



Lächeln ist ...
informiert sein

Häusliche Pflege

Ratgeber für Angehörige und Betroffene

Liebe Kundin, lieber Kunde,

möglicherweise sind Sie aktuell von dem Thema „Häusliche Pflege“ betroffen. Vielleicht sind Sie sogar selbst oder ein nahe stehender Mensch pflegebedürftig und Sie benötigen Hilfe.

Unser Ziel ist es, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme im Bereich der Pflege beratend zur Seite zu stehen und diese zu unterstützen. Deswegen finden Sie bei uns Hilfsmittel von höchster Qualität und optimaler Bedienbarkeit.

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

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Sanitätshaus mit dem lächelnden Gesicht





Inhalt

Vorwort.....	S. 6
Ziel der häuslichen Pflege.....	S. 7
Häusliche Pflege.....	S. 8
Pflegegrade.....	S. 10
Leistungen.....	S. 13
Pflegehilfsmittel.....	S. 18
Hilfsmittel.....	S. 20
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.....	S. 32
Aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Pflege.....	S. 34
Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung.....	S. 35
Checkliste für die häusliche Pflege.....	S. 42
Pflegebox.....	S. 43
Pflegetagebuch.....	S. 45
Weiterführende Adressen.....	S. 46
Unsere Kataloge.....	S. 47
Impressum.....	S. 48

Vorwort

A photograph showing a woman with long brown hair, wearing a white long-sleeved sweater, smiling and holding the hand of an elderly person wearing a light blue sweater. The background is a bright, blurred indoor setting, possibly a care home or a hospital, with a wooden chair visible.

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.



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 Berater vor Ort steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Unsere Partner in Ihrer Nähe können Sie ganz einfach unter: www.sani-aktuell.de/finder finden.



Offt geht der Pflegebedürftigkeit 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 Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung, SGB XI), beantragt werden.

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

Häusliche Pflege

Wer hat Anspruch auf häusliche Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung)?

Anspruch auf Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung) hat der Versicherte, der wegen einer Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer - voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate - in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedarf.

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 häuslichen 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

Ein Angehöriger wird zum Pflegefall – die ersten Schritte

Ziel der sozialen Pflegeversicherung 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 der sozialen Pflegeversicherung stellen.
- Im häuslichen Bereich den Antrag ebenso frühzeitig mit dem Hausarzt absprechen.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen stellt den Grad der Pflegebedürftigkeit fest
- Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter.

Tipp: Angehörigen und Pflegebedürftigen in allen Pflegegraden stehen kostenlose Beratungsbesuche und Pflegekurse zu. Die Pflegekassen bieten diese Schulungskurse unentgeltlich für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich pflegende Menschen an. Zum Teil werden die Kurse in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten.

Pflegegrade

Neuerungen im Bereich der Pflegeversicherung ab 2017

Seit dem 1. Januar 2017 gelten die neuen Pflegegrade, die die alten Pflegestufen vollständig abgelöst haben.

Ab sofort soll nicht mehr der zeitliche Aufwand für die Pflege als Kriterium für Pflegebedürftigkeit gelten, sondern der Grad der Selbstständigkeit, also wie selbstständig die pflegebedürftige Person noch ist.

Die Pflegegrade sollen vor allem Menschen mit Demenz und psychisch Erkrankten die gleichen Pflegeleistungen ermöglichen, wie Pflegebedürftigen mit körperlichen Beeinträchtigungen.

I. Was sind die fünf Pflegegrade?

Die drei Pflegestufen wurden ab 2017 vollständig von den Pflegegraden ersetzt. Auch ein neues Begutachtungssystem, das sogenannte NBA (= Neues Begutachtungssystem) trat hierzu in Kraft, um die Pflegebedürftigkeit anhand des Grades der Selbstständigkeit zu beurteilen.

Durch die Umstellung soll niemand schlechter gestellt werden als vorher, dafür sorgt der sogenannte Bestandsschutz. Die Pflegebedürftigen, die bereits eine Pflegestufe haben, müssen für die Einordnung in die Pflegegrade nichts weiter tun. Sie werden automatisch in einen Pflegegrad eingestuft.

Die einzelnen Pflegegrade haben jeweils eine eigene Definition, anhand derer bereits erkennbar ist, welche Einschränkungen in Bezug auf die Selbstständigkeit vorliegen.

Pflegegrade

Fünf Pflegegrade:

Pflegegrad 1:

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 2:

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 3:

Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 4:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 5:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Tipp: Mit Hilfe unseres Online-Pflegegradrechners können Sie einfach den Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmen. Anhand Ihrer Angaben berechnet er, welcher Pflegegrad Ihnen oder Ihrem Angehörigen voraussichtlich zustehen würde. Er gibt eine erste Orientierung dafür, ob eine Beantragung von Pflegegeld möglich wäre. Den Pflegegradrechner finden Sie unter: <http://www.sani-aktuell.de/pflegegradrechner>

Pflegegrade

Für die erstmalige Einstufung in einen Pflegegrad ist ein Antrag bei der Pflegekasse erforderlich. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelt die Selbstständigkeit nach der neuen NBA-Methode und empfiehlt daraufhin einen Pflegegrad. Letztlich entscheidet die Pflegekasse ob der Pflegegrad genehmigt und somit die Pflegeleistungen gewährt werden.

Wichtig:

Die Leistungen der Pflegekasse werden bei Bewilligung des Pflegegrades ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt, weshalb der Pflegegrad zeitnah beantragt werden sollte. Rückwirkende Leistungen werden nicht vergeben. Seit Januar 2017 erhalten alle Pflegebedürftigen mit anerkanntem Pflegegrad in häuslicher Pflege einen Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro, welcher zur Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer Kurzzeitpflege oder für Leistungen von ambulanten Pflegediensten verwendet werden kann.

Seit 2017 stellt der MDK nicht nur den Grad der Abhängigkeit von fremder Unterstützung in den für Betreuung und Pflege entscheidenden Lebensbereichen fest und gibt Empfehlungen hinsichtlich des Pflegegrads ab. Seine Gutachter empfehlen darüber hinaus neben Rehabilitationsmaßnahmen auch Maßnahmen der Prävention. Die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt stets auf Grundlage eines bundeseinheitlichen Begutachtungsstandards. Außerdem gibt der MDK Empfehlungen zur Hilfsmittelversorgung wie mit Krankbetten und zu notwendigen Maßnahmen von Krankenbehandlung wie Heilmitteltherapien.

Tipp: Es ist sinnvoll sich für den MDK Besuch vorzubereiten. Ein Pflegetagebuch, in das alle Pflegemaßnahmen und deren zeitlicher Aufwand eingetragen werden, kann die Begutachtung erleichtern! Auf den Seiten 42/43 finden Sie ein Musterbeispiel für ein Pflegetagebuch.

Leistungen

II. Welche Leistungen kann ein Pflegebedürftiger je nach Pflegegrad von seiner Pflegekasse beziehen?

Durch das Pflegestärkungsgesetz II und dem damit verbundenen Pflegebedürftigkeitsbegriff steigt die Zahl der Versicherten, die Anspruch auf Leistungen der Pflegekassen haben, da die Unterstützung nun durch Einführung des Pflegegrades 1 früher beginnt. Meist ist mit einer höheren Leistung im Gegensatz zu den vorherigen Pflegestufen zu rechnen.



1. Entlastungsbetrag

Seit Januar 2017 erhalten alle Pflegebedürftigen mit anerkanntem Pflegegrad in häuslicher Pflege einen Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro, welcher zur Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer Kurzzeitpflege oder für Leistungen von ambulanten Pflegediensten verwendet werden kann.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich gewährt und wird somit nicht mit den sonstigen Leistungen verrechnet. Beträge, die nicht vollständig verbraucht wurden, können entweder mit in den Folgemonat oder ins folgende Kalenderjahr übertragen werden.

Leistungen

Besonderheit bei Pflegegrad 1:

Pflegebedürftige, die den anerkannten Pflegegrad 1 haben, bekommen weder Pflegegeld noch Pflegesachleistungen.

2. Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)

Die Pflegesachleistungen können bei Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes bezogen werden. Ambulante Pflegesachleistungen können mit dem Pflegegeld kombiniert werden, wenn zum Beispiel Angehörige den Pflegebedürftigen zusätzlich versorgen. Die Pflegekasse rechnet den entsprechenden Betrag mit dem Pflegedienst ab.

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflegesachleistung	-	689 €	1298 €	1612 €	1995 €



Leistungen

3. Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

Das Pflegegeld kann bezogen werden, wenn zum Beispiel Angehörige oder Ehrenamtliche den Pflegebedürftigen versorgen und pflegen. Es kann mit den ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden, wenn ein ambulanter Pflegedienst zusätzlich zur Versorgung des Pflegebedürftigen gerufen wird. In diesem Fall erhält der Pflegebedürftige das Geld auf sein Konto.

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflegegeld	-	316 €	545 €	728 €	901 €

4. Verhinderungspflege (39 SGB XI)

In den Pflegegraden 2-5 erhalten die Pflegebedürftigen bis zu 1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr. Diese Leistungen können bezogen werden wenn die private Pflegekraft im Urlaub ist oder krankheitsbedingt an der Pflege gehindert wird.

Von den 1.612 Euro können 50%, also 806 Euro, des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege für Verhinderungspflege angerechnet werden. Dies ist nur möglich wenn die Kurzzeitpflege in einem Jahr nicht genutzt wird. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten keine Leistungen für die Verhinderungspflege, können aber den Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich anrechnen lassen (s.o.).

Leistungen

5. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2-5 erhalten bis zu 1.612 Euro für Kurzzeitpflege (maximal acht Wochen). Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro anrechnen lassen (s.o.)

6. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Die Tages- und Nachtpflege bezeichnet die teilstationäre Pflege und findet zeitweise im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung statt. Die Leistungen kommen insbesondere Pflegebedürftigen zugute, die zwar zu Hause versorgt werden, die aber während der Abwesenheit der Pflegeperson nicht alleine zu Hause bleiben können. Die Leistungen für Tages-/Nachtpflege können seit Januar 2015 zusätzlich zu den ambulanten Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Die Leistungen werden also nicht mehr angerechnet. Seit 2017 haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Personen mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbeitrag dafür einsetzen.

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Leistungsbeitrag für Tages- und Nachtpflege	-	689 €	1298 €	1612 €	1995 €

Leistungen

7. Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38 c SGB XI)

Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer Wohngruppe zusammenleben und ambulant betreut werden, bezuschusst die Pflegekasse diese Wohngemeinschaft. Für die Gründung von Pflege-Wohngruppen werden folgende einmalige Beträge gewährt:

Pflegegrad 1-5: 2.500 €/Person bzw. 10.000 €/Wohngruppe

Somit bekommen auch Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 entsprechende Leistungen. Übernimmt eine Person der Wohngruppe besondere organisatorische, betreuende oder gar hauswirtschaftliche Tätigkeiten wird ein Wohngruppennachschlag in Höhe von 214 Euro gewährt. Dieser steht Personen in allen Pflegegraden zu.

8. Umbaumaßnahmen des Wohnbereiches (§ 40 Abs. 4 SGB XI)

Der altersgerechte Umbau einer Wohnung wird durch die Pflegeversicherung seit 2017 verstärkt bezuschusst, was vor allem im Pflegegrad 1 zu bemerken ist.

Bei einer Einzelperson werden im Pflegegrad 1-5 bis zu 4.000 Euro gewährt. Wenn mehrere Antragsberechtigte zusammenwohnen, bezuschusst die Pflegeversicherung mit 16.000 Euro. Hierzu zählt zum Beispiel auch der barrierefreie Badumbau oder die Integrierung eines Treppenlifts.

Pflegehilfsmittel

9. 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.

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 Pflegehilfsmittel - 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.

Pflegehilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse bis zu einem Betrag von 40 Euro/ Monat bezahlt. Zu den Verbrauchsgütern zählen:

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

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

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

Tipp: Weitere Informationen zu verschiedenen Hilfsmitteln finden Sie in unseren Katalogen.

Blättern Sie dazu einfach in unseren Online-Katalogen unter: www.sani-aktuell.de/kataloge oder bestellen Sie sich Ihren persönlichen Katalog unter www.sani-aktuell.de/kataloge nach Hause.

Hilfsmittel

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 Antidekubitusmatten bei Vorliegen eines Dekubitus, Orthesen zur Ruhigstellung der Glieder nach einem Knochenbruch, u.ä..

Hilfsmittel



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 Sanitätshaus auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berücksichtigen. Das heißt, das Sanitätshaus ist angehalten, 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 Sanitätshaus beraten.

Hilfsmittel

Mobilität

In unserer modernen Welt ist Mobilität zu einem Schlagwort geworden. Ein Schlagwort, das auf alle möglichen technischen Fortbewegungsmöglichkeiten verweist. Doch verbinden wir damit nur noch selten die uns mitgegebene Fähigkeit aus eigener Kraft zu gehen. Dabei verdanken wir gerade dieser Fähigkeit eine unschätzbare Flexibilität. Und sie ermöglicht es uns, selbst größere Distanzen im Alltag zu überbrücken.

Für bewegungseingeschränkte Menschen werden jedoch häufig schon geringe Entfernungen zu einem unüberwindbaren Hindernis. Wenn man selbst kurze Wege nicht mehr ohne fremde Hilfe zurücklegen kann, verhelfen durchdachte Produkte, drinnen wie draußen, zu mehr Mobilität und unerreichbare Ziele werden wieder erreichbar.

Bei Ihrem Fachhändler mit dem Smiley finden Sie ein umfangreiches Produktsortiment rund um Ihre Mobilität.



Hilfsmittel

Rollatoren - die neue Bewegungsfreiheit

Ein Rollator ist ein zuverlässiger Begleiter, der Ihnen die Möglichkeit gibt, selbstständig und sicher zu gehen. Er bietet Ihnen Unterstützung sowohl im häuslichen Bereich als auch beim Spazierengehen, Einkaufen und auf Reisen. Und Ihren Sitzplatz haben Sie auch immer dabei.



Gehstöcke - der ideale Begleiter.

Nichts hält mobiler als Bewegung. Der richtige Gehstock leistet dazu als erstklassiges Qualitätsprodukt seinen Beitrag. Optimal konstruiert, belastbar und variabel.



Tipp:

Gehstöcke richtig tragen.

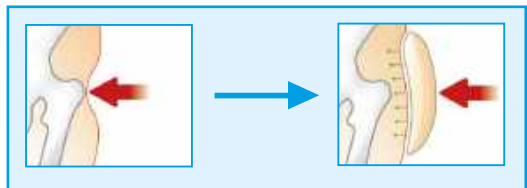
Nur Mittel-, Ring- und kleiner Finger umschließen den Griff, Zeigefinger und Daumen berühren ausgestreckt den Griffansatz am Stock. Beim Aufsetzen ist es sehr wichtig, das Gewicht möglichst senkrecht auf den Stock zu lagern.

Hilfsmittel

Kompletthüftschutz

Der Kompletthüftschutz vereint einen hohen Tragekomfort mit idealen Dämpfungsfähigkeiten und hilft bei Stürzen durch seinen viskoelastischen Schaumstoff das Risiko eines Oberschenkelhalsbruchs zu vermindern. Die Protektoren stecken in eingenähten Taschen in der speziellen Unterwäsche und sind damit ganz einfach in der Anwendung. Einfach Protektoren einsetzen, den Slip anziehen und schon sind Sie geschützt.

Diese Weichprotektoren passen sich Ihrem Hüftbereich optimal an. Aufgrund des geringen Gewichts sowie durch die konischen Verläufe im Protektoren-Außenbereich nehmen Sie den Hüftschutz kaum wahr. Die Mikrostruktur des Protektorschaums sorgt dafür, dass - trotz der Weichheit - der Schaumstoff im Falle eines Sturzes nur wenig nachgibt und den Hüftbereich optimal schützt.



Hilfsmittel

Mobilitätstrainer

Tägliche Bewegung ist eine der Grundvoraussetzungen dafür, die Funktionen unseres Körpers intakt zu halten und aktiv zu bleiben. Überzeugen Sie sich selbst von der wohltuenden Bewegung zu Hause. Trainieren Sie die Kraft Ihrer Arme und Beine mit dem kompakten Mini-Trimmer. Sie können ihn auf den Fußboden stellen und Fahrrad fahren. Oder Sie stellen ihn auf den Tisch und trainieren Ihre Arme.



Hilfsmittel

Inkontinenz

Mehr als neun Millionen Menschen alleine in Deutschland leiden an Inkontinenz (Quelle: Deutsche Kontinenzgesellschaft). Die Mehrzahl der Betroffenen spricht jedoch nicht darüber und behilft sich aus Unwissenheit mit ungeeigneten Mitteln.

Wann ist jemand inkontinent?

Alle Menschen kommen inkontinent zur Welt. Die bewusste Kontrolle über die Ausscheidungen erlangen sie erst im Laufe der Zeit. Verschiedene Erkrankungen, Behinderungen oder der normale Alterungsprozess können dazu führen, dass Menschen Urin und Stuhl wieder unwillkürlich verlieren.



Als inkontinent werden Menschen bezeichnet, die es nicht mehr vermögen, Harn oder Stuhl kontrolliert im Körper zurückzuhalten. Demzufolge unterscheidet man zwischen Harn- und Stuhlinkontinenz. Die Auswahl der Inkontinenzversorgung richtet sich danach, welche Indikation vorliegt oder welches Inkontinenzprodukt dieser am besten gerecht wird.

Hilfsmittel

Körperpflege

Das Schamgefühl des Menschen hat sich über Jahrtausende entwickelt und unser Verständnis von Intimität dadurch immer mehr sensibilisiert. So ist es ganz natürlich, dass wir die Wahrnehmung unserer Privatsphäre heutzutage an strengeren Maßstäben anlegen als noch vor zwei oder drei Generationen. Dies gilt insbesondere für die Körperpflege. Denn kaum etwas betrifft unseren Intimbereich so unmittelbar und verlangt in solchem Maß nach Zurückgezogenheit wie der tägliche Aufenthalt in Bad, Dusche und WC.



Bei Ihrem Fachhändler mit dem Smiley finden Sie hochwertige Produkte für Bad, Dusche und Toilette. Unser umfangreiches Sortiment berücksichtigt nahezu jede Bewegung und jeden Handgriff, der nicht aus eigener Kraft getan werden kann. So verhelfen wir Ihnen zu mehr Sicherheit, Unabhängigkeit und Wohlbefinden.

Hilfsmittel

Ernährung

„Essen hält Leib und Seele zusammen.“ Im Sprichwort wird anschaulich, was Essen für uns bedeutet: Zum einen enthält das Essen wichtige Nährstoffe für einen funktionierenden Organismus, zum anderen bereitet der Geschmack des Essens uns ein sinnliches Vergnügen.

Menschen mit eingeschränkter Beweglichkeit oder nachlassender Kraft benötigen besondere Hilfsmittel, die ihnen die Arbeit in der Küche und die Nahrungsaufnahme erleichtern.

Eine Tellereinfassung vereinfacht zum Beispiel die Nahrungsaufnahme dadurch, dass sie beim einhändigen Essen verhindert, dass Speisen vom Teller rutschen können. Auch die folgenden Alltagshilfen können das Leben von bewegungseingeschränkten Menschen erheblich erleichtern:

- Schnabelbecher
- Fixierbrett
- Käsehobel
- Besteck
- Trinkglas, Trinkbecher, Teller mit Randerhöhung



Hilfsmittel

Pflegebett-Ausstattung

In Deutschland leiden mehr als 20 Millionen Menschen unter Einschlaf- und Durchschlafproblemen. Frauen trifft es doppelt so häufig wie Männer; Ältere leiden häufiger an Schlafstörungen als Jüngere. Schlafstörungen erzeugen einen hohen Leidensdruck. Rückenschmerzen, Verspannungen, Kopfschmerzen oder einfach das Gefühl, morgens »wie gerädert« aufzuwachen. Wer nachts schlecht schläft, ist morgens nur »ein halber Mensch«, schlecht gelaunt oder unzufrieden. Die Konzentrationsfähigkeit ist herab gesetzt, die Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Bei Ihrem Fachhändler mit dem Smiley finden Sie ein umfangreiches Produktsortiment, das Ihnen den Alltag erleichtert und für einen gesunden und erholsamen Schlaf sorgt.



Hilfsmittel

Positionieren und Mobilisieren

Das Positionieren, Umbetten und die Transfers zur Mobilisierung von bewegungseingeschränkten Menschen nimmt in der heutigen Zeit eine immer bedeutendere Rolle ein. Die verschiedenen Diagnosebilder und zu fördernden Ressourcen erhöhen oftmals die körperliche Belastung der betreuenden und pflegenden Personen. Umso wichtiger ist es also, dass falsche bzw. ungünstige Bewegungsabläufe reduziert sowie „klassisches Heben und Tragen“ durch geeignete Hilfsmittel vermieden wird. Die hier abgebildeten Produkte



spiegeln nur einen kleinen Teil unseres Gesamtangebotes wider. Gerne berät Sie Ihr Smiley-Fachhändler vor Ort. Weitere Informationen zum Positionieren und Mobilisieren finden Sie in unserem „Ratgeber zur Mobilisation und Positionierung“.



Hilfsmittel

Intelligente Assistenz-Systeme

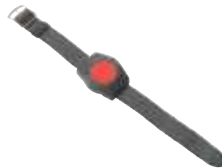
Der Sicherheitsaspekt in der Pflege ist für ca. 1,6 Millionen Demenzkranke und sturzgefährdete Menschen sehr wichtig. Die Häufigkeit der Demenz steigt mit zunehmendem Lebensalter und schränkt die Selbstständigkeit bis zum Stadium völliger Pflegeabhängigkeit ein.



Für die pflegenden Angehörigen als private Nutzer, aber auch für den institutionellen Pflegebereich ist das Sortiment Intelligente Assistenz-Systeme somit eine große Hilfe.

Hilfsmittel wie das Pflegeruf-Set oder der Großruftaster vereinfachen die Pflege und geben Sicherheit in der Betreuung.

Auch weitere Entfernungen können durch das Notruftelefon Easywave Fon-Alarm - mit einfachem Kopfdruck auf den Arbandsender - überbrückt werden.



Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz, die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und das Pflegeunterstützungsgeld ermöglichen es Beschäftigten, den Beruf und die Pflege von Angehörigen zu vereinbaren.

Pflegezeit

Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase. Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Partnerinnen und Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Partnerinnen und Partner einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder (auch des Ehegatten oder Lebenspartners), Schwiegerkinder und Enkelkinder.



Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Welche Förderung können pflegende Angehörige während der Pflegezeit erhalten?

Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen; dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit. Das Darlehen zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (www.bafza.de). Es wird in monatlichen Raten ausbezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab.

Auf entsprechenden Antrag kann auch eine niedrigere monatliche Darlehensrate in Anspruch genommen werden (Mindesthöhe 50 Euro). In Fällen, in denen eine vollständige Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird, ist die Darlehensrate im Übrigen auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.

Sofern in kleineren Unternehmen kein Anspruch auf Freistellung besteht, kann eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit)

Aus der häuslichen in die vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege

Die Leistungen für die vollstationäre Pflege im Pflegeheim wurden ab 2017 neu gestaffelt. Für Pflegebedürftige, die bereits eine anerkannte Pflegestufe haben, gilt der sogenannte Bestandsschutz. Das bedeutet, dass sie durch die Pflegegrade nicht schlechter gestellt werden, sofern der Eigenanteil ab Januar 2017 höher ist als noch im Jahr 2016. Dadurch erhalten Pflegebedürftige, die schon lange eine Pflegestufe haben nicht weniger Leistungen.

Neu ist auch, dass der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ein fester Betrag sein wird, der nicht durch eine Höherstufung im Pflegegrad erhöht wird.

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Leistungen bei vollstationärer Pflege	-	770 €	1262 €	1775 €	2005 €



Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

Es gibt auch Leistungen aus der Krankenversicherung. 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.

Bei vollstationärer Pflege gilt der Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen/ Pflegekassen. Einzelheiten dazu finden Sie ab Seite 38.

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 Sanitätshaus 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 Sanitätshaus für Sie einen Kostenvoranschlag und beantragt die Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger.

Was passiert mit dem Kostenvoranschlag des Sanitätshauses?

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 kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet werden. Der MDK beschäftigt Mediziner, die überprüfen, ob das verordnete Hilfsmittel medizinisch erforderlich ist.

Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

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 Sanitätshaus, das den Kostenvorschlag gefertigt hat. Das Sanitätshaus führt die Versorgung mit dem bewilligten Hilfsmittel aus.



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.

Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

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.

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. Seit 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.



Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

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 zu beauftragen.

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 Euro und maximal 10 Euro 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 Euro pro Monat.

Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

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 verordnungsfähig. Die Leistungspflicht liegt bei der Krankenkasse.

Auszüge aus dem Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen (vom 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.

Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung



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.

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, Krankenhaus-sozialdienst und Pflegedienste erhältlich.
Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst, o. 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.
Entscheidung über Pflegeform <ul style="list-style-type: none"> • Pflege im häuslichen Umfeld selbst übernehmen • Pflege im häuslichen Umfeld durch Pflegedienst • Kombinationsleistung • Teilstationäre Pflege • Pflege im Pflegeheim 	Beratung durch Krankenhaus, Kassen, Pflegeverein oder Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.
Pflegebett <ul style="list-style-type: none"> • Elektrisch verstellbar • Höhenverstellbar • Fahrbar • Ggf. mit Bettseitenteilen • Ggf. mit Beistelltisch oder Bettnachtschrank • Ggf. höhenverstellbarem Einlegerahmen für Ehebett 	Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.
Veränderungen im Wohnumfeld <ul style="list-style-type: none"> • Bad und Toilette • Türrahmenvergrößerung • Rampen (etc.) 	Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.
Hilfsmittel für Bad und Toilette <ul style="list-style-type: none"> • Badewannenlifter • Badewannenbrett • Toilettensstuhl • Toilettensitzerhöhung • Ergonomische Griffe 	Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.
Hilfsmittel zur Mobilisation <ul style="list-style-type: none"> • Rollstuhl • Gehwagen • Rollator • Patientenlifter • Haltegürtel • Gleitdecken, Umlagerungshilfen 	Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.

Pflegebox

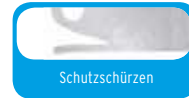
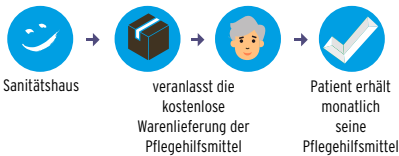
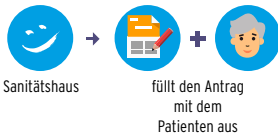
40 € Pflegepauschale

Folgende Produkte gehören
– gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI –
zu den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch

Haben Sie einen Pflegegrad oder pflegen Sie einen Angehörigen mit Pflegegrad in häuslicher Umgebung?

■ Dann haben Sie – gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI – einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch von Ihrer Pflegekasse. Die monatliche Pauschale von 40 € gilt für folgende ausgewählte Pflegehilfsmittel.

■ So einfach geht's:



Pflegetagebuch

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

Name des Pflegenden: _____

Name des Pflegebedürftigen: _____

Datum:

Zeitaufwand in Minuten

Art der Hilfe (bitte Ankreuzen)

morgens	mittags	abends/ nachts	Anleitung od. Beaufsichti- gung	mit Unterstüt- zung	teilw. od. volle Übernahme erforderlich
---------	---------	-------------------	---------------------------------------	------------------------	---

Körperpflege

Waschen					
Duschen					
Baden					
Rasieren					
Kämmen					
Mundpflege					
Blasenentleerung					
Darmentleerung					
Intimpflege					
Wechseln von Inkon- tinenzartikeln					
Ankleiden					
Auskleiden					

Ernährung

Mundgerechte Zubereitung					
Essensaufnahme (Reichen)					

Pflegetagebuch

morgens	mittags	abends/ nachts	Anleitung od. Beaufsichtigung	mit Unterstützung	teilw. od. volle Übernahme erforderlich
---------	---------	-------------------	----------------------------------	-------------------	---

Mobilität

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

Hauswirtschaftliche Versorgung

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

Weiterführende Adressen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Erster Dienstsitz:

Rochusstraße 1, 53123 Bonn

Zweiter Dienstsitz:

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin (Mitte)

Telefon: 030 18441-0

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Schulstraße 22

33311 Gütersloh

Telefon: 05241 97700

E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de

www.schlaganfall-hilfe.de

Sanitätshaus Aktuell AG

Auf der Höhe

53560 Vettelschoß

Telefon: 02645 9539-0

E-Mail: info@sani-aktuell.de

www.sani-aktuell.de

Unsere Kataloge

Unsere speziellen Kataloge sind auf die Vielfalt der Versorgungsmöglichkeiten ausgerichtet und geben Ihnen für das passende Hilfsmittel einen ersten Überblick. Ihr Wunschkatalog ist unter www.sani-aktuell.de/kataloge online einsehbar oder einfach online zu bestellen.

Gerne können Sie sich Ihre Wunschkataloge aber auch über die E-Mail Adresse: kataloge@sani-aktuell.de bestellen oder Sie senden uns eine Postkarte mit Ihrer Bestellung an:

Sanitätshaus Aktuell AG - Katalogbestellung - Auf der Höhe - 53560 Vettelschoß



Impressum

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 50
53560 Vettelschoß
Tel.: 02645 / 95 39-21
info@sani-aktuell.de
www.sanitaetshaus-aktuell.de

Druck: Druckerei Corzilius, Selters
03/2019

Notizen

Notizen



gÖLDNER
DAS SANITÄTSHAUS



Eggenfelden

Schellenbruckstr. 3
84307 Eggenfelden
Tel.: 08721 / 12689-0
Fax: 08721 / 12689-15

Pfarrkirchen

Rottpark 24
84347 Pfarrkirchen
Tel.: 08561 / 41 66
Fax: 08561 / 91 09 98

Simbach am Inn

Maximilianstr. 9
84359 Simbach (Inn)
Tel.: 08571 / 44 10
Fax: 08571 / 92 12 04

Arnstorf

Im Parkwohnstift
Schönauer Str. 19
94424 Arnstorf
Tel.: 08723 / 303 13 08

www.göldner.de

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 50
53560 Vettelschoß
Tel.: 02645 / 95 39-21
info@sani-aktuell.de
www.sanitaetshaus-aktuell.de