

















Homecare - Versorgung

Beraten - Versorgen - Betreuen - Dokumentieren

care team

INHALT



	Wir über uns	4
	Patientenüberleitung	8
	Integrierte Versorgung	10
	Komplettversorgung aus einer Hand	12
	Versorgungsablauf für Hilfsmittel	13
	Patientenmanagement	14
	Unsere Versorgungsbereiche	16
	Wundtherapie	18
	Stomatherapie	20
	Stomarückverlegung	22
	Kontinenztherapie	24
	Enterale Ernährung	26
	Parenterale Ernährungstherapie	28
	Tracheostomatherapie	30
	Diabetesversorgung	32
	MSRA	34
	Klinik/Krankenhaus	36
	Arzt	38
	Pflegeheim/Pflegedienst	40
	Krankenkasse	42
	Dokumentation	44
	Produkte	46
	Häusliche Pflege	48



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, Unterstützung bei der 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 Hilfsmiteleinsatz 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, Medizinerinnen, ambulanten Pflegediensten und Patienten. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, allen betroffenen Menschen zu helfen.

Immer mit dem einen Ziel:

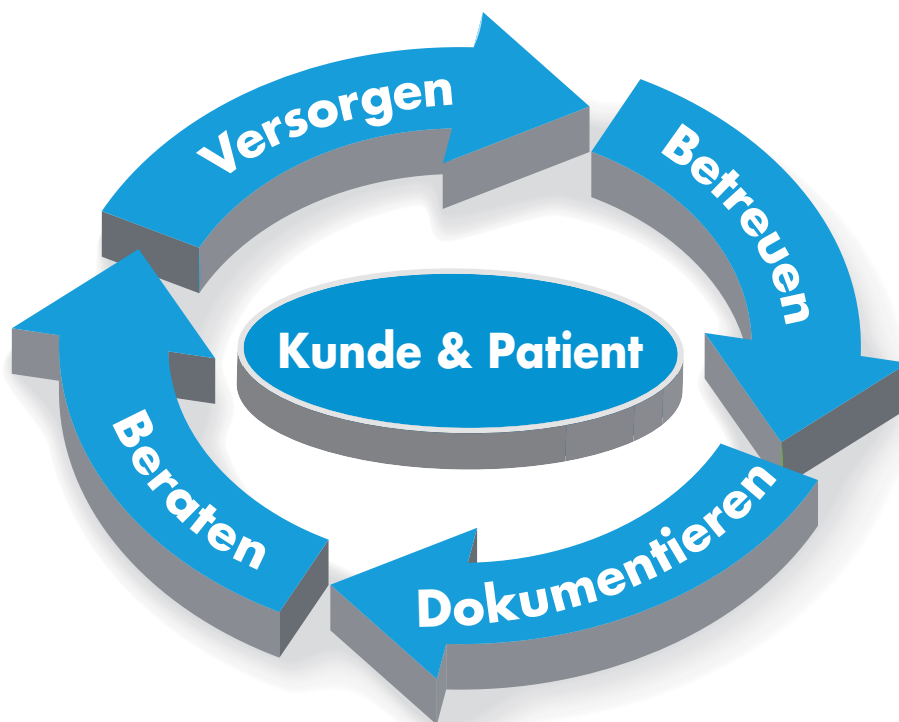
Die Lebensqualität unserer Kunden zu verbessern.

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
- Diabetesversorgung
- Stomatherapie
- Stomarückverlagerung
- Tracheostomatherapie
- Kontinenztherapie

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.

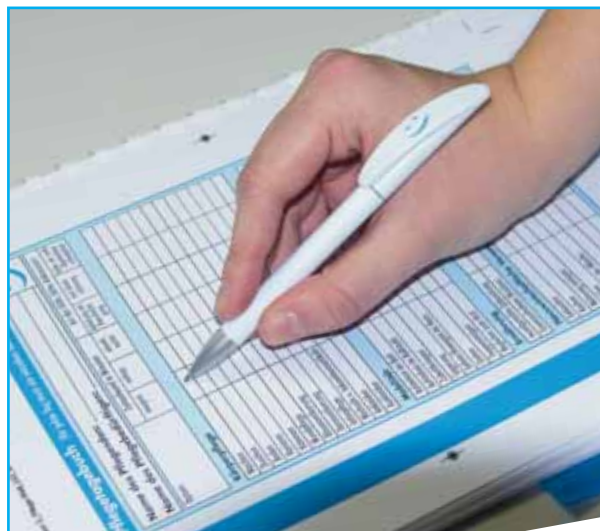


Intensive Betreuung

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. So können Sie sicher sein, dass ein Hausbesuch eines care team-Mitarbeiters wie ein ganz normaler Besuch wirkt.



Patientenüberleitung (Case-Management)

Unser Lächeln hilft



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 interprofessioneller 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.



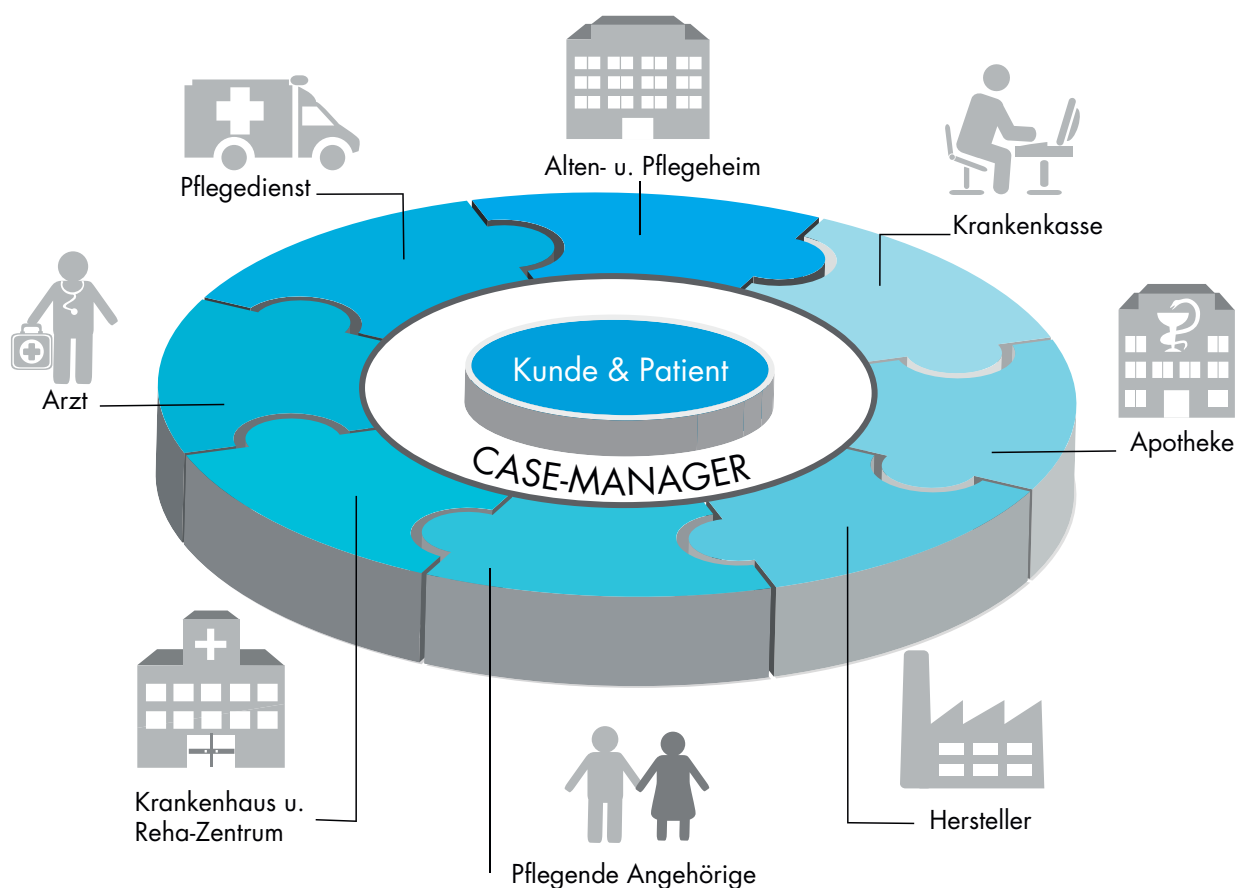
Unsere Dienstleistung:

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





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.

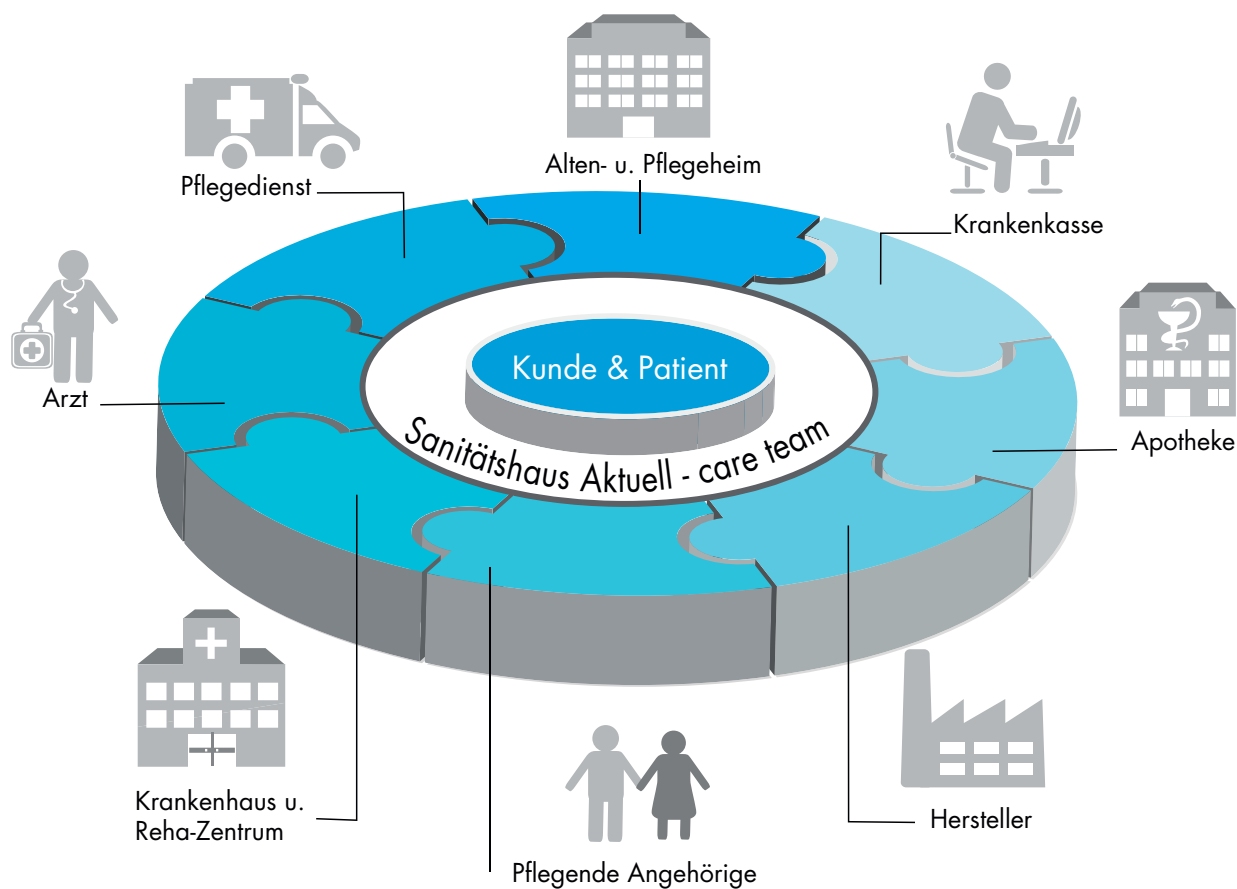
Mit dem Modell der integrierten Versorgung sollen die drei Leistungsbereiche des Gesundheitswesens - die ambulante, die stationäre und die rehabilitative Versorgung von Patienten - besser vernetzt werden. Und das bei weiterhin hoher Qualität der medizinischen Leistungen und gleichzeitiger Senkung der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





Unser Service für Sie:

Case-Management

- Einzelfallbezogene Abstimmung aller an der Therapie beteiligten Partner
- Unterstützung bei der Planung und Organisation der Anschlusstherapie bereits bei Beginn der ärztlichen Versorgung
- Unterstützung im Entlassmanagement: 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





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



care team

Versorgungspfad für Patienten:

Aufnahme des Patienten

Erfolgt in der Klinik oder in der stationären Pflegeeinrichtung.

potenzieller Hilfsmittelbedarf

Frühzeitige Abklärung eines potenziellen Hilfsmittelbedarfs.

Unterstützung

Unterstützung bei der effektiven und umfassenden Versorgung des Patienten durch unser care team

Versorgungsvorschlag

care team unterstützt den behandelnden Arzt auf Basis der Anamnesedaten und erstellt einen individuellen Versorgungsvorschlag.

Hilfsmittelbelieferung

care team liefert die verordneten Hilfsmittel und Verbrauchsartikel direkt zum Patienten.

Schulung, Anleitung und Beratung

Alle Beteiligten (Patient und Angehörige) erhalten eine individuelle Einweisung in die gelieferten Hilfsmittel und Verbrauchsartikel nach Medizinproduktegesetz (MPG).

Dokumentation

care team führt eine laufende Überprüfung der erbrachten Leistungen durch und unterstützt mit einer therapiebegleitenden Dokumentation.

Anpassung der Therapie

care team informiert im Bedarfsfall den behandelnden Arzt, damit dieser die entsprechende Therapieanpassung vornehmen kann.





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.





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. 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 herstellernertrales Produktportfolio umfasst:

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



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 herstellerneutrales Produktportfolio umfasst:

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



Glücklicherweise werden immer mehr Stomata nicht endgültig angelegt, sondern nach einer gewissen Zeit wieder zurückverlegt. Dadurch kann die Stuhlentleerung nach der Rückverlegung wieder auf dem gewohnten natürlichen Wege erfolgen.

Voraussetzungen für eine Rückverlegung sind, dass der Darmteil, der entlastet werden sollte, abgeheilt ist, der Schließmuskel ausreichend funktioniert und alle ergänzenden Therapien wie die Chemo- und/oder Strahlentherapie abgeschlossen sind.

Oft dauert es bis zu einem Jahr nach der Stomarückverlegung bis sich das Stuhlverhalten normalisiert hat.

Häufige Komplikationen nach einer Stomarückverlegung sind:

- Dünnflüssiger Stuhl
- hohe Stuhlfrequenzen
- starker Druck auf den Schließmuskel
- unkontrollierte Stuhlabgänge



Moderne Hilfsmittel und geeignete Therapien ermöglichen kurz nach einer Stomarückverlegung eine weitestgehend ungehinderte Lebensweise.

Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

- Vor und nach einer Stomarückverlagerung
- Bei der Definition langfristiger Therapieziele
- Bei der Auswahl geeigneter Therapiemöglichkeiten
- Bei der Durchführung der optimalen Versorgung
- Bei der Abwicklung der Kostenübernahme mit den Krankenkassen, BGs (Berufsgenossenschaften) und privaten Krankenversicherungen
- Bei der Anleitung zur selbstständigen Durchführung (z.B. Wechsel eines Analtampons)

Unser herstellernertrautes Produktportfolio umfasst:

- Analtampons
- Irrigationssysteme
- Bettschutzunterlagen
- Windelhosen





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 herstellernertrales 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





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:

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

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 herstellernertrautes Produktportfolio umfasst:

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



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 herstellernertrales Produktportfolio umfasst:

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



Eine Tracheostomie ist die Eröffnung der Luftröhrenvorderwand im oberen Drittel zwecks Einführung einer Kanüle, über die der Betroffene atmen kann. Ebenfalls ist sie eine Öffnung der Luftröhrenvorderwand, 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 herstellernertrales Produktportfolio umfasst:

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



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 herstellerneutrales Produktportfolio umfasst:

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



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.

Auch eine Nutzung von Hilfsmitteln kann die Quelle für eine Übertragung von Keimen darstellen.

In unseren care teams befassen wir uns daher schon einige Jahre mit der Reinigung und Aufbereitung von Hilfsmitteln. Hier wurde in Zusammenarbeit mit der Firma Pfalz-Tec, dem medizinischen Labor Hannover und dem reha team 3-Ländereck ein spezielles Verfahren zur Desinfektion von Hilfsmitteln entwickelt. In der Hygienebegehung der ISO Norm wurde dieses Verfahren bestätigt und die Wirksamkeit nachgewiesen. Mittels einer Kaltvernebelung wird ein spezielles Desinfektionsmittel vernebelt, welches jegliche Hilfsmittel bis zur vollständigen Neutralität desinfiziert.

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

Unsere care team-Fachkräfte unterstützen Sie...

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

- Sorgfältige Händehygiene, Tragen von Schutzkleidung und Desinfektion von Flächen und Instrumenten

Unser herstellerneutrales Produktportfolio umfasst:

- Mundschutz
- Schutzkittel
- Handschuhe
- MRSA-Kit
- etc.



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 organisiert die care team-Fachkraft die komplette Versorgung der Patienten, unter Berücksichtigung des Patientenwahlrechts. Die Patientenaufnahme findet noch in der Klinik statt.

Die care team-Fachkraft stimmt die Empfehlung zur Weiterbehandlung aus der Klinik/Krankenhaus als Therapieempfehlung 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



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 organisiert 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
- 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



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 Therapieverschlagn. 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



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. Unterstützung im Bereich Entlassmanagement, 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
- 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



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, unter Berücksichtigung der Regelungen zum Datenschutz, 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.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Eine Software-Lösung für alle Versorgungsbereiche
- Schnellere Bewilligung von Versorgungsmaßnahmen dank einer lückenlosen Dokumentation
- Vermeidung möglicher Mehrfachbehandlungen, Reduzierung der Verbandwechselfrequenz u.v.m.
- Durch die Vernetzung eine verbesserte Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten
- Schnellere und zielgerichtete Versorgung
- Verbessertes Entlassungs- und Überleitmanagement
- Von überall direkter Zugriff auf relevante Daten
- u.v.m





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 Verbrauchsartikeln 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



Produktneutralität

Auswahl an vergleichbaren Produkten von namhaften Herstellern

Produktsortiment

Unser Sortiment umfasst eine Produktpalette von über 20.000 Artikeln



Individuelle Bedarfsermittlung

Individueller Versorgungsvorschlag, abgestimmt auf den Patienten und seine Therapieanforderungen



Hochwertige Produktversorgung



Ausgebildete Experten

Sorgen für eine bestmögliche Versorgung und optimale Unterstützung von Patienten, deren Angehörigen sowie Pflegekräften



Beratung

Auswahl an vergleichbaren Produkten von namhaften Herstellern



Training

In Produkthanwendung und Handhabung nach Medizinproduktegesetz (MPG)





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 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 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.

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 Pfl egetagebuchs erfolgen.

Das hat sich ab 2015 geändert

Seit Januar 2015 greift die nächste Reform der Pflegeversicherung, das so genannte Pflegestärkungsgesetz. Wir geben einen Überblick, was sich für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ändern wird.

Die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können in Zukunft besser miteinander kombiniert werden

Wer eine Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, z.B. wenn der Pflegeaufwand nach einem Krankenhausaufenthalt so hoch ist, dass für ein paar Wochen die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung nötig wird, kann schon heute seinen Anspruch auf Verhinderungspflege hierfür verwenden. Statt vier Wochen sind bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr möglich, die Pflegekasse übernimmt dafür künftig bis zu 3.224 Euro (bisher bis zu 3.100 Euro). Künftig gilt dies in ähnlicher Weise auch bei der Verhinderungspflege: Wenn der pflegende Angehörige krank ist oder eine Auszeit braucht, wird eine Pflegekraft oder Vertretung benötigt. Diese so genannte Verhinderungspflege soll künftig unter entsprechender Anrechnung auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden können statt bisher bis zu vier. Bisher standen für Verhinderungspflege pro Jahr bis zu 1.550 Euro, künftig stehen bis zu 2.418 Euro jährlich zur Verfügung. So können pflegende Angehörige besser die Unterstützung wählen, die in ihrer konkreten Situation am besten hilft.

Die Leistungen für Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) werden ausgebaut

Bisher wurden die Inanspruchnahme von Tages-/Nachtpflege und die ambulanten Pflegeleistungen (Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen) zum Teil aufeinander angerechnet. Das ändert sich: Wer ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld bekommt, kann künftig Tages- und Nachtpflege daneben ohne Anrechnung voll in Anspruch nehmen. Damit steht deutlich mehr Geld für Betreuung zur Verfügung. Beispiel: Bisher gab es für die Kombination von Tagespflege und ambulanten Pflegesachleistungen in Pflegestufe III bis zu 2.325 Euro. Künftig stehen hierfür bis zu 3.224 Euro monatlich zur Verfügung. Auch Demenzkranke profitieren erstmals von dieser Leistung.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote werden gestärkt

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt. Demenzkranke bekommen schon heute bis zu 100 oder 200 Euro/Monat (ab 1.1.2015: bis zu 104 oder 208 Euro/Monat).



Künftig werden auch bei rein körperlicher Beeinträchtigung 104 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Damit können Leistungen von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote finanziert werden. Es können aber auch anerkannte Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleiter finanziert werden, die bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Bewältigung sonstiger Alltagsanforderungen im Haushalt helfen. Das können auch Pflegebegleiter der Angehörigen sein, die bei der Organisation und Bewältigung des Pflegealltags helfen. Und auch die Aufwandsentschädigung für einen, nach Landesrecht anerkannten ehrenamtlichen Helfer, kann damit bezahlt werden, der zum Beispiel beim Gang auf den Friedhof begleitet oder beim Behördengang unterstützt. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote können künftig auch anstelle eines Teils der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden (neue "Umwidnungsmöglichkeit" in Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Pflegesachleistungsbetrags).

Die Zuschüsse für Umbaumaßnahmen und Pflegehilfsmittel werden erhöht

Oft sind es Umbaumaßnahmen wie Rollstuhlrampen, begehbare Duschen oder die Verbreiterung von Türen, die es Pflegebedürftigen ermöglichen, im eigenen Zuhause oder in einer Pflegewohngemeinschaft zu bleiben. Daher werden ab dem 1. Januar 2015 die Zuschüsse hierfür deutlich gesteigert: Von bisher bis zu 2.557 Euro auf zukünftig bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung, können sie statt bis zu 10.228 Euro jetzt bis zu 16.000 Euro pro Maßnahme erhalten. Auch die Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln, die im Alltag verbraucht werden, werden deutlich angehoben (von bis zu 31 Euro auf bis zu 40 Euro je Monat).

Neue Wohnformen werden besser unterstützt

Der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung erhalten, wenn sie eine Pflegekraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen beschäftigen, wird künftig auf 205 Euro pro Monat erhöht. Außerdem gibt es eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 Euro je Pflegebedürftigen, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe) für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die künftig einfacher in Anspruch genommen werden kann. Diese Leistungen stehen künftig auch Personen in der so genannten Pflegestufe 0 (insbesondere Demenzkranke) zur Verfügung. Auch der Zuschuss für Umbaumaßnahmen wird deutlich aufgestockt, Wohngruppen können künftig bis zu 16.000 Euro erhalten. Das hilft auch den neuen Wohnformen.

Was verbessert sich für Demenzkranke?

Bislang hatten Menschen, die zwar in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, deren Pflegebedarf aber unterhalb der Pflegestufe I liegt (sogenannte Pflegestufe 0), nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch.

Dieser wird jetzt maßgeblich erweitert: Künftig können diese Versicherten auch Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und den Zuschlag für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen erhalten. Zudem wird ihnen ermöglicht, die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen zu bekommen. Damit erhalten sie jetzt Zugang zu allen Leistungen im ambulanten Bereich, die auch Personen mit einer Pflegestufe zustehen.

Vorwiegend körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige erhalten einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Bislang hatten nur Menschen mit einer auf Dauer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (also insbesondere an Demenz Erkrankte) einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Auch das wird sich jetzt grundlegend ändern: Pflegebedürftige, die stärker körperlich eingeschränkt sind - z. B. nach einem Schlaganfall - erhalten jetzt ebenfalls einen Anspruch auf entsprechende Leistungen. Damit bekommen die Betroffenen nun auch erstmals einen Anspruch auf niedrigschwellige Hilfen, d.h. sie können sich vor Ort ein Angebot suchen, das nach Landesrecht anerkannt ist, und bekommen die Kosten bis zur Höhe von 104 Euro monatlich bzw. 1.248 Euro pro Jahr erstattet. Zudem steht ihnen künftig ebenfalls die - oben bereits angeführte - Möglichkeit zu, zusätzlich maximal den hälftigen Anspruch auf ambulante Sachleistungen für solche niedrigschwelligen Angebote zu verwenden.

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

PFLEGEGELD FÜR HÄUSLICHE PFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angabe in Euro)	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro)
Pflegestufe 0 (mit Demenz)*	120	123
Pflegestufe I	235	244
Pflegestufe I (mit Demenz)*	305	316
Pflegestufe II	440	458
Pflegestufe II (mit Demenz)*	525	545
Pflegestufe III	700	728
Pflegestufe III (mit Demenz)*	700	728

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Häusliche Pflege

Unser Lächeln hilft



Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden.

ANSPRÜCHE AUF PFLEGESACHLEISTUNGEN FÜR HÄUSLICHE PFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angabe in Euro) bis zu	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz)*	225	231
Pflegestufe I	450	468
Pflegestufe I (mit Demenz)*	665	689
Pflegestufe II	1.100	1.144
Pflegestufe II (mit Demenz)*	1.250	1.298
Pflegestufe III	1.550	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz)*	1.550	1.612
Härtefall	1.918	1.995
Härtefall (mit Demenz)*	1.918	1.995

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Pflegesachleistungen können für die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden. Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden.

PFLEGE BEI VERHINDERUNG EINER PFLEGEPERSON DURCH PERSONEN, DIE KEINE NAHEN ANGEHÖRIGEN SIND

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Kalenderjahr bis zu	Leistungen ab 2015 pro Kalenderjahr bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz)*	1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen
Pflegestufe I	1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege.

Ab dem 1. Januar 2015 ist eine Ersatzpflege bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr möglich. Außerdem kann bis zu 50% des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf max. 150% des bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige wird die Verhinderungspflege auch ab 1. Januar 2015 auf bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr ausgedehnt. Die Aufwendungen sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt.

TEILSTATIONÄRE LEISTUNGEN DER TAGES-/NACHTPFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angabe in Euro) bis zu	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz)*	0	231
Pflegestufe I	450	468
Pflegestufe I (mit Demenz)*	450	689
Pflegestufe II	1.100	1.144
Pflegestufe II (mit Demenz)*	1.100	1.298
Pflegestufe III	1.550	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz)*	1.550	1.612

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Ab dem 1. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegesachleistung /dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.



KURZZEITPFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Kalenderjahr bis zu	Leistungen ab 2015 pro Kalenderjahr bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz)*	kein Anspruch	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen
Pflegestufe I	1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Viele Pflegebedürftige (im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung) sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Ab dem **1. Januar 2015** wird gesetzlich klargestellt, dass der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege maximal verdoppelt werden; parallel kann auch die Zeit für die Inanspruchnahme von 4 auf bis zu 8 Wochen ausgeweitet werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

*** alle Angaben gem. Bundesministerium für Gesundheit

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"> ■ Diagnosen: Demenz Alzheimer Krankheit u.a. ■ verlangt einen Bedarf an Grundpflege ■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen ■ Mindestens 1x täglich Hilfe ■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten ■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Täglich Hilfe rund um die Uhr, auch nachts ■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

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 d. 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

- 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

- 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

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

Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.


Hilfsmittel für Bad und Toilette

- Badewannenlifter
- Badewannenbrett
- Toilettenstuhl
- Toilettensitzerhöhung
- Ergonomische Griffe

Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.

Hilfsmittel zur Mobilisation

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

Beratung bei Ihrem Sanitätshaus mit dem  vor Ort.



Ausblick 2017 (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)

Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Das neue Begutachtungsverfahren und die Umstellung von Pflegestufe auf Pflegegrad sollen zum 1. Januar 2017 wirksam werden.

Das Gesetz setzt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff um. Damit erhalten erstmals alle Pflegendürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind.

In Zukunft werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und - mit unterschiedlicher Gewichtung - zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad. Die sechs Bereiche sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Hauptleistungsbeträge in Euro

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant		316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1298	1612	1995
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	125	125	125	125	125
Leistungsbetrag stationär	125	770	1262	1775	2005
bundesdurchschnittlicher pflegebedingter Eigenanteil		580	580	580	580

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Niemand muss einen neuen Antrag auf Begutachtung stellen. So wird für die Betroffenen unnötiger zusätzlicher Aufwand vermieden. Dabei gilt: Alle, die bereits Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten, erhalten diese auch weiterhin mindestens in gleichem Umfang, die allermeisten erhalten sogar deutlich mehr. Konkret gilt die Formel: Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. (Beispiele: Pflegestufe I wird in Pflegegrad 2, Pflegestufe III wird in Pflegegrad 4 übergeleitet). Menschen mit geistigen Einschränkungen kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad. (Beispiel: Pflegestufe 0 wird in Pflegegrad 2, Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird in Pflegegrad 4 übergeleitet).

Was ändert sich in der Einstufung pflegebedürftiger Menschen?

Künftig wird es anstelle der drei Pflegestufen fünf Pflegegrade geben. Bei der Begutachtung werden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Menschen in sechs verschiedenen Bereichen beurteilt.

Der Gutachter oder die Gutachterin des Medizinischen Dienstes wird sich ansehen, wie selbständig jemand ist und welche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Erst aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade. Minuten spielen in der neuen Begutachtung und damit für die Einstufung keine Rolle mehr. Stattdessen werden den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II mehr Möglichkeiten gegeben, mit den Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend ihren Wünschen und ihrer Lebenssituation umzugehen.

Was ändert sich für Pflegebedürftige im Pflegeheim?

Bisher war es bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen so, dass mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe die Pflegeversicherung zwar mehr zahlte, der von den Betroffenen zu tragende pflegebedingte Eigenanteil aber ebenfalls stieg. Das führte dazu, dass sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil gegen eine Neubegutachtung wehren, obwohl sie mehr Pflege brauchten. Damit soll nun Schluss sein: Das Pflegestärkungsgesetz II regelt, dass es in den vollstationären Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 gibt, der von der jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen/dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Dieser Eigenanteil wird nicht mehr steigen, wenn jemand in seiner Pflegeeinrichtung in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium



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 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.

Finanzierung von Pflegehilfsmitteln

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

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

Zum **Gebrauch** bestimmte 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 kraftaufwendige 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 Antidekubitusmatten 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 Zubehörausrüstung 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. 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.

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 Pflegeererleichterung 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.



Auszüge aus dem Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen

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:

PG	Hilfsmittel	Ja	Besonderheit
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	Fahrbare Gehhilfen, Gehstöcke, Gehstützen u. Gestelle	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
11	Dekubitus-Sitz- und Liegehilfen	✓	akute Behandlung und direkte Nachsorge (nicht Prophylaxe)
12	Tracheostomahilfen	✓	
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
15	Inkontinenzhilfen	✓	(nicht zur Pflegeteigerung)
16	Kommunikationshilfen	✓	(außer Signalanlagen)
17	Kompressionstherapie-Hilfsmittel	✓	
18	Rollstühle	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt (nicht zur Pflegeteigerung)
20	Lagerungshilfen zur Unterstützung und Behandlung	✓	aus therapeutischen Zwecken im Einzelfall erforderlich (nicht zur Pflegeteigerung)
21	Messgeräte für Körperzustände	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
23	Orthesen	✓	
24	Prothesen	✓	
26	Sitzhilfen	✓	
29	Stomaartikel	✓	
30	Schienen	✓	
31	Schuhe und Zurichtungen	✓	

Patientenrechtegesetz (PRG)

Verbesserung der Patientenrechte

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patienten (Patientenrechtegesetz) hat am 1. Februar 2013 den Bundesrat passiert. Durch das neue Gesetz sollen die bisher in unterschiedlichen Gesetzen geregelten Patientenrechte gebündelt und die Stellung der Patienten im Gesundheitssystem gestärkt werden.

Begegnung auf Augenhöhe

Das neue PRG hat vor allem ein Ziel: Es soll die Position der Patienten gegenüber Medizinern und Krankenkassen stärken und die Rechte der Verbraucher und Beitragszahler an zentraler Stelle im Gesetz verankern. Zentrales Element ist ein im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankerter Behandlungsvertrag, der die Beziehung zwischen Arzt und Patient (aber auch zu anderen Heilberufen wie Heilpraktikern, Hebammen und Psycho- oder Physiotherapeuten) regelt.

Behandelnde Ärzte sind zukünftig dazu verpflichtet, ihre Patienten verständlich und umfassend über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und Therapien zu informieren.

Vor einem medizinischen Eingriff muss der Arzt den Patienten in einem persönlichen Gespräch ausführlich über mögliche Risiken und Alternativen aufklären und ihm außerdem Zeit zur Entscheidungsfindung geben.

Falls Kosten für eine Behandlung nicht von der Krankenkasse des Patienten übernommen werden, muss der Mediziner seinen Patienten ausdrücklich darauf hinweisen.





Dokumentationspflichten und Einsicht in Patientenakten

Im neuen PRG wird geregelt, dass Patientenakten vollständig und sorgfältig zu führen sind. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird in einem möglichen Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

Patienten wird zukünftig ein gesetzliches Recht zur Einsichtnahme in ihre Patientenakte eingeräumt, das nur unter strengen Voraussetzungen und nur mit einer Begründung abgelehnt werden darf.

Versicherte sollen ihre Leistungen schneller erhalten

Krankenkassen müssen spätestens innerhalb drei Wochen - bei Einschaltung des medizinischen Dienstes innerhalb fünf Wochen - über einen Leistungsantrag (zum Beispiel für RehaMaßnahmen) entscheiden.

Bei vertragszahnärztlichen Anträgen hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Sollte die Krankenkasse in dieser Frist nicht reagiert haben, so gilt die Leistung als bewilligt, es sei denn, die Krankenkasse teilt einen hinreichenden Grund für die Fristüberschreitung mit.

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. Beaufsichtigung	mit Unter- stützung	teilw. od. volle Übernahme erforderlich

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



Weitere Infos finden Sie unter: www.care-team.de



Größtmögliche Unterstützung in jeder Lebenslage!

Nie war das Thema Gesundheit so wichtig wie heute.

Als einer der führenden Anbieter für Gesundheit und Wohlbefinden bieten 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.

Fragen beantworten wir Ihnen gerne persönlich, oder rufen Sie einfach an. Stöbern Sie doch einmal bequem von zu Hause aus in unseren neuen Katalogen und informieren Sie sich über die Möglichkeiten einer modernen Hilfsmittelversorgung. Einfacher und bequemer geht es nicht.

KATALOGBESTELLUNG

für ein kostenloses Exemplar zu Ihnen nach Hause



MOBILITÄT & PFLEGE

KINDER-WELT

HOMECARE-VERSORGUNG

TECHNIK AM MENSCHEN

GESUNDHEIT FÜR ALLE

GESUNDHEIT & LEBENSQUALITÄT

Gewünschte Kataloge bitte ankreuzen!

Wünschen Sie weitere Informationen?

Die Kataloge MOBILITÄT & PFLEGE, KINDER-WELT, HOMECARE-VERSORGUNG, TECHNIK AM MENSCHEN, GESUNDHEIT FÜR ALLE und GESUNDHEIT & LEBENSQUALITÄT stehen Ihnen zur Verfügung. Unsere Kataloge sind speziell auf das betreffende Thema ausgerichtet und geben Ihnen einen ersten Überblick. Einfach eine Postkarte, mit der Angabe welchen Katalog Sie gerne hätten, an nachfolgende Adresse schicken: Sanitätshaus Aktuell AG, Katalogbestellung, Auf der Höhe, 53560 Vettelschoß.



Absender

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Einverständnis in Werbung und Marktforschung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten, insbesondere meine E-Mail-Adresse sowie die durch Nutzung entstandenen Daten für an mich gerichtete Werbung (z. B. Informationen über Sonderangebote, Rabattaktionen) per Post, E-Mail und SMS sowie zu Zwecken der Marktforschung von der Sanitätshaus Aktuell AG-Gruppe gespeichert und genutzt werden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Die Franchisenehmer der Sanitätshaus Aktuell AG gelten nicht als Dritte.

Hier ankreuzen, falls die Einwilligung erteilt wird.

Die Einwilligung kann jederzeit gegenüber der Sanitätshaus Aktuell AG, Auf der Höhe, 53560 Vettelschoß, schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Bitte freimachen

Unser Lächeln hilft



Sanitätshaus Aktuell AG
Katalogbestellung
Auf der Höhe

53560 Vettelschoß

Unser Lächeln hilft



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