

PFLEGE PLUS HISTORIE

Pflegedienst und mehr ●

- * Krankenpflege
- * Altenpflege
- * Betreuung
- * Kinderkrankenpflege
- * Hauswirtschaft
- * Seelsorge
- * Familienpflege
- * Verhinderungspflege
- * 24 Stunden Notrufdienst
- * Beratungsbesuche
- * Hausnotruf
- * Menüservice
- * Einkaufsdienst
- * Behördengänge
- * Wohnumfeldberatung
- * medizinische Fußpflege
- * mobiler Friseurdienst
- * und vieles mehr...

pflege plus® ●

- ist heute einer der größten Dienstleister für häusliche Pflege in NRW. *pflege plus®*, 2003 gegründet, war der Zusammenschluss von 3 Pflegediensten in Mönchengladbach. Heute beschäftigt *pflege plus®* mehr als 70 Mitarbeiter.



INFORMIEREN SIE SICH

Zentrale Verwaltung und Einsatzleitung:



pflege plus® GmbH
Pflegedienst und mehr...
Dahlener Str. 119-125
D-41239 Mönchengladbach
Telefon: 02166 130980
Telefax: 02166 1309829

Beratungsstelle Viersen - Dülken

pflege plus® GmbH
Pflegedienst und mehr...
Gasstr. 14
D-41751 Viersen - Dülken
Telefon: 02162 / 571844

Ausführliche Informationen auch unter

pflege-plus.com



Patienten Information Pflegeversicherung



UNSERE PFLEGE - IHR PLUS



PFLEGEDIENST UND MEHR...

PFLEGEVERSICHERUNG UND HÄUSLICHE PFLEGE

pflege plus®, Pflegedienst und mehr...

Patienteninfo - zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Sie wollen Leistungen der Pflegeversicherung beantragen:

1. Gehen Sie zu Ihrer Pflegekasse (in der Regel ist dies auch Ihre Krankenkasse) und lassen Sie sich ein Antragsformular geben, in dem Sie die Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragen.
2. Füllen Sie dieses Formular so schnell wie möglich aus und bringen Sie es zu Ihrer Pflegekasse. Leistungen werden erst ab dem Tag des Antrags eingegangen ggf. bewilligt und erstattet.
3. Lassen Sie sich daher den Eingang des Antrages schriftlich bestätigen.
4. Nach einiger Zeit erhalten Sie Post vom MDK, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen. Ein Gutachter des MDK wird Sie besuchen und den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen.
5. Die Pflegekasse erhält daraufhin vom MDK ein Gutachten und wird Ihnen das Ergebnis der Begutachtung mitteilen.

Folgende Möglichkeiten bietet Ihnen die Pflegekasse, sie sind in der Regel bei Antragsstellung zu wählen:

Geldleistung: Sie erhalten monatlich von der Pflegekasse Pflegegeld (je nach Pflegestufe € 225,-, € 430,-, oder € 685,-). Von diesem Pflegegeld müssen Sie Ihre Pflege bezahlen. Auch müssen Sie sich je nach Pflegestufe (Stufe 1 und 2 alle 6 Monate, bei Pflegestufe 3 jedes 1/4 Jahr) von einem zugelassenen Pflegedienst beraten lassen. Diese Kosten dieser Beratung wird der Pflegedienst der Pflegekasse in Rechnung stellen und der Pflegekasse das Ergebnis der Beratung mitteilen. Der Pflegedienst wird feststellen, ob die Pflegesituation gesichert ist oder nicht.

Sachleistung: Sie beauftragen einen zugelassenen Pflegedienst, Sie zu versorgen. Je nach Pflegestufe (Stufe 1 = € 440,-, Stufe 2 = € 1040,-, Stufe 3 = € 1510,-) kann dann der Pflegedienst Leistungen der Pflegekasse in Rechnung stellen. Leistungen, die darüber hinaus gehen oder Leistungen, die von der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind, müssen von Ihnen getragen werden.

Kombinationsleistung: Sie kombinieren Geld- und Sachleistung. Dies bedeutet, dass Sie einen Pflegedienst beauftragen, nur bestimmte Leistungen bei Ihnen durchzuführen, die nicht den ganzen monatlich Sachleistungssatz Ihrer Pflegestufe verbraucht. Anteilig können Sie sich das restliche Pflegegeld auszahlen lassen und damit Ihren restlichen Pflegebedarf decken. Ein Beispiel: Sie beauftragen einen Pflegedienst bei Pflegestufe 2, Leistungen bei Ihnen bis zu € 520,00 zu erbringen. Dies ist 50% der Sachleistung. Sie erhalten dann von der Pflegekasse nach dem Eingang der Monatsrechnung des Pflegedienstes 50% der Ihnen zustehenden Geldleistung, also bei Pflegestufe 2 € 215,00.

Zeitorientierungswerte für den MDK: Seit Juni 2009 gelten die neuen Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Mit den neuen Richtlinien soll erreicht werden, dass die Ergebnisse der Einstufungen nunmehr bundesweit einheitlich durchgeführt werden. Sie sind bundesweit von den Gutachtern des MDK anzuwenden. Unterschiedliche Begutachtungsergebnisse, die in der Vergangenheit zu starker Kritik an den bisherigen Einstufungsergebnissen geführt haben, sollen so vermieden werden. Wesentlicher Bestandteil der neuen Richtlinien sind sog. Zeitkorridore, die den Mitarbeitern des MDK als Orientierung dienen. Die gesetzlichen Grundlagen zu den Einstufungen der Pflegebedürftigkeit gelten natür-

lich weiterhin. Bevor nun auf die Inhalte der Richtlinien eingegangen wird, erfolgt zunächst eine kurze Darstellung der gesetzlichen Grundlagen nach dem SGB XI.. Stufen der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz gemäß § 15 SGB XI:

Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftige): Hierunter fallen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche Zeitaufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt 90 Minuten betragen, wobei hiervon mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige): Hierunter fallen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche Zeitaufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt 3 Stunden betragen, wobei hiervon mehr als 2 Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige): Hierunter fallen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche Zeitaufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt 5 Stunden betragen, wobei hiervon mehr als 4 Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen. Gemäß § 36 Abs. 4 SGB XI können die Pflegekassen in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härtefällen, bspw. wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss, zusätzliche Pflegesachleistungen (bis insg. €1918,-) gewähren.

Wichtig: Die oben genannten Zeitwerte bemessen sich nach der „Laienpflege“. Gemeint ist der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson, für die erforderlichen Hilfeleistungen benötigt.

Die Neuerungen der Pflegebegutachtungsrichtlinien:

Mit den Zeitorientierungswerten („Zeitkorridore“) soll erreicht werden, dass jeder Mitarbeiter des MDK auf die gleiche Ausgangsbasis zurückgreift. Unterschiede in der Begutachtung sollen so vermieden werden. Die Zeitkorridore sind keine verbindlichen Vorgaben. Von den Zeitwerten kann der Gutachter des MDK abweichen. Er muss diese Abweichungen jedoch einzeln begründen. Gemeint sind auch hier wiederum die Zeiten, die ein Laie für die erforderliche Pflege benötigen würde. Wichtig: Die Vor- und Nachbereitung zu den einzelnen Verrichtungen ist bei den Zeitorientierungswerten berücksichtigt. Doch nun zu den Zeitkorridoren im einzelnen:

Körperpflege

- Ganzkörperwäsche 20 bis 25 Min.
- Teilwäsche Oberkörper 8 bis 10 Min.
- Teilwäsche Unterkörper 12 bis 15 Min.
- Teilwäsche Hände/Gesicht 1 bis 2 Min.
- Duschen 15 bis 20 Min.
- Baden 20 bis 25 Min.

- Zahnpflege 5 Min.
- Kämmen 1 bis 3 Min.
- Rasieren 5 bis 10 Min.
- Darm und Blasenentleerung Wasserlassen (incl. Intimhygiene) 2 bis 3 Min.
- Stuhlgang (inkl. Intimhygiene) 3 bis 6 Min.
- Richten der Bekleidung 2 Min.
- Wechseln von Windeln nach Wasserlassen 4 bis 6 Min.
- Wechseln von Windeln nach Stuhlgang 7 bis 10 Min.
- Wechsel kleiner Vorlagen 1 bis 2 Min.
- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels 2 bis 3 Min.
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels 3 bis 4 Min.

Ernährung

- Mundgerechtes Zubereiten einer Hauptmahlzeit (ohne Kochen oder Eindecken des Tisches) 2 bis 3 Min.
- Essen von Hauptmahlzeiten incl. Trinken 15 bis 20 Min.

Mobilität

- Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen
- Einfache Hilfe zum Aufstehen/zur Bett gehen 1 bis 2 Min.
- Umlagern 2 bis 3 Min.
- An- und Auskleiden
- Ankleiden gesamt 8 bis 10 Min.
- Ankleiden Oberkörper/Unterkörper 5 bis 6 Min.
- Entkleiden gesamt 4 bis 6 Min.
- Entkleiden Oberkörper/Unterkörper 2 bis 3 Min.
- Gehen (Wegstrecken im Rahmen der Verrichtungen) tatsächlich erforderliche Zeit
- Stehen (Transfers z.B. auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl/Toilette/Badewanne/Duschtasse) je 1 Min.
- Treppensteigen tatsächlich erforderliche Zeit
- Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung tatsächlich erforderliche Zeit

Hauswirtschaftliche Verrichtungen

tatsächlich erforderliche Zeit

Gründe für ein Überschreiten der Zeitkorridore:

Der Personenkreis der psychisch Kranken und der geistig Behinderten soll besonders beachtet werden. Hier ist davon auszugehen, dass bei den meisten Verrichtungen eine Überschreitung der Zeitkorridore zu erwarten ist. Dies müssen die Gutachter des MDK anrechnen. Ferner sind sog. allgemeine Erschwerungsfaktoren zu berücksichtigen wie: 1. ein Körpergewicht über 80 kg oder Fehlstellungen der Extremitäten, 2. spezielle pflegeerschwerende Faktoren wie a) Darm- und Blasenentleerung, b) das Vorliegen chronischer Diarrhoe, c) bei der Aufnahme der Nahrung Schluckstörungen des Pflegebedürftigen, d) beim Umlagern das Vorliegen eines Dekubitus. All diese Faktoren begründen einen Zeitaufwand über den Zeitkorridor hinaus, der vom MDK berücksichtigt werden muss. Nähere Einzelheiten können in den ausführlichen Begutachtungsrichtlinien nachgelesen werden.