



**care team**



# **Homecare - Versorgung**

**Beraten - Versorgen - Betreuen - Dokumentieren**

# INHALT



<b>Wir über uns</b>	<b>4</b>
<b>Patientenüberleitung</b>	<b>8</b>
<b>Integrierte Versorgung</b>	<b>10</b>
<b>Komplettversorgung aus einer Hand</b>	<b>12</b>
<b>Versorgungsablauf für Hilfsmittel</b>	<b>13</b>
<b>Patientenmanagement</b>	<b>14</b>
<b>Unsere Versorgungsbereiche</b>	<b>16</b>
Wundtherapie	18
Stomatherapie	20
Kontinenztherapie	22
Enterale Ernährung	24
Parenterale Ernährungstherapie	26
Tracheostomatherapie	28
Diabetes	30
MSRA	32
<b>Klinik/Krankenhaus</b>	<b>34</b>
<b>Arzt</b>	<b>36</b>
<b>Pflegeheim/Pflegedienst</b>	<b>38</b>
<b>Krankenkasse</b>	<b>40</b>
<b>Dokumentation</b>	<b>42</b>
<b>Produkte</b>	<b>44</b>
<b>Häusliche Pflege</b>	<b>46</b>



Liebe care team-Kundin, Lieber care team-Kunde,

als einer der führenden Anbieter medizinischer Hilfsmittel und Gesundheitsdienstleistungen bieten Ihnen die einzelnen care team-Fachhändler vor Ort ein Optimum an Qualität, freundlichem Service sowie kompetenter Beratung und Begleitung.

Immer mit dem Ziel: Die Lebensqualität unserer Kunden zu verbessern.

Homecare umfasst die Versorgung eines Menschen zu Hause oder in stationären Pflegeeinrichtungen mit (erklärungsbedürftigen) Hilfsmitteln, Verband- und Arzneimitteln durch geschultes Fachpersonal im Rahmen einer ärztlichen Therapie. Das besondere sind jedoch die zusätzlichen Dienstleistungen wie die Zusammenführung der sächlichen Ansprüche, die Planung und Organisation von der Entlassung aus dem Krankenhaus, der Koordinierung der Leistungserbringer und der Klärung der Kostenübernahme bis hin zu der Versorgung des Patienten, einschließlich der Einweisung in die Produkte und Therapiekontrolle.

Gerne beraten Sie die care team-Experten im Hinblick auf einen gezielten und sinnvollen Hilfsmiteleinsetz und stehen Ihnen in allen Fragen rund um die Rehabilitation, Pflege, Mobilität und Gesundheit zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Sie!

**Ihr care team-Fachhändler**



## Den richtigen Partner erkennt man am Lächeln! Wir über uns:

Das lächelnde Gesicht ist das Markenzeichen von über 100 Homecare Unternehmen in Deutschland, die sich zu einer kompetenten Leistungsgemeinschaft zusammengeschlossen haben:

dem **care team** 

Als einer der führenden Anbieter betreuen die einzelnen care teams vor Ort Betroffene im Krankenhaus, in ihrer häuslichen Umgebung oder in Einrichtungen der Alten- oder Krankenpflege. Die Zeit nach der Krankheit ist für viele Menschen schwer zu bewältigen. Der Umgang mit dem Handicap ist noch ungewohnt und die Angst vor Alltagssituationen verunsichert zusätzlich. In dieser Zeit ist der enge Kontakt zur vertrauten care team-Fachkraft eine wichtige Unterstützung.

care team-Mitarbeiter sind leicht erreichbar, wenn es Fragen gibt oder es Probleme in der Versorgung zu lösen gilt.

Wir sind der Überzeugung, dass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten die Grundlage für eine fachgerechte und einfühlsame Versorgung ist. Somit vertreten alle care team-Mitglieder den gleichen Anspruch und verstehen sich als verlässliche Partner von Krankenkassen, Kliniken, Mediziner, ambulanten Pflegediensten und Patienten.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, allen betroffenen Menschen zu helfen.

Immer mit dem einen Ziel:

Die Lebensqualität unserer Kunden zu verbessern.

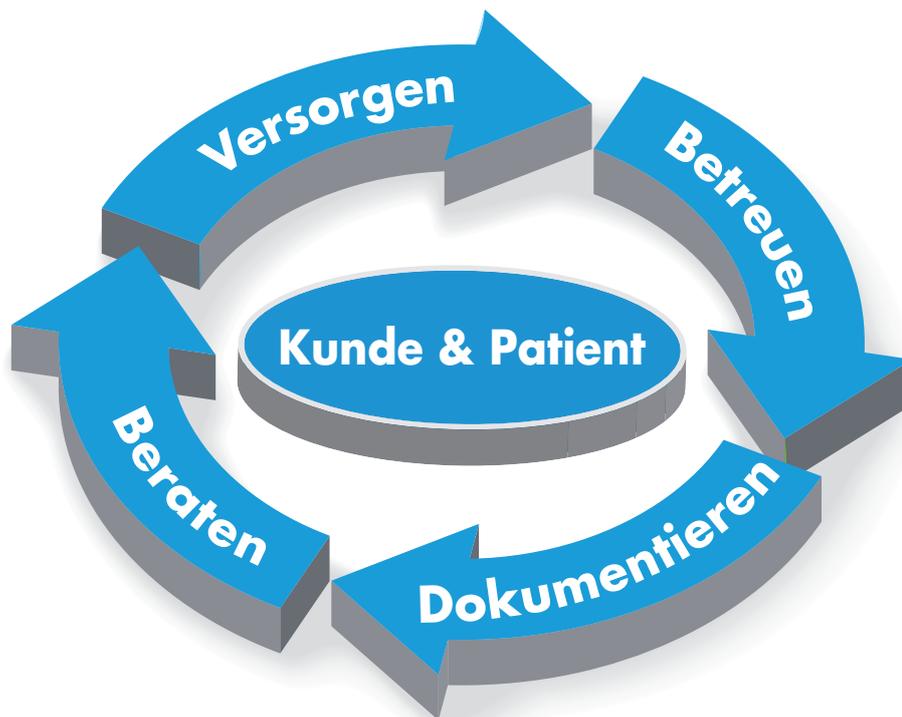
# Gesundheit planen...



Immer mehr Menschen wollen trotz chronischer Erkrankung ein möglichst unabhängiges und selbstständiges Leben führen.

Hochwertige Produkte und umfangreiche Dienstleistungen eines jeden care teams wie Beratung, Organisation und Anleitung zur Selbsthilfe machen das möglich. care team verbindet das Produkt mit der notwendigen Dienstleistung, mit dem Ziel, eine für jeden betroffenen Menschen möglichst einfache und gleichzeitig qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Therapien, die nach dem Krankenhausaufenthalt im häuslichen Bereich durchgeführt oder fortgesetzt werden, müssen die gleiche Qualität der Versorgung garantieren. Deshalb wird bei care team-Mitgliedern medizinisch geschultes Personal eingesetzt.



## Unser Therapieangebot:

- Wundtherapie
- Enterale Ernährung
- Parenterale Ernährungstherapie
- Stomatherapie
- Kontinenztherapie
- Tracheostomatherapie
- Diabetestherapie

# Regelmäßige Schulungen

Unsere Fachkräfte verfügen in der Regel über die Ausbildung als Fach-Krankenschwester oder -pfleger für Stoma-, Inkontinenz- und Wundversorgung. Um das fachliche Wissen immer auf dem aktuellen Stand zu halten, nehmen unsere Mitarbeiter regelmäßig an Schulungen teil.

Ebenfalls geben wir das erworbene Fachwissen in zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen an unsere Kunden weiter. Wir schulen und informieren das Pflegepersonal der Kliniken, Pflegestationen und Altenheimen in unseren Spezialgebieten.

Selbstverständlich schulen unsere Fachkräfte auch individuell das Umfeld der Betroffenen.

# Individueller Lieferservice

Die optimale Versorgung unserer Kunden ist für uns selbstverständlich. Die Versorgungsprodukte werden im Regelfall binnen 48 Stunden ausgeliefert. Ein Service, der zusätzliche Sicherheit gibt. Zuverlässig, diskret und schnell.

Durch regelmäßige Lieferungen stellen wir sicher, dass die Patienten nur das geliefert bekommen, was sie benötigen. So können überflüssige und kostenträchtige „Warenlager“ gar nicht erst entstehen.



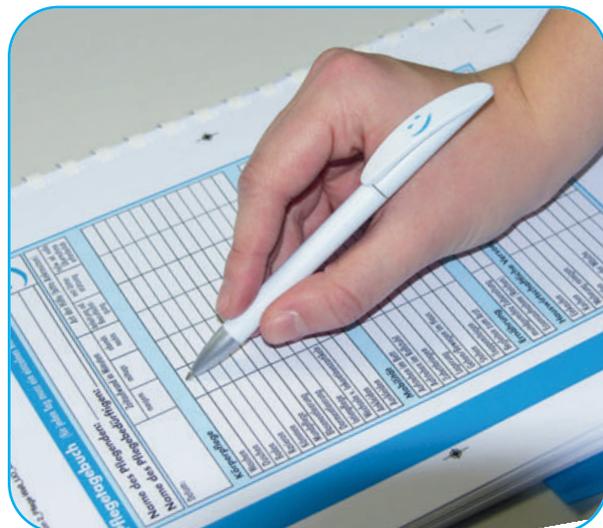


# Intensive Betreuung

care team ist über 100-mal bundesweit vertreten - auch in Ihrer Nähe. Die Mitarbeiter kommen auf Wunsch zu Ihnen nach Hause oder Sie können sich in den speziell eingerichteten Beratungsräumen der care team-Partner beraten und betreuen lassen. Eine intensive Betreuung nach der Operation im Krankenhaus und zu Hause hilft dem Patienten, das Leben mit dem Handicap neu zu meistern. Wir sind davon überzeugt, dass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten die Basis für eine fachgerechte und einfühlsame Versorgung ist.

# Diskrete Hausbesuche

Diskretion ist uns wichtig. Deshalb besuchen wir unsere Kunden in normaler Alltagskleidung und benutzen neutral gestaltete Fahrzeuge. So können Sie sicher sein, dass ein Hausbesuch eines care team-Mitarbeiters wie ein ganz normaler Besuch wirkt.



# Patientenüberleitung (Case-Management)

## Koordination - Begleitung - Überleitung

Die Zielsetzung unseres Case-Managements ist es, alle Abläufe bei der Behandlung eines Patienten aus einer Hand zu koordinieren und ihm so eine optimale und lückenlose Versorgung zu ermöglichen.

Unser Case-Management versteht sich als interdisziplinärer Prozess, bei dem alle erforderlichen Maßnahmen mit den dazugehörigen Beteiligten zusammengefügt werden. Somit steht einerseits die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen sowie die erneute Wiederaufnahme ins Krankenhaus aufgrund derselben Erkrankung, andererseits eine Verkürzung der stationären Behandlung und die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Vordergrund unserer Arbeit.





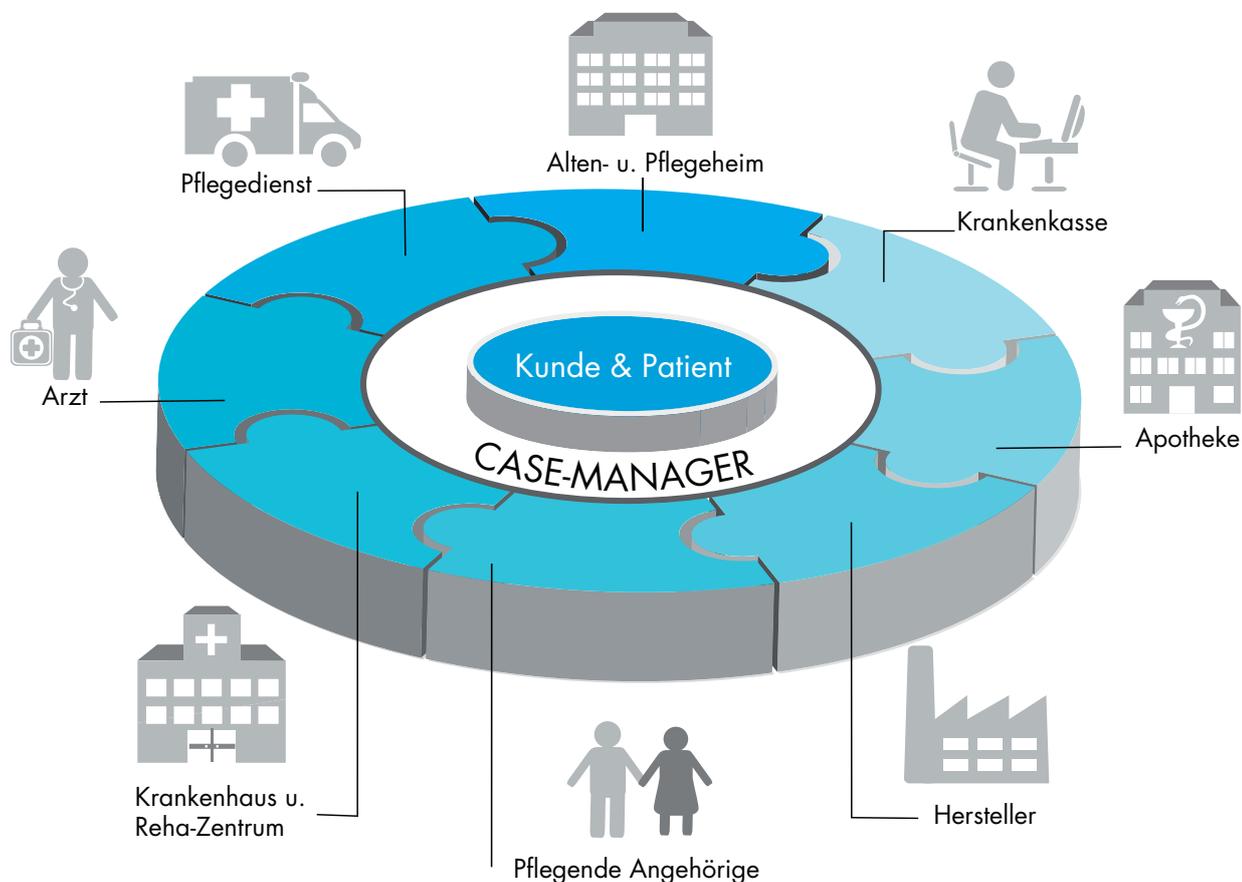
# Unsere Dienstleistung:

Wir sorgen für eine bedarfsgerechte und lückenlose Versorgung des Patienten:

- Einzelfallbezogene Abstimmung aller an der Therapie beteiligten Partner
- Planung und Organisation der Anschlusstherapie bereits bei Beginn der ärztlichen Versorgung
- Überleitung von Patienten in die häusliche oder stationäre Pflege
- Laufende Überprüfung und Dokumentation der erbrachten Leistungen

## Der ambulante case-Manager:

Koordination aller an der Therapie beteiligten Partner



# Integrierte Versorgung

## Ihr Plus an Versorgung

Angesichts der heutigen Herausforderungen im Gesundheitswesen – veränderte Altersstruktur, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung – hat der Gesetzgeber neue Handlungsmodelle für die Beziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern entwickelt.

Mit dem Modell der integrierten Versorgung sollen die drei Leistungsbereiche des Gesundheitswesens – die ambulante, die stationäre und die rehabilitative Versorgung von Patienten – besser vernetzt werden. Und das bei weiterhin hoher Qualität der medizinischen Leistungen und gleichzeitiger Senkung der Gesundheitskosten.

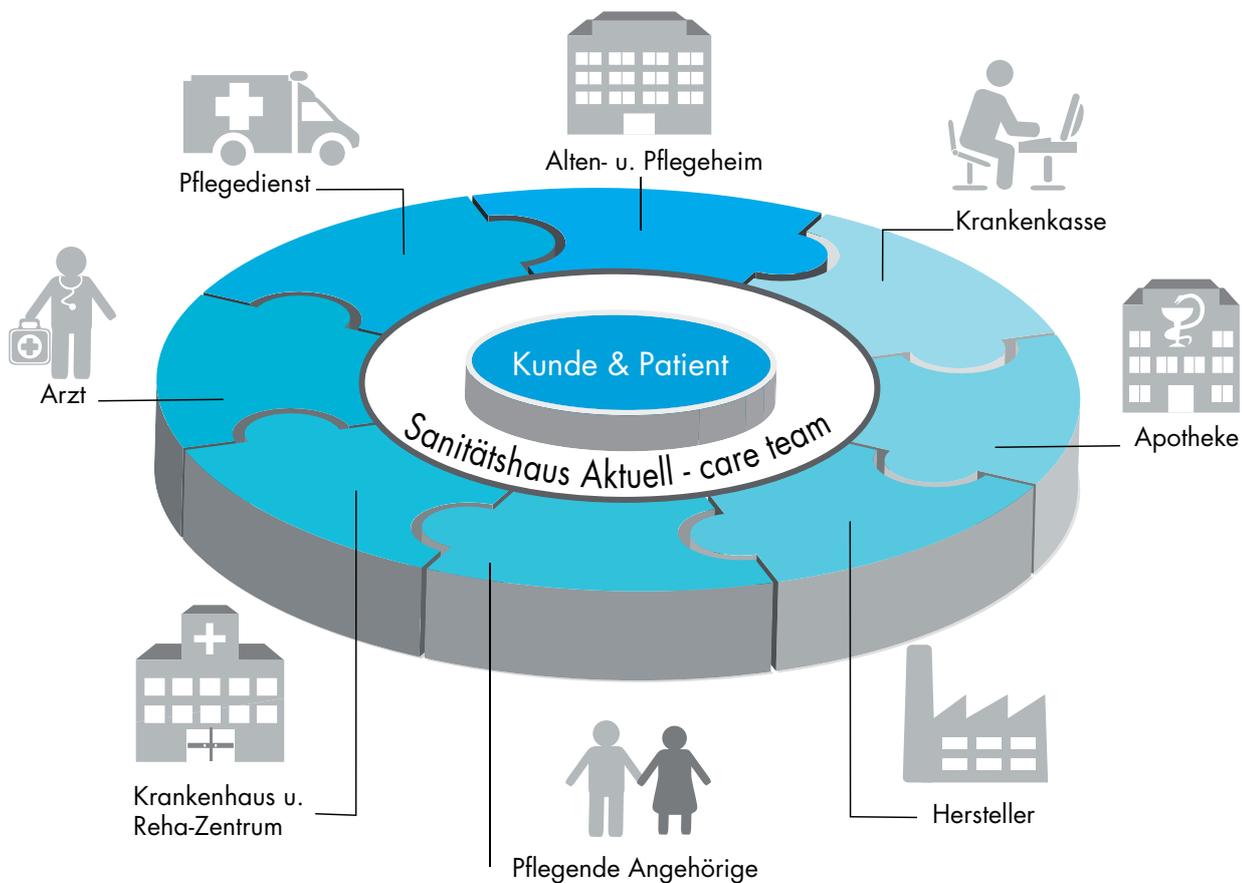




# Unsere Ziele:

- Ein optimales Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Therapie
- Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung durch ein professionelles Patientenmanagement
- Optimierte Behandlungsabläufe in der ambulanten Versorgung
- Standardisierte Vergütungsmodule anhand von Versorgungspauschalen für festgelegte Therapieabläufe
- Übernahme von Budgetverantwortung

# Das integrierte Versorgungsmodell:



# Komplettversorgung aus einer Hand!



## Unser Service für Sie:

### Case-Management

- Einzelfallbezogene Abstimmung aller an der Therapie beteiligten Partner
- Planung und Organisation der Anschlusstherapie bereits bei Beginn der ärztlichen Versorgung
- Überleitung von Patienten in die häusliche oder stationäre Pflege
- Laufende Überprüfung und Dokumentation der erbrachten Leistungen

### Beratung

- Individuell und persönlich auch zu Hause
- Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen
- Unterstützung bei allen Formalitäten

### Technische Unterstützung

- Individuelle Anpassung von Hilfsmitteln durch Spezialisten
- Hilfsmittel auf Probe
- Reklamationservice
- Umfangreicher Reparaturservice
- Sonderanfertigungen
- 24-Stunden-Notfallservice
- Unterstützung für besondere Leistungsbereiche

### Administrative Unterstützung

- Erstellung von Kostenvoranschlägen
- Finanzielle Abwicklung mit den Kranken- oder Pflegekassen sowie Einrichtungen der häuslichen Pflege

# Versorgungsablauf für Hilfsmittel über Kostenträger

Abgabe der Verordnung des Versicherten an care team

Beratung des Versicherten im care team, der stationären Einrichtung  
oder zu Hause

Kostenvoranschlag an den Kostenträger

Bewilligung durch den Kostenträger

Auslieferung und Einweisung

Berechnung an den Kostenträger

Weiterführende Betreuung des Versicherten und Dokumentation  
durch care team

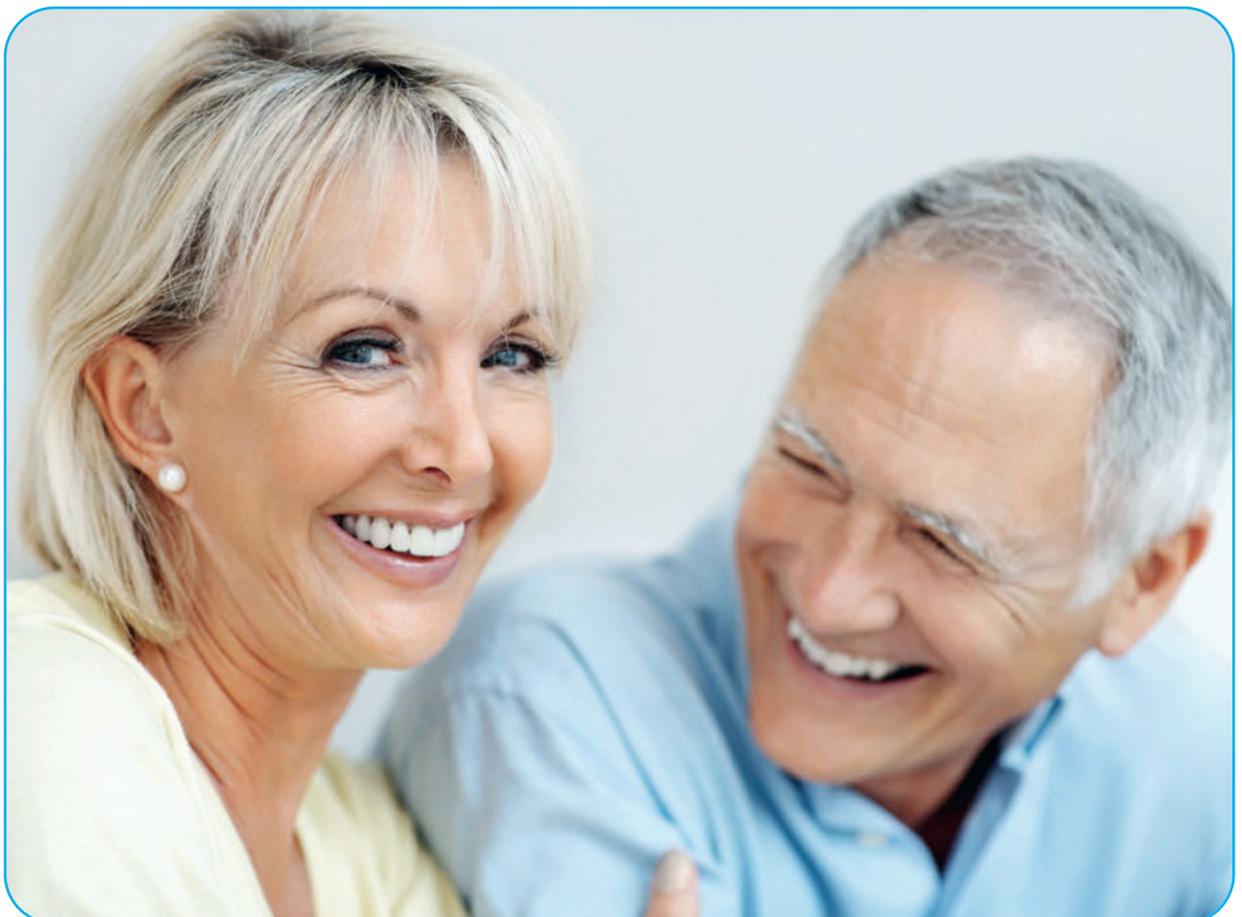


# Patientenmanagement

## Zum Wohle des Patienten...

Um den hohen Anspruch an ein funktionierendes patientenbezogenes Netzwerk sicherzustellen, übernehmen unsere care team-Spezialisten folgende Aufgaben:

- Ermittlung des Versorgungsbedarfs eines Patienten
- Einzelfallbezogene Abstimmung aller an der Therapie beteiligten Partner
- Zusammenarbeit mit dem zuständigen Pflegedienst
- Belieferung mit Hilfsmitteln und Verbrauchsartikeln
- Schulungen für alle an der Versorgung beteiligten Personen
- Fachkompetente Beratung der Patienten und deren Angehörigen
- Umfassende Dokumentation
- Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen
- Sicherstellung des Versorgungsablaufs bei der Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder Klinik





# Versorgungspfad für Patienten:

care team begleitet den Patienten von der Anamnese bis zum Ende der Therapie:







## Unsere Versorgungsbereiche

Als einer der führenden Homecare-Versorger sind wir auf die Versorgung von Patienten in komplexen Therapiefeldern spezialisiert. Unsere care team-Fachkräfte stehen Ihnen gerne in folgenden Versorgungsbereichen zur Verfügung:

- Wundtherapie
- Stomatherapie
- Inkontinenztherapie
- Enterale Ernährung
- Parenterale Ernährungstherapie
- Tracheostomatherapie
- Diabetesversorgung
- MRSA

Unsere Spezialisten unterstützen Sie bei Bedarf in weiteren, angrenzenden, beratungsintensiven Fachbereichen. Diese fachübergreifende Kompetenz sorgt für eine ganzheitliche Therapiebegleitung und führt zu einer bedarfsgerechten, ganzheitlichen Versorgung.



## Wundtherapie

Wunden sind weit verbreitet: Man unterscheidet in der Wundversorgung zwischen akuten und chronischen Wunden.

Die akuten Wunden werden nicht klassifiziert, heilen primär und zeichnen sich durch einen meist verhältnismäßig kurzen und komplikationslosen Heilungsverlauf aus.

Im Gegensatz dazu stehen die chronischen Wunden. Chronisch bedeutet, dass die Gewebsverletzung nicht innerhalb von acht Wochen nach ihrem Entstehen abheilt. Schätzungen zufolge wären z.B. 90 Prozent aller Druckgeschwüre vermeidbar, nur jede fünfte chronische Wunde wird adäquat versorgt. Vier Millionen Patienten verursachen jährlich deutschlandweit 2,5 Milliarden Euro Behandlungskosten durch chronische, schwer verheilende Wunden.

### Die häufigsten Erscheinungsformen von chronischen Wunden sind:

- Dekubitus
- Ulcus Cruris
- Diabetische Ulcera



# Unsere bundesweit über 130 speziell nach ICW oder DGFW ausgebildeten Wundexperten unterstützen Sie...

- bei der Definition kurz- und langfristiger Therapieziele
- mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsvorschlags und bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Moderne Wundversorgungsprodukte
  - Hydrokolloide
  - Hydrofasern
  - Hydrogele
  - Alginat
  - Schaumstoffe
  - Spül-Saug-Kompressen
  - Anibakterielle silberhaltige Produkte
- Verbandsmaterial
- Fixierhilfen
- Kompressen
- Zubehör
- Wundspülung - Antiseptik



## Stomatherapie

In der Medizin wird als Stoma eine künstlich geschaffene Körperöffnung bezeichnet. Hier ist das Stoma eine Öffnung in der Bauchdecke, durch die der Darm oder die Harnleiter nach außen geleitet werden. Die häufigste Ursache (70-80 %) für die Anlage eines Stomas ist eine Krebserkrankung. Aber auch chronisch entzündliche Darmkrankheiten, angeborene Fehlbildungen oder Unfälle können zur Anlage eines Stomas führen.

### Folgende Unterscheidungen werden vorgenommen:

- Kolostomie (auch Colostomie); künstlicher Dickdarmausgang  
Häufigkeit: 70-75 % aller Stomaträger
- Ileostomie; künstlicher Dünndarmausgang  
Häufigkeit: 15-20 % aller Stomaträger
- Urostomie; künstliche Harnableitung  
Häufigkeit: ca. 10 % aller Stomaträger



Aufgrund der personenspezifischen Unterschiede ist eine individuelle Versorgung erforderlich und keine Basisversorgung mit bestimmten Produkten oder Systemen möglich. Jedes Versorgungssystem sollte neben den medizinischen Anforderungen des Stomas auch die individuellen Lebensumstände der Betroffenen berücksichtigen.

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

- bei der prä- oder postoperativen Versorgung
- bei der Definition kurz- und langfristiger Therapieziele
- mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsvorschlags und bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs
- bei der Anleitung zur selbstständigen Durchführung (z.B. Wechsel der Beutelversorgung)

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Ein- und zweiteilige Stomasysteme
- Geschlossene Beutel, Ausstreifbeutel, Urostomiebeutel
- Irrigationssysteme (Schwerkraft oder Pumpe)
- Basisplatten
- Kompressen, Reinigungskompressen
- Hautschutzringe, Paste, Gürtel
- Produkte zur Pflege
- Maßgefertigte und konfektionierte Stomabandagen



## Kontinenztherapie

Mehr als 9 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Inkontinenz. Die Dunkelziffer liegt jedoch weitaus höher, denn Inkontinenz ist immer noch ein Tabuthema. Als Inkontinenz bezeichnet man das Unvermögen, Urin und/oder auch Stuhlgang bewusst und kontrolliert zurückzuhalten. Demzufolge unterscheidet man zwischen Harn- und Stuhlinkontinenz.

### Harninkontinenz:

Die häufigsten Ursachen sind:

- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Parkinson'sche Krankheit
- Alzheimerkrankheit oder Demenz
- Verletzung des Schließmuskels
- altersbedingte Erschlaffung des Schließmuskels, Dehnungsrezeptoren
- operative Eingriffe an Prostata und Blase
- neurogene (von den Nerven ausgehende) Blasenentleerungsstörungen, z.B. Querschnittslähmung
- Medikamenteneinwirkung

### Stuhlinkontinenz

Die häufigsten Ursachen sind:

- Erkrankungen von Rektum, Analkanal oder der äußeren Haut
- Störung der Reservoirfunktion
- Neurologische Erkrankungen
- Psychiatrische Erkrankungen
- Deszensus des Beckenbodens
- Verlust von Reservoir- und Dehnungsrezeptoren

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...



- bei der Definition kurz- und langfristiger Therapieziele
- mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsvorschlags und bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs

## Unser Produktportfolio umfasst:

Harninkontinenz, aufsaugende & ableitende Produkte:

- Vorlagen, Tropfenfänger
- Fixierhosen
- Kontinenzslips
- Kondomurinale
- Katheter, Katheterventile
- Einmalkatheter für die intermittierende Selbstkatherisierung
- Urinbeutel (Beinbeutel, Bettbeutel, Beutel für Rollstuhlfahrer usw.)

Stuhlinkontinenz:

- Analtampons
- Bettschutzunterlagen
- Irrigationssysteme
- Windelhosen



## Enterale Ernährung

In Deutschland wächst die Zahl der mangel- bzw. unterernährten Personen kontinuierlich. Laut dem Statistischen Bundesamt sind knapp über zwei Millionen Menschen untergewichtig. Mangelernährung entsteht durch eine Unterversorgung des Körpers mit Energie und Nährstoffen über einen längeren Zeitraum. Dies führt nicht nur zu Gewichtsverlust, sondern kann auch die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen.

### Die häufigsten Ursachen für Mangelernährung sind:

- Magersucht (Anorexia nervosa)
- Lungenerkrankungen
- Ungewollter Gewichtsverlust/Kachexie
- Flüssigkeitsrestriktionen
- Wundheilungsstörungen/Dekubitus
- Mukoviszidose
- Gastrointestinale Erkrankungen
- Kau- und Schluckstörungen
- Diabetes mellitus
- Demenz
- Perioperative Ernährung
- Krebs



Die enterale Ernährung gilt heute als ein effektiver Bestandteil der Behandlung krankheitsbedingter Mangelernährung und spezifischer Krankheitsbilder. Sie umfasst sowohl Trink- als auch Sondennahrung. Die Nährstoffzufuhr erfolgt über den Magen-Darm-Trakt.

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

- bei der Bestimmung des Ernährungszustandes und des Nährstoffbedarfs
- bei der Verträglichkeitskontrolle und Komplikationsanalyse
- bei der Definition kurz- und langfristiger Therapieziele
- mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsvorschlags und bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs
- bei der Anleitung zur selbstständigen Durchführung (z.B. Bedienung der Ernährungspumpe)

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Enterale Ernährung
- Spezialdiäten
- Trinknahrung
- Applikationstechnik (Schwerkraftüberleitsysteme, Pumpenüberleitsysteme, Blasenspritze)
- Ernährungspumpen
- Sondensysteme (transnasale und perkutane Sonden)



## Parenterale Ernährungstherapie

Man spricht von parenteraler Ernährung, wenn die Nahrung nicht wie gewohnt über den Mund und Magen aufgenommen wird, sondern direkt in die Blutbahn verabreicht wird. Sie wird dann erforderlich, wenn ein Mensch nicht, oder nicht ausreichend auf normalen Weg ernährt werden kann und auch Magensonden nicht möglich oder hilfreich sind. Das kann als Ergänzung oder als vollständiger Ersatz der normalen Ernährung erfolgen, für einen kurzen Zeitraum oder über Jahre. Bei richtiger Zusammensetzung und Verabreichung gibt es keine zeitliche Grenze, wie lange ein Mensch über die Vene ernährt werden kann.

### Die häufigsten Ursachen für parenterale Ernährung sind:

- Unzureichende Ernährung
- Mechanische Blockaden
- Störungen der Nahrungsaufnahme im Darm (Malabsorption)
- Neurogene Störungen



Die parenterale Ernährung (Infusionsbeutel) erfolgt dabei mit einem peripher- oder zentralvenösen Katheter direkt ins Blut. Es besteht die Möglichkeit, die Zufuhrgeschwindigkeit sehr genau über eine Pumpe zu steuern oder die Lösung fließt durch die Schwerkraft in die Vene ein. Doch auch während der Infusion ist man nicht ans Haus gebunden. Es gibt die Möglichkeit, den Infusionsbeutel und die Pumpe in einer Tasche oder einem Rucksack mitzunehmen.

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

- In enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt und speziell qualifizierten Pflegediensten sorgen wir für eine individuelle Betreuung und professionelle Versorgung.
- bei der Definition kurz- und langfristiger Therapieziele
- mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsvorschlags und bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Applikationstechnik (für Schwerkraftsysteme, Pumpensysteme)
- Infusionspumpen
- Zubehör zur Applikation
- Pflegehilfsmittel



## Tracheostomatherapie

Eine Tracheostomie ist die Eröffnung der Luftröhrevorderwand im oberen Drittel zwecks Einführung einer Kanüle, über die der Betroffene atmen kann. Ebenfalls ist sie eine Öffnung der Luftröhrevorderwand, bei der die Luftröhre aber mit der Haut vernäht wird. Durch die in die Luftröhre eingesetzte Kanüle (Tubus) atmet der Betroffene prinzipiell genauso wie ein gesunder Mensch. Lediglich die obere Passage ist unterbrochen. Um einen Tracheostoma-Zugang dauerhaft gesichert zu gewährleisten, kommen unterschiedliche Trachealkanülen zum Einsatz. Zusätzlich können Filter- und Befeuchtungssysteme die natürliche Funktion des Nasen-Rachenraumes teilweise ersetzen.

### Die häufigsten Ursachen für eine Tracheostomie sind:

- Bei Langzeitbeatmung, z. B. bei Menschen, die im Koma liegen
- Bei einer akuten Verengung der oberen Luftwege, z. B. bei Schwellungen, Insektenstichen, Verletzungen von außen, o. ä.
- Bei einer chronischen Verengung der oberen Luftwege, z. B. durch ein Krebsgeschwulst, sonstige Tumore oder Schwellungen

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...



- bei der prä- oder postoperativen Versorgung
- bei der Definition kurz- und langfristiger Therapieziele
- mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsvorschlags und bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs
- bei der Anleitung zur selbstständigen Durchführung (z.B. Wechsel der Trachealkanüle)

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Trachealkanülen und Kanülenzubehör
- Shuntventile
- Künstliche Nasen
- Tracheostomaschutzprodukte
- Medizinische Geräte für
  - Absaugung
  - Inhalation
  - Luftbefeuchtung
- Notfallprodukte
- Elektronische Sprechhilfen



## Diabetesversorgung

Der Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Stoffwechselstörung, bei der die Blutzuckerwerte dauerhaft zu hoch sind. Ohne Behandlung steigt der Blutzucker der Betroffenen auf zu hohe Werte an. Bei Patienten mit Diabetes mellitus produziert der Körper das Hormon Insulin entweder gar nicht, oder zu wenig, oder das vorhandene Insulin wirkt nicht richtig. Es ist aber sehr wichtig für die Senkung des Blutzuckerspiegels.

Die wichtigsten Symptome bei Diabetes mellitus sind:

- Heißhunger
- vermehrtes Wasserlassen
- Müdigkeit und Leistungsabfall
- unerklärbare Gewichtsabnahme
- Neigung zu Infektionen
- schlecht heilende Wunden
- Wadenkrämpfe; Sehstörungen
- Potenzstörungen
- Azetongeruch der Atemluft
- Juckreiz



Diese Stoffwechselstörung kann unterschiedliche Ursachen haben, die sich durch verschiedene Diabetesformen ausdrücken. Beim Diabetes mellitus werden grundsätzlich zwei Formen unterschieden: Der Typ 1 und der Typ 2 Diabetes. Um den Blutzuckerspiegel kontrollieren zu können, benötigt man verschiedenste Hilfsmittel.

Der Typ 1 Diabetes (etwa 3-5 % aller Diabetesfälle) entwickelt sich aufgrund einer Zerstörung der insulinproduzierenden Betazellen. Die Folge ist von Anfang an ein „echter“ Mangel an Insulin, das sich die Betroffenen nun ständig von außen zuführen müssen.

Der Typ 2 Diabetes ist mit über 90 % aller Fälle die mit Abstand häufigste Diabetesform. Zum einen besteht hier in der Regel eine Insulinresistenz, bei der die Körperzellen zunehmend weniger auf das Hormon Insulin reagieren. Zum anderen werden Störungen bei der Insulinausschüttung aus den Betazellen der Bauchspeicheldrüse beobachtet.

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

- bei der Auswahl der richtigen Produkte
- bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- bei der kontinuierlichen Dokumentation des Therapieverlaufs
- bei der Anleitung zur selbstständigen Durchführung (z.B. Blutzuckermessung)

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Blutzuckermessgeräte
- Teststreifen
- Stechhilfen und Lanzetten
- Alkoholtupfer
- Penkanülen



## MRSA - Dekolonisation

Von über 4 Millionen so genannter „chronischer“ Wunden in Deutschland sind bis zu 40 % mit MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) besiedelt. Fast immer lassen sich Staphylococcus aureus-Bakterien nachweisen, ohne dass die Wunde infiziert ist. MRSA ist eine Bakterienart, die gegen an sich hochwirksame Antibiotika unempfindlich geworden ist. Bei gesunden Menschen stellt MRSA keine Gefahr dar, anders ist es jedoch bei Personen mit einem geschwächten Immunsystem. Dort kann MRSA zu schwerwiegenden Infektionen führen, die sich wegen der Unempfindlichkeit gegen viele Antibiotika nur schwer bekämpfen lassen.

### Die häufigsten Infektionen durch MRSA:

- Wundinfektionen nach Operationen oder bei chronischen Wunden
- Infektionen der Haut (Furunkel, Mastitis)
- Augeninfektionen
- Entzündung des Knochenmarks (Osteomyelitis)
- Lungenentzündung
- Komplikationen durch hämatogene Aussaat (Abszesse der inneren Organe, Sepsis, Endokarditis)



Die Verbreitung des gefürchteten nosokomialen Keimes erfolgt immer durch direkten oder indirekten Kontakt. Ein einfacher Händedruck kann zur Übertragung führen.

MRSA-Infektionen verlängern die Liegedauer und erhöhen die Morbidität und Mortalität.

## Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

Die Verbreitung von MRSA zu verhindern ist daher eine wichtige Aufgabe. Ein systematisches Hygienemanagement ist dafür unerlässlich:

- Screening um potentielle MRSA-Träger zu erkennen
- Sanierung der Patienten mit MRSA-Besiedlung
- Sorgfältige Händehygiene, Tragen von Schutzkleidung und Desinfektion von Flächen und Instrumenten

## Unser Produktportfolio umfasst:

- Spezialprodukte für den gezielten Einsatz auf allen Bereichen, die eine MRSA-Besiedlung aufweisen können
  - auf dem Körper
  - in den Ohren
  - in der Nase
  - im Rachenraum

Die Haut- und Schleimhautverträglichkeit ist sehr gut. Ein Abspülen ist nicht nötig und spart Anwendungszeit.



## Klinik/Krankenhaus

Kliniken/Krankenhäuser unterliegen dem Druck der DRGs (Diagnostic Related Groups/Diagnose bezogene Fallgruppen) und sind gezwungen die mittlere Verweildauer des Patienten in dem ihnen vorgegebenen Rahmen zu halten. Jeder weitere Tag Aufenthalt des Patienten führt zu enormen Kostenexplosionen, die auf Dauer nicht tragbar sind.

Um Patienten zeitig entlassen zu können, muss sichergestellt werden, dass im außerklinischen Bereich kompetente und zuverlässige Partner zur Verfügung stehen. Denn leider ist es nicht selten, dass Patienten aufgrund unzureichender Versorgungen wieder in die Klinik zurücküberwiesen werden.

Genau an diesem Punkt bietet care team maßgeschneiderte Lösungen:

Bei akuten Entlassungen kümmert sich die care team-Fachkraft um die komplette Versorgung der Patienten. Die Patientenaufnahme findet noch in in der Klinik statt.



Die care team-Fachkraft stimmt die Empfehlung zur Weiterbehandlung aus der Klinik/Krankenhaus als Therapievorschlag gemeinsam mit dem Hausarzt ab. care team übernimmt die indikations- und patientenbezogene Lieferung der benötigten Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien. Ebenfalls erhalten Patienten, deren Angehörige sowie Pflegepersonal ausführliche Trainings in Produkt-Anwendung und Handhabung (inkl. umfangreichem Informationsmaterial).

Die care team-Fachkraft führt eine kontinuierliche Verlaufskontrolle durch und unterstützt mit therapiebegleitenden Dokumentationen.

## Ihr Nutzen – Unser Service:

- Unterstützung bei der Minimierung des Risikos von Versorgungsbrüchen im Rahmen der Überleitung
- 24-Stunden-Notfallservice
- Individuelle Therapieempfehlung und -begleitung in Absprache mit dem behandelnden Haus- und Facharzt
- Eine kontinuierliche Verlaufskontrolle sichert das rechtzeitige Erkennen möglicher Versorgungsprobleme
- Einhaltung der mittleren Verweildauer
- Qualitätssicherung
- Individuelle Bedarfsermittlung
- Training durch Fachkräfte für Patienten, deren Angehörige sowie Pflegekräfte
- Wirtschaftliche und produktneutrale Beratung zu Bedarf, Auswahl, Anwendung und dem Einsatz von Produkten



## Arzt

Der niedergelassene Arzt ist mit einer kaum zu bewältigenden Verwaltungsflut beschäftigt. Es bleibt kaum Zeit für Hausbesuche und deren „Wirtschaftlichkeit“ braucht man an dieser Stelle nicht weiter ausführen. Dem Budget fehlt es in vielen Bereichen an Übersicht und vor allem an Transparenz. Gerade bei der Vielzahl der benötigten Produkte und Leistungen ist es schwer, den Überblick über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit dieser zu behalten. Ebenfalls können Ärzte nur schwerlich ihren schwerkranken Patienten rund um die Uhr zur Verfügung stehen, was dazu führen kann, dass diese bei möglichen Komplikationen erneut ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen.

Genau an diesem Punkt bietet care team maßgeschneiderte Lösungen:

care team legt Wert auf eine indikations- und patientenbezogene Bedarfsermittlung.

Die Behandlungs- und Therapiehoheit behält selbstverständlich der behandelnde Arzt.



Die care team-Fachkraft übernimmt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die komplette Versorgung des Patienten. Die Befundaufnahme erfolgt noch in der Klinik und der niedergelassene Arzt erhält einen Therapieverschlagn zur gemeinsamen Abstimmung. care team übernimmt die indikations- und patientenbezogene Lieferung der benötigten Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien. Ebenfalls erhalten Patienten, deren Angehörige sowie Pflegepersonal ausführliche Trainings in Produkt-Anwendung und Handhabung (inkl. umfangreichem Informationsmaterial).

Die care team-Fachkraft führt eine kontinuierliche Verlaufskontrolle durch und unterstützt mit therapiebegleitenden Dokumentationen.

## Ihr Nutzen – Unser Service:

- In Absprache mit Ihnen erfolgt eine individuelle Therapieempfehlung und -begleitung
- 24-Stunden-Notfallservice
- Entlastung bei Verwaltungsaufgaben
- Versorgungssicherheit durch kontinuierliche Verlaufskontrolle, inklusive Dokumentation
- Als Kooperationspartner steht ein ausgebildeter Fachexperte zur Verfügung
- Training durch Fachkräfte für Patienten, deren Angehörige sowie Pflegekräfte
- Wirtschaftliche und produktneutrale Beratung zu Bedarf, Auswahl, Anwendung und dem Einsatz von Produkten
- Hohe Compliance der verordneten Therapie



## Pflegeheim/Pflegedienst

Der Gesetzgeber und der MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) stellen hohe Anforderungen an die Versorgungsqualität in der Pflege. Die Erfüllung dieser komplexen Anforderungsprofile sowie zu wenig Zeit für die Pflege, Fachkräftemangel, Personalfuktuation – all das sind nur einige der Herausforderungen, die in der täglichen Praxis zu bewältigen sind.

Genau an diesem Punkt bietet care team maßgeschneiderte Lösungen:

care team orientiert sich an den aktuellen Expertenstandards und unterstützt in der Umsetzung der Qualitätsanforderungen und Transparenzkriterien.

Dies dient dem Erhalt von Lebensqualität der Bewohner und kommt der Ressourcenförderung der Mitarbeiter zugute.



Die care team-Fachkraft übernimmt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die komplette Versorgung des Patienten. Sie führt die Befundaufnahme durch und Sie erhalten nach Abstimmung mit dem behandelnden Arzt einen entsprechenden Therapievorschlag. care team übernimmt die indikations- und patientenbezogene Lieferung der benötigten Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien. Ebenfalls erhalten Patienten, deren Angehörige sowie Pflegepersonal ausführliche Trainings in Produkt-Anwendung und Handhabung (inkl. umfangreichem Informationsmaterial).

Die care team-Fachkraft führt eine kontinuierliche Verlaufskontrolle durch und unterstützt mit therapiebegleitenden Dokumentationen.

## Ihr Nutzen – Unser Service:

- Erhöhte MDS-Prüfsicherheit
- 24-Stunden-Notfallservice
- Individuelle Therapieempfehlung und -begleitung in Absprache mit dem behandelnden Arzt
- Umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm für Mitarbeiter und Pflegekräfte
- Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- Rezeptmanagement
- Training durch Fachkräfte für Patienten, deren Angehörige sowie Pflegekräfte
- Wirtschaftliche und produktneutrale Beratung zu Bedarf, Auswahl, Anwendung und dem Einsatz von Produkten
- Hilfestellung bei versorgungsübergreifenden Problemen



## Krankenkasse

Vertragsmanagement – gemeinsam die Zukunft gestalten...

Als bundesweite Leistungsgemeinschaft ist care team Ihr zuverlässiger und starker Partner für das gesamte Versorgungsspektrum im Homecare-Bereich. Die einzelnen care teams vor Ort begleiten den Patienten während der gesamten poststationären Versorgung und garantieren so ein optimales Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Therapie. Sie stehen im engen Austausch mit allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, beliefern Ihre Versicherten schnell und zuverlässig mit den verordneten Produkten und rechnen direkt mit ihnen ab.

Ihre Versicherten profitieren zusätzlich von zahlreichen kostenfreien Service- und Dienstleistungen, die diesen konkreten Nutzen bringen, ohne bei ihnen zusätzliche Kosten zu verursachen.

Als bundesweite Leistungsgemeinschaft sind wir Ihr Garant für eine hohe Know-how-Basis und kontrollierte Qualität in allen Mitgliedsunternehmen für die Versorgung Ihrer Versicherten.



care team bietet Ihnen individuelle und umfassende Lösungen. Neben der Erfüllung der Präqualifizierungsvoraussetzung und der Zertifizierung stehen Wirtschaftlichkeit und Kostenkontrolle im Fokus. Durch gezielte Planung und den sachgerechten Einsatz von Services und Produkten können die Kosten stets kontrolliert und die Wirtschaftlichkeit somit garantiert werden. Überleitungs-Management, technische Unterstützung sowie persönliche Beratung und Betreuung garantieren dem Patienten außerdem ein hohes Maß an Planungssicherheit, gerade in der schwierigen Zeit nach einem Klinikaufenthalt.

## Ihr Nutzen – Unser Service:

- Minimierung der Kosten durch gezielte Planung und sachgerechten Dienstleistungs- und Produkteinsatz
- Erfüllung der Präqualifizierungsvoraussetzung
- Zertifizierung nach DIN ISO 9001, 13485
- Medizinisches Fachpersonal
- Optimale Leistungen durch die Verzahnung von Homecare-Service und Produkt-Know-how
- Qualitätsmanagement
- Schulungsprogramm speziell für Krankenkassenmitarbeiter
- Individuelle Berechnung des Versorgungszeitraums unter Berücksichtigung medizinischer sowie wirtschaftlicher Aspekte
- Versorgungssicherheit ihrer Versicherten durch eine kontinuierliche Verlaufskontrolle, inklusive Dokumentation
- Training durch Fachkräfte für Patienten, deren Angehörige sowie Pflegekräfte
- Wirtschaftliche und produktneutrale Beratung zu Bedarf, Auswahl, Anwendung und dem Einsatz von Produkten
- Hilfestellung bei versorgungsübergreifenden Problemen
- 24-Stunden-Notfallservice
- Insolvenzausfallversicherung für alle care team-Mitglieder
- Klärung von Vertrags- und Abrechnungsfragen über eine Zentralstelle
- Kompetente und schnelle Versorgung ihrer Versicherten bundesweit

# Dokumentation

Eine umfassende und lückenlose Patienten-Dokumentation ist die Grundlage für eine optimale Versorgung und einen erfolgreichen Heilungsverlauf. Sie wird in diesem Zusammenhang von immer mehr Kostenträgern vertraglich gefordert.

Mit "iDokument" bietet Ihnen Ihr care team eine Versorgungsmanagement-Software, die weit über die reine Dokumentation hinausgeht. Zahlreiche Analysefunktionen unterstützen dabei Erfolge, Stagnationen und Rückfälle beim Versorgungs- und Heilungsprozess sicher einzuschätzen, Therapien nachvollziehbar zu begründen und diese bei Bedarf optimal anzupassen. Und das für folgende Versorgungsbereiche:

- Wundversorgung
- Ernährung
- Lymphologische Versorgung
- Entero- und Urostomaversorgung
- Tracheostomaversorgung
- Ableitende Inkontinenz

Damit alle am Versorgungsprozess beteiligten Partner schnell auf alle relevanten Daten und Informationen zugreifen können, ist "iDokument" als webbasierte Anwendung konzipiert. Es ist also lediglich ein Internetanschluss notwendig, um von sämtlichen Vorteilen eines effektiven Versorgungsmanagements und modernen Netzstrukturen zu profitieren.

Vernetzung aller beteiligten Partner – für eine optimale Versorgung:

Selbstverständlich können auch Ärzten, Pflegekräften, Mitarbeitern von Kostenträgern oder Krankenhäusern Leserechte zugewiesen werden.

Alle Nutzer mit Leserechten können die Daten nur einsehen, aber nicht verändern.



# Produkte

Die Verwendung von Qualitätsprodukten bildet neben pflegerischem Fachwissen die Grundlage für eine optimale Patientenversorgung.

Als einer der führenden Anbieter medizinischer Hilfsmittel und Gesundheitsdienstleistungen führen wir ein umfangreiches Sortiment von Hilfsmitteln und Verbrauchsgüterartikeln in ausgewählten Therapiefeldern.

## Unser Lieferservice:

- Indikations- und patientenbezogene Lieferung aller Hilfsmittel und Homecare-Produkte frei Haus
- Umfassendes Produktsortiment für alle Versorgungsbereiche
- Produktneutralität
- Individuelle Einweisung in die Hilfsmittel-Versorgung durch Spezialisten
- 48 Stunden Lieferservice bei gängigen Produkten
- Reklamationservice
- 24-Stunden-Notfallservice









## Häusliche Pflege

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

Oft geht der Pflegebedürftigkeit jedoch ein Krankheitsfall voraus. Das heißt, Leistungen aus der Krankenversicherung wurden bereits in Anspruch genommen. Bei einer weiter bestehenden Pflegebedürftigkeit können Pflegeleistungen über die Pflegekasse, also über das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), beantragt werden.

Auf den nächsten Seiten finden Sie Informationen, welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt sinnvollerweise in Anspruch genommen werden können.

Ziele der »Häuslichen Pflege«:

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

Ihr care team-Berater vor Ort steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

# Häusliche Pflege

## Häusliche Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt

Unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt besteht die Möglichkeit, als Leistung der Krankenkasse »häusliche Krankenpflege« und »häusliche Behandlungspflege« zu beantragen. Der Pflegebedürftige wird hierbei in seinem häuslichem Umfeld im Bereich der Grundpflege (Mobilisation, Körperpflege etc.) und der Behandlungspflege (Wundversorgung, Spritzen etc.) durch einen zugelassenen Pflegedienst versorgt. Diese Versorgungsform wird für den Zeitraum von vier Wochen gewährleistet. In begründeten Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum verlängert werden.

## Häusliche Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Anspruch auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz hat der Versicherte, der wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer – voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedarf. Seit dem 1. Juli 2008 ist die Pflegeversicherung reformiert und in ihren Leistungen verbessert worden.

## Ein Angehöriger wird zum Pflegefall – die ersten Schritte

Ziel des Pflegeversicherungsgesetzes ist es, dem Pflegebedürftigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Wird ein Familienmitglied zum Pflegefall, sind vor allem folgende Punkte zu bedenken:

## Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit

- Frühzeitig, bereits während eines stationären Aufenthalts, bei absehbarer Pflegebedürftigkeit einen Antrag auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz stellen.
- Im häuslichen Bereich den Antrag ebenso frühzeitig mit dem Hausarzt absprechen.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (oder andere unabhängige Gutachter) stellt den Grad der Pflegebedürftigkeit fest und stuft den Patienten ein (Formular über die zuständige Pflegekasse).
- Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter.
- Die Einstufung sollte im Interesse des Pflegebedürftigen auf der Grundlage eines korrekt ausgefüllten Pflegetagebuchs erfolgen.



# Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Das ändert sich ab 2013

Ab Januar 2013 greift die nächste Reform der Pflegeversicherung, das so genannte Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Wir geben einen Überblick, was sich für Pflegedürftige und pflegende Angehörige ändern wird:

## Verbesserungen der Leistungen für Demenzkranke

Ab 2013 erhalten Demenzkranke ohne körperlichen Pflegebedarf (Pflegestufe 0), neben dem heute schon auf Antrag bei den Pflegekassen erhältlichen 100 bzw. 200 Euro monatlichen Zuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen, erstmals ein Pflegegeld von monatlich 120 Euro bei Betreuung durch Angehörige oder Pflegesachleistungen bis zu 225 Euro bei Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst.

Bei Demenz erhalten Pflegebedürftige in Pflegestufe I monatlich ein um 70 Euro erhöhtes Pflegegeld von 305 Euro oder um 215 Euro höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 Euro. Demenzkranke Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um 85 Euro höheres Pflegegeld von 525 Euro oder um 150 Euro höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro. In der Pflegestufe III gibt es jedoch keine Leistungserhöhung.

Außerdem gibt es erstmals für Demenzkranke und psychisch Kranke mit eingeschränkter Alltagskompetenz die volle Verhinderungspflegeleistung bei Abwesenheit von pflegenden Angehörigen (1.550 Euro für bis zu 28 Tage im Jahr) sowie Zuschüsse für genehmigte Wohnungsanpassungen (bis zu 2.557 Euro pro Maßnahme) und technische Hilfsmittel wie ein Pflegebett. All diese Leistungen erhielten bisher nur anerkannte Pflegebedürftige mit rein körperlichen Gebrechen.

## Neues Wahlrecht bei ambulanter Pflege

Pflegebedürftige oder deren Angehörige können bei ihrem ambulanten Pflegedienst künftig wählen, ob dieser ihnen die Pflege und Betreuung nach bisherigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen (Beispiel: Ganzkörperwäsche oder Vollbad) oder eine bestimmte Zeit für die Pflege garantieren soll. Gemeinsam mit dem Pflegedienst sollen sie entscheiden, welche Leistungen nach Zeitvolumen in Anspruch genommen werden.

## Förderung von altersgerechten Wohnformen

Pflegebedürftige in selbst organisierten Wohngemeinschaften erhalten bei Pflegestufe I-III künftig pro Bewohner (**bei mindestens 3 Pflegebedürftigen**) 200 Euro Zuschuss, um ihren erhöhten Organisationsaufwand finanzieren zu können. Außerdem werden notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung von neuen ambulant betreuten Wohngruppen mit 2.500 Euro pro Person, höchstens aber 10.000 Euro pro Wohngruppe gefördert. Diese Maßnahme ist zeitlich befristet bis Ende 2015.

# Häusliche Pflege

## Verbesserungen für pflegende Angehörige

Die Bedürfnisse pflegender Angehöriger sollen von der Krankenversicherung künftig stärker berücksichtigt werden, wenn sie Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf haben. Leichter sollen sie künftig eine Auszeit von der Versorgung eines Pflegebedürftigen nehmen können.

## Mehr Geld für Pflege durch Angehörige

Das Pflegegeld für häusliche Pflege durch Angehörige wird in Zukunft zur Hälfte weiter gezahlt, wenn der Pflegebedürftige Kurzzeitpflege nach Klinikaufenthalten oder Verhinderungspflege wegen Urlaubs oder Krankheit von pflegenden Angehörigen in Anspruch nehmen muss. Bisher wurde die Zahlung des Pflegegelds für diese Zeit eingestellt.

## Rentenabsicherung pflegender Angehöriger

Um rentenrechtlich abgesichert zu sein, müssen pflegende Angehörige mindestens 14 Stunden pro Woche häuslich pflegen. Auf diese Mindeststundenzahl wird zukünftig auch die häusliche Pflege von mehreren Pflegebedürftigen angerechnet.

## Mehr Rechte für Pflegebedürftige und Angehörige

Gestärkt werden die Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gegenüber den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Ein Beratungstermin soll innerhalb von zwei Wochen nach Antrag auf Pflegeleistungen angeboten werden. Auf Wunsch soll die Beratung zu Hause beim Antragsteller stattfinden.

Der Antragsteller/Pflegebedürftige erhält zudem automatisch eine Auskunft, ob die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist.

Kann der MDK Pflegebedürftige oder Antragsteller auf Pflegeleistungen nicht innerhalb von vier Wochen begutachten, müssen die Pflegekassen dem Versicherten mindestens drei andere Gutachter zur Auswahl nennen.

Liegt der Entscheid über die Begutachtung nicht innerhalb von vier Wochen vor, müssen Pflegekassen pro überzogene Woche 70 Euro als erste Versicherungsleistung an den Versicherten zahlen.

Auf Wunsch des Antragstellers muss das ausführliche schriftliche Gutachten zur Pflegeeinstufung jederzeit zugesandt werden.



## Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz:

Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- Wer?** Patient, Angehöriger
- Wie?** Formular der Kranken-/Pflegekasse
- Wo?** Antrag bei der Kranken-/Pflegekasse

- Festlegung der Pflegestufe
- Umfang der geeigneten, notwendigen und zumutbaren Maßnahmen
- Art, Umfang u. Dauer der Maßnahmen in Absprache mit dem Hausarzt
- Individueller Pflegeplan

### Häusliche Pflege

Die **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)** enthält keine Geldleistung, sondern soll die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn unterstützen, indem Pflegefachkräfte als Sachleistung hinzugezogen werden können. Es gelten nachfolgende Pflegesätze, die direkt an den Pflegedienst gezahlt werden:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012	ab 2013 Demenzkranke
Stufe 0	0,00 EUR	225,00 EUR
Stufe 1	450,00 EUR	665,00 EUR
Stufe 2	1.100,00 EUR	1.250,00 EUR
Stufe 3*	1.550,00 EUR	1.550,00 EUR

\* in Härtefällen ab 2012: 1.918,00 Euro

Das **Pflegegeld (§ 37 SGB XI)** kann anstelle der häuslichen Pflegehilfe direkt gezahlt werden und dient dem Zweck, die Pflege in häuslicher Umgebung selbst zu organisieren. Im Sinne einer Qualitätskontrolle und Hilfestellung werden professionelle Beratungen in der Häuslichkeit durchgeführt. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012	ab 2013 Demenzkranke
Stufe 0	0,00 EUR	120,00 EUR
Stufe 1	235,00 EUR	305,00 EUR
Stufe 2	440,00 EUR	525,00 EUR
Stufe 3	700,00 EUR	700,00 EUR

Die **Kombination aus Sach- und Geldleistung (§ 38 SGB XI)** kommt dann in Betracht, wenn der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung bis zum Höchstbetrag nicht ausgeschöpft hat, sodass ihm der Restbetrag in Form einer Geldleistung auf Antrag anteilig ausbezahlt wird. An diese Kombinationsleistung ist der Pflegebedürftige dann sechs Monate gebunden.

Im Fall der **häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**, ob Krankheit oder Urlaub, zahlt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflegekraft max. bis zu vier Wochen pro Jahr. Einen Anspruch auf Pflegevertretung hat die Pflegeperson bereits nach sechs Monaten Vorpflegezeit. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

<b>Verhinderungspflege alle Pflegestufen (monatlich)</b>	ab 2012	<b>1.550,00 EUR</b>
--	---------	---------------------

# Häusliche Pflege

## Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz:

### Leistungen im Pflegeheim

Unter der **Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)** als **teilstationäre Pflege** versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist – beispielsweise weil häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann. Durch die Pflegereform können Tages- und Nachtpflege und Sach- bzw. Geldleistungen so kombiniert werden, dass der Gesamtanspruch auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages steigt. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012
Stufe 1	450,00 EUR
Stufe 2	1.100,00 EUR
Stufe 3	1.550,00 EUR

Insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ist eine **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)** möglich. Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegestufen, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

<b>Kurzzeitpflege alle Pflegestufen</b> (monatlich)	ab 2012	<b>1.550,00 EUR</b>
---	---------	---------------------

Die **vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)** wird Ihnen gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom MDK prüfen lassen, mit Ausnahme der Pflegestufe III. Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim, der wie folgt gestaffelt ist:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012
Stufe 1	1.023,00 EUR
Stufe 2	1.279,00 EUR
Stufe 3*	1.550,00 EUR

\* in Härtefällen ab 2012: 1.918,00 Euro

## Unterscheidung der **Pflegestufen** zu Körperpflege, Ernährung und Mobilität

Pflegestufe 0 Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erhebliche Pflege	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerpflegebedürftige
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diagnosen: Demenz Alzheimer Krankheit u.a.</li> <li>■ Verlangt einen Bedarf an Grundpflege</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen</li> <li>■ Mindestens 1x täglich Hilfe</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Täglich Hilfe rund um die Uhr, auch nachts</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>



## 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, oder andere unabh. Gutachter nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).	Antragsformular bei der Kranken- oder Pflegekasse anfordern, innerhalb von ca. sechs Wochen kommt es zur Einstufung durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter.
<b>Entscheidung über Pflegeform</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Pflege im häuslichen Umfeld selbst übernehmen</li><li>■ Pflege im häuslichen Umfeld durch Pflegedienst</li><li>■ Kombinationsleistung</li><li>■ Teilstationäre Pflege ■ Pflege im Pflegeheim</li></ul>	Beratung durch Krankenhaus, Kassen, Pflegeverein oder Ihrem care team-Partner vor Ort.
<b>Pflegebett</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Elektrisch verstellbar</li><li>■ Höhenverstellbar</li><li>■ Fahrbar</li><li>■ Ggf. mit Bettseitenteilen</li><li>■ Ggf. mit Beistelltisch oder Bettnachtschrank</li><li>■ Ggf. höhenverstellbarem Einlegerahmen für Ehebett</li></ul>	Beratung bei Ihrem care team-Partner vor Ort.
<b>Veränderungen im Wohnumfeld</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Bad und Toilette</li><li>■ Türrahmenvergrößerung</li><li>■ Rampen (etc.)</li></ul>	Beratung bei Ihrem care team-Partner vor Ort.
<b>Hilfsmittel für Bad und Toilette</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Badewannenlifter</li><li>■ Badewannenbrett</li><li>■ Toilettenstuhl</li><li>■ Toilettensitzerhöhung</li><li>■ Ergonomische Griffe</li></ul>	Beratung bei Ihrem care team-Partner vor Ort.
<b>Hilfsmittel zur Mobilisation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Rollstuhl</li><li>■ Gehwagen</li><li>■ Rollator</li><li>■ Patientenlifter</li><li>■ Haltegürtel</li><li>■ Gleitdecken, Umlagerungshilfen</li></ul>	Beratung bei Ihrem care team-Partner vor Ort.

# Häusliche Pflege

## Pflegehilfsmittel Definition: § 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.

### care team-info

Der Antrag auf die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Eine Absprache mit dem Hausarzt ist dennoch empfehlenswert. Pflegehilfsmittel belasten nicht das Budget des Arztes. Für technische Hilfsmittel – keine Verbrauchsgüter – haben Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, eine Zuzahlung von 10 %, maximal jedoch 25,- Euro je Hilfsmittel, selbst zu entrichten (in Härtefällen Befreiung möglich) – es sei denn, das Hilfsmittel wird leihweise zur Verfügung gestellt.

## Finanzierung von Pflegehilfsmitteln

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

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

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

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



Pflege zu Hause – eine mutige, aber auch zeit- und kraftaufwändige Entscheidung. Oftmals sind Pflegedienste und Sozialstationen die bessere Alternative.



# Was ist ein Hilfsmittel?

Was ein Hilfsmittel ist und der Anspruch darauf sind in § 33 SGB V definiert.

Hier heißt es:

»Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.« Im Sinne des Gesetzes soll ein Hilfsmittel also an die Stelle eines nicht mehr funktionstüchtigen Körperorgans treten und weitgehend dessen beeinträchtigte Funktion (gehen, stehen, greifen etc.) erleichtern, ergänzen, ermöglichen oder ganz übernehmen. Die Aufgabe eines Hilfsmittels ist somit der Ausgleich eines körperlichen Funktionsausfalls. Des Weiteren gibt es Hilfsmittel, die den Erfolg einer Krankenhausbehandlung sichern. Beispiele hierfür sind Antidekubitusmatratzen bei Vorliegen eines Dekubitus, Orthesen zur Ruhigstellung der Glieder nach einem Knochenbruch, u. ä.

## Allgemeines

Seit dem 1. April 2007 besteht **eine Leistungspflicht** der Krankenkassen, auch wenn der schwerstbehinderte, pflegebedürftige Mensch trotz seines körperlichen Defizits nicht mehr zu rehabilitieren ist. Die Versorgungsleistungen durch die Krankenkassen umfassen auch notwendige Wartungen und technische Kontrollen der Hilfsmittel. Dem pflegebedürftigen, behinderten Menschen bzw. dessen Angehörigen wird also die Verantwortung abgenommen, sich selbst um die Sicherheit des Hilfsmittels kümmern zu müssen.

Die Krankenkasse übernimmt im Regelfall die Kosten für die Versorgung mit einem Hilfsmittel. Diese Leistung ist dann ausreichend und zweckmäßig und überschreitet nicht das Maß des Notwendigen. Darüber hinaus hat das care team auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berücksichtigen. Das heißt, das care team ist gehalten, ein gleich wirkendes aber kostengünstigeres Hilfsmittel zu bevorzugen, soweit nicht die Versorgung mit einem bestimmten Hilfsmittel medizinisch begründet ist.

Es kann jedoch durchaus vorkommen, dass Ihnen die Versorgung mit dem vorgesehenen Hilfsmittel, obschon es den gesetzlichen Anforderungen entspricht, im Material, in der Zusammensetzung oder im Rahmen der Zubehörausstattung nicht zusagt. Sie haben dann die Möglichkeit, das Hilfsmittel auf eigene Kosten Ihren Wünschen entsprechend anpassen zu lassen. Diese sogenannte »wirtschaftliche Aufzahlung« ist grundsätzlich immer möglich. Lassen Sie sich durch Ihr care team beraten.

# Der kleine Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

## Ich benötige ein Hilfsmittel. Was muss ich hierfür tun?

Sofern Sie das Hilfsmittel nicht selbst bezahlen wollen und Sie gegenüber einem Sozialversicherungsträger anspruchsberechtigt sind, übernimmt der zuständige Kostenträger, beispielsweise die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft, hierfür im Regelfall die Kosten. Dies setzt voraus, dass der Kostenträger eine ärztliche Verordnung (»Rezept«) erhält, auf der die Versorgung mit einem Hilfsmittel ausgewiesen ist.

Dies bedeutet, dass Sie immer zunächst einen Arzt aufsuchen müssen, um das Rezept zu erhalten. Auch wenn Sie zunächst ein care team aufsuchen, um mit den Mitarbeitern die medizinisch notwendige Versorgung mit einem Hilfsmittel vorab zu erörtern, müssen Sie danach einen Arzt aufsuchen, der Ihnen das Hilfsmittel auch verschreibt. Denn das Rezept ist die Grundlage für die Hilfsmittelversorgung zu Lasten des jeweiligen Kostenträgers.

Mit dem Rezept erstellt das care team für Sie einen Kostenvoranschlag und beantragt die Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger.

## Was passiert mit dem Kostenvoranschlag des care teams?

Sie haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige und fortschrittliche Versorgung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Der Kostenträger prüft zunächst, ob das verordnete Hilfsmittel entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben zur Therapie oder zum Ausgleich einer Behinderung medizinisch notwendig ist. Der Sachbearbeiter muss jedoch auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Auge behalten. Dies bedeutet, dass er prüfen muss, ob eine gleichwertige, aber kostengünstigere Versorgung zur Verfügung steht. Im Fall der Überprüfung einer Verordnung zu Lasten der Krankenkasse wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet. Der MDK beschäftigt Mediziner, die überprüfen, ob das verordnete Hilfsmittel medizinisch erforderlich ist.

## Wie kann das Ergebnis dieser Überprüfung lauten, und wie geht es dann weiter?

Hält der Kostenträger die verordnete Hilfsmittelversorgung für erforderlich, so schickt er einen Bewilligungsbescheid an Sie und benachrichtigt das care team, das den Kostenvoranschlag gefertigt hat. Das care team führt die Versorgung mit dem bewilligten Hilfsmittel aus.



Kommt der Kostenträger hingegen zu der Überzeugung, die Versorgung mit dem Hilfsmittel sei nicht notwendig, stellt er Ihnen einen Ablehnungsbescheid aus. Das care team kann die Versorgung zunächst nicht durchführen.

## Was kann ich tun, wenn die Hilfsmittelversorgung abgelehnt wurde? Was muss ich hierbei beachten?

Gegen den Ablehnungsbescheid können Sie als Versicherter schriftlich oder bei dem Kostenträger persönlich und mündlich zur Niederschrift Widerspruch einlegen. Hierzu haben Sie ab dem Zeitpunkt des Zugangs des Ablehnungsbescheids einen Monat Zeit. Das Widerspruchsverfahren ist für Sie kostenlos.

In diesem sogenannten Widerspruchsverfahren soll dem Kostenträger nochmals die Gelegenheit eingeräumt werden, den Ablehnungsbescheid zu überprüfen. Daher ist zu empfehlen, dass Sie den Widerspruch schriftlich verfassen und Ihre Gründe aufzählen, warum Sie mit dem Ablehnungsbescheid nicht einverstanden sind. Denn auch Ihre Gründe können im Rahmen der Überprüfung wichtig werden.

## Wie endet solch ein Widerspruchsverfahren und welche Möglichkeiten habe ich dann?

Entscheidet der Kostenträger, dass der ursprüngliche Ablehnungsbescheid zu Unrecht ergangen ist, erlässt er einen Abhilfebescheid und die Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel kann durchgeführt werden.

Lehnt der Kostenträger Ihr Begehren erneut ab, ergeht ein Widerspruchsbescheid. Gegen diesen Widerspruchsbescheid können Sie vor dem örtlich zuständigen Sozialgericht Klage erheben. Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist für Sie kostenlos. Für die fristgemäße Erhebung der Klage haben Sie erneut einen Monat ab Zugang des Widerspruchsbescheides Zeit.

# Der kleine Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

Ich bin gesetzlich krankenversichert.  
Kann ich mir mein Sanitätshaus aussuchen?

Bis zum 31. Dezember 2009 konnten Sie jedes Sanitätshaus Ihrer Wahl mit der Versorgung beauftragen. Ab dem 1. Januar 2010 müssen Sanitätshäuser Vertragspartner Ihrer Krankenkasse sein, um Sie mit Hilfsmitteln versorgen zu dürfen. Hat das von Ihnen ausgesuchte Sanitätshaus keinen Vertrag mit Ihrer Krankenkasse, so können Sie sich dennoch von ihm versorgen lassen, wenn Sie bei der Krankenkasse besondere Gründe vorbringen. Dieses sogenannte »berechtigte Interesse« kann zum Beispiel bei einem langjährigen Vertrauensverhältnis oder bei Eingriffen in die Intimsphäre vorliegen. Allerdings müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen, wenn das von Ihnen ausgewählte vertragslose Sanitätshaus teurer ist als das vertraglich gebundene Sanitätshaus.

## Gilt das freie Wahlrecht auch für ausgeschriebene Hilfsmittel?

Hat Ihre Krankenkasse ein oder mehrere Hilfsmittel ausgeschrieben und ein Sanitätshaus hat den Zuschlag erhalten, so verweist Ihre Krankenkasse Sie auf dieses Sanitätshaus. Sie können dann nicht mehr unter mehreren Vertragspartnern aussuchen. Der Ausschreibungssieger hat ein exklusives Versorgungsrecht.

Wenn Sie jedoch ein »berechtigtes Interesse« vorbringen können, haben Sie auch in diesem Fall die Möglichkeit, das Sanitätshaus Ihrer Wahl mit der Versorgung beauftragen zu können. Jedoch auch hier gilt, dass Sie die hierdurch verursachten Mehrkosten selbst tragen müssen.

## Muss ich mich an den Kosten für eine Hilfsmittelversorgung beteiligen?

Der Gesetzgeber hat – wie schon bei der Arzneimittelversorgung – festgelegt, dass gesetzlich Krankenversicherte Zuzahlungen von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € leisten müssen. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels. Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz). Dann gilt: Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 € pro Monat.



## Ein Angehöriger ist pflegebedürftig oder befindet sich in einem Pflegeheim. Hat er auch dann Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln?

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen einer Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das Hilfsmittel muss im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hinsichtlich des »Ausgleichens der Behinderung« genügt es, wenn der Gegenstand die erschwerte Funktion ermöglicht, ersetzt, erleichtert oder ergänzt. Dient ein medizinisch notwendiges Hilfsmittel den individuellen Bedürfnissen der Patienten und wird es nicht allein zur Pflegeerleichterung eingesetzt, so ist es grundsätzlich ordnungsfähig. Die Leistungspflicht liegt bei der Krankenkasse.

## Es gibt auch Leistungen aus der Pflegeversicherung. Was kann ich von wem beanspruchen?

Der Anspruch auf die Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln ist vorrangig an die Krankenkasse zu richten. Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege haben neben dem Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln gem. § 33 SGB V gegenüber der Krankenkasse auch Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (saugende Bettschutzeinlagen, Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel) gegenüber der Pflegeversicherung. In der stationären Pflege werden diese vom Pflegeheim vorgehalten. Die Abgrenzung zwischen den Hilfsmitteln, die auf Kosten der Pflegeversicherung und der Krankenkasse erfolgen, war lange Zeit umstritten. Das Bundessozialgericht hat mit seinen Urteilen vom 6. Juni 2002 und 24. September 2002 klargestellt, dass Hilfsmittel,

- die zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung individuell notwendig sind und
- für die eine medizinische Indikation gegeben ist (ärztliche Verordnung),

von den Krankenkassen zu erstatten sind. Dies gilt bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege. Eine Vorhaltepflcht für Hilfsmittel im Pflegeheim besteht nur, wenn das Heim entsprechende Vertragsvereinbarungen mit der Pflegeversicherung getroffen hat. Eine ärztliche Verordnung für Hilfsmittel muss in jedem Fall vorliegen.

# Hilfsmittelversorgung im stationären Pflegeheim

Auszüge aus dem Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen (v. 26. März 2007)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen.

Hilfsmittel, die der Durchführung der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen, sind vom Pflegeheim vorzuhalten.

Hilfsmittel, die von den Bewohnern gemeinsam genutzt werden, fallen regelmäßig in die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung.

Bei Hilfsmitteln, die allgemein zur Prophylaxe eingesetzt werden, steht der Aspekt der Pflegeerleichterung im Vordergrund, so dass eine Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung besteht.

Gleichwohl haben Heimbewohner einen Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sofern:

- der Verwendungszweck des Hilfsmittels nicht überwiegend in der Durchführung und Erleichterung der Grundpflege liegt.
- das Hilfsmittel zur Behandlung einer akuten Erkrankung (Behandlungspflege) bzw. dem Ausgleich einer Behinderung dient. Das gilt auch dann, wenn eine Selbstbestimmung oder Rehabilitation des Versicherten nicht mehr möglich ist.
- das Hilfsmittel zur Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses dient und ausschließlich von einem Versicherten genutzt wird.
- das Hilfsmittel individuell für einen Versicherten bestimmt ist und nur von ihm genutzt wird.

Unter Beachtung obiger gesetzlicher Vorgaben und Empfehlungen können im Regelfall folgende Hilfsmittel zu Lasten der GKV verordnet werden:

Siehe nächste Seite



<b>PG</b>	<b>Hilfsmittel</b>	<b>Ja</b>	<b>Besonderheit</b>
01	Sekret Absauger	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
02	Greifhilfe, Schreib- u. Lesehilfe	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
03	Applikationshilfen	✓	
05	Bandagen	✓	
06	Bestrahlungsgeräte	✓	
08	Einlagen	✓	
09	Elektrostimulationsgeräte	✓	
10	Fahrh. Gehhilfen, Gehstöcke, Gehstützen u. Gestelle	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
11	Dekubitus - Sitz- u. Liegehilfen	✓	akute Behandlung und direkte Nachsorge (nicht Prophylaxe)
12	Tracheostomahilfen	✓	
14	Inhalations- u. Atemtherapiegeräte	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
15	Inkontinenzhilfen	✓	(nicht zur Pflegeerleichterung)
16	Kommunikationshilfen	✓	(außer Signalanlagen)
17	Kompressionstherapie-Hilfsmittel	✓	
18	Rollstühle	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt (nicht zur Pflegeerleichterung)
20	Lagerungshilfen zur Unterstützung und Behandlung	✓	aus therapeutischen Zwecken im Einzelfall erforderlich (nicht zur Pflegeerleichterung)
21	Meßgeräte für Körperzustände	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
23	Orthesen	✓	
24	Prothesen	✓	
26	Sitzhilfen	✓	
29	Stomaartikel	✓	
30	Schienen	✓	
31	Schuhe und Zurichtungen	✓	

# Pflegetagebuch (für jeden Tag muss ein einzelnes Blatt ausgefüllt werden)

<b>Name des Pflegenden:</b> _____	
<b>Name des Pflegebedürftigen:</b> _____	

Datum:	Zeitaufwand in Minuten			Art der Hilfe (bitte ankreuzen)		
	morgens	mittags	abends nachts	Anleitung od. Beaufsichtigung	mit Unterstützung	teilw. od. volle Übernahme er- forderlich

## Körperpflege

Waschen						
Duschen						
Baden						
Rasieren						
Kämmen						
Mundpflege						
Blasentleerung						
Darmentleerung						
Intimpflege						
Wechseln v. Inkontinenzartikeln						
Ankleiden						
Auskleiden						

## Mobilität

Aufstehen im Bett						
Aufstehen im Rollstuhl						
Zubettbringen						
Lagerung						
Gehen/Bewegen im Haus						
Stehen						
Treppensteigen						
Begleiten zum Arzt						

## Ernährung

mundgerechte Zubereitung						
Essensaufnahme (Reichen)						

## Hauswirtschaftliche Versorgung

Einkaufen						
Kochen						
Wohnung reinigen						
Spülen						
Wechseln der Wäsche						
Waschen						
Bügeln						
Beheizen der Wohnung						

# Flächendeckendes care - team - Netz



Flexibel - vor Ort - Bundesweit

Schutzgebühr  
€ **2,50**

