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel: Hilfsmittel stehen immer in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer bestehenden Erkrankung. Die Kosten für Hilfsmittel werden von der zuständigen Krankenkasse übernommen. Dabei führen die Krankenkassen ein Hilfsmittelverzeichnis, in dem ein großer Teil aller genehmigungsfähigen Hilfsmittel übersichtlich nach Produktgruppen geordnet ist.

Pflegehilfsmittel dienen zur Erleichterung von pflegerischen Tätigkeiten. Pflegehilfsmittel werden von den zuständigen Pflegekassen nur übernommen, wenn der Patient zuvor vom Medizinischen Dienst in eine der drei Pflegestufen eingestuft wurde, und sind im Pflegehilfsmittelverzeichnis (Produktgruppe 50 ff.) gelistet.

In den nachfolgenden Texten wird der Unterschied noch ausführlicher erklärt.



Häusliche Pflege

Die Pflegedokumentation innerhalb der Angehörigenpflege

In der professionellen Pflege hat sich eine fundierte Dokumentation der geplanten Pflegemaßnahmen und besonderen Vorkommnisse inzwischen etabliert. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Pflege effizient und überprüfbar ist. Auch für die Angehörigen ist es sinnvoll, eine Pflegedokumentation in kleinem Umfang durchzuführen. Insbesondere folgende Kriterien sollten hierbei berücksichtigt werden:

Trinkmenge

Eine häufige Ursache für die Einweisung pflegebedürftiger älterer Menschen in ein Krankenhaus ist die so genannte „Dehydration“, wörtlich übersetzt: die Austrocknung. Deshalb reicht es oftmals nicht aus, pflegebedürftige ältere Menschen nur zum Trinken aufzufordern. Die gezielte Kontrolle der getrunkenen Menge ist erforderlich. Insgesamt sollte der ältere Mensch mindestens 1,5 bis 2 l Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei herz- oder nierenkranken Menschen muss die Trinkmenge jedoch unbedingt mit dem Hausarzt abgestimmt werden.

Nahrungsaufnahme

Aufgrund der mangelnden Mobilität leiden viele Pflegebedürftige unter Appetitlosigkeit. Wenn dem Körper jedoch zu wenig Nährstoffe angeboten werden, baut er Reserven ab. Das Fettpolster und der Muskelapparat schwinden. Der Patient wird schwächer und immobil. Nur eine ausreichende Nahrungsaufnahme kann diesen Prozess stoppen. Oftmals ist es sinnvoll, dem Pflegebedürftigen gezielt Eiweiß, Mineralstoffe und Vitamine zuzuführen.

Ausscheidung

Die Kontrolle der Urinausscheidung ist nur bei wenigen Krankheitsbildern, z.B. der schweren Herz- oder Nierenschwäche, erforderlich. Um Verstopfungen und Kotsteine zu vermeiden, sollte der Pflegebedürftige jedoch regelmäßig, wenigstens jeden zweiten Tag, abführen. Falls eine regelmäßige Verdauung nicht durch ballaststoffreiche Ernährung erreicht werden kann, sollten leichte Abführmittel, z.B. Lactulose, oder Klistiere eingesetzt werden. Spätestens jeden 4. Tag sollte der Pflegebedürftige abführen.

Der Antrag auf die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Absprache mit dem Hausarzt ist dennoch empfehlenswert. Pflegehilfsmittel belasten nicht das Budget des Arztes. Teilweise halten Kassen auch Anträge auf Pflegehilfsmittel bereit.

Die Belege über Pflegehilfsmittel werden am Monatsende bei der Pflegekasse eingereicht. Kosten bis zur Höhe von 31,- € werden daraufhin erstattet. Darüber liegende Kosten müssen vom Betroffenen getragen werden.

Für technische Hilfsmittel – nicht Verbrauchsgüter – haben Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, eine Zuzahlung von 10 %, maximal jedoch 25,- € pro Hilfsmittel selbst zu entrichten (Befreiung in Härtefällen möglich) – es sei denn, das Hilfsmittel wird leihweise zur Verfügung gestellt.

Finanzierung von Pflegehilfsmitteln¹

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse bis zu einem Betrag von 31,- € pro Monat bezahlt. Zu den Verbrauchsgütern zählen:

- saugende Bettschutzeinlagen für einmaligen Gebrauch
- Desinfektionsmittel
- Mundschutz
- Kleidungsschutz (Schürzen)
- Einmalhandschuhe, Fingerlinge

Zum Gebrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden ohne Obergrenzen vergütet. Zu den Gebrauchsgütern zählen:

- Pflegebetten
- Bettenzubehör
- Beistellfische
- Bettpfannen
- Urinflaschen
- Kopfwashbecken
- Ganzkörperwaschsysteme
- Duschwagen

¹ Pflegehilfsmittel; Information des BVMed.



Häusliche Pflege

Pflegehilfsmittel in der Übersicht²

Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	Produktgruppe 50
<ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebetten ● Pflegebettenzubehör ● Pflegebettenzurichtungen ● spezielle Pflegebettische ● Pflegeliegestühle 	<p>50.45.01</p> <p>50.45.02</p> <p>50.45.03</p> <p>50.45.04</p> <p>50.45.05</p>
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	Produktgruppe 51
<ul style="list-style-type: none"> ● Produkte zur Hygiene im Bett Bettpfannen Urinflaschen Urinschiffchen Urinflaschenhalter wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen ● Waschsysteme (Kopf) ● Waschsysteme (Gesamtkörper) ● Duschwagen 	<p>51.40.01.</p> <p>51.45.01.0</p> <p>51.45.01.1</p> <p>51.45.01.2</p>
Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität	Produktgruppe 52
<ul style="list-style-type: none"> ● Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte ● Hausnotrufsysteme, angeschlossen an die Zentrale 	<p>52.40.01.0</p> <p>52.40.01.1</p>
Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	Produktgruppe 53
<ul style="list-style-type: none"> ● Lagerungsrollen ● Lagerungshalbrollen 	<p>53.45.01.0</p> <p>53.45.01.1</p>
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Produktgruppe 54
<ul style="list-style-type: none"> ● saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch ● Schutzbekleidung Einmalhandschuhe Schutzschürzen Fingerlinge Mundschutz ● Desinfektionsmittel 	<p>54.45.01.0</p> <p>54.99.01</p> <p>54.99.02.0</p>

²Bundesanzeiger, Bekanntmachung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses als Anlage des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V, Stand: 14.03.1996.

Häusliche Pflege

Körpertemperatur

Es nicht erforderlich, beim Pflegebedürftigen täglich Fieber zu messen. Bei Zustandsveränderungen, z.B. Somnolenz (der Patient ist eingetrübt, kaum ansprechbar), oder wenn der Pflegebedürftige sich beim Umlagern oder der Mobilisation „warm anfühlt“, sollte die Temperatur gemessen werden. Hat der Patient erhöhte Temperatur, so muss auf jeden Fall 2- bis 3-mal pro Tag nachgemessen werden.

Bei einer Temperatur über 38,0° sollte in jedem Fall der Hausarzt verständigt werden.

Hautzustand

Die Haut sollte bei der Pflege und Umlagerung gründlich inspiziert werden. Rötungen im Bereich der Fersen, des Steißgebietes und seitlich an den großen Rollhügeln im Beckenbereich sprechen für eine Druckbelastung und ein beginnendes Druckgeschwür (Dekubitus). Die Mobilisation und Lagerung/Umlagerung des Pflegebedürftigen

muss bei einer solchen Rötung intensiviert werden. Ein gezielter Hilfsmiteinsatz kann das Lagerungsintervall verlängern.

Viele pflegebedürftige Menschen neigen zu trockener Haut, der durch ausreichende Flüssigkeitszufuhr und spezielle Hautpflege vorgebeugt werden kann. Falls eine Rötung trotz Lagerung nicht innerhalb von 24 Stunden abklingt oder bereits eine kleine Wunde sichtbar wird, ist dringend der Hausarzt hinzuzuziehen.

Der Aufwand, diese Kriterien in einer kleinen „Wochenkurve“ festzuhalten, ist sehr gering. Der Nutzen und die Aussagekraft sind hoch einzuschätzen.

Wochenkurve für die häusliche Angehörigenpflege

Wochenkurve für die Pflege: Woche vom bis								
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Bemerkungen
Trinkmenge	1,51 l	1,81 l	2,01 l	1,81 l	2,21 l	2,21 l	2,41 l	-
Nahrungsaufnahme	gut	gut	wenig	wenig	gut	wenig	wenig	Arzt auf Ernährung ansprechen
Ausscheidung	-	ja	-	-	ja	-	-	-
Temperatur	-	-	36,8	-	-	36,9	-	-
Hautzustand	-	-	leichte Rötung Steiß	-	leichte Rötung Steiß	-	leichte Rötung Steiß	Arzt auf Dekubitusgefahr ansprechen



Beispiel einer Wochenkurve für die Angehörigenpflege.



Gut beraten

Böge Home Care

- Alltagshilfen
- Kompressionstherapie
- Medizinische Messgeräte
- Gesundheits- und Massageartikel
- Dekubitusversorgung
- Enterale Ernährung
- Parenterale Ernährung
- Wundmanagement
- Stomaversorgung
- Inkontinenzversorgung
- Trachealversorgung

Böge Orthopädie Technik

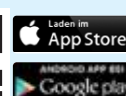
- Brustprothetik
- Bandagen und Sportbandagen
- Kompressionsstrumpftherapie
- Prothesen Testzentrum
- Fußfit Zentrum
- Klinische Orthopädie
- Lymphkompetenz Zentrum

Böge Reha Technik

- Rollstühle
- Pflegebetten
- Lagerungskonzepte
- Reha Hilfsmittel
- Krankenpflege Hilfsmittel
- Hebe- und Stehhilfen
- Sitz- und Gehhilfen

Böge Reha Sonderbau

- Sitzorthesen
- Sitz- und Rückensysteme
- Individuelle Planung von Unterbauten für Sitzorthesen
- Individueller Umbau und Weiterentwicklung von handelsüblichen Hilfsmitteln



Sanitätshaus Böge GmbH
Landstraße 66
42781 Haan

Tel.: 021 29 34 94 0
Fax: 021 29 311 78
info@boege-online.de
www.boege-online.de

Home Care
Orthopädie Technik
Reha Technik
Reha Sonderbau

Öffnungszeiten:
Montag - Freitag
8.00 - 18.00 Uhr

Standorte:

Haan (City) Neuer Markt 14-16, 42781 Haan, Tel.: 021 29 34 94 0

Haan (Ost) Landstraße 66, 42781 Haan, Tel.: 021 29 34 94 0
mit DriveIn – Zur bequemen Kunden Anlieferung/Abholung

Gevelsberg Hagenerstr. 7, 58285 Gevelsberg, Tel.: 023 32 509 44 15
Hamburg Friedrich-Ebert-Damm 93f, 22047 Hamburg-Wandsbek,
Tel.: 040 355 813-36

Velbert Noldestr. 3, 42549 Velbert, Tel.: 020 51 807 96 96

Wuppertal Gemarker Str. 4, 42275 Wuppertal-Barmen, Tel.: 021 29 34 94 0

Notdienst-Tel.: 02129 8716