Informationsmappe für Ärzte zum Thema Häusliche Krankenpflege

Information der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Stand: Mai 2018

Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V 1
Verordnungsfähige Leistungen in der Behandlungspflege 2
Muster Verordnung Häusliche Krankenpflege 5
Verordnungsfähigkeit von Einmalmaterialien bei Patienten mit Insulinversorgung 8
Vergütungsbeispiele 9
Wochenbox Medi-7 10
Mehrlagige Kompressionstherapie 11
Pflegeversicherung: Pflege-Stärkungs-Gesetz - Leistungen ab dem 01.01.2017 12

Die aktuellen Richtlinien der Häuslichen Krankenpflege sind auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschuss www.g-ba.de nachzulesen.

Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V

Verordnungsfähig durch zugelassene Kassenärzte auf **Muster 12a** (10.2017) Zeitraum ist **nicht** quartalsgebunden!

Leistungsart	Verordnungsgrundsätze	Verordnungsfähige Leistungen	Gebühren
Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Verbandwechsel)	- Ein Anspruch besteht nur, wenn der Versicherte oder eine im Haushalt lebende Person die Verrichtung der Leistung nicht übernehmen kann - Sie dient der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung - Zur verordneten Leistung ist eine konkrete Diagnose anzugeben	Nach den Richtlinien für häusliche Krankenpflege **(siehe oben)**	Die einzelnen Leistungen sind nach den aktuellen Gebührenvereinbarungen nach SGB V § 132a abrechenbar
Grundpflege (z.B. Essen eingeben, Hilfe beim Anziehen)	- Ein Anspruch besteht, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung ersetzt oder verkürzt wird - Dauer maximal 28 Tage	- Hilfe bei Ausscheidung - Hilfe bei Ernährung - Hilfe bei Körperpflege - Anleitung in der Grundpflege (max.5 x)	Die einzelnen Leistungen sind nach den aktuellen Gebührenvereinbarungen nach SGB V § 132a abrechenbar
Hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen)	Kann zusätzlich zur Grundpflege verordnet werden	Maximal 2 x täglich	Die einzelnen Leistungen sind nach den aktuellen Gebührenvereinbarungen nach SGB V § 132a abrechenbar

Verordnungsfähige Leistungen in der Behandlungspflege

Übersicht nach den Richtlinien für häusliche Krankenpflege mit Anmerkungen

Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit
Absaugen	Absauggerät muss vorhanden sein	Max. 4x pro Besuch abrechenbar
Anleitung in der Behandlungspflege	In allen Leistungen können Versicherte bzw. Pflegepersonen angeleitet werden	Bis zu 10 Anleitungen
Beatmungsgerät bedienen und überwachen	Einzellfallentscheidung	
Blasenspülung	Bei Pyurie und Blutkoageln ohne Medikament bzw. Wirkstoff. Keine routinemäßigen Spülungen	Bis zu 3 Tage
Blutdruck messen	Bei Erst- und Neueinstellung eines Hypertonus	Bis zu 7 Tage
Blutzucker messen	Bei Erst- und Neueinstellung (tabletten- oder insulinpflichtig). Routinemäßige Dauermessungen nur zur Fortsetzung der sog. intensivierten Insulintherapie	Bis zu 4 Wochen
Dekubitusbehandlung ab Grad 2 -> mindestens oberflächlicher Hautdefekt	Grad, Größe und Lokalisation angeben	
Drainagen überprüfen und versorgen	Ist in der Gebühr „Verbandwechsel" beinhaltet	1-2 x tgl.
Einlauf/Klistier/Klysma	Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist	Bis zu 2 mal wöchentlich
Digitale Enddarmausräumung	Bei Kotsteinen	Nur als einmalige Leistung
Flüssigkeitsbilanzierung	Routinemäßige Bilanzierung ist nicht verordnungsfähig	Bis 3 Tage
Infusionen **i.v.**	Wechseln und Anhängen zur Flüssigkeitssubstitution oder parenteralen Ernährung, bei ärztlich gelegtem i.v. – Zugang, oder Port-a-cath	
Infusionen **s.c.**	Legen, Anhängen, Wechseln sowie abschließendes Entfernen	Bis zu 7 Tage
Inhalation	Nur mit Inhalationsgerät lt. Hilfsmittelkatalog und Angabe des Arzneimittels	

Injektion (i.m. und s.c.)	Angabe Präparat und Diagnose	
Richten von Injektionen	Zur Selbstapplikation	
Instillation	Verabreichung eines flüssigen Medikamentes in den Organismus (Hohlorgane, Körperhöhlen, -öffnungen)	
Kälteträger auflegen	Bei akuten Zuständen	1 – 3 Tage
Katheter – suprapubisch	VW, Reinigung des Katheters, Desinfektion und ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente	Nach Neuanlage bis zu 14 Tagen
Katheterisierung der Harnblase mittels eines transurethralen Dauerkatheters	Bei Verwendung von Silikonkathetern 1 x mtl. ausreichend	1 – 2 mal monatlich
Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung	Bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung	Anleitung max. 5 Tage/ sowie die Durchführung bei eingeschränkten Patienten
Spezielle Krankenbeobachtung	Kontinuierliche Beobachtung und Dokumentation bis zu 24 Stunden bei ständiger Erreichbarkeit des Arztes	1 mal pro Verordnung
Magensonde legen	Inclusive Kontrolle der Lage und Funktion der Sonde	
Medikamentenabgabe	Präparate (inklusive Medikamenten-Plan und Darreichungsform) und jeweilige Diagnose angeben	Einreibung und med. Bäder nur bei akuten Erkrank-ungen verordnungsfähig
Richten von Medikamenten		1 x wöchentlich verordnungsfähig
Durchführen der Sanierung von MRSA – Trägern mit gesicherter Diagnose	Zur Sicherung der Nahtlosigkeit einer im Krankenhaus begonnenen Eradiaktionstherapie/Im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen, wenn die MRSA Kolonisation im Krankenhaus festgestellt wurde	5-7 Tage Neue Erst – Verordnung nach frustraner Sanierung möglich (hier sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolges zu eruieren)
PEG versorgen	VW, Reinigung des Katheters, Desinfektion und ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente	Bei nicht entzündeter Einstichstelle Verbands-wechsel 2 x wöchentlich ausreichend nach MDS

Stomabehandlung	Nur bei akuten entzündlichen Veränderungen und Läsionen der Haut	
Trachealkanüle wechseln, pflegen / reinigen	Verbandwechsel in der Leistung enthalten	
Venenkatheter – ZVK	Auch Port-a-cath	1-2 x wtl. bei Transparentverband
Verbände Lokalisation, Wundbefund ist anzugeben. (Wundanamnese)	Wundverbände (keine Wundschnell-verbände / Pflaster)	Inkl. Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (Wundbäder)
	Kompressionsverbände, nur wenn aus anatomischen Gründen keine maßangefertigten Kompressionsstrümpfe angepasst werden können (siehe nächste Seite)	Abwickeln nur mit med. Begründung zu verordnen
	Kompressionsstrümpfe ab Klasse I	
	Stützende und stabilisierende Verbände (Keine Klettverschlüsse)	Bis zu 2 Wochen zur Funktionssicherung der Gelenke

Bei Verordnungen von Verbandswechseln bitte angeben, um **welchen der unten aufgeführten** Verbände es sich handelt.

Ulcus cruris Wundverband (mit und ohne Kompression), Dekubitusbehandlung, Versorgung der PEG, Versorgung eines suprapubischen Blasenkatheters, Kompressionsverbände oder Kompressionsstrümpfe ab Klasse I, Pflege des zentralen Venenkatheters, Stomabehandlung.

Genaue Angaben auf der Verordnung ersparen zusätzliche Rückfragen.

Erstverordnung: Grundsätzlich für 14 Tage (ein längerer Verordnungszeitraum ist mit Begründung möglich).
Folgeverordnung: Die Ausstellung ist nicht quartalsgebunden.

Die oben aufgeführten Leistungen werden als Einzelleistung vergütet. Je Besuch ist eine Hausbesuchsgebühr – ggf. anteilig – abrechenbar.

Muster Verordnung Häusliche Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Nsr

Merkblatt zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) *(ICD-10-Code)*

1

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

2

3a ☐ Erst-verordnung 3b ☐ Folge-verordnung 4 ☐ Unfall 5 vom T T M M J J bis T T M M J J

6 Behandlungspflege

8 **Medikamentengabe**, Präparate

7 *Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung*

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
☐ Herrichten der Medikamentenbox					
☐ Medikamentengabe					
☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan					

9 **Blutzuckermessung**

☐ Erst- oder Neueinstellung *(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)* ☐ bei intensivierter Insulintherapie

10 **Kompressionsbehandlung** ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen

☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsverbände abnehmen

☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art

11 **Wundversorgung**, Präparate

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad
☐ Dekubitusbehandlung			
☐ andere Wundverbände			

12 **Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**

13 Anleitung zur Behandlungspflege *für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)*

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung 14

14a ☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

14b ☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

☐ Grundpflege

☐ hauswirtschaftliche Versorgung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

15 **Weitere Hinweise**

Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf der Rückseite

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 12a (10.2017)

MUSTER

Tipps zum Ausfüllen der Verordnung häuslicher Krankenpflege (Stand Oktober 2017)

Voraussetzung für die Verordnung ist, dass sich der Vertragsarzt / die Vertragsärztin vom Zustand des Patienten und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihm / ihr beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

1 Hier sind die **Diagnose(n)** anzugeben, die die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach D-10-GM zu verschlüsseln.

2 **Einschränkungen**, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen. Damit bestimmte Leistungen als Maßnahmen der Behandlungspflege verordnungsfähig sind (z. B. Medikamentengabe, s. c. Injektionen, Blutzucker messen, Kompressionsstrümpfe anziehen), muss der Versicherte stark bzw. hochgradig eingeschränkt sein. Die Einschränkungen (der Sehfähigkeit, der Grob- und Feinmotorik, der körperlichen bzw. geistigen Leistungsfähigkeit) sind dem Leistungskatalog der HKP-Richtlinie zugeordnet und in der Spalte „Bemerkungen" erläutert.

Weichen Dauer und Häufigkeit der verordneten Maßnahmen von den Richtwerten der HKP-Richtlinie ab, ist eine zusätzliche Begründung in dem Freitextfeld „Weitere Hinweise" anzugeben.

3a **Erstverordnungen** sind in der Regel für längstens 14 Tage auszustellen (§ 5 (1) HKP-RL).

3b **Folgeverordnungen** (§ 5 (2) HKP-RL) können für einen längeren Zeitraum, auch über das Ende des Quartals hinaus, ausgestellt werden. Maßgeblich für den Zeitraum der Verordnung ist der Zustand des Versicherten, den der Vertragsarzt überprüft hat. Die Verordnung ist innerhalb der letzten drei Arbeitstage (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

4 **Unfall**
Ergibt sich die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

5 **vom - bis**
Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die Maßnahmen erbracht werden sollen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen (§ 3 HKP-RL).

6 **Behandlungspflege** als Sicherungspflege hat das Ziel, die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern.
Grundsätzlich sind alle verordnungsfähigen Maßnahmen (Nr. 6 bis Nr. 31) der HKP-RL im Leistungsverzeichnis aufgeführt.

7 **Häufigkeit/Dauer**
In diesen Feldern sind Häufigkeit (täglich, wöchentlich, monatlich) und Dauer (vom – bis) der zu erbringenden Maßnahmen anzugeben. Angaben zur Dauer und Häufigkeit orientieren sich am Leistungsverzeichnis der HKP-RL. Die Angabe „Dauer" bei einzelnen Maßnahmen ist nur bei einer Abweichung von der Dauer der gesamten Verordnung (siehe „vom – bis") notwendig.

8 Bei **Medikamentengabe (**Nr. 26 der HKP-RL) ist neben den einzelnen zu verabreichenden Präparaten die Dauer und Häufigkeit der Gabe anzugeben. Die Angaben zu den Präparaten können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen. Vorab ist immer zu bewerten, ob:
- das Richten in einer Tages- oder Wochenbox ausreichend ist (**Herrichten der Medikamentenbox**),
- Personen im Haushalt sind, die die Leistung (teilweise) übernehmen können,
- durch Medikamentenanpassung (z. B. Verordnung von Depotpräparaten) tägliche Einsätze reduziert werden können.
  Bei s. c. Injektionen ist zu begründen, warum der Patient die Injektion nicht selbst durchführen kann (vgl. Punkt 2).

9 **Blutzuckermessung** (Nr. 11 der HKP-RL) kann bei Erst- und Neueinstellung eines (insulin- oder tablettenpflichtigen) Diabetes für max. 3x täglich über max. 4 Wochen verordnet werden. Bei der Folgeverordnung ist der HbA 1c Wert zu berücksichtigen (siehe Punkt 8). Routinemäßige Dauermessungen sind nur zur Fortsetzung der intensivierten Insulintherapie möglich.

10 **Kompressionsbehandlung** (Nr. 31 der HKP-RL)
Die Kompressionsbehandlung ist im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab Kompressionsklasse II verordnungsfähig. Das **Anlegen eines Kompressionsverbandes** ist grundsätzlich 1 x täglich verordnungsfähig. Unter diesem Punkt ist auch das **An- u. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen** zu verordnen. Das **Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden** kommt nur bei akuten Ereignissen (z.B. Distorsion) in Betracht und ist deshalb zeitlich nur begrenzt verordnungsfähig. Das Anlegen von Orthesen, Prothesen und Bandagen ist der Grundpflege (Körperpflege) zuzuordnen (siehe Punkt 14).

11 **Wundversorgung** (Nr. 31 der HKP-RL)
Werden Leistungen der Wundversorgung verordnet, sind der aktuelle Wundbefund, die Lokalisation, Art der Wundbehandlung und die einzelnen Präparate sowie Dauer und Häufigkeit der Versorgung anzugeben. Angaben zu den Präparaten sowie zum Wundbefund können alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung erfolgen.

12 **Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**
Hier können weitere, nicht auf der HKP-Verordnung aufgeführte Maßnahmen der Behandlungspflege (z. B. MRSA-Sanierung (Nr. 26a), spez. Krankenbeobachtung, (Nr. 24) oder Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes (Nr.8) verordnet werden.
Hinweis zu den Nummern 8 und 24 der HKP-RL: Hier ist der zeitliche Bedarf (Angabe in Stunden) anzugeben. Dabei ist der Zeitanteil, der von im Haushalt lebenden Personen geleistet wird, in Abzug zu bringen.

13

Anleitung zur Behandlungspflege (Nr. 7 der HKP-RL)
Anleitung zu Maßnahmen der Behandlungspflege der Versicherten und/oder Angehörigen durch den Pflegedienst, ist unter Nennung der Maßnahmen anzugeben.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nur im Rahmen der Unterstützungspflege oder der Krankenhausvermeidungspflege verordnet werden. Im Rahmen der Sicherungspflege setzt eine Verordnung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung voraus, dass die Satzung der AOK diese Leistungen vorsieht und die Versicherten keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Grundpflege (Nr. 1 - 4 der HKP-RL)
Die Grundpflege umfasst pflegerische Hilfen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die im Rahmen der Grundpflege erforderlichen Maßnahmen sind ggf. im Feld „weitere Hinweise" näher zu beschreiben.

Hauswirtschaftliche Versorgung (Nr. 5 der HKP-RL)
Die hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet hauswirtschaftliche Leistungen, wie bspw. Bettwäschewechsel, Einkaufen und Reinigung der Wohnung) in der Häuslichkeit des Versicherten.

14a

Unterstützungspflege (§ 37 Abs. 1a SGB V)
Die Verordnung von Unterstützungspflege ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt. Unterstützungspflege umfasst Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht maximal bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MDK verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Unterstützungspflege erfüllt sind, muss zusätzlich angegeben werden, ob Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden sollen.

Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können im Rahmen der Unterstützungspflege nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Grundpflege verordnet werden. Grundpflege kann im Rahmen der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.

14b

Krankenhausvermeidungspflege (§ 37 Abs. 1 SGB V)
Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege kann verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder vermieden werden kann. Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst Behandlungs- und Grundpflege sowie ggfs. hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch der Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege ist maximal auf vier Wochen begrenzt und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MDK verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Krankenhausvermeidungspflege erfüllt sind, kann zusätzlich angegeben werden, ob neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung notwendig sind.

15

Weitere Hinweise
m vorgesehenen Freitextfeld im unteren Formularabschnitt kann die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt weitere Hinweise zur Verordnung (Behandlungspflege, Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung) geben.

Verordnungsfähigkeit von Einmalmaterialien bei Patienten mit Insulinversorgung

Es wurde festgestellt, dass bei Patienten mit Insulinversorgung in einer nicht unerheblichen Zahl der Fälle

- Stechschutzkanülen / Einmalnadeln für den Pen
- Einmalspritzen
- Blutzuckerteststreifen

nicht vom Pflegedienst, sondern über eine vertragsärztliche Verordnung zu Lasten der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden.
Die Kosten dieser Mittel sind jedoch vertraglich mit den Gebührensätzen zur Behandlungspflege abgegolten und damit von den ambulanten Leistungserbringern zu tragen.

Für Fragen in diesem Zusammenhang stehen wir gerne zur Verfügung.

Vergütungsbeispiele

Auszug aus der aktuellen Vereinbarung über Gebühren der privaten Leistungserbringer, für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V). Zusätzlich zur Verrichtungsgebühr fällt pro Anfahrt eine Hausbesuchspauschale, in der Regel von 5,32 EUR an.

Leistungen	**Kosten je Verrichtung**	**Kosten je Verrichtung incl. Anfahrt**	**Kostenfaktor jährlich (incl. Anfahrtspauschale)**
Hausbesuchspauschale	5,32 EUR		
Medikamentengabe 1x tägl.	3,48 EUR	8,80 EUR	**3.212,00 EUR**
Medikamentengabe 2 x tägl.	6,96 EUR	17,60 EUR	**6.424,00 EUR**
Medikamentengabe 3 x tägl.	10,44 EUR	26,40 EUR	**9.427,95 EUR**
Richten von Medikamenten im Wochendispenser	5,97 EUR	11,29 EUR	**587,08 EUR**
Kompressionsstrümpfe ab Klasse I anziehen an zwei Extremitäten	4,94 EUR	10,26 EUR	**3.744,90 EUR**
Kompressionsstrümpfe ab Klasse I ausziehen an zwei Extremitäten	4,94 EUR	10,26 EUR	**3.744,90 EUR**
Kompressionsverbände anlegen an zwei Extremitäten	9,86 EUR	15,18 EUR	**5.540,70 EUR**
Wundverband/Dekubitusversorgung 1 x tägl.	8,66 EUR	13,98 EUR	**5.102,70 EUR**
s.c./i.m. Injektion mittels PEN 1 x tägl. (z. B. Insuline)	4,25 EUR	9,57 EUR	**3.493,05 EUR**
s.c./i.m. Injektion mittels PEN 2 x tägl. (z. B. Insuline)	8,50 EUR	19,14 EUR	**6.986,10 EUR**
Insulin-Injektion mittels PEN 1 x tägl. in Verbindung mit BZ-Messung	4,25 EUR + 2,53 EUR	12,10 EUR	**4.416,50 EUR**
s.c.- / i.m.-Injektionen mittels Fertigspritzen 1 x tgl. (z. B. Heparin)	3,81 EUR	9,13 EUR	**3.332,45 EUR**

Wochenbox Medi-7

Mehrlagige Kompressionstherapie

Die **Vorteile** einer mehrlagigen Kompressionstherapie liegen im **Aufbau der Versorgung**.

Beschreibung:

Versorgung der Wunde (sofern vorhanden)

Anbringen eines Schlauchverbandes
- Hautschutz unter dem entstauenden Kompressionsverband

Anbringen einer Softbinde (Schaumstoffbinde)
- Unterzugbinde
- Vorkompression
- Vorfixierung: verhindert das Abrutschen der eigentlichen Kompressionsbinde

Anbringen der Kurzzugbinde
- geringer Ruhedruck (dadurch Verbleib „über Nacht“ möglich)
- hoher Mobilitätsdruck

Bei bestehender Therapie mit Kompressionsbinden ist es ausreichend nur die fehlenden Materialien (z.B. Schaumstoffbinde) zusätzlich zu verordnen.

Lediglich bei der erstmaligen Versorgung ist es sinnvoll ein komplettes Kompressionsset einzusetzen.

Versorgung nur noch 3 x wöchentlich bzw. nach Verbandwechselintervall nötig.

Pflegeversicherung:
Pflege-Stärkungs-Gesetz - Leistungen ab dem 01.01.2017

Beiträge	2,55 v. H. allgemeiner Beitragssatz 0,25 v. H. Beitragszuschlag (für kinderlose Mitglieder)				
Pflegeleistungen	**Bei Personen mit Anspruch auf Beihilfe gelten jeweils die hälftigen Beträge** (die zweite Hälfte der Leistungen übernimmt der jeweilige Beihilfeträger).				
Vorversicherungszeit	Die Vorversicherungszeit beträgt ab dem 01.07.2008 mindestens zwei Jahre innerhalb der Rahmenfrist von 10 Jahren.				
Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) ab Pflegegrad 2	Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 haben bei der häuslichen Pflege Anspruch auf **körperbezogene Pflegemaßnahmen** und **pflegerische Betreuungsmaßnahmen** sowie auf **Hilfen bei der Haushaltsführung** durch einen zugelassenen Pflegedienst.				
	Grad 1	**Grad 2**	**Grad 3**	**Grad 4**	**Grad 5**
	0 EUR	689 EUR	1.298 EUR	1.612 EUR	1.995 EUR
Pflegegeld für eine selbst beschaffte Pflegehilfe ab Pflegegrad 2	Wird die häusliche Pflege von einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson (wie Angehörige, Nachbarn, Bekannte) oder einer privat angestellten Pflegekraft übernommen, bezahlt die AOK-Pflegekasse ein Pflegegeld in Höhe von:				
	Grad 1	**Grad 2**	**Grad 3**	**Grad 4**	**Grad 5**
	0 EUR	316 EUR	545 EUR	728 EUR	901 EUR
Kombinierte Leistungen ab Pflegegrad 2	Wird der monatliche Höchstbetrag für die Pflegesachleistungen nur zum Teil in Anspruch genommen, zahlen wir zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt dann, wenn eine **private Pflegeperson** an der Pflege beteiligt ist. Ein Beispiel hierzu: Pflegegrad 2: In einem Monat werden Pflegesachleistungen in Höhe von 275,60 EUR (entspricht 40 Prozent des monatlichen Höchstbetrags aus 689,00 EUR) in Anspruch genommen. Somit kann noch ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 189,60 EUR (entspricht 60 Prozent aus 316,00 EUR) gezahlt werden.				
Tages-/Nachtpflege (teilstationäre Pflege) ab Pflegegrad 2	Kann die häusliche Pflege tagsüber oder nachts nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, tragen wir, in den Pflegegraden 2 bis 5, die Kosten für die Tages- oder Nachtpflege in einer zugelassenen Einrichtung. Die Aufwendungen für die pflegerische Versorgung, den Fahrdienst und die soziale Betreuung übernehmen wir bis zu bestimmten Höchstbeträgen. Diese sind abhängig vom Pflegegrad und betragen bei:				
	Grad 1	**Grad 2**	**Grad 3**	**Grad 4**	**Grad 5**
	0 EUR	689 EUR	1.298 EUR	1.612 EUR	1.995 EUR
	Zusätzlich hierzu kann eine Sachleistung und/oder Geldleistung in Anspruch genommen werden.				
Verhinderungspflege (Ersatzpflege) ab Pflegegrad 2	Bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger **vorübergehender** Verhinderung der Pflegeperson kann eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderungspflege mindestens sechs Monate gepflegt hat. Im Kalenderjahr stehen dafür 1.612,00 EUR für längstens sechs Wochen zur Verfügung. Zusätzlich kann je Kalenderjahr ein Betrag von bis zu 806,00 EUR aus der Kurzzeitpflege in die Verhinderungspflege übertragen werden. Im Kalenderjahr stehen somit insgesamt bis zu 2.418,00 EUR für längstens sechs Wochen zur Verfügung. Die Höhe der Leistung ist davon abhängig, ob ein ambulanter Pflegedienst oder eine nicht erwerbsmäßig tätige Ersatzpflegekraft die Verhinderungspflege übernimmt.				
Kurzzeitpflege ab Pflegegrad 2	Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung. Im Kalenderjahr stehen bis zu 1.612,00 EUR für längstens acht Wochen zur Verfügung. Zusätzlich kann je Kalenderjahr ein Betrag von bis zu 1.612,00 EUR aus der Verhinderungspflege in die Kurzzeitpflege übertragen werden, sofern darauf ein Anspruch besteht. Im Kalenderjahr stehen dann insgesamt bis zu 3.224,00 EUR für längstens acht Wochen zur Verfügung.				

Entlastungsleistungen ab Pflegegrad 1	Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, erhalten für Angebote zur Unterstützung im Alltag, einen Entlastungsbetrag von bis zu 125,00 EUR je Kalendermonat. Der Betrag von 125,00 EUR ist **zweckgebunden** für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen einzusetzen. Die Erstattung ist möglich, für: 1. Leistungen aus der Tages- und Nachtpflege 2. Leistungen der Kurzzeitpflege 3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung im Bereich der Selbstversorgung 4. Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag
Vollstationäre Pflege ab Pflegegrad 1	Wir übernehmen die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Unsere Leistung darf aber im jeweiligen Pflegegrad die nachfolgend angegebenen monatlichen Höchstbeträge nicht übersteigen:

Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
125 EUR	770 EUR	1.262 EUR	1.775 EUR	2.005 EUR

Pflegehilfsmittel ab Pflegegrad 1	Die Pflegeleistungen werden ergänzt durch die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Dazu gehören beispielhaft Pflegebetten, Hausnotrufsysteme, Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel.
Umbaumaßnahmen ab Pflegegrad 1	Zur Sicherstellung der Pflege bezuschusst die Pflegekasse der AOK Bayern Umbaumaßnahmen im **häuslichen** Wohnumfeld (wie Türverbreiterungen, Abbau von Türschwellen). Höchstbetrag maximal 4.000,00 Euro.
Leistungen für die Pflegepersonen ab Pflegegrad 2	Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Pflegekasse der AOK Bayern für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung. Über die Voraussetzungen und die Höhe unserer Leistung beraten wir Sie gerne.
Pflegekurse Pflegegrad nicht erforderlich	Nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (wie Angehörigen, Nachbarn, Bekannten) bieten wir kostenlose Pflegekurse an. Über Termine und Veranstaltungsorte informieren wir gerne.
Pflegeberatung	Unsere Pflegeberater bieten Ihnen kostenfrei eine individuelle und neutrale Beratung, Unterstützung und Begleitung bei allen Fragen rund um die Pflege. Gerne auch im Rahmen eines persönlichen Gesprächs in Ihrem häuslichen Umfeld.

Kurze Übersicht der Pflegegrade

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Erhebliche** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Schwere** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	**Schwerste** Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Einstufung hängt von Maß und Dauer der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ab. Die Begutachtung erfolgt durch den Medizinischen Dienst. Die Bewertungsmethoden erfassen den Pflegebedürftigen ganzheitlich in Bezug auf seine Selbstständigkeit.