

Bekannt aus den ProSiebenSat.1-Teletexten



SIXX

LEBEN

ZWISCHEN

GOLD

BESSER LEBEN



Ratgeberbroschüre

BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE

www.besser-leben-service.de

Liebe Leserin, lieber Leser,

vielen Dank, dass Sie sich für unseren RATGEBER SERVICE entschieden haben. Sie halten nun die gewünschten Informationen in Ihren Händen.

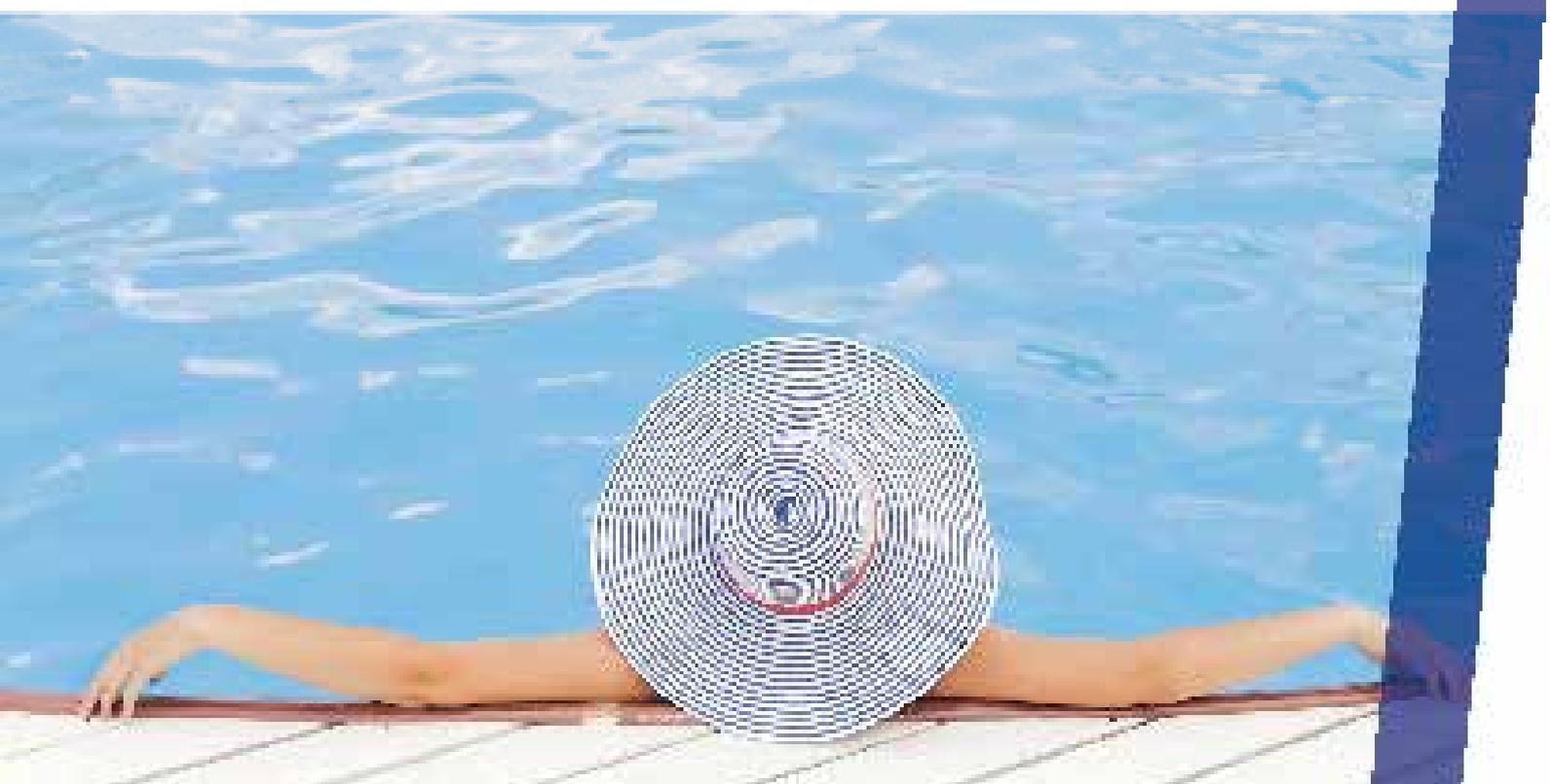
Experten und Fachjournalisten haben für Sie komplexe Themen übersichtlich und verständlich aufbereitet. Sie finden in dieser Ratgeberbroschüre wesentliche Fakten, Tipps und Tricks zum Thema, um Ihnen wichtige Entscheidungen zu erleichtern.

Ob es sich um Finanzen, Gesundheit und Prävention, Rente oder soziale Fragen dreht, gerne stehen wir Ihnen auch in Zukunft mit unseren vielfältigen Ratgeberbroschüren zur Seite.

Mit uns bleiben Sie auf einfache Weise besser informiert, so können Sie im Rahmen unseres BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE jeden Monat eine weitere Broschüren kostenfrei erhalten. Ein Anruf genügt.

Mit besten Grüßen

Ihr BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE Team



WELCHE GELDLLEISTUNGEN IHNEN ALS PFLEGE- BEDÜRFTIGER ZUSTEHEN

IHRE ANSPRÜCHE BEI DER PFLEGE

Pflege- und Pflegeergänzungsleistungen - nur die wenigsten sind darüber aufgeklärt, welche Leistungen ihnen überhaupt zustehen.

Das beginnt bei der Wohnungsreinigung bis hin zur Einkaufshilfe, Gassi gehen (also begleitende Hilfe beim Spaziergehen), die Begleitung zu kulturellen Veranstaltungen usw.

Hier erfahren Sie, welche Möglichkeiten es gibt, welche Rechte Ihnen zustehen und wo diese Leistungen zu beantragen sind.

Und ganz wichtig zu wissen: Es handelt sich dabei um KEINE Sozialleistungen, sondern es sind Leistungen aus der Pflegeversicherung!

SO WERDEN HILFSMITTEL BEANTRAGT

Hilfsmittel sind bewegliche Gegenstände für therapeutische oder medizinische Zwecke und gleichen körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen aus.

Beispiele: Kompressionsstrümpfe, Rollatoren und Rollstühle, Kranken- bzw. Pflegebetten, Gehhilfen, Inkontinenzmaterial, Hausnotrufsysteme, Elektromobile sowie zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie z.B.

Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel. Diese stehen Personen mit einem Pflegegrad zu und müssen nicht jedes Mal neu beantragt werden.

Ein Treppenlift ist kein Hilfsmittel, sondern gehört in den Bereich „Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“. Wurde ein Treppenlift von der Pflegekasse genehmigt, können Sie bis zu 4.000 Euro Zuschuss erhalten.

Hilfsmittel werden für die häusliche Krankenpflege benötigt und von der Krankenkasse bezahlt. Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung bezahlt. Der eigentliche Unterschied besteht lediglich darin, wer die Kosten für das Hilfsmittel übernimmt. Werden die Kosten über die gesetzliche Krankenversicherung übernommen, heißt es Hilfsmittel. Der Anspruch auf Hilfsmittel ist in § 33 SGB V verankert. Werden die Kosten von der Pflegekasse übernommen, heißt es Pflegehilfsmittel. Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel ist in § 40 Abs. 1 SGB XI (Sozialgesetzbuch) verankert.

Für den Patienten selber hat es keine Nachteile, wer letztendlich der Kostenträger ist. Wichtig ist, dass überhaupt eine Kostenübernahme erfolgt.

Voraussetzung für die Genehmigung eines Hilfsmittels: auch hier wird wieder unterschieden zwischen den Leistungsträgern Pflegekasse und

Krankenkasse. Hilfsmittel, welche von der Krankenkasse bezahlt werden, dienen dazu, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

(Pflege)-Hilfsmittel, welche von der Pflegekasse bezahlt werden, müssen die Pflege erleichtern, müssen zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Mit der genauen Bezeichnung des Hilfsmittels kann der Arzt eine Verordnung (ähnlich einem Rezept) ausstellen. Es sollte dabei in der Verordnung vermerkt sein, dass das Hilfsmittel aus medizinischer Sicht notwendig ist. Ferner muss die medizinische Diagnose vermerkt sein.

Die Hilfsmittelversorgung muss nicht zwingend über eine ärztliche Verordnung erfolgen. Sie kann unter Umständen auch direkt bei der Kasse beantragt werden. Über eine ärztliche Verordnung wird die Genehmigung leichter erreicht, da der Arzt eine qualifizierte medizinische Stellungnahme abgeben kann. Die Verordnung wird der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt. Diese prüft die Verordnung auf Notwendigkeit. Unter Umständen fordert sie auch einen Kostenvoranschlag an.

Danach genehmigt die Krankenkasse das Hilfsmittel oder sie lehnt es ab. Mit der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung kann nun das Hilfsmittel bei einem von der Kasse anerkannten Dienstleister (Sanitätshaus, Apotheke usw.) bestellt werden. Sollte die Krankenkas-

se keine Genehmigung erteilen oder Schwierigkeiten bereiten, ist es auch möglich, den Hilfsmittel-Lieferanten einzuschalten. Er kann beratend zur Seite stehen. Wird das Hilfsmittel abgelehnt, sollte innerhalb der angegebenen Frist Widerspruch gegen die Ablehnung des Hilfsmittels eingelegt werden. Dazu ist es wichtig, genau zu erläutern, warum das Hilfsmittel benötigt wird.

Woher bekomme ich das Hilfsmittel?

Es ist nicht möglich, das Hilfsmittel einfach irgendwo zu bestellen oder zu kaufen. Die Kassen haben in der Regel Verträge mit Lieferanten für Hilfsmittel (Sanitätshäusern, Orthopädietechnikern, Apotheken usw.) abgeschlossen. An diese Lieferanten müssen Sie sich wenden, um die Kosten dann auch übernommen zu bekommen. Eine entsprechende Liste können Sie bei Ihrer Krankenkasse erhalten. Die Krankenkasse übernimmt nur für genehmigte Hilfsmittel die Kosten. Wer also darauf vertraut, dass die Kasse die Kosten übernimmt und sich ein Hilfsmittel vor Genehmigung anschafft, kann unter Umständen teilweise oder sogar komplett auf den Kosten sitzen bleiben.

Welche Leistungen beinhaltet die Hilfsmittelüberlassung?

Es gibt Hilfsmittel, die nahezu wartungsfrei sind, es gibt aber auch Hilfsmittel, die Strom brauchen oder regelmäßig gewartet werden müssen. Deshalb ist bei den Hilfsmitteln klar definiert, dass auch die folgenden Kosten von der Kasse über-

nommen werden müssen: Reparatur, Kontrolle und Wartung des Hilfsmittels, Ersatzteillieferung, Stromkosten, die erste körper- und bedürfnisgerechte Anpassung des Hilfsmittels, Schulung/Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels, alle weiteren Anpassungen, notwendiges Zubehör, Haftpflichtversicherung (unter bestimmten Voraussetzungen). Bitte unbedingt mit der Pflegekasse klären, was im Schadensfall versichert ist.

Auch die Krankenkasse muss die Stromkosten für elektrisch betriebene Hilfsmittel übernehmen. Für Reparatur und Wartung eines Hilfsmittels muss in der Regel auch wieder ein Rezept vom Arzt ausgestellt werden. Auch Bewohner von Pflegeheimen haben Anspruch auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

UMZUG MIT PFLEGEGRAD – ZUSCHÜSSE VON DER PFLEGEKASSE NUTZEN

Seniorenzüge – damit für ältere oder gehandicapte Personen ein Umzug nicht zu einer unlösbaren Herausforderung wird. Schränke ausräumen, Kartons schleppen, Möbel aufbauen, Hausrat entsorgen: ein gutes Umzugsunternehmen plant den Seniorenzug von Grund auf und führt ihn so aus, dass Sie so weit wie möglich vom Umzugsstress befreit sind.

Ein Umzug im Alter ist häufig notwendig, wenn die Wohnung nicht behindertengerecht ist. Wer aus gesundheitlichen Gründen in eine seniorengerechte Wohnung umziehen muss, kann bei der gesetzlichen

Pflegekasse einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro für einen Pflege-/Seniorenzug beantragen. Voraussetzung für den Zuschuss ist, dass Pflegegrad 1 – 5 vorliegt, die neue Wohnung barrierefrei ist, die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wieder gesichert ist, der Pflegeaufwand verringert wird und die Pflege zu Hause wesentlich erleichtert wird.

Unter den § 40 Abs. 4 SGB XI (Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes) gehören zum Beispiel Seniorenzüge: in ein Pflegeheim, in eine behindertengerechte Wohnung, von einer Etage in die andere (z. B. Umzug von einer Obergeschosswohnung in eine Erdgeschosswohnung) oder unter Umständen auch die behindertengerechte Möbelumstellung.

MIT DER HÄRTEFALLREGELUNG MEHR ZUSCHUSS ZUM ZAHNERSATZ

Zahngesundheit ist in jedem Alter wichtig. Doch nicht jeder kann sich ein Gebiss oder Zahnimplantate leisten. Für einen neuen Zahnersatz können hohe Kosten auf die Betroffenen zukommen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen zwar einen Teil der Kosten (den sog. Festzuschuss), doch meistens bleibt noch eine dicke Belastung beim Patienten hängen. Aber was tun, wenn man sich die teure Zahnsanierung nicht leisten kann? Für diesen Fall gibt es die Härtefallregelung.

Für eine Gebissanierung wie Brücken, Zahnprothesen oder Kronen übernimmt die gesetzliche Kranken-

kasse einen festgesetzten Satz für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, den sog. Festzuschuss. Hierbei handelt es sich nicht um eine volle Kostenerstattung, sondern um eine anteilige Kostenerstattung für die Regelversorgung. In der Regelversorgung ist genau festgelegt, welche Leistungen und Materialien die gesetzliche Krankenkasse übernimmt. Dass es sich bei der Regelversorgung nicht um Luxusleistungen wie Goldkronen usw. handelt, versteht sich von selbst.

Somit trägt die Krankenkasse einen Teil der Zahnersatzkosten und der Patient selbst bezahlt den restlichen Anteil. Die Kostenerstattung über die Härtefallregelung kann bis zu 100 % betragen. Unter Umständen ist aber doch noch eine gewisse Zuzahlung selbst zu leisten. Und zwar dann, wenn ein Zahnersatz gewählt wird, der über die Regelversorgung (Standardversorgung) hinausgeht.

Wer mit den Kosten für Zahnersatz und Zahnersatzbehandlung unzumutbar belastet ist, muss den Antrag auf eine Härtefallregelung vor der Behandlung stellen. Der Antrag muss bei der Krankenkasse gestellt werden. Wichtig: Die Härtefallregelung muss beantragt werden und wirkt nicht automatisch bei Befreiung der Zuzahlung. Angehörige im Sinne der Härtefallregelung sind Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie familienversicherte Kinder.

Wer über der Einkommensgrenze liegt, kann normalerweise nicht mehr die Härtefallregelung in Anspruch nehmen. Doch es gibt die Möglichkeit der gleitenden Härtefallregelung. Wer

nur unwesentlich mehr Einkommen hat, kann trotzdem einen Antrag stellen. Die Krankenkasse errechnet dann den eventuellen Zuschuss.

D. h. Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der für die vollständige Kostenübernahme der Regelversorgung festgelegten Grenze erhalten von der Krankenkasse den Betrag, um den die Festzuschüsse (einfacher Festzuschuss) das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Erbringung eines zweifachen Festzuschusses maßgebenden Einnahmengrenze übersteigen. Die Kostenübernahme insgesamt umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse, jedoch nicht mehr als die entstandenen Kosten.

Die Regelung über Kostenerstattung für Zahnersatz bzw. über die Härtefallregelung ist in § 55 SGB V zu finden. Die Regelversorgung ist in § 56 SGB V geregelt.

SOZIALAMT ZAHLT ZUSCHÜSSE FÜR VERPFLE- GUNG DURCH ESSEN AUF RÄDERN

Wer krank, alt, behindert oder pflegebedürftig ist, kann sich oftmals nicht mehr selbst mit Essen versorgen. Zum einen können der Weg zum Einkaufszentrum und das Tragen von Tüten sehr beschwerlich oder gar unmöglich sein. Zum anderen ist diesem Personenkreis das Zubereiten der Speisen oft aus gesundheitlichen Gründen überhaupt nicht

mehr möglich. Die Essensversorgung wird zum Problem.

Sich dann jedoch nur noch von dünnen Süppchen zu ernähren, führt schnell zu Mangelerscheinungen. Dabei ist eine warme, nährstoffreiche und ausgewogene Mahlzeit am Tag für den Körper sehr wichtig.

Um sich aber auch im Alter oder bei Krankheit abwechslungsreich zu ernähren, sind Menübringdienste wie zum Beispiel Essen auf Rädern eine gute Alternative. Die Mahlzeitendienste liefern das Essen wahlweise fertig gekocht und in heißem Zustand oder tief gefroren an. Die Menüs sind für nahezu alle Personen geeignet, da viele Spezialmenüs für besondere Krankheitsbilder wie Diabetes, Glutenunverträglichkeit, Schluckstörungen usw. angeboten werden.

Für Menschen mit ausgeprägten Kau- und Schluckstörungen werden ansprechende Püree-menüs angeboten. Vereinzelt gibt es sogar Anbieter, die Püree-menüs herstellen, die den Originalspeisen von der Optik her nachempfunden sind.

Wer sich diese Mehrkosten nicht leisten kann, hat die Möglichkeit, beim zuständigen Seniorenbüro bzw. Sozialamt einen Zuschuss zu erhalten. Das bedeutet zwar nicht, dass die Kosten für die Fertigmensüs komplett bezahlt werden, sondern lediglich – je nach persönlicher finanzieller Situation – ein Teil davon übernommen wird.

Krankheitskosten sind vom Grundher als außergewöhnliche Belastung abzugsfähig. Die Kosten für Diätlebensmittel und Spezialnahrung we-

gen Unverträglichkeiten usw. sind dagegen nicht steuerlich abzugsfähig. Das bedeutet leider, dass auch die Menüs von Lieferdiensten nicht steuerlich abzugsfähig sind.

ZUSCHÜSSE FÜR WOHNUNGFELD VERBESSERENDE MASSNAHMEN

Wer pflegebedürftig ist und in einen Pflegegrad eingestuft ist, hat über die Pflegekasse Anspruch auf Zuschüsse für einen barrierefreien Umbau seiner Wohnung oder seines Hauses. Auch wenn Sie ein Haus neu bauen, haben Sie Anspruch auf Zuschüsse. Beispiele: Anpassung eines vorhandenen Personenaufzuges mit Haltestangen, Schalterleisten in Greifhöhe, ebenerdigen Zugang und Vergrößerungen von Türen, Schaffung von Sitzplätzen, Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe, Orientierungshilfen für Sehbehinderte wie z. B. ertastbare Hinweise auf den Etagen, gut umfassbare Handläufe auf beiden Seiten der Treppe, fest installierte Rampen, Abbau von Türschwellen, Einbau von Gegensprechanlagen.

Umbaumaßnahmen zum Schaffen von Bewegungsflächen, das heißt unter anderem, dass die Installation der Waschmaschine in die Küche verlegt wird anstatt ins Bad. Weitere Beispiele: Verlegung von Wasser- und Stromanschlüssen, Erneuerung oder Ausbesserung von Bodenbelägen zur Beseitigung von Stolperfallen sowie Rutsch- und Sturzgefahren, Installation einer Heizung, die nicht selbst (z. B. mit Öl, Kohle oder Holz) befeuert werden muss,

Umzug in ein anderes Stockwerk im Haus, Installation von Lichtschaltern, Steckdosen, Heizungsventilen auf Greifhöhe, bzw. Anbringung von ertastbaren Heizungsventilen für Sehbehinderte, Einbau von Sicherheitstüren für desorientierte Menschen, Abbau von Türschwellen innerhalb der Wohnung oder zum Balkon, Verbreiterung von Türen, Absenkung des Türspions, Veränderung von Türanschlügen, Absenkung der Fenstergriffe.

WELCHE LEISTUNGEN ERHALTEN PFLEGEBEDÜRFTIGE?

Sobald der Pflegegrad genehmigt wurde, erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die folgende Pflegeleistungen: Pflegegeld, Pflegesachleistungen (z. B. für einen Pflegedienst), Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung, Tagespflege/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Pflegeleistungen für vollstationäre Pflege sowie einen Zuschuss zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen in Höhe von 4.000 Euro pro Maßnahme.

Hinzu kommen: zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen, Entlastungsbetrag (bei häuslicher Pflege) in Höhe von 125 Euro pro Monat, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Wert von 40 Euro pro Monat, Hilfsmittel wie zum Beispiel Pflegebetten, Rollatoren oder Elektromobile usw. sowie Pflegezeit und Familienpflegezeit, Pflegekurse und Pflegeberatung, Beratungseinsätze,

Leistungen zur Gründung einer ambulanten Wohngruppe, Beitragszahlung für die Pflegeperson(en) zur Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung sowie zur Unfallversicherung (unter gewissen Voraussetzungen)

Es ist durchaus möglich, dass Sie bereits vor Erteilung und Genehmigung eines Pflegegrades Kurzzeitpflege, Pflege in einer vollstationären Einrichtung oder einen Pflegedienst in Anspruch nehmen müssen. Oft tritt bei einem Unfall die Pflegebedürftigkeit von einem auf den anderen Tag ein und es wird dann auch meist sehr schnell fremde Hilfe benötigt. In diesem Fall müssen Sie in Vorleistung gehen und die Kosten für die Pflege selbst übernehmen. Nach Genehmigung des Pflegegrades übernimmt die Pflegekasse rückwirkend die Kosten für die Pflege ab dem Monat der Antragsstellung. Wird kein Pflegegrad genehmigt, werden auch keine Kosten übernommen.

DIESE LEISTUNGEN STEHEN IHNEN FÜR DIE HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE ZU

Häusliche Krankenpflege kann in Anspruch genommen werden – mit oder ohne Pflegegrad. Leider zahlen viele Patienten Leistungen aus der häuslichen Krankenpflege noch immer selbst oder verrechnen diese unnötigerweise mit den Leistungen der Pflegestufe und lassen sich dadurch wertvolle Zusatzleistungen entgehen. Doch wer bei einer Krankheit oder nach einem Krankenhausaufenthalt für die häusliche Pflege

die Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen muss, um vorübergehend oder auch längerfristig medizinisch versorgt zu werden, bekommt diese Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen vom Arzt verordnet.

Aber auch zum Beispiel das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ist eine Leistung der häuslichen Krankenpflege, die auf Verordnung erfolgt. Wer einen Pflegegrad hat und durch einen Pflegedienst betreut wird, muss die häusliche Krankenpflege jedoch nicht unbedingt mit den Pflegeleistungen des Pflegegrades verrechnen. Es ist möglich, sowohl Leistungen aus der häuslichen Krankenpflege zu erhalten und gleichzeitig Leistungen über den Pflegegrad.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht für gesetzlich Versicherte nur, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder eine Krankenhausbehandlung zwar erforderlich wäre, diese aber nicht durchgeführt werden kann oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden soll und keine andere Person die Versorgung und Pflege in erforderlichem Umfang übernehmen kann.

Die Kosten für die häusliche Krankenpflege werden – bis auf Ihren Eigenanteil/Ihre Zuzahlung – von der Krankenversicherung als Sachleistung übernommen. Der Pflegedienst rechnet direkt mit der Krankenkasse ab, so dass Sie selbst nicht in Vorleistung gehen müssen. Von der Krankenkasse erhalten Sie dann eine Abrechnung über Ihren

Eigenanteil. Damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt, muss der Pflegedienst einen Versorgungsvertrag mit der Pflegeversicherung abgeschlossen haben.

Wichtig: unter Umständen ist die Krankenkasse nicht in der Lage, ein geeignetes Pflegepersonal für die häusliche Krankenpflege zu stellen, dann kann der Versicherte sich selbst eine Kraft beschaffen. Die Krankenkasse wird dann in angemessener Höhe die Kosten übernehmen. Gleiches gilt auch, wenn der Patient die Pflegekraft nicht akzeptiert (zum Beispiel bei dementen Menschen oder psychisch kranken Menschen). Dies ist jedoch unbedingt mit der Krankenkasse abzustimmen.

Häusliche Krankenpflege wird auf Verordnung erbracht und bedarf einer Zuzahlung (ähnlich wie zum Beispiel bei Krankengymnastik oder Massagen). Wer von der Zuzahlungspflicht befreit ist, muss selbstverständlich auch nichts zuzahlen. Menschen mit einer chronischen Krankheit können die Zuzahlung von regulär 2 % auf 1 % senken. Chronisch krank? Dann müssen Sie einen Antrag auf verminderte Medikamenten-Zuzahlung stellen.

Welche Leistungen umfasst die häusliche Krankenpflege?

Im Bereich der Körperpflege umfasst das zum Beispiel folgende Aufgaben: Hilfe beim Duschen und Baden, Hilfe beim Waschen des Körpers, der Haare und des Gesichts, ferner bei der Zahnpflege und Unterstützung bei der Entleerung von Blase und Darm, Kontinenztraining. Im Be-

reich Ernährung geht es um die Hilfe beim Essen, das heißt die mundgerechte Zubereitung der Speisen und Hilfe beim Aufnehmen der Nahrung.

Der Bereich Mobilität deckt unter anderem ab: Hilfe beim An- und Ausziehen der Kleidung, beim Aufstehen und zu Bett gehen, beim Umlagern oder beim Umsetzen vom Rollstuhl ins Bett oder auf einen Stuhl, beim Gehen und Fortbewegen in der Wohnung (auch mit Hilfsmitteln wie Rollstuhl oder Rollator), beim Treppensteigen usw. Je nach Pflegebedürftigkeit kann eine entsprechende Pflegewäsche wie zum Beispiel Pflegeoverall oder Inkontinenzwäsche die Pflege sehr erleichtern.

Leistungen der Behandlungspflege

Die Behandlungspflege wird von Fachkräften des Pflegedienstes erbracht. Ziel ist es, dass vom Pflegedienst medizinische Hilfeleistungen übernommen werden, die nicht vom Arzt erbracht werden müssen. Dazu gehören zum Beispiel die Dekubitusversorgung, Verbandwechsel, Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung usw. Die Leistungen im Bereich der Behandlungspflege sind sehr umfangreich.

Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung

Gerade allein lebende Personen können sich bei einer schweren Erkrankung nicht selbst versorgen. Oft ist dies der Grund, warum Sie deshalb länger im Krankenhaus bleiben oder vorübergehend zum Beispiel in Kurzzeitpflege in ein Pflegeheim

müssen. Dann kommen die Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung der häuslichen Krankenpflege zum Tragen. Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehört unter anderem das Zubereiten des Essens, Tisch decken und abräumen, spülen, einkaufen, Müll entsorgen, Besorgung von Arzneimitteln, reinigen der Wohnung, Wäsche wechseln, Wäsche waschen und bügeln.

Häusliche Pflege als Unterstützungspflege

Die Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (auch Überleitungspflege genannt) wird meistens verordnet bei einer schweren Krankheit oder Verschlimmerung der Krankheit nach einem stationären oder ambulanten Aufenthalt in einem Krankenhaus. Die Unterstützungspflege erhalten nur Menschen, die nicht pflegebedürftig sind und die keine Behandlungspflege benötigen. Bei der Unterstützungspflege kann Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung verordnet werden.

Häusliche psychiatrische Krankenpflege

Für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen ist es oft schwer, den Alltag zu gestalten und ein eigenständiges Leben zu führen. Die Patienten werden zu Hause von einem Pflegedienst mit Fachpersonal für die psychiatrische Krankenpflege pflegerisch betreut und angeleitet. In Frage kommt die häusliche psychiatrische Krankenpflege häufig bei Menschen mit Demenz oder Alz-

heimer, Angstzuständen, Wahnvorstellungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen usw. Die ambulante psychiatrische Krankenpflege soll das familiäre Umfeld mit einbinden und so dem Erkrankten die Möglichkeit geben, langfristig ein eigenständiges Leben im gewohnten Lebensumfeld führen zu können.

Zu den Aufgaben der Pflegefachkraft gehören das Erfassen des Hilfebedarfs und das Umsetzen der benötigten Hilfe, Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben, Erstellen und überwachen einer Tagesstruktur, Information über die eigene Erkrankung und das Erlernen eines sinnvollen Umgangs mit dieser Krankheit, Beobachtung des psychischen Gesundheitszustandes und der Entwicklung, fördern von Eigenständigkeit usw. Die ambulante psychiatrische Krankenpflege kann für die von der Krankenkasse genehmigten psychiatrischen Erkrankungen verordnet werden, vorausgesetzt, es liegt eine gesicherte fachärztliche

Erweiterte Haushaltshilfe

Menschen, die so schwer erkrankt sind, dass sie ihren Haushalt nicht mehr selbst führen können, können bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragen. Das gleiche gilt auch für Personen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden und sich danach noch nicht selbst versorgen können.

Häusliche Krankenpflege als Palliativversorgung

Mit der häuslichen Krankenpflege als Palliativversorgung sollen Menschen in der letzten Lebensphase

die Möglichkeit haben, adäquat zu Hause betreut zu werden, ohne dazu zwingend in eine Klinik oder in ein Hospiz zu müssen, um ihnen ein menschenwürdiges Sterben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

WER VERORDNET DIE HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE?

Die häusliche Krankenpflege muss von einem Arzt, meistens dem Hausarzt, verordnet werden. Mittlerweile können aber auch Krankenhäuser schon bei der Entlassung die häusliche Krankenpflege verordnen. Das macht Sinn, da das Krankenhaus das Krankheitsbild kennt und auch die Verordnung entsprechend begründen und alles auch schneller in die Wege geleitet werden kann.

Wenn abzusehen ist, dass nach der Entlassung eine häusliche Krankenpflege notwendig ist, sollten Sie sich so bald wie möglich mit dem behandelnden Krankenhausarzt und der Sozialstation des Krankenhauses in Verbindung setzen, damit so früh wie möglich alles Notwendige veranlasst werden kann. Denn: die Verordnung muss von der Krankenkasse genehmigt werden und nimmt deshalb auch schon wieder einige Tage Bearbeitungszeit in Anspruch.

Wichtig: die häusliche Krankenpflege erhalten Sie ohne Pflegegrad. Die häusliche Krankenpflege (ohne Pflegegrad bzw. bis maximal Pflegegrad 1 greift dann, wenn Menschen aus dem Krankenhaus entlassen werden und zu Hause noch pflegerische Nachbetreuung oder hauswirtschaftliche Unterstützung benö-

tigen. Somit ist die ambulante häusliche Krankenpflege quasi eine Art Überbrückung bis zur erwartenden Genesung. Bei der Genehmigung eines Pflegegrades wird jedoch davon ausgegangen, dass eine längerfristige Beeinträchtigung vorliegen wird. Pflegebedürftige Menschen mit einem Pflegegrad 2 bis 5 erhalten deshalb Pflegesachleistungen, mit denen ein Teil der Hauskrankenpflege sowieso schon abgedeckt ist.

Alternativ wäre auch eine Kurzzeitpflege mit oder ohne Pflegegrad möglich. Die häusliche Krankenpflege ist im Sozialgesetzbuch § 37 SGB V festgeschrieben.

VERHINDERUNGSPFLEGE (URLAUBS-/KRANKHEITS- VERTRETUNG)

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sog. Verhinderungspflege, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Wird die Verhinderungspflege von

Personen sichergestellt, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr.

Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatz-Pflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschluss) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu rund 50 Prozent des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.580 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und die in dieser Zeit nicht in

eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten.

Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt. Außerdem werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen und der Arbeitslosenversicherungsschutz erhalten. Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden am Tag besteht ein Anspruch auf das volle Pflegegeld.

Verhinderungspflege ist ein fester Begriff aus dem Katalog der Pflegekassen. Ab Pflegegrad 2 haben Sie Anspruch auf diese Leistung.

PFLEGEREFORM 2023 – PUEG

Das „Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege“ (PUEG) trat am 1. Juli 2023 mit wichtigen Veränderungen in Kraft.

Es startete zunächst mit einer Erhöhung der Versicherungsbeiträge im Juli 2023, um die Finanzgrundlage für ab Januar 2024 geplante Leistungsverbesserungen zu schaffen. Ab 1. Januar 2025 werden dann sämtliche Leistungsbeträge nochmals angehoben.

Von dem Maßnahmenpaket verspricht sich die Bundesregierung eine Stärkung der Pflege zu Hause, um den Anstieg der Pflegekosten in Heimen zu bremsen.

DAS ÄNDERT SICH 2024

Anhebung von Pflegegeld und Sachleistungen

Der aktuelle Entwurf sieht vor, dass alle Pflegeleistungen erhöht werden, die im Kapitel 4 des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) genannt werden. Also zum Beispiel auch Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel.

Für die Pflege zuhause sollen Pflegegeld und Pflegesachleistungen zum 1.1.2024 um 5 Prozent angehoben werden. Betroffen können dann mit diesen Summen rechnen:

<i>Pflegegrad</i>	<i>Pflegegeld ab 2024</i>
1	0
2	331,80 € (statt 316 €)
3	572,25 € (statt 545 €)
4	764,40 € (statt 728 €)
5	946,05 € (statt 901 €)

<i>Pflegegrad</i>	<i>Pflegesachleistungen ab 2024</i>
1	0
2	760,20 € (statt 724 €)
3	1.431,15 € (statt 1.363 €)
4	1.777,65 € (statt 1.693 €)
5	2.199,75 € (statt 2.095 €)

Zum 1.1.2025 und zum 1.1.2028 sollen Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert werden. Für diese langfristige

Leistungsdynamisierung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeitet.

Bessere Unterstützung bei der Pflege durch Angehörige

Manchmal kommt die Pflege von Angehörigen kurzfristig und überraschend. In diesem Fall konnten Angehörige sich bisher einmalig pro Pflegebedürftigen bis zu 10 Tage von der Arbeit freistellen lassen. Den entgangenen Lohn übernahm die Pflegeversicherung in Form des Pflegeunterstützungsgeldes. Ab dem 01. Januar 2024 kann das Pflegeunterstützungsgeld nicht nur einmalig, sondern pro Kalenderjahr wiederkehrend in Anspruch genommen werden. Pflegende Angehörige haben nun also die Möglichkeit, sich bei Bedarf jedes Jahr bis zu 10 Arbeitstage freistellen zu lassen.

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege werden zusammengelegt

Auch bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gibt es Veränderungen: Seit dem 01.01.2024 sind die einzelnen Budgets für Verhinderungspflege (bisher 1.612 Euro pro Kalenderjahr) und Kurzzeitpflege (bisher 1.774 Euro pro Kalenderjahr) zu einem gemeinsamen Entlastungsbudget zusammengelegt worden. Der Gesamtbetrag von 3.386 Euro kann nun pro Kalenderjahr flexibel für Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Der umständliche anteilige Umwandlungsprozess entfällt, das Gesamtbudget kann künftig auch komplett für eine der beiden Leistungen ein-

gesetzt werden.

Es gilt nicht mehr die Voraussetzung von mindestens 6 Monaten vorangegangener häuslicher Pflege bei der Verhinderungspflege.

Die Höchstdauer der Verhinderungspflege steigt von 6 auf 8 Wochen wie bei der Kurzzeitpflege.

Auch das halbe Pflegegeld wird dann für bis zu 8 statt wie bisher für bis zu 6 Wochen während der Verhinderungspflege weiterbezahlt.

Für die Allgemeinheit der Pflegebedürftigen tritt das Entlastungsbudget erst zum 01.01.2025 in Kraft. Junge Pflegebedürftige bis 25 Jahre mit Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 können bereits ab 2024 auf das vorgezogene Entlastungsbudget von 3.386 Euro zugreifen.

Höhere Zuschüsse in der stationären Pflege:

Die 2021 eingeführten Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen an den Pflegekosten steigen.

- Im ersten Jahr um zehn Prozentpunkte von fünf auf 15 Prozent,
- im zweiten Jahr um fünf Prozentpunkte von 25 auf 30 Prozent,
- im dritten Jahr um fünf Prozentpunkte von 45 auf 50 Prozent und
- ab dem vierten Jahr um fünf Prozentpunkte von 70 auf 75 Prozent.

Außerdem kann künftig eine halbjährliche Übersicht zur Leistungsabrechnung bei der Pflegekasse anfordern werden.

Weitere Ratgeberbroschüren bestellen

Wir halten für Sie über 50 weitere Ratgeberbroschüren mit interessanten und wertvollen Informationen für Ihren Alltag bereit. Selbstverständlich aktualisieren wir unser Angebot fortwährend für Sie. Übrigens - im Rahmen des BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE können Sie sich jeden Monat kostenfrei eine weitere Broschüre zusenden lassen.

Wählen Sie aus diesen Kategorien:

- Rente & Vorsorge
- Gesundheit
- Beruf, Steuern und Finanzen
- Wellness & Ernährung
- Familie und Soziales

Alle verfügbaren Ratgeber können Sie ganz bequem einsehen auf unserer Internetseite www.besser-leben-service.de.

Alternativ stellt Ihnen unser Service Team die Ratgeber auch gern persönlich unter 030 - 231 888 394 vor. Wir freuen uns auf Ihren Anruf.



BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE

Impressum:

GDI Gesellschaft für Digitale Informationsdienste mbH

Geschäftsführer: Jürgen Brockmann

Büro Leipzig: Lützowstraße 11 A, 04155 Leipzig

Büro Berlin: Oranienburger Straße 5, 10178 Berlin

Handelsregister: Amtsgericht Leipzig, HRB 16737

USt-ID: DE 209803796