

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS

IMPULSE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG

07.2021

NEU!

WUNDMANAGEMENT

Tracheostomapflege: Mehr als nur verbinden

Tracheostoma ist eine Standardbehandlung auf Intensivstationen, um Menschen längere Zeit zu beatmen. Auch wird die Tracheotomie als ambulante Langzeitbehandlung immer häufiger. Doch es gibt Besonderheiten, die eine praktische Einweisung dringend erforderlich machen, bevor es zu Notfallsituationen am Patienten kommt.



Unter einem Tracheostoma versteht man einen künstlich geschaffenen Ausgang der Luftröhre. Manipulationen am Tracheostoma sollten immer sehr schonend durchgeführt werden.

Um Notfälle zu verhindern, sind bei einem Tracheostoma einige Besonderheiten zu beachten:

1. **Der normale Ein- und Ausatemweg** über die Nase wird umgangen. Da-

durch ist die Luft weder angefeuchtet noch angewärmt und wird auch nicht gefiltert. Dies muss künstlich durchgeführt werden. Dabei muss steril gearbeitet werden. Der normale

Husten ist nicht möglich, deshalb muss mehrfach täglich steril abgesaugt werden und die Trachealkanüle wird meist zweimal täglich gesäubert. Es muss bei den Betroffenen

- deshalb auch eine regelmäßige Nasen- und Mundpflege durchgeführt werden. Ein Schlucken ist nur eingeschränkt möglich.
- 2. **Das endotracheale Absaugen** geschieht direkt in der Luftröhre (Trachea). Es löst beim Betroffenen ein Gefühl des Erstickens aus und muss deshalb immer sehr kurz gehalten werden. Der Sauerstoffgehalt im Blut sinkt dabei stark ab. Zudem ist absolute Sterilität gefordert. Da der Nervus Vagus über das Absaugen oder auch über das Einführen der Kanüle in das Tracheostoma sehr stark gereizt wird, kann es zu extremer Bradykardie bis zum Herzstillstand kommen.
- 3. **Manipulationen am Tracheostoma** sollten immer sehr schonend durchgeführt werden und es sollte immer ein Notfallbesteck und ein Absauggerät am Patienten bereit liegen: Etwa die Verlegung der Trachealkanüle kann dazu führen, dass diese sofort entfernt werden muss und eine neue Kanüle eingesetzt werden muss. Dabei können zusätzlich auch Blutungen ausgelöst werden.

Die Tracheotomie als Langzeitbehandlung wird im ambulanten Bereich immer häufiger.

Anfeuchten und Anwärmen

Da die Funktion der Nase entfällt, muss die Einatemluft bei spontan atmenden Patient:innen künstlich angefeuchtet und angewärmt werden. Man spricht auch von „künstlicher Nase“. Für viele Trachealkanülen stehen Aufsätze zur Verfügung, die einen passiven Feucht- und Wärmetauscher (HME) aus Papier

oder Schaumstoff besitzen. Die ausgeatmete Luft wird durch den Filter geschleust und lässt die Feuchtigkeit und Wärme im Filter zurück. Je länger der Filter auf einer Trachealkanüle sitzt, desto dichter wird der Filter. Das heißt, das Atmen über einen „vollen“ Filter wird für den Betroffenen immer schwieriger. Deshalb müssen diese Filter regelmäßig getauscht werden. Bei aufgesetztem Filter ist ein Abhusten von Sekret nicht möglich. Dieses kann sogar den Filter blockieren.

Endotracheal & laryngeal absaugen

Da das Absaugen über die Trachealkanülen direkt in der Trachea erfolgt, muss dieses absolut steril, schnell und behutsam vorgenommen werden. Bei einigen Patient:innen wird der Arzt eine „Präoxygenierung“ anordnen. Das heißt, vor dem Absaugen erhält der Patient Sauerstoff über die Einatemluft, um einen Abfall des Sauerstoffgehaltes zu reduzieren. Beobachten Sie unbedingt den Patienten oder leiten Sie die Herzfrequenz ab, um eine Bradykardie beim Absaugen schnell festzustellen. Mit einem flexiblen, dünnen Absaugkatheter darf immer nur einmal abgesaugt werden. Der Mund-Rachenraum wird mit einem gesonderten Absaugkatheter gereinigt. Die Führungshand der Pflegekraft trägt einen sterilen Handschuh, mit der anderen Hand wird die Trachealkanüle geöffnet. Den Absaugkatheter leicht drehend einführen und unter Bewegung kurz hin- und her. Nicht den Absaugkatheter an der empfindlichen Trachealschleimhaut ansaugen lassen – es besteht Blutungsgefahr!

Verbandwechsel

Da aus dem Tracheostoma Sekret ablaufen kann, ist ein Verband um das Tracheostoma zu benutzen. Je nach Sekretion erfolgt der Verbandwechsel täglich oder öfter. Spezielle Trachealkompressen mit einer Aluminium-Beschichtung verhindern ein Verkleben mit der Haut. Schaumstoffkompressen können mehr Sekret aufnehmen und polstern gleichzeitig die Halteplatte gut ab.

Was ist ein Tracheostoma?

Unter einem Tracheostoma versteht man einen künstlich geschaffenen Ausgang der Luftröhre. In einer kleinen Operation wird meist zwischen dem zweiten und vierten Trachealknorpel ein Schnitt gesetzt, dann eine Öffnung in die Trachea geschaffen. Anschließend wird häufig die Haut mit der Trachea vernäht – aber nicht immer. Es wird eine Kanüle in das Tracheostoma eingesetzt. Über diese (Tracheal)Kanüle erfolgt die Beatmung oder die spontane Atmung des Betroffenen. Die Kanülen werden unterschieden in Kunststoff- und Metallkanülen. Bei den Metallkanülen sind die Silberkanülen seit vielen Jahren im Einsatz. Sie werden meist bei wachen Patient:innen verwendet, die spontan atmen können. Die Silberkanüle besteht aus einer Außen- und Innenkanüle, die separat entnommen werden kann und leicht zu reinigen ist. Das Silbermaterial wirkt gleichzeitig antiseptisch. Kunststoffkanülen mit Cuff (auffüllbarer Ballon, der zur Trachea abdichtet) werden gerne zur Langzeittherapie bei Menschen eingesetzt, die gleichzeitig Schluckstörungen haben und bei denen die Aspiration durch die geblockte Kanüle verhindert wird. Ohne eingelegte Kanüle würde das Tracheostoma auf Dauer wieder zuwachsen und das Tracheostoma kann leicht verstopfen.

Foto: Schwarmberg



Gerhard Schröder

Lehrer für Pflegeberufe, Pflegedienstleiter, Leiter der Akademie für Wundversorgung, Göttingen
info@akademie-fuer-wundversorgung.de

INTERAKTION

Kommunikation mit Demenzerkrankten

Bei einer demenziellen Erkrankung wird die Kommunikation mit dem Betroffenen immer schwieriger. Die Krankheit lässt nicht nur Dinge vergessen, auch sprachliche und inhaltliche Zusammenhänge werden nicht mehr verstanden. Dennoch gibt es Möglichkeiten, ein Gespräch zu erleichtern.



Foto: AdobeStock/Katerina Kovarz

Ziel der Kommunikation ist immer, eine positive und motivierende Verbindung aufzubauen.

Mit dem Verlauf der Erkrankung verändern sich selbstverständliche Fähigkeiten, unter anderem auch das Erinnern an gewohnte Gesichter. Die Orientierung und die „normale“ Wahrnehmung des Lebensumfeldes werden durch die Krankheit immer problematischer. Insbesondere in den noch frühen Stadien der Erkrankung können die Sprünge zwischen Klarheit und Verwirrtheit nur Sekunden oder

Minuten anhalten. Nicht selten führen dann selbst einfache Gespräche zu einer starken emotionalen Belastung für die Betroffenen, da inhaltliche Zusammenhänge im Gespräch oft nicht mehr korrekt zugeordnet werden können.

Eine positive Beziehung schaffen

Daher gilt der Grundsatz: Das Ziel ist es immer, eine positive und motivierende Beziehung zum Erkrankten aufzu-

bauen. Es geht niemals darum, dem Betroffenen mitzuteilen, dass er möglicherweise im Unrecht ist. Sachliche Diskussionen sind mit einer dementen Person kaum und meistens gar nicht mehr möglich.

Erinnerungsstützen können helfen

Die demenzielle Erkrankung lässt in ihrem Fortschreiten viele Erinnerungen schwinden und verblassen, andere jedoch in den Vordergrund und ins „Hier und Jetzt“ treten. Zu Beginn der Krankheit kann es daher sinnvoll sein, mit kleinen Erinnerungsstützen zu arbeiten. Bilder aus der Vergangenheit des Betroffenen können helfen. Im Alltag ist es gerade zu Beginn des demenziellen Krankheitsverlaufs oft noch möglich, dass sich die erkrankte



Die Ausgabe oder einzelne Beiträge
als Download unter
haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis

- Person mit kleinen Notizen behelfen kann.

Kommunikation auch ohne Sprache

Im Gespräch mit Demenzerkrankten erhält die nonverbale Kommunikation über Mimik und Gestik eine besondere Bedeutung. Gefühlssituationen wie Ärger, Liebe, Zuneigung, Trauer oder Wut werden von Demenzerkrankten häufig intensiver wahrgenommen als von nicht Erkrankten. Hier gilt es, sich vor und während eines Gesprächs mit dem Betroffenen immer auch seine eigene aktuelle Stimmungslage bewusst zu machen, denn ein Lächeln schenkt Freude, eine emotionale Zuwendung zeigt Nähe und erzeugt Wärme, ein Stirnrunzeln zeigt eine Frage und Unsicherheit.

Eine einfache Sprache verwenden

Verwenden Sie einfache und möglichst kurze Sätze und Worte. Eine deutliche und langsame Aussprache ist hierbei zusätzlich hilfreich. Die Verwendung von Wörtern mit Signalcharakter unterstützt hierbei. Sie fördern die Konzentration auf das Hier und Jetzt. Dazu zählen neben der Nutzung von Eigennamen die Worte „hier/jetzt/hin/in/auf/so/also“. Diese Worte hat auch der demenzerkrankte Mensch sehr früh gelernt, denn sie tauchen bereits in den Zweiwortsätzen von Zweijährigen auf.

Stellen Sie keine Alternativfragen. Besser ist es, im Gespräch mit Demenzerkrankten „Ja-Nein-Fragen“ und/oder Fragen mit wenigen Alternativen zu

Im Gespräch mit Demenzerkrankten erhält die nonverbale Kommunikation über Mimik und Gestik besondere Bedeutung.

nutzen. „W-Fragen“ (wie, wer, was...) sollten nach Möglichkeit nicht genutzt werden. Beispiel: Fragen Sie „Geht es Ihnen gut?“ statt „Wie geht es Ihnen?“

Geduld gefragt

Demenzerkrankte reagieren insbesondere in für sie herausfordernden Situationen mit Frustration darüber, dass die Kommunikation nicht funktioniert. Wird der Erkrankte dann noch unter Druck gesetzt, kann die Situation schnell eskalieren. Besser ist es, Hilfestellung zu geben und dem Betroffenen nicht „über den Mund zu fahren“. Das Wichtigste ist hier: Geduld! Dazu zählt auch, dass Inhalte oftmals wiederholt werden müssen, bis sie tatsächlich ankommen. Sätze wie „Das habe ich Ihnen doch bereits schon vor fünf Minuten gesagt“ kränken den Erkrankten und sollten nicht ausgesprochen werden.

Kommunizieren Sie positiv

Kritik oder Vorwürfe erzeugen keinen positiven Effekt. Oft bringt es Erkrankte in Verlegenheit oder führt zur Frustration. Vorwürfen seitens Demenzerkrankter sollte positiv begegnet werden. Dem Vorwurf, etwas versteckt oder gestohlen zu haben, kann man beispielsweise besser begegnen, indem man den Betroffenen die Angst nimmt und gemeinsam nach dem betreffenden Gegenstand sucht, statt den Vorwurf verbal abzuwehren. Auf Ängste und Frustrationen sollte je nach Situation und Zusammenhang eingegangen werden. Stellen Sie sich die Fragen „Was könnte hinter der Angst stecken?“ oder „Was braucht der Demenzerkrankte jetzt genau in dieser Situation?“ Letztendlich sind Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Situation des Betroffenen und das Fachwissen über die Art und Symptomatik der Demenzerkrankung der Schlüssel für eine positive Kommunikations- und Beziehungsgestaltung zwischen der Pflegekraft und dem Erkrankten. ◀

NÜTZLICHE QUELLEN

- www.dnqp.de Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“
- www.zqp.de/demenz-herausforderung
- www.deutsche-alzheimer.de

Die wichtigsten Regeln in der Kommunikation mit Demenzerkrankten

- Sprechen Sie langsam und nicht zu schnell, dafür laut und deutlich
- Verwenden Sie einfache und kurze Sätze und Worte
- Benutzen Sie nicht den Begriff „wir“, sondern bleiben Sie konkret: „ich, Sie“
- Zeigen Sie Geduld und Einfühlungsvermögen
- Falls der Erkrankte in einem Dialekt spricht, so sprechen Sie (natürlich nur wenn Sie es können) auch Dialekt. Es ist die Sprache, die der Demente aktuell am besten versteht.
- Halten Sie im Gespräch immer Blickkontakt. Über Ihre Gestik, Mimik und Ihre Emotionen erhält der Betroffene zusätzliche Informationen, die ihm das Gespräch erleichtern.
- Nennen Sie jede Person und jeden Gegenstand beim Namen. Stellen Sie sich selbst bei der erkrankten Person immer wieder vor, wenn Sie merken, dass Sie nicht erkannt werden
- Vermeiden Sie Zurechtweisungen, Ironie und Verständnisfragen
- Zeigen Sie Wertschätzung und Respekt, verwenden Sie niemals „Babysprache“
- Sprechen Sie nicht so, als würde die betroffene Person nicht verstehen, worüber gesprochen wird. Reden Sie niemals so, als wäre die Person nicht mit im Raum.

Foto: Privat



Ulrich Kalvelage

TQM Auditor und Qualitätsmanager für die ambulante und stationäre Pflege

ZEHN-MINUTEN-AKTIVIERUNG

Eine Aktivierungsstunde zum Thema Schule

Im August und September finden Einschulungen statt. Gestalten Sie passend dazu für Ihre Patient:innen eine Betreuungsstunde zum Thema Schule. Wir haben Anregungen für die häusliche Betreuung zusammengestellt.



Foto: AdobeStock/Jenny Sturm


Schultüte, Schiefertafel, Rechenschieber rufen Erinnerungen an die Schulzeit hervor - auch bei demenziell veränderten Patient:innen.

Eines haben wir alle gemeinsam: Wir sind alle in die Schule gegangen. Die Schulzeit ist eine sehr prägende Zeit. Man lernt nicht nur Lesen, Schreiben und Rechnen, sondern man knüpft auch Freundschaften und „lernt fürs Leben“. Mit gezielt gestellten Fragen und vielleicht einigen Fotos/Materialien lassen sich Erinnerungen an die Schulzeit, auch bei demenziell veränderten Patient:innen, wieder hervorrufen.

Als Einstieg in das Gespräch empfiehlt es sich, gemeinsam die mitgebrachten Materialien anzusehen und zu benennen. Meist ergibt sich daraus bereits ein Gespräch. Durch gezielte Fragestellungen zum Thema lassen sich Erinne-

rungen wachrufen, die vielleicht lange „versteckt“ waren. Je nach Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit können Sie auch Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen durchführen oder kleinere Spiele zum Thema spielen. Lassen Sie sich überraschen, welche Erinnerungsschätze zum Vorschein kommen.

Fragen und Gesprächsanregungen

- Können Sie sich an Ihre Einschulung erinnern?
- Wissen Sie noch, was Sie für Kleidung getragen haben bei Ihrer Einschulung? Zum Beispiel ein besonderes Kleid oder einen Anzug?
- Wurde bei der Einschulung ein Foto von Ihnen gemacht? 

Materialien zum Thema

- Griffel
- Schiefertafel
- Alter Schulranzen
- Rechenschieber
- Füller
- Tinte
- Unterschiedliche Stifte
- Alte Schulbücher
- Ausgesuchte Gedichte
- Schultüte
- Alte Texte in verschiedenen Schriften

- Haben Sie zur Einschulung eine Schultüte/Zuckertüte bekommen? Wissen Sie noch, was darin war?
- Wie hieß Ihr erster Lehrer oder Ihre erste Lehrerin?
- Wie hat Ihr Klassenzimmer ausgesehen?
- Wie viele Kinder waren in Ihrer Klasse?
- Erinnern Sie sich an Ihren Schulweg? Sind Sie zur Schule gelaufen, mit dem Rad gefahren oder mit einem Schulbus?
- Sind Sie gerne zur Schule gegangen? Warum?
- Welches Fach hat Ihnen gut gefallen?
- Welches Fach hat Ihnen am wenigsten gefallen?
- Wie waren Ihre Noten? In welchen Fächern waren Sie besonders gut und in welchen vielleicht schlecht?

Erinnerungen wachrufen, die vielleicht lange versteckt waren.

- Hatten Sie einen Lieblingslehrer oder Lieblingslehrerin?
- Wie hieß Ihr Sitznachbar/Ihre Sitznachbarin?
- Haben Sie in der Schule Freunde gefunden?
- Was wurde in den Pausen gespielt? Zum Beispiel Fußball, Springseil oder Himmel und Hölle?
- Haben Sie einmal einem Lehrer einen Streich gespielt?
- Gab es zu Ihrer Schulzeit noch körperliche Bestrafungen durch die Lehrer? Wenn ja, welche?
- Auf welche Schule sind Sie gegangen?
- Wie viele Jahre sind Sie zur Schule gegangen?
- Mussten Sie in der Schule Gedichte auswendig lernen? Wenn ja, welche waren das? Und können Sie diese Gedichte heute noch aufsagen?

Sütterlin-Schrift/altdeutsche Schrift

Die Sütterlin-Schrift (auch deutsche Schrift oder alte deutsche Schrift genannt) wurde zwischen 1911 und 1941 an deutschen Schulen gelehrt. 1941 wurde sie durch die Nationalsozialisten verboten. Viele Ältere haben die Schrift entweder noch in der Schule gelernt oder von Ihren Eltern oder Großeltern.

Versuchen Sie, zusammen mit Ihren Patient:innen Texte auf Sütterlin zu lesen oder etwas zu schreiben. **Tipp:** Auf Flohmärkten oder bei ebay kann man alte Briefe, Postkarten oder Bücher finden. Bei Amazon kann man beispielsweise die Bücher „Max und Moritz“ oder „Der Struwwelpeter“ in Sütterlin-Schrift kaufen.

Schulhof-Spiel „Himmel und Hölle“

Himmel und Hölle ist eines der ältesten bekannten Hüpfspiele und fast auf der ganzen Welt bekannt. Je nach Region gibt es unterschiedliche Bezeichnungen, wie zum Beispiel Hopse, Humpelchen, Reise zum Mond, Hinkekasten oder Hinkepinke.

Die allermeisten Ihrer Patient:innen werden dieses Spiel noch aus ihrer Kindheit als Schulhofspiel kennen. Versuchen Sie zusammen, das Spiel auf einem Zettel aufzumalen. ↻

NT

BUCHTIPP

Schulzeit: Wie's früher war. Kathrin Friedl. Boehlau Verlag. ISBN-10 : 3205785576

Ausdrucken und verteilen

Drucken Sie die Ambulante Pflegepraxis aus und verteilen Sie alles oder einzelne Beiträge an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Downloads der Ausgaben finden Sie unter

[haeusliche-pflege.net/
Pflegepraxis](https://haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis)

„Ein Schulerlebnis, das ich nicht vergesse“

Aufgewachsen bin ich nur mit Brüdern, deren Freunden und Nachbarskindern. Wir Mädchen waren in der Unterzahl. Da musste man schlagfertig sein und das nicht nur mit dem Mund. Ich konnte gut austeilen und habe auf meinem Schulweg fast alle verhauen, die mir dumm kamen. Leider war ich auch im Schulunterricht nicht die Ruhigste und Artigste. Immer, wenn dummes Zeug gemacht wurde, war ich dabei. Ein Erlebnis ist mir besonders in Erinnerung geblieben: Was genau der Auslöser im Unterricht war, daran kann ich mich nicht mehr erinnern. Aber ich hatte irgendetwas gemacht, das meine Lehrerin so richtig aufgebracht hat. Alles passierte dann schnell und reflexartig. Ich musste aufstehen und nach vorne kommen, um mir meine Strafe abzuholen. Meine Lehrerin wollte mir eine Ohrfeige geben. Sie holte kräftig aus und genau in dem Moment habe ich mich geduckt. Dumm war, dass ich vor einem großen, senkrechten Heizkörper stand und sie mit ihrer Hand voll über jede einzelne Rippe dieses Heizkörpers schlug. Die Hand schwoll sofort mächtig an. Der Direktor wurde gerufen, die Lehrerin wurde zum Arzt geschickt und ich musste zur Belehrung ins Direktorenzimmer, wo mir natürlich gleich ein Brief an meine Eltern übergeben wurde. Bei schwerwiegenden Vorkommnissen in der Schule ging immer mein Vater zum Gespräch. Seine Antwort an Direktor: „Ja, Hedi hat eben eine gute Reaktion! Und dass der Heizkörper dort hängt, hätte die Lehrerin ja auch sehen können...“ Der Vorfall wurde nicht weiter geahndet. Zuhause hat mich mein Vater ermahnt, in der Schule doch etwas braver zu sein. Die Lehrerin trug ein paar Tage einen Verband. Und ich war so stolz, einen so lieben Papa zu haben!

Hedi Franke, 74 Jahre

Paragrafen-Dschungel

„Neue Kundin Frau Müller ab Montag. Nach § 11, 5 und 45.“ Oder: „Frau Harms hat angerufen, sie braucht dringend einen 37.3er Einsatz.“ – Kennen Sie solche Sätze von Ihrer Pflegedienstleitung oder Geschäftsführung? Wir erklären, was es mit den unterschiedlichen Paragrafen auf sich hat.



Foto: AdobeStock/vegrifox.com

Sollten jedem in der Pflege Tätigen bekannt sein: die wichtigsten Paragrafen des SGB V und SGB XI.

Alle Gesetze, die soziale Gerechtigkeit, Hilfen, Sicherheit und Leistungen behandeln, stehen im Sozialgesetzbuch (SGB). Das Sozialgesetzbuch besteht aus zwölf Teilen, die in römischen Zahlen angegeben werden (SGB I bis SGB XII). Wer in der klassischen ambulanten Pflege arbeitet, dem dürften vor allem die Sozialgesetzbücher 5 (SGB V) und 11 (SGB XI) bekannt vorkommen. Wir erklären Ihnen, welche Gesetze in welchem SGB geregelt werden und welche die wichtigsten Paragrafen sind.

SGB V -

Gesetzliche Krankenversicherung

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V wird alles genau geregelt, was Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft. Im ambulanten Pflegedienst sind dies hauptsächlich Maßnahmen, die vom Arzt über eine Verordnung häuslicher Krankenpflege verordnet werden.

Behandlungspflege nach SGB V § 37: zum Beispiel Medikamentengabe, Injektion, Blutzuckermessung, Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen, Wundversorgung, Einreibung, Parenterale Ernährung an-/abhängen usw. Diese Leistungen bezahlt bei Genehmigung die Krankenkasse.

Krankenhausvermeidungspflege nach

SGB V § 37 (1): Der Arzt kann grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen verordnen, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. Der Patient hat vier Wochen Anspruch auf diese Leistungen (in besonders schweren Fällen kann der Anspruch verlängert werden). Die Leistungen werden bei Genehmigung von der Krankenkasse bezahlt (nur wenn kein Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt).

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung

Im SGB XI wird alles geregelt, was die Pflegeversicherung betrifft.

SGB XI § 36, 37 und 38: Diese Abschnitte regeln, welche Leistungen der Pflege bzw. wieviel Pflegegeld ein Patient (unter Berücksichtigung seines Pflegegrades) erhält. Der Pflegebedürftige kann unter drei Möglichkeiten wählen:

§ 36 - Pflegesachleistungen: Der Begriff „Pflegesachleistungen“ ist erstmal etwas irreführend. Mit Sachleistungen sind Leistungen der Pflege gemeint, die durch einen professionellen Pflegedienst erbracht werden. Zum Beispiel „kleine Pflege“, „große Pflege“, „Pflege auf Zeit“ usw. Die einzelnen Leistungskomplexe regeln dabei die Bundesländer und nicht das Sozialgesetz, daher sind die Bezeichnungen und der Umfang der einzelnen Leistungen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Je nach Pflegegrad stehen dem Pflegebedürftigen für Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst finanzielle Hilfen in unterschiedlicher Höhe zu

	§ 36 - Pflegesachleistungen	§ 37 - Pflegegeld	§ 45 - Entlastungsbeitrag
Pflegegrad 1	---	---	125 €
Pflegegrad 2	689 €	316 €	125 €
Pflegegrad 3	1.298 €	545 €	125 €
Pflegegrad 4	1.612 €	728 €	125 €
Pflegegrad 5	1.995 €	901 €	125 €

Für Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst stehen dem Pflegebedürftigen finanzielle Hilfen zu. Nimmt er keine Pflegedienst-Leistungen in Anspruch, kann er Geldleistungen bekommen.

➔ (siehe Tabelle). Die Pflegesachleistungen werden vom Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abgerechnet, der Pflegebedürftige erhält kein Geld auf sein privates Konto.

§ 37 – Pflegegeld: Nimmt ein Pflegebedürftiger keine Leistungen von einem professionellen Pflegedienst in Anspruch, kann er Geldleistungen bekommen (siehe Tabelle). Dabei bleibt es dem Pflegebedürftigen selbst überlassen, wie er das Pflegegeld nutzen möchte. Viele verwenden das Pflegegeld, um ihre Angehörigen, die die private Pflege übernehmen, damit zu bezahlen.

§ 38 – Kombinationsleistungen: Bei den Kombinationsleistungen wird ein Teil der Pflege von einem Pflegedienst erbracht und mit der Pflegekasse abgerechnet. Der Pflegebedürftige erhält prozentual anteilig (je nachdem, wieviel vom Pflegedienst abgerechnet wurde) noch Pflegegeld ausgezahlt.

SGB XI § 37.3 – Beratung: Jeder Pflegebedürftige muss regelmäßige Beratungsgespräche in Anspruch nehmen, je nach Höhe des Pflegegrades zwei- bis viermal pro Jahr. Die Beratungsgespräche werden von Pflegefachkräften durchgeführt und sollen dafür sorgen, dass auch Pflegebedürftige, die nicht von einem Pflegedienst versorgt werden, regelmäßig professionell pflegefachlich beraten werden. Nimmt ein Pflegebedürftiger diese Beratung nicht in Anspruch, kann die Pflegekasse Geldleistungen kürzen oder aussetzen.

SGB XI § 39 – Verhinderungspflege:

Hat ein Pflegebedürftiger mindestens den Pflegegrad 2 und länger als sechs Monate eine private Pflegeperson (die bei der Pflegekasse angegeben ist), hat er Anspruch auf Verhinderungspflege. Dies bedeutet, dass die Pflege für eine bestimmte Zeit von professionell Pflegenden übernommen wird, weil die eigentliche Pflegeperson verhindert ist. Die Verhinderungspflege kann in einem Stück genommen werden (längstens sechs Wochen) oder auch stückweise, wenn die Pflegeperson z. B. immer Mittwochnachmittag verhindert ist. Für die Verhinderungspflege stehen dem Pflegebedürftigen 1.612 € pro Jahr, zusätzlich zu den anderen Leistungen, zu.

SGB XI § 45 – Entlastungsleistungen:

Jedem Pflegebedürftigen (ab Pflegegrad 1) stehen sogenannte Entlastungsleistungen von 125 € monatlich, zusätzlich zu den übrigen Leistungen, zu. Dieses Budget wird klassischerweise für hauswirtschaftliche Dienste oder Betreuungsleistungen genutzt. In Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbeitrag auch für Pflege genutzt werden, ab Pflegegrad 2 geht das nicht. Der Entlastungsbeitrag kann nur von einem anerkannten Pflegedienst abgerechnet werden. Eine private Auszahlung ist nicht möglich. Wenn der Betrag nicht genutzt wird, verfällt er. ⬅

Nele Trauernicht

Konzeption und redaktionelle Begleitung



Foto: privat

Nele Trauernicht
Seifert&Trauernicht
GbR
nele@seifert-trauernicht.de



Foto: provided

Philipp Seifert
Seifert&Trauernicht
GbR
philipp@seifert-trauernicht.de

Impressum

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS erscheint monatlich als regelmäßiges Supplement und damit als exklusiver Bestandteil der Zeitschrift HÄUSLICHE PFLEGE.

www.haeusliche-pflege.net

Der Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. AMBULANTE PFLEGEPRAXIS und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme der Beiträge erwirbt der Verlag alle Nutzungsrechte in Print- und elektronischen Medien. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion:

Lukas Sander (v.i.S.d.P.),
Tel. 05 11/99 10-1 21,
Fax 05 11/99 10-1 96,
E-Mail: lukas.sander@vincenz.net,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen:

Ralf Tilleke (Leitung), Tel. 05 11/99 10-1 50,
Fax 05 11/99 10-1 59
Anschrift wie Verlag
Produktion & Layout
Maik Dopheide (Leitung), Birgit Seesing (Artdirection),
Eugenia Bool, Nathalie Nuhn, Dennis Wasner;
herstellung@vincenz.net

Verlag:

Vincenz Network, Plathnerstraße 4c, 30175 Hannover

Druck:

Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH,
Langenhagen

© Vincenz Network GmbH & Co. KG
ISSN 0935-8234, 10487