

Projekt „Übergangsbegleitung“

Entlassmanagement

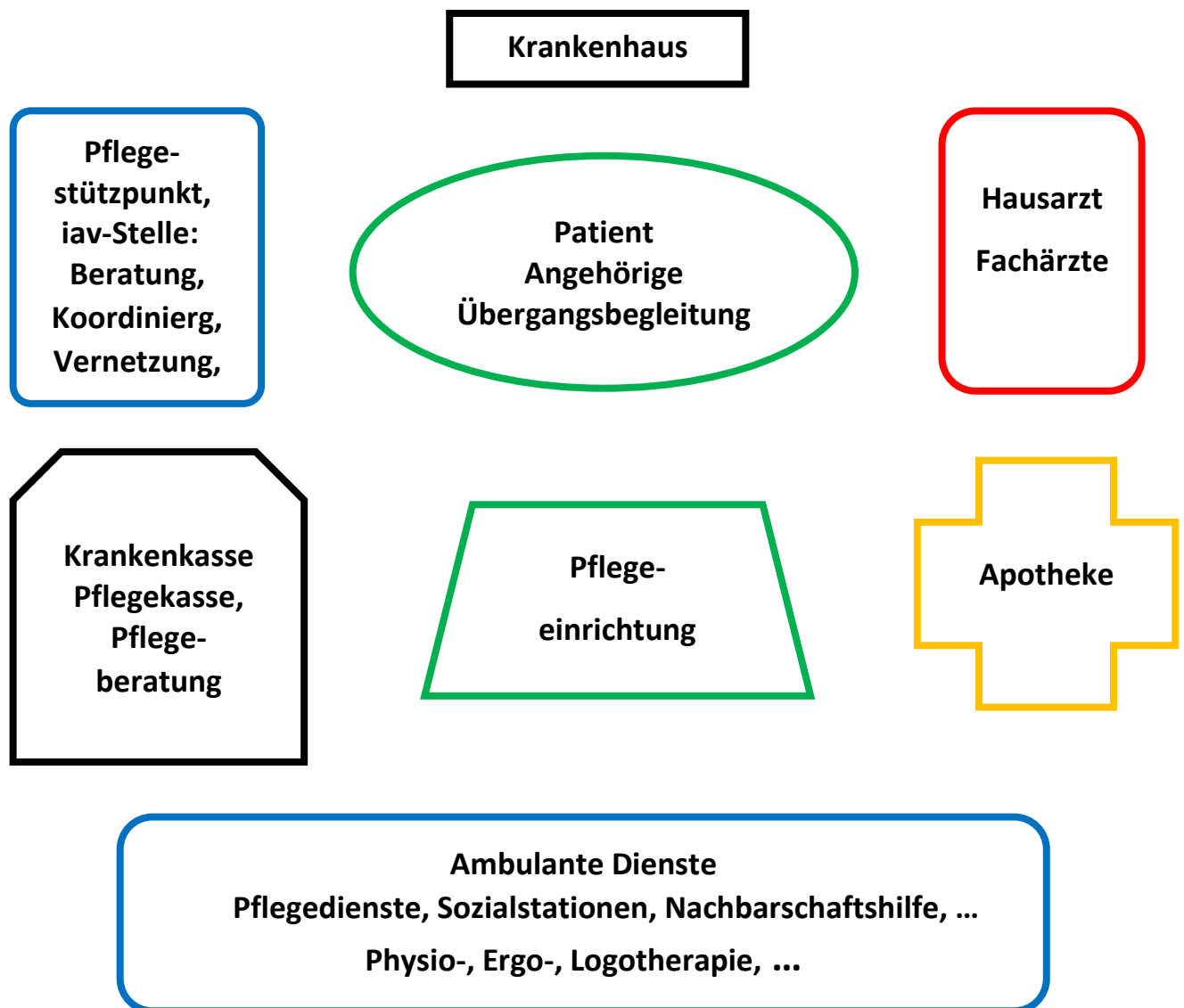
Entlassung aus dem Krankenhaus,
danach gut versorgt zu Hause



Von Patientenbegleitung zum Entlassmanagement

Erfahrungen aus unserem Projekt „Patientenbegleitung im Krankenhaus“ legten den Gedanken nahe, sich dem Thema der „Übergangsbegleitung vom stationären in den ambulanten häuslichen Bereich“ zu widmen. In einer ersten Stufe wurde dabei das „Entlassmanagement“ näher beleuchtet. Auch wenn das Krankenhaus sich sehr um eine lückenlose Versorgung nach der Entlassung kümmert, muss der Patient bzw. seine Angehörigen selbst noch viel beitragen und organisieren, um eine umfassende medizinische und pflegerische Versorgung zu Hause sicherzustellen.

Das Versorgungsumfeld:



Projekt „Übergangsbegleitung“ Entlassmanagement

Juli 2023

Der Aufenthalt im Krankenhaus ist für viele Patienten etwas ganz Ungewohntes: Eine fremde Umgebung, fremde Menschen in weißen Kitteln und man ist krank, vielleicht sogar bettlägerig. Werde ich wieder gesund? Darf ich wieder nach Hause oder werde ich in ein Pflegeheim verlegt?

Nähert sich dann der Tag der Entlassung, freut man sich sicherlich, hat aber Bedenken: Wie komme ich zu Hause zurecht? Ich brauche doch weiterhin pflegerische Versorgung und Medikamente und wie schaffe ich den Haushalt?

Seit Oktober 2017 gibt es dazu eine erfreuliche Unterstützung: Das Krankenhaus stellt sicher, dass der Patient nach seinem Krankenhausaufenthalt eine lückenlose medizinische und pflegerische Versorgung erhält. Voraussetzung ist die Einwilligung des Patienten, der nach § 39 Abs. 1a SGB V ein Recht darauf hat.

Anhand eines Entlassplans soll das Krankenhaus alle im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlichen Maßnahmen festlegen und organisieren. Diese betreffen die medizinische, pflegerische und auch hauswirtschaftliche Versorgung. Dazu wird das Krankenhaus u.a.

- **frühzeitig den Versorgungsbedarf des Patienten nach der Entlassung klären,**
- **die Angehörigen und Vertrauenspersonen informieren und einbinden,**
- **den weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig informieren,**
- **bestimmte Leistungen für einen begrenzten Zeitraum verordnen. Dazu gehören u.a. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, ggf. eine häusliche Krankenpflege evtl. auch eine Haushaltshilfe oder eine Kurzzeitpflege.**

Diese Broschüre soll informieren über wichtige Tätigkeiten bei der Entlassung, über notwendige Verordnungen und über die Möglichkeiten, eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung beim Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit zu erhalten.



Roland Bernhard
Landrat



Manfred Koebler
Ehrevors. Kreissenorenrat



Gerald Tomenendal
Regionaldirektor KVSW

Entlassmanagement

**Entlassung aus dem Krankenhaus,
danach gut versorgt zu Hause**

Inhaltsverzeichnis:	Seite:
➤ Von Patientenbegleitung zum Entlassmanagement	2
➤ Einführung	3
➤ Ziele und Handlungsschritte	5
➤ Klärung der wichtigsten Fragen	6
➤ Einwilligung des Patienten	7
➤ Wichtige Tätigkeiten noch vor einer Entlassung	8
➤ Wichtige Tätigkeiten nach der Entlassung zu Hause	9
➤ Die Pflegeberatung und die 4 Pflegestützpunkte	10
➤ Die iav- und Beratungsstellen	11
➤ Wichtige Verordnungen für die Versorgung zu Hause	12-13
➤ 5 Tipps zur Pflege	14
➤ Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege	15
➤ Tagespflege – gut für Pflegebedürftige und Pflegende	16
➤ Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1	17
➤ Die 24-Stunden-Betreuung zu Hause	18-19
➤ Soziale Unterstützung – Grundsicherung	20
➤ Soziale Unterstützung – Hilfe zur Pflege – Wohngeld	21
➤ Die möglichen Verordnungen – Übersicht	22
➤ Neuerungen durch das Krankenhausstrukturgesetz	23
➤ 14 mögliche Verordnungen	24-51
➤ Die Ambulante Geriatriische Reha – AGR	52
➤ Für Notizen	53
➤ Das Projekt „Patientenbegleitung im Krankenhaus“	54
➤ Das Projekt „Übergangsbegleitung und Kurzzeitpflege“	55
➤ Schwerpunktthemen des Kreissenorenrats	56

Entlassmanagement

Ziele und Handlungsschritte

Das klinische Entlassmanagement ist ein auf den Patienten abgestimmtes Versorgungsprogramm, um eine lückenlose sektorenübergreifende Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen. Dabei sind medizinische, pflegerische, rehabilitative, soziale sowie hauswirtschaftliche Aspekte einzubeziehen.

Ein Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) regelt das Entlassmanagement sowie die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen. Der Rahmenvertrag ist seit 1. Oktober 2017 in Kraft getreten.

Wichtigstes Ziel des Entlassmanagements ist die Überleitung des Patienten mit poststationärem Hilfebedarf zur bestmöglichen Wiedereingliederung in das gewohnte Umfeld und in ein eigenständiges Leben. Um dies zu erreichen, werden verschiedene Handlungsschritte ausgeführt, diese sind u.a.

- die Beurteilung des voraussichtlichen Pflegebedarfs zu Hause,
- Information und Beratung des Patienten und der Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen über den weiteren Verlauf der Behandlung und die Unterstützungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld,
- die Planung, Verordnung und Organisation von erforderlichen Heil- und Hilfsmitteln sowie pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen,
- die Unterstützung beim Übergang vom Krankenhaus in eine nachsorgende Versorgungsumgebung, z.B. Reha-Klinik oder Kurzzeitpflege oder Pflegeheim,
- die rechtzeitige Information an den weiterbehandelnden Arzt,
- die Mitgabe von Medikamenten bzw. eines Entlassrezepts für mind. 3 Tage.

In einem Entlassplan wird das Krankenhaus alle im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlichen Maßnahmen festlegen. Bestimmte Leistungen können für einen begrenzten Zeitraum verordnet werden. Die möglichen Verordnungen und Bescheinigungen werden in dieser Broschüre näher beschrieben.

Hinweis: Die Sachverhalte der vorliegenden Broschüre wurden sorgfältig verifiziert. Die Erläuterungen zu den einzelnen Verordnungen sind auszugsweise dem o.g. Rahmenvertrag mit dessen Änderungsvereinbarungen und Veröffentlichungen von DKG und KBV entnommen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit wird jedoch keine Gewähr übernommen.

Hinweis: Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird in dieser Broschüre die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

Entlassmanagement

Klärung der wichtigsten Fragen

Wenn der Patient vom Krankenhaus entlassen wird und nach Hause kommt, benötigt er meist weitere Behandlungen, Medikamente, Beratung und Unterstützung. Im Entlassgespräch hat der Arzt im Krankenhaus dazu sicherlich alles erklärt. Und er hat auch einen Entlassbrief mitgegeben:

Der Entlassbrief enthält alle wichtigen gesundheitsrelevanten Daten zum Krankenhausaufenthalt des Patienten. Dazu gehören u.a. Informationen über eingenommene Medikamente und deren Dosierung, über durchgeführte Operationen, Untersuchungen und deren Ergebnisse sowie Empfehlungen für die weitere Behandlung.

Durch das Entlassgespräch und mit dem Entlassbrief sollten die wichtigsten Fragen zur weiteren Behandlung und Versorgung geklärt sein, u.a:

- Was bedeutet die Diagnose für Ihr weiteres Leben und Ihre täglichen Aktivitäten? Müssen Sie mit Einschränkungen rechnen?
- Welche Medikamente müssen Sie wann und in welcher Dosis einnehmen?
- Brauchen Sie dazu ein Rezept und muss dies bei Ihrem Hausarzt besorgt werden? Benötigen Sie vielleicht ein Folgerezept, falls man Ihnen vom Krankenhaus Medikamente mitgegeben hat?
- Haben Sie im Krankenhaus ein Entlassrezept erhalten und muss dies in der Apotheke eingelöst werden?
- Welche Ärzte sollten Sie nach der Entlassung aufsuchen?
- Wann müssen Sie zur nächsten ärztlichen Kontrolle?
- Benötigen Sie besondere Unterstützung nach der Entlassung, z.B. bei der Medikamenteneinnahme, bei der Wundversorgung, bei der Körperpflege oder im Haushalt? Kann dies von Angehörigen übernommen werden? Wenn nein, ist eine Häusliche Krankenpflege verordnet? Ist dafür bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?
- Welche medizinischen Dienste und Therapien, z.B. Krankengymnastik, Massage, Physio-, Ergo- oder Logotherapie usw. benötigen Sie und in welcher Zeit?
- Benötigen Sie zu Hause bestimmte Hilfsmittel, etwa ein Pflegebett oder eine Gehhilfe?
- Hat Ihr Arzt im Krankenhaus die benötigten Verordnungen ausgestellt? Ist dazu die Genehmigung Ihrer Krankenkasse erfolgt?



Einwilligung des Patienten

Das Krankenhaus ist verpflichtet, eine lückenlose Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen. Die gesetzliche Grundlage ist in § 39 Abs. 1a SGB V geregelt. Voraussetzung ist die Einwilligung des Patienten in schriftlicher Form.

Mit der Einwilligung erteilt der Patient seine Zustimmung zur

- Durchführung des Entlassmanagements mit Gewährleistung einer lückenlosen Anschlussbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt,
- Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen Daten durch das Krankenhaus,
- Weitergabe dieser Daten an den weiterbehandelnden Arzt und an Angehörige, Vertrauenspersonen und - wenn erforderlich - an Pflegedienste, Physiotherapeuten, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen,
- Übermittlung der erforderlichen Daten an die Kranken- bzw. die Pflegekasse.

Der Patient kann seine Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Zur Einwilligungserklärung bietet der Klinikverbund SW ein Formblatt an, hier ein Auszug davon:

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussbehandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

☐ Ja ☐ Nein

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn aufgrund der Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Kranken-/Pflegekasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen.

☐ Ja ☐ Nein

3. Einwilligung und Bevollmächtigung für die Übergangsbegleitung zu Hause

Ich willige ein, dass das Krankenhaus mich in Form der Übergangsbegleitung unterstützt. Hierbei stehen mir geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter*innen zur Seite. Diese sollen mir den Übergang in meine häusliche Umgebung und in meinen Alltag erleichtern. Alle hierfür erforderlichen Daten (personenbezogene Daten, Diagnosen, Medikationsplan etc.) sowie Entlassdokumente können bei Bedarf von den Übergangsbegleiter*innen eingesehen und für unterstützende Tätigkeiten verwendet werden.

☐ Ja ☐ Nein

Entlassmanagement - Checkliste 1. Teil

Wichtige Tätigkeiten vor einer Entlassung

Sobald die Einwilligung des Patienten zum Entlassmanagement vorliegt, wird das Krankenhaus eine lückenlose Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt sicherstellen. Das klinische Entlassmanagement beinhaltet auch alle Leistungen, die für eine umfassende Versorgung in der Häuslichkeit erforderlich sind. Im Wesentlichen fallen u.a. folgende Tätigkeiten an:

	Verantwortlich:
➤ Klärung des Versorgungsbedarfs des Patienten zu Hause,	S und SD
➤ Beratungsgespräch mit Angehörigen und Bevollmächtigten,	S und SD
➤ frühzeitig eine geeignete Anschluss-Versorgung einleiten z.B. eine Reha-Maßnahme oder eine Kurzzeitpflege,	SD
➤ den weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig informieren,	S
➤ Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und ggf. eine häusliche Kranken- pflege, Unterstützungspflege oder Haushaltshilfe verordnen,	S
➤ weitere Verordnungen und Bescheinigungen ausstellen,	S
➤ den Entlassbrief und Medikationsplan erstellen,	S
➤ sicherstellen, dass Krankenbett, Toilettenstuhl, Rollator, Inkontinenzmaterial und andere Hilfsmittel vorhanden sind,	SD
➤ die Pflege und Versorgung zu Hause organisieren: Dazu Verein- barung mit dem Pflegestützpunkt bzw. der iav-Stelle, Planung mit ambulanten Diensten zur Durchführung von	SD
• Behandlungspflege: Medikamentengabe, Spritzen, Blut- druckmessung, Kompressionsstrümpfe, Infusionen, usw.	
• Grundpflege: Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität	
• Hauswirtschaftliche Leistungen: Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigung der Wohnung, Waschen der Wäsche	
• Nachbarschaftshilfe: Botengänge, Begleitung zum Arzt, Besuchsdienst, Spazierengehen, Unterhaltung, usw.	
➤ sicherstellen, dass Reha bzw. Kurzzeitpflege akzeptiert ist,	S
➤ Medikamente für 7 Tage (zumindest übers Wochenende) oder Entlassrezept mitgeben, auch Entlassbrief und Medikationsplan,	S
➤ den Krankentransport organisieren.	S

S = Arzt oder Station

SD = Sozialdienst/Sozialberatung im Krankenhaus



Entlassmanagement – Checkliste 2. Teil

Wichtige Tätigkeiten nach der Entlassung zu Hause

Die wesentlichen Tätigkeiten, die durch das Krankenhaus bei der Entlassung eines Patienten durchgeführt werden müssen, sind im Teil 1 beschrieben. Zum Gelingen einer Entlassung mit umfassender medizinischer und pflegerischer Versorgung zu Hause muss jedoch der Patient bzw. seine Angehörigen selbst noch viel beitragen. Die Aufgaben in der Häuslichkeit sind u.a. folgende:

- Sicherstellen, dass alle im 1. Teil aufgeführten Tätigkeiten durchgeführt wurden,
- Beschaffung der im Entlassrezept verordneten Medikamente für den Patienten,
- Besorgung eines Rezeptes für Medikamente und ggf. einige Verordnungen, z.B. Verordnung für Behandlungspflege vom Hausarzt,
- Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen wie zum Pflegestützpunkt oder zur iav-Stelle bzw. zur Pflegeberatung der Pflegeversicherung,
- Organisation und Terminvereinbarung mit notwendigen ambulanten Diensten wie Pflegedienst, Ergo- und Physiotherapeuten, Sanitätshaus, Anbietern von Hilfen im Alltag wie z.B. Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Besuchsdienste, usw.,
- Termine vereinbaren für notwendige Nachuntersuchungen,
- Unterstützung bei Vertragsabschlüssen, z.B. beim Vertrag für einen Hausnotruf,
- Unterstützung bei der Organisation einer Tagespflege, ggf. einer 24-h-Betreuung,
- Hilfe bei der Eingliederung in soziale Netzwerke, Kontaktanbahnung zu Seniorentreffs,
- Unterstützung bei Antragsstellung und Widerspruchsverfahren, z.B. zur Einstufung in einen Pflegegrad, zur Höherstufung, zur Hilfe zum Lebensunterhalt, zur Grundsicherung, zur Hilfe zur Pflege, zum Wohngeld oder zu einem Wohnberechtigungsschein,
- Vorbereitung auf Prüfung durch den Medizinischen Dienst d. Krankenversicherung MDK,
- Erstellung eines Plans zur weiteren Versorgung des Patienten, möglichst in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt: Kann der Patient weiterhin zu Hause bleiben? Sind Umbaumaßnahmen erforderlich? Sollte er in ein Betreutes Wohnen? Müsste er in eine Pflegeeinrichtung? Oder durch einen 24-h-Service betreut werden? Ist eine Tagespflege möglich? Können Angehörige, Freunde oder die Nachbarschaftshilfe eingebunden werden?

Falls diese Tätigkeiten durch die Funktion einer Übergangsbegleitung wahrgenommen wird, sollte am Ende noch Folgendes durchgeführt werden:

- Übergabe dieser Übergangsbegleiter-Tätigkeit an Angehörige, bzw. Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer oder weitere Ehrenamtliche
- Abschlussbericht, Aufzeigen möglicher Verbesserungen im gesamten Ablauf.

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater/innen (§ 7a SGB XI). Diese nehmen sich der Sorgen und Fragen der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen an, ermitteln den Hilfebedarf, übernehmen die Dokumentation und Verordnungen vom Krankenhaus, kennen die Leistungserbringer vor Ort (z.B. ambulante Pflegedienste) und wissen über mögliche Entlastungsangebote (z.B. Tagespflege) Bescheid.

Außer den Pflegeversicherungen bieten auch andere Organisationen Informationen und Beratung zur Pflege an. So gibt es im Landkreis Böblingen

4 Pflegestützpunkte und 12 iav- und Beratungsstellen

für Fragen rund um die Pflege, Betreuung und Versorgung bei Krankheit, Behinderung und Problemen im Alter. Diese

- kooperieren eng miteinander, um die bestmögliche Beratung anzubieten
- beraten kostenlos, neutral, unverbindlich und unter Einhaltung der Schweigepflicht
- bemühen sich um individuelle Lösungen entsprechend der jeweiligen Lebenssituation
- vermitteln die benötigten Unterstützungsangebote der örtlichen Leistungserbringer.

Themen der Beratung können u.a. sein:

- Leistungen der Pflegeversicherung
- Organisation der häuslichen Pflegesituation
- Fragen zur Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung
- Finanzierung der Pflege
- Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige
- Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen
- Umgang mit Menschen mit demenzieller Veränderung
- Vorsorgeregelungen.

Die Beratung kann per Telefon, im Büro der Beratungsstelle oder bei einem Hausbesuch stattfinden.



Die Standorte der Pflegestützpunkte im Landkreis Böblingen:

- **Böblingen** mit Altdorf, Hildrizhausen, Holzgerlingen, Schönaich, Waldenbuch, Weil im Schönbuch und Steinenbronn
Tel. 07031 – 663-3087 und 663-3653, Mail: psp-boeblingen@lrabb.de
- **Herrenberg** mit Bondorf, Deckenpfronn, Ehningen, Gärtringen, Gäufelden, Jettingen, Mötzingen und Nufringen
Tel. 07031 – 663-3076 und 663-2878, Mail: psp-herrenberg@lrabb.de
- **Leonberg** mit Renningen, Rutesheim, Weil der Stadt und Weissach
Tel. 07031 – 663-1184 und 663-1182, Mail: psp-leonberg@lrabb.de
- **Sindelfingen** mit Aidlingen, Grafenau und Magstadt
Tel. 07031 – 663-1683 und 663-1789, Mail: psp-sindelfingen@lrabb.de

Beratungsstelle	Zuständig für	Telefon / Telefax / E-Mail
iav-Stelle Aidlingen Hauptstraße 6, 71134 Aidlingen	Aidlingen	Tel. 07034 – 125-230 Fax 07034 – 125-9230 u.kubin@aidlingen.de
iav-Stelle Böblingen Marktplatz 16, 71032 Böblingen	Böblingen mit Dagersheim	Tel. 07031 – 669-2366 Fax 07031 – 669-646 iav-Stelle@boeblingen.de
iav-Stelle Gärtringen GERN Kirchstraße 17 + 19, 71116 Gärtringen	Gärtringen, Ehningen, Rohrau, Nufringen	Tel. 07034 – 9274-145 Fax 07034 – 9274-888 IAV.GERN@samariterstiftung.de
iav-Stelle Herrenberg Kirchgasse 2, 71083 Herrenberg	Herrenberg, Deckenpfronn	Tel. 07032 – 9243-97 Fax 07032 – 9243-33 iav-stelle@herrenberg.de
iav-Stelle mit Demenz- agentur Schönbuchlichtung Ziegelhofstraße 1, 71088 Holzgerlingen	Altdorf, Hildrizhausen, Holzgerlingen, Weil im Schönbuch	Tel. 07031 – 6847-460 Fax 07031 – 6847-461 iav@dsst-schoenbuchlichtung.de
Sozialer Dienst Stadt Leonberg Belforter Platz 1, 71229 Leonberg	Leonberg	Tel. 07152 - 990-2422 t.bopp@leonberg.de
iav-Stelle Renningen Kleine Gasse 5, 71272 Renningen	Renningen mit Malsheim	Tel. 07159 - 408434 Fax 07159 - 408433 ingrid.schmidt@renningen.de
iav-Stelle Rutesheim Leonberger Straße 15, 71277 Rutesheim	Rutesheim mit Perouse	Tel. 07152 - 5002-1037 Fax 07152 - 5002-1033 s.reusch@rutesheim.de
iav-Stelle mit Demenz- agentur Schönbuch Im Hasenbühl 16, 71101 Schönaich	Schönaich, Steinenbronn, Waldenbuch	Tel. 07031 - 7020456 Fax 07031 - 750942 iav-stelle@dsst-schoenbuch.de
Fachstelle Hausbesuch Sindelfingen Corbeil-Essonnes-Platz 9, 71063 Sindelfingen	Sindelfingen mit Maichingen, Darmsheim	Tel. 07031 - 867814 info@fhb-sindelfingen.de
Beratungsstelle Weil der Stadt An der Wolldecke 4, 71263 Weil der Stadt	Weil der Stadt, Merklingen, Schafhausen, Hausen, Münklingen	Tel. 07033 - 3094398 info@beratungsstelle-wds.de
Gemeindeverwaltung Weissach Rathausplatz 1, 71287 Weissach	Weissach	Tel. 07044 - 9363-0 Fax 07044 - 9363-44 gemeinde@weissach.de

Entlassung aus dem Krankenhaus ...

Wichtige Verordnungen für die Versorgung zu Hause

Das Entlassmanagement des Krankenhauses stellt eine lückenlose Versorgung des Patienten nach dessen Krankenhausaufenthalt sicher. Dies geschieht u.a. durch Verordnungen.

Dazu gehören u.a.:

**Ohne Pflegebedürftigkeit
maximal Pflegegrad 1
Verordnung auch vom Hausarzt**

➤ **Arzneimittel:**

- können dem Patienten mitgegeben werden, wenn diese zur Überbrückung eines bevorstehenden Wochenendes oder eines Feiertags notwendig sind
- können mit einem Entlassrezept verordnet werden bzw. mit einem e-Rezept, das direkt an die Apotheke gemailt werden sollte
- werden im Entlassbrief bzw. im Medikationsplan beschrieben.

➤ **Häusliche Krankenpflege:**

- Medizinische Behandlungspflege (kann auch vom Hausarzt verordnet werden)

umfasst: Medikamentengabe, Wundversorgung, Injektionen, Kompressionsbehandlung, Blutdruck-/Blutzuckermessung

Unter-
stüt-
zungs-
pflege

- Grundpflege

umfasst: Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Förderung von Alltagsfähigkeiten, Vorbeugung, Kommunikation

- Hauswirtschaftliche Versorgung

umfasst: Wechsel der Bettwäsche, Einkaufen, Reinigung der Wohnung

➤ **Haushaltshilfe:**

Eine Haushaltshilfe erledigt i.a. Dinge, die im Haushalt anfallen: Wäsche waschen, Wohnung putzen, Mahlzeiten zubereiten, Einkäufe und Botengänge erledigen, Kinder betreuen und beaufsichtigen

➤ **Heilmittel:**

zu diesen medizinischen Dienstleistungen gehören u.a.:

- Krankengymnastik, Massagetherapie, Lymphdrainage
- Ergotherapie, Stimm- u. Sprechtherapie, Fußbehandlung

➤ **Hilfsmittel:**

zu ersetzenden oder entlastenden Hilfsmitteln zählen u.a.:

- Brillen, Hörgeräte, Prothesen, orthopädische Schuhe
- Pflegebett, Toilettenstühle, Rollstühle, Inkontinenz-Artikel

... danach gut versorgt zu Hause

Wichtige Verordnungen für die Versorgung zu Hause

Zum Gelingen einer Entlassung aus dem Krankenhaus mit umfassender medizinischer und pflegerischer Versorgung zu Hause muss der Patient bzw. seine Angehörigen noch viel beitragen. So müssen u.a. die ausgestellten Verordnungen in die Praxis umgesetzt werden.

Hierzu einige Tipps:

**Ohne Pflegebedürftigkeit
maximal Pflegegrad**

➤ Arzneimittel:

- Einnahme der mitgegebenen Arzneien nach Anweisung, wie diese im Entlassbrief oder im Medikationsplan beschrieben ist
- Entlassrezept bzw. e-Rezept in der Apotheke einlösen bzw. sich die verschriebenen Medikamente von der Apotheke zustellen lassen. Die meisten Apotheken bieten dies an. Vorher anrufen, damit die verschriebene Packungsgröße in der Apotheke auch vorhanden ist.
- Rezept beim Hausarzt besorgen und in der Apotheke einlösen.

Tipp: Folgerezept vom Hausarzt ausstellen lassen.

➤ Medizinische Behandlungspflege:

Tipp: Falls im Krankenhaus nicht geschehen: Medizinische Behandlungspflege vom Hausarzt verordnen lassen. Damit kann z.B. ein ambulanter Pflegedienst die Medikamenten-Box vorbereiten, die Medikamenten-Einnahme regelmäßig überwachen, Blutdruck- und Blutzuckermessungen sowie Wundversorgungen und Injektionen durchführen, Kompressionstrümpfe anlegen, usw. Ab Pflegegrad 2 kann der Pflegedienst für das Abholen des Rezeptes vom Hausarzt und das Besorgen der Medikamente die Rechnung an die Pflegekasse stellen (§ 45b SGB XI).



➤ Grundpflege, Hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfe:

- Diese Leistungen dürfen verordnet werden, wenn keine im Haushalt lebende Person diese Maßnahmen durchführen kann.

Tipp: Diese Leistungen bieten i.a. die ambulanten Pflegedienste an. Dazu rechtzeitig mit einem Pflegedienst Kontakt aufnehmen, sich beraten lassen, notwendige Maßnahmen festlegen, einen Arbeitsplan abstimmen und Termine vereinbaren.

➤ Heilmittel und Hilfsmittel:

Tipp: Rechtzeitig mit den entsprechenden Leistungserbringern Kontakt aufnehmen, sich beraten lassen und Termine festlegen.

Entlassung aus dem Krankenhaus ...

5 Tipps zur Pflege



- 1. Tipp:** Das Budget für **Kurzzeitpflege** (mit und ohne Pflegebedürftigkeit) beträgt 1.774 € pro Jahr. Nicht genutzte Mittel der Verhinderungspflege von 1.612 € erhöhen die Kurzzeitpflege auf einen Leistungsanspruch bis zu 3.386 €. Das Pflegegeld wird um 50% gekürzt. Kurzzeitpflege ist nur in stationären Einrichtungen, z.B. in Pflegeheimen möglich. Dabei fallen zusätzlich Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen an, die nicht vom Budget getragen werden. Falls angesparte Entlastungsbeträge bestehen, können diese damit beglichen werden, siehe Tipp 3.
- 2. Tipp:** Bei **Verhinderungspflege** (Pflegegrad 2-5) übernimmt die Pflegekasse jährlich bis zu 1.612 € (max. 42 Tage) wenn die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder anderen Gründen verhindert ist. Voraussetzungen: Der Pflegebedürftige hat mindestens Pflegegrad 2 und wurde mindestens 6 Monate zu Hause gepflegt. Die Zustimmung der Pflegekasse ist vorher einzuholen. Die Verhinderungspflege kann man wie folgt gestalten:
 - Tageweise für max. 42 Tage pro Jahr. Das Pflegegeld wird um 50% gekürzt.
 - Stundenweise mit weniger als 8 Stunden pro Tag. Das Pflegegeld wird nicht gekürzt.Es können auch Leistungen wie Begleitung beim Spaziergehen, Nachbarschaftshilfe und haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Die Verhinderungspflege ist sowohl in einer Pflegeeinrichtung als auch zu Hause möglich. Im Pflegeheim fallen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investition an. Falls angesparte Entlastungsbeträge bestehen, können diese damit beglichen werden, s. Tipp 3. Das jährliche Budget der Verhinderungspflege von 1.612 € erhöht sich um 806 € auf 2.418 € wenn die Kurzzeitpflege nicht in Anspruch genommen wurde. Nicht genutzte Beträge verfallen zum Jahresende.
- 3. Tipp:** Alle Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1–5) in häuslicher Pflege haben Anspruch auf **Betreuungs- und Entlastungsleistungen** mit einem **Entlastungsbetrag** von 125 € mtl. Dieser ist zweckgebunden und kann eingesetzt werden u.a. für Leistungen von zugelassenen ambulanten Pflegediensten oder für Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen im Rahmen von Kurzzeit-, Verhinderungs- oder Tages-/Nachtpflege. Nicht ausgeschöpfte Entlastungsbeträge können innerhalb eines Kalenderjahres angespart und bis zum 30. Juni des Folgejahres verbraucht werden.
- 4. Tipp:** Die Finanzierung von **Nachbarschaftshilfe** kann man wie folgt gestalten:
 - 1.500 € = 12 Monate x 125 € Entlastungsbetrag plus
 - 1.612 € = Budget der Verhinderungspflege, falls nicht anderweitig verwendet plus
 - 806 € = Budget der Kurzzeitpflege, falls die nicht in Anspruch genommen wurde
 - 3.918 € = Gesamtbudget für Finanzierung einer Nachbarschaftshilfe (§45 SGB XI).
- 5. Tipp:** Die Leistungen der Pflegeversicherung für die **Tages- und Nachtpflege** sind vom Pflegegrad abhängig: Pflegegrad 2 = 689 €, 3 = 1.298 €, 4 = 1.612 €, 5 = 1.995 € mtl. Eine Anrechnung zum Pflegegeld und zu den ambulanten Pflegesachleistungen erfolgt nicht. Die Tages- und Nachtpflege können über die Leistung der Verhinderungspflege (Tipp 2) und mit dem Entlastungsbetrag (Tipp 3) finanziert werden. Die Beförderung von und zur Haustür ist meist Bestandteil der Leistung.

... danach gut versorgt in der Pflege

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege



Kurzzeitpflege:

Ohne Pflegebedürftigkeit
Maximal Pflegegrad 1
Zuständig: Krankenkasse

Kurzzeitpflege ist nur
möglich in stationären
Einrichtungen, z.B. in
einer Pflegeeinrichtung

Kurzzeitpflege:

Mit Pflegebedürftigkeit
d.h. Pflegegrad 2 - 5
Zuständig: Pflegekasse

Kurzzeitpflege ist zu
Hause nicht möglich

Verhinderungspflege:

Nur mit Pflegebedürftigkeit
d.h. Pflegegrad 2 - 5
Zuständig: Pflegekasse

Sowohl in einer Pflege-
einrichtung als auch
zu Hause möglich

Kurzzeitpflege: Reichen die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht aus, kann Kurzzeitpflege beantragt werden. Dies kann z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder in einer akuten Krisensituation zu Hause der Fall.

Verhinderungspflege: Pflegebedürftige können Verhinderungspflege erhalten, wenn die pflegende Person zeitweise verhindert ist. Gründe hierfür können eine Krankheit oder ein Erholungsurlaub sein. Voraussetzungen sind: Der Pflegebedürftige hat mindestens Pflegegrad 2 und wurde mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege kombinieren:

- Das Budget der Kurzzeitpflege beträgt 1.774 € pro Jahr. Nichtgenutzte Mittel der Verhinderungspflege von 1.612 € können die Kurzzeitpflege auf einen Leistungsanspruch bis zu 3.386 € erhöhen.
- Das Budget der Verhinderungspflege beträgt 1.612 €. Falls die Kurzzeitpflege in diesem Jahr nicht in Anspruch genommen wird, erhöht sich die Leistung der Verhinderungspflege um 806 € auf 2.418 €.

Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen sind nicht im Budget:

- Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 – 5) in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von monatlich 125 €.
- Dieser Entlastungsbetrag kann u.a. für die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen im Rahmen einer Kurzzeitpflege verwendet werden.

Entlassung aus dem Krankenhaus ...

Tagespflege – gut für Pflegebedürftige und Pflegende

Tagespflege ist eine Einrichtung, in der meist ältere Pflegebedürftige tagsüber in einer Gruppe betreut werden. Abgeholt werden sie am Vormittag von zu Hause von einem Fahrdienst, der sie am späteren Nachmittag wieder zurückbringt. Die Tagespflege kann man an einem oder an mehreren Tagen in der Woche in Anspruch nehmen. Am Wochenende ist sie meist geschlossen.

Was wird getan? In der Tagespflege werden verschiedene Aktivitäten angeboten, wie Spielen, Singen, Gedächtnistraining, Gymnastik. Die Mitarbeiter kümmern sich auch um die Medikamentengabe und unterstützen beim Toilettengang. Es gibt meist ein gemeinsames Frühstück, ein Mittagessen und ein gemütliches Kaffeetrinken am Nachmittag.



Tagesstruktur: Pflegebedürftige erhalten somit eine Tagesstruktur, an die sie sich rasch gewöhnen und die für ihr Wohlbefinden ausschlaggebend ist. „Ich gehe gerne in meine Tagespflege, dort werde ich gefördert und gefordert. Einmal ist es mir passiert, dass ich mich morgens für die Tagespflege richtete bis ich merkte, es ist Samstag“ – so Johanna Groß aus Magstadt.

Wichtig auch für Pflegende: Aber auch für pflegende Angehörige ist die Tagespflege ein wichtiges Angebot. Sie bedeutet eine Auszeit von der Betreuung, gibt Zeit zur Erholung, schützt vor Überforderung in der Pflege und ermöglicht, andere wichtige Sachen zu erledigen, sogar einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

Für wen geeignet? Geeignet ist die Tagespflege eigentlich für alle ältere Menschen: Einsame erfahren dort wieder Gesellschaft, demenziell Veränderte werden spielerisch motiviert, Bewegungseingeschränkte machen leichte Übungen mit und beim Singen kommen unerwartet die früheren Lieder wieder zum Vorschein.

Kosten der Tagespflege: Pro Tag in der Tagespflege muss man mit Kosten von insgesamt zwischen 70 und 120 € rechnen. Die Leistungen der Pflegeversicherung für die Tagespflege sind vom Pflegegrad abhängig: Pflegegrad 2 = 689 €, 3 = 1.298 €, 4 = 1.612 €, 5 = 1.995 € monatlich. Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen werden weiterhin voll ausbezahlt, es erfolgt keine Kürzung. Je nachdem, welcher Pflegegrad vorliegt und wie viele Tage in der Woche in der Tagespflege verbracht werden, ist das Budget der Pflegeversicherung meist auskömmlich. Für die Tagespflege kann auch das unverbrauchte Budget der Verhinderungspflege verwendet werden. Selbst bezahlt werden müssen die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen. Dafür kann man ab Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag von mtl. 125 € einsetzen und ab Pflegegrad 2 auch das Pflegegeld.

... danach gut versorgt zu Hause



Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1

Der Pflegegrad 1 wurde 2017 neu eingeführt. Dieser Pflegegrad wird Pflegebedürftigen zugeteilt, die eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit aufweisen, sei diese körperlich oder kognitiv. Demnach haben Pflegebedürftige auch bei leichten Einschränkungen, z.B. geringer demenzieller Veränderung, Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Folgende Leistungen stehen zu Hause gepflegten Personen mit Pflegegrad 1 zu:

- **Pflegehilfsmittel zum Verbrauch:** Diese Leistung umfasst Pflegehilfsmittel im Wert bis zu 40 € monatlich. Zu den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch gehören Schutzmasken, Schutzkittel, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel für Hände und Flächen und Bettschutzeinlagen.
- **Entlastungsbetrag:** Der monatliche Entlastungsbetrag von 125 € ist zweckgebunden und dient zur Entlastung pflegender Angehöriger und Förderung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Die 125 € können u.a. eingesetzt werden zur Finanzierung von Leistungen zugelassener ambulanter Pflegedienste oder für eine Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege. Nicht genutzte Entlastungsbeträge können innerhalb eines Kalenderjahres angespart und bis zum 30. Juni des Folgejahres verbraucht werden.
- **Hausnotruf:** Die Pflegekasse übernimmt ab Pflegegrad 1 die monatlichen Nutzungsgebühren bis zu einem Betrag von 25,50 €. Die Notrufsysteme gibt es in unterschiedlichen Ausführungen. Für Personen, die viel unterwegs sind, bietet sich ein mobiler Notruf in Form eines Armbandes an. 
- **Pflegeberatung:** Für die Sicherstellung einer optimalen Pflege zu Hause bietet die Pflegekasse einmal im Jahr eine kostenlose Pflegeberatung an.
- **Pflegekurse:** Mit dem Ziel, Pflege und Betreuung zu erleichtern bieten Pflegekassen Pflegekurse in der Gruppe als auch Pflegeschulung in der Häuslichkeit an. Dabei sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt werden.
- **Wohnraumanpassung:** Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 können einen Zuschuss von bis zu 4.000 € von der Pflegekasse einmalig für Wohnraumanpassung erhalten. Die Umbaumaßnahme soll eine häusliche Pflege erleichtern bzw. eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Beispiele sind: Austausch der Badewanne durch eine bodengleiche Dusche, eine Verbreiterung von Türen, Treppenlift, usw. 
- **Wohngruppenzuschuss:** Wenn die pflegebedürftige Person mit anderen Pflegebedürftigen in einer Pflege-Wohngruppe zusammenlebt, besteht Anrecht auf eine Anschubfinanzierung bei Gründung von 2.500 € und auf einen monatlichen Zuschuss von 214 €.

Entlassung aus dem Krankenhaus – danach gut versorgt zu Hause

Die 24-Stunden-Betreuung zu Hause



90% der älteren Menschen möchten in der gewohnten Häuslichkeit leben bleiben, so lange wie möglich, auch wenn sich Behinderungen einstellen.

Wenn sich jedoch die Pflegebedürftigkeit erhöht, können oft Angehörige mit den ambulanten Pflegediensten das nicht mehr schaffen. Die Alternative zum Pflegeheim ist die „24-Stunden-Betreuung“ zu Hause. Damit werden hierzulande schätzungsweise 600.000 Pflegebedürftige von Frauen aus Mittel- und Osteuropa versorgt.

Der Begriff „24-Stunden-Betreuung“ suggeriert einen Rundum-Service. Dem ist nicht so. Auch hier gibt es verbindliche Arbeitszeitregelungen und – wie das Bundesarbeitsgericht im Juni 2021 bestätigte – einen gesetzlichen Mindestlohn für geleistete Arbeitszeiten und auch für Bereitschaftszeiten.

Das Thema einer 24-Stunden-Betreuung zu Hause bedarf einer gründlichen Überlegung und gewissenhaften Entscheidung: Jemand Fremdes wohnt mit im Haus mit ganz anderen Erfahrungen und Gewohnheiten, meist aus einem anderen Kulturkreis. Zudem müssen noch mindestens 3 wesentliche Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein **möbliertes Zimmer** muss für die Betreuungskraft vorhanden sein
- Man muss den Aufwand für diese Betreuungskraft **finanzieren** können
- Jemand aus der Familie sollte der Betreuungskraft **klar sagen, was zu tun ist** und möglichst mehrmals in der Woche mit ihr sprechen.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit finden Sie hier einige Tipps und Anregungen:

- 1. Tipp: Ein eigenes möbliertes Zimmer:** Die Betreuungskraft benötigt ein eigenes Zimmer, wo sie sich zurückziehen kann, die Ruhezeiten verbringt, ihr privates Umfeld hat und sich wohlfühlt. Falls sich in diesem Zimmer keine eigene Dusche befindet muss das Bad der Familie mitbenutzt werden können. Auch ein Telefonanschluss mit Internetzugang sind wichtig um der Betreuungskraft eine private und vertrauliche Kommunikation nach Hause zu ermöglichen.
- 2. Tipp: Die Finanzierung muss gewährleistet sein:** Man muss für eine 24-Stunden-Betreuung mit Kosten zwischen 1.500 € und 3.500 € monatlich rechnen. Hinzu kommen noch Ausgaben für die Verpflegung.
Zur Finanzierung kann man das Pflegegeld (je nach Pflegegrad 2 bis 5) sowie nicht genutzte Anteile der Verhinderungspflege und 50% der Kurzzeitpflege insgesamt bis zu 2418.- € jährlich dafür einsetzen. Dazu ist die Zustimmung der Pflegekasse vorher einzuholen. Bei zugelassenen Pflegediensten können der Entlastungsbetrag von monatlich 125 € sowie die Pflegesachleistungen (statt dem Pflegegeld) in Anspruch genommen werden.
- 3. Tipp: Auswahl der Vermittlungsagentur:** Wenn man nicht selber Arbeitgeber sein will, kann man sich an eine sog. Vermittlungsagentur wenden. Auch manche Sozial- bzw. Diakoniestationen bieten 24-Stunden-Betreuung an. Die Betreuungskräfte selbst sind meist bei einem (oft osteuropäischen) Dienstleister angestellt.

Wichtig ist, dass die Vermittlungsagentur arbeitsrechtlich alles regelt u.a. den Mindestlohn, die Steuer, Sozialabgaben und Versicherung. Die Agentur sollte

- die Bedürfnisse der zu Pflegenden detailliert erfassen und entsprechende Betreuungskräfte vorschlagen,
- Ansprechpartner für alle Belange beim Einsatz der Betreuungskraft sein,
- bei Änderungen oder Unzufriedenheit mit der Betreuungskraft sprechen und ggfs. flexibel mit neuen Vorschlägen reagieren,
- regelmäßig Besuche abstatten, um die Qualität der Betreuung sicher zu stellen.

Meistens sind zwei Verträge zu schließen: Einen mit der Vermittlungsagentur, den anderen mit dem Dienstleister, bei dem die Betreuungskraft angestellt ist.

- 4. Tipp: Auswahl der Betreuungskraft:** Dazu sollte man der Vermittlungsagentur klar seine Wünsche äußern, u.a. gute Deutschkenntnisse, Führerschein um Einkäufe zu erledigen oder den Pflegebedürftigen zum Arzt zu bringen usw. Dabei sollte die eigene Haftpflichtversicherung eine Nutzung des Autos durch die Betreuungskraft abdecken.
- 5. Tipp: Aufgaben der Betreuungskraft:** Zu den Aufgaben einer 24-Stunden-Betreuungskraft gehören Hausarbeiten wie Einkaufen, Kochen, Abwaschen, Aufräumen und pflegerische Tätigkeiten - Grundpflege - wie Hilfe beim Waschen, An- und Auskleiden, Zahnpflege, Essen, Trinken und Hilfe beim Toilettengang. Auch leisten sie dem Pflegebedürftigen Gesellschaft, sprechen mit ihm, lesen ihm vor, gehen mit ihm spazieren. Gartenarbeiten und Hausputz gehören nicht zu den Tätigkeiten einer Pflegekraft.
- 6. Tipp: Professionelle Pflege:** Ist medizinische Behandlungspflege - wie Wundversorgung, Blutzuckermessung, Medikamentengabe - erforderlich, sollte der Hausarzt eine entsprechende Verordnung für die Krankenkasse ausstellen, s. S. 12-13. Damit kann man einen ambulanten Pflegedienst beauftragen.
Bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit (ab PG 2) ist professionelle Pflege Angelegenheit der Pflegekasse. Die Leistungen der ambul. Pflegedienste können dann mit den Pflegesachleistungen und dem Entlastungsbetrag von 125 € mtl. finanziert werden.
- 7. Tipp: Wechsel der Betreuungskraft:** Nach einer gewissen Zeit – meist sind es ca. 3 Monate – wird die Betreuungskraft durch eine andere ersetzt. Dieser Wechsel sollte von der Vermittlungsagentur verantwortlich und sensitiv durchgeführt werden mit Übergabe und Einarbeitung der ablösenden Betreuungskraft.
- 8. Tipp: Verträge und Versicherungsnachweis:** Schauen Sie sich die Verträge mit der Vermittlungsagentur und dem Dienstleister genau an. Lassen Sie sich versichern, dass arbeits- und sozialrechtlich alles ordentlich geregelt ist. So muss die Betreuungskraft sozialversichert sein und eine A1-Bescheinigung vorlegen können. Wichtig ist auch die Festlegung der Arbeitszeit pro Woche, die zwischen 30 und 40 Stunden liegen kann.
- 9. Tipp: Information ist wichtig:** Informieren Sie sich zeitnah über diese 24-Stunden-Betreuung. In Ihrem Bekanntenkreis hat man sicherlich damit bereits Erfahrung gesammelt. Prüfen Sie, ob Sie die 3 oben beschriebenen Voraussetzungen erfüllen können. Holen Sie Angebote ein. Wichtig ist auch, dass Sie ein gutes Gefühl bekommen.

Soziale Unterstützung ein Recht in unserer Gesellschaft



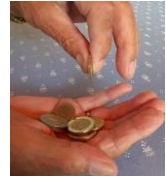
Die Leistungen und aktuellen Neuerungen im Sozialgesetzbuch (SGB) sind beachtlich, allerdings werden sie nur von wenigen in Anspruch genommen. **Diese sozialen Leistungen sind keine Almosen, sondern sind das Recht auf Unterstützung in unserer Gesellschaft um unter anderem am Zusammenleben teilhaben zu können.**

Im Landkreis Böblingen leben 10% der Bewohner unter der Armutsgrenze von 1.251 € monatliches Einkommen, darunter 21% der älteren Frauen. Jedoch nur 1% der Bewohner erhalten Grundsicherung und 0,5% Hilfe zur Pflege. Scham, Unkenntnis und Befürchtungen könnten Gründe für die geringe Inanspruchnahme sein. Manche meinen, das Sozialamt fordert alles von den Kindern zurück. Auch dazu gibt es eine Neuerung: Ein Kind muss nur dann Unterhalt für seine Eltern bezahlen, wenn es mehr als 100.000 € Brutto-Jahreseinkommen hat. Dies gilt für die Leistungen der Grundsicherung und für Hilfe zur Pflege.

1. Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt

- Es gibt Grundsicherung im Alter und Grundsicherung wegen Erwerbsunfähigkeit sowie Leistungen für Arbeitssuchende. Letzteres war bisher ALG II oder Hartz 4 und wurde durch das Bürgergeld ersetzt und reformiert. Für das Bürgergeld ist das Jobcenter, für Grundsicherung im Alter und wegen Erwerbsunfähigkeit ist das Sozialamt zuständig.
- Zum 1.1.2023 ist der Regelsatz in der Grundsicherung auf 502 € mtl. für alleinstehende Erwachsene gestiegen (für Paare sind es 902 €).
- Der Regelsatz von 502 € ist für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und Strom vorgesehen. Zusätzlich übernimmt das Sozialamt Kosten für Unterkunft und Heizung, soweit diese angemessen sind. Maßgeblich dazu ist die Übersicht über die angemessenen Mieten im Kreis Böblingen, deren Werte regelmäßig ermittelt werden. Hinzu kommen Zahlungen für die Kranken- und Pflegeversicherung.
- **TIPP:** Menschen mit einem Einkommen von weniger als 1.004 € (doppelter Regelsatz) sollten unbedingt einen Antrag auf Grundsicherung stellen. In Kommunen mit hohem Mietniveau empfiehlt sich ein Antrag auch bei einem höheren Einkommen. Diesen Antrag sollte man zunächst formlos stellen; er legt den Zahlungsbeginn fest. Ein ausführlicher Fragebogen ist ausgefüllt nachzureichen.
- Zum Einkommen zählen u.a. Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (z.B. Lohn), Mini-Jobs, Renten aller Art, Miet- und Pachteinnahmen, Zinsen, Dividenden, Krankengeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld - nicht jedoch das Pflegegeld.
- Zum Vermögen gehören u.a. Immobilien, Geldvermögen, Wertpapiere, Forderungen, Wertgegenstände, ggfs. Pkw – jedoch nicht ein eigenes selbstbewohntes Haus oder eine eigene selbstbewohnte Wohnung, wenn angemessen.
- Vorhandenes Vermögen muss zunächst aufgebraucht werden bis auf die Vermögens-Freigrenzen: 10.000 € Schonvermögen pro Erwachsenen, eine Sterbegeldversicherung oder ein Bestattungsvorsorgevertrag bis 10.000 € und ein Auto bis zu 7.500 €.
- **TIPP:** Rat und Unterstützung erhält man im Rathaus der Kommune, im Amt für Soziales im Landratsamt, bei den Pflegestützpunkten und den iav-Stellen.

Soziale Unterstützung



2. Hilfe zur Pflege

- Einen Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ begründet sich dann, wenn der Pflegebedürftige zu Hause die notwendigen Pflegekosten selber nicht tragen kann oder sie von der Pflegeversicherung nicht vollständig übernommen werden.
- In einer stationären Pflegeeinrichtung kann man „Hilfe zur Pflege“ beantragen, wenn das Einkommen und das Vermögen des Bewohners nicht ausreichen um den Eigenanteil der Heimkosten zu bezahlen. Dabei wird bei Alleinstehenden das gesamte Einkommen bis auf 10.000 € Schonvermögen herangezogen. Dem Pflegebedürftigen wird ein „Taschengeld“ (Barbetrag) und eine Bekleidungs pauschale monatlich gewährt.
- Voraussetzung ist, die pflegebedürftige Person hat einen Pflegegrad 2 bis 5.
- Bei häuslicher Pflege spielt der Grundbedarf eine wichtige Rolle. Dieser entspricht dem doppelten Regelsatz und liegt seit 1.1. 2023 bei 1.004 €. Der Grundbedarf bildet zusammen mit der Miete und den Nebenkosten die Einkommensgrenze. Übersteigt das monatliche Einkommen diese Einkommensgrenze, so ergibt sich ein Kostenbeitrag, mit dem sich der Pflegebedürftige an den Kosten der „Hilfe zur Pflege“ beteiligen muss. Ist das monatliche Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze werden die notwendigen Pflegeleistungen von „Hilfe zur Pflege“ übernommen.
- Einkommen, Vermögen und Freigrenzen sind wie bei der Grundsicherung.
- **TIPP:** Einen formlosen Antrag stellen. Dessen Eingang bestimmt den Beginn der Zahlung wenn „Hilfe zur Pflege“ genehmigt wird. Ein Fragebogen ist auszufüllen.
- **TIPP:** Unterstützung gibt es im Rathaus, im Amt für Soziales im Landratsamt, bei den Pflegestützpunkten, den iav-Stellen, den Pflegekassen, in den Pflegeeinrichtungen.

3. Wohngeld

- Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zur Miete, um Menschen mit geringem Einkommen bei ihren Wohnkosten zu unterstützen. Dies gilt für Mieter und auch für Eigentümer von selbstgenutztem Wohnraum.
- Die Höhe des Wohngeldes berechnet sich nach der Anzahl und dem Gesamteinkommen der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder, der Miete des Wohnraums oder der Belastung bei selbstgenutztem Wohneigentum. Die genaue Wohngeldhöhe wird vom örtlichen Wohngeldamt geprüft und festgelegt.
- Durch das Wohngeld-Plus-Gesetz wurden ab 1.1. 2023 die Einkommensgrenzen signifikant erhöht. Zusätzlich wurden eine dauerhafte Heizkostenkomponente und eine neue Klimakomponente in das Wohngeld eingeführt.
- Dadurch erhöht sich das monatliche Wohngeld von durchschnittlich 180 € auf 370 €. Zudem erwartet man, dass sich die Anzahl der Berechtigten von derzeit 600.000 auf 2 Millionen erhöht.
- Bezieher von Grundsicherung oder Arbeitslosengeld II erhalten kein Wohngeld, denn in diesen ist bereits ein Mietanteil enthalten.
- **TIPP:** Möglichst frühzeitig zunächst einen formlosen Antrag einreichen. Die Zahlung des Wohngeldes, wenn genehmigt, beginnt bereits ab Eingang dieses Antrags.
- **TIPP:** Unterstützung findet man im Rathaus, bei der Wohngeldbehörde im Landratsamt, bei den Pflegestützpunkten und den iav-Stellen.

Entlassmanagement

Die möglichen Verordnungen

Im Rahmen des Entlassmanagements kann das Krankenhaus, wenn erforderlich, Leistungen für eine begrenzte Zeit verordnen bzw. beantragen oder Bescheinigungen ausstellen. Im Folgenden werden diese beschrieben und mit Grafiken erläutert:

	Seiten:
➤ Verordnung Arzneimittel	24 - 25
➤ Verordnung Häuslicher Krankenpflege	26 - 27
➤ Verordnung Unterstützungspflege	28 - 29
➤ Verordnung Haushaltshilfe	30 - 31
➤ Verordnung Heilmittel	32 - 33
➤ Verordnung Hilfsmittel	34 - 35
➤ Verordnung Anschluss-Rehabilitation, ambulant und stationär	36 - 37
➤ Verordnung Kurzzeitpflege, mit und ohne Pflegebedürftigkeit	38 - 39
➤ Verordnung Krankentransport	40 - 41
➤ Verordnung Ambulante Palliativversorgung	42 - 43
➤ Verordnung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	44 - 45
➤ Verordnung Soziotherapie	46 - 47
➤ Verordnung Psychiatrische Häusliche Krankenpflege	48 - 49
➤ Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	50 - 51

Einige Leistungen müssen vom Patienten bei seiner Kranken- bzw. Pflegekasse beantragt und von ihr genehmigt werden. Ärztliche Verordnungen dürfen nur ausgestellt werden, wenn sich der behandelnde Arzt zuvor vom Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat.

Näheres zu den Verordnungen wird in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im SGB V in § 92 Absatz 1 geregelt.

Entlassmanagement

Neuerungen durch das Krankenhausstrukturgesetz

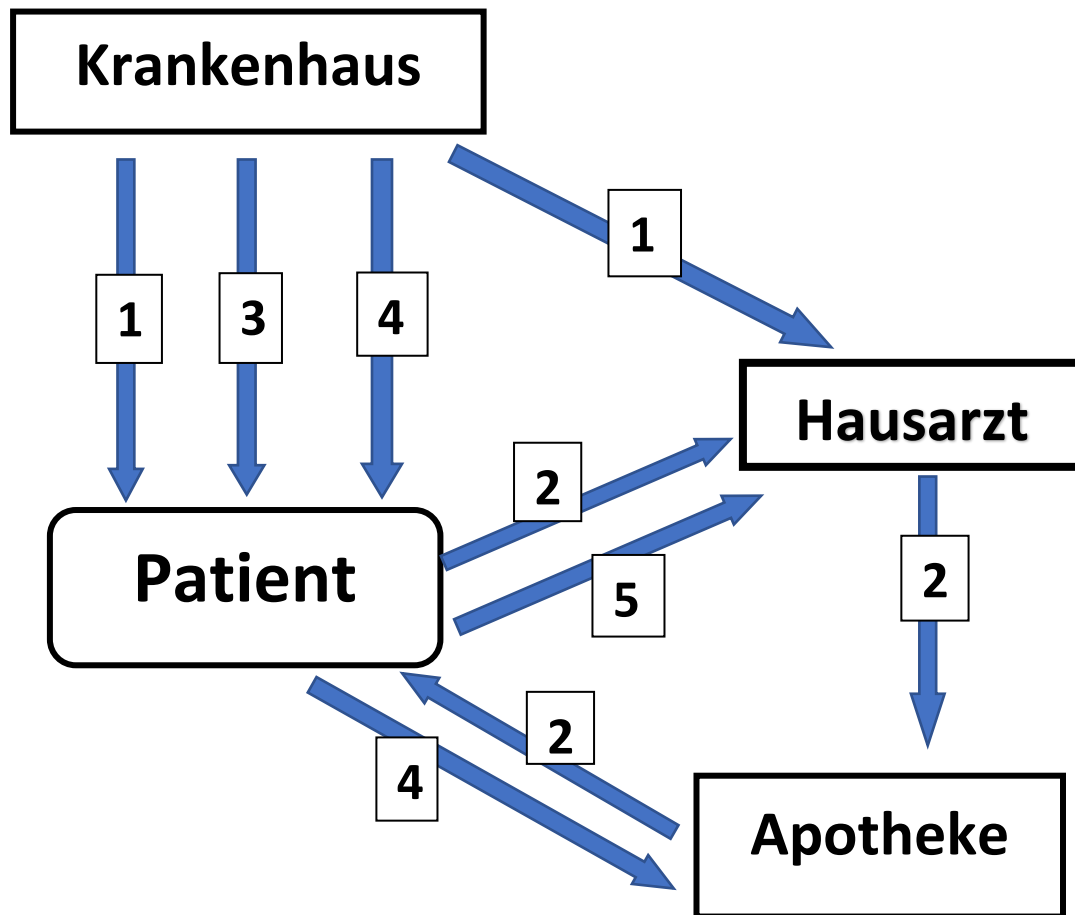
Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung „KHSKG“) wurde die Rechtsvorschrift **§ 37 Abs. 1a SGB V** eingeführt und ist am **1.1. 2016** in Kraft getreten. Damit wurden erweiterte Leistungsansprüche im Rahmen der **Häuslichen Krankenpflege** (HKP, § 37 SGB V) für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen.

- Dazu gehört die **Unterstützungspflege** mit einem Leistungsanspruch auf **Grundpflege** und **hauswirtschaftlicher Versorgung**. Die Unterstützungspflege ist ein Teil der Häuslichen Krankenpflege.
- Gleichzeitig wurde auch eine **Kurzzeitpflege** als **neue Leistung der gesetzlichen Krankenkasse** eingeführt (§ 39c SGB V). Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können diese Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen.
- Im Zusammenhang mit dem KHSKG wurde auch ein erweiterter Anspruch auf **Haushaltshilfe** (§ 38 SGB V) eingeführt.

Damit wurden bestehende Versorgungslücken geschlossen, wenn Patienten noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind – **also keinen Pflegegrad 2 bis 5** – und deshalb keine Ansprüche auf Pflegeleistungen haben.

Diese Ansprüche und die dazugehörigen Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements werden im Folgenden beschrieben.

Entlassmanagement: Verordnung von Arzneimitteln



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Entlassbrief und Medikationsplan werden dem Patienten ausgehändigt, eine Kopie geht an den Hausarzt. Geänderte oder neu verordnete Medikamente sind besonders beschrieben
2. Abholen des Rezepts beim Hausarzt und der Medikamente aus der Apotheke. Sollten Medikamente oder N1 Packungsgröße nicht vorrätig sein, liefert die Apotheke die zu bestellenden Arzneimittel nach Hause
3. Möglichkeit: Arzneimittel für Wochenende erhalten vom Krankenhaus
4. Möglichkeit: Verordnung von Arzneimittel mit einem „Entlassrezept“. Abholung der Medikamente aus der Apotheke innerhalb von 3 Werktagen (inkl. Samstag). Tipp: Voranfrage ob Medikament in N1 vorhanden ist?
5. Folgezepte werden vom Hausarzt ausgestellt.

Entlassmanagement: Verordnung von Arzneimitteln

Versicherte Patienten haben Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Jedoch sind nicht alle Arzneimittel für gesetzlich Krankenversicherte verordnungsfähig, so z.B. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder solche mit geringfügigen Gesundheitsstörungen oder Lifestyle Medikamente.

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus teilt der Krankenhausarzt dem weiterbehandelnden Arzt die beim Patienten eingesetzten Medikamente mit, insbesondere die neu verordneten oder geänderten Medikamente. Dies wird im (vorl.) Entlassbrief bzw. im Medikationsplan genau beschrieben.

Sofern auf die Entlassung des Versicherten ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, kann die zur Überbrückung benötigte Menge an erforderlichen Arzneimitteln dem Patienten mitgegeben werden. Diese Mitgabe ist vorrangig, wenn damit die medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann. Bei Verordnung von häuslicher Krankenpflege dürfen die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für 3 Tage mitgegeben werden. Verbandmittel können bis zu 7 Tage verordnet werden.

Benötigte Folgerezepte werden vom weiter behandelnden Hausarzt ausgestellt.

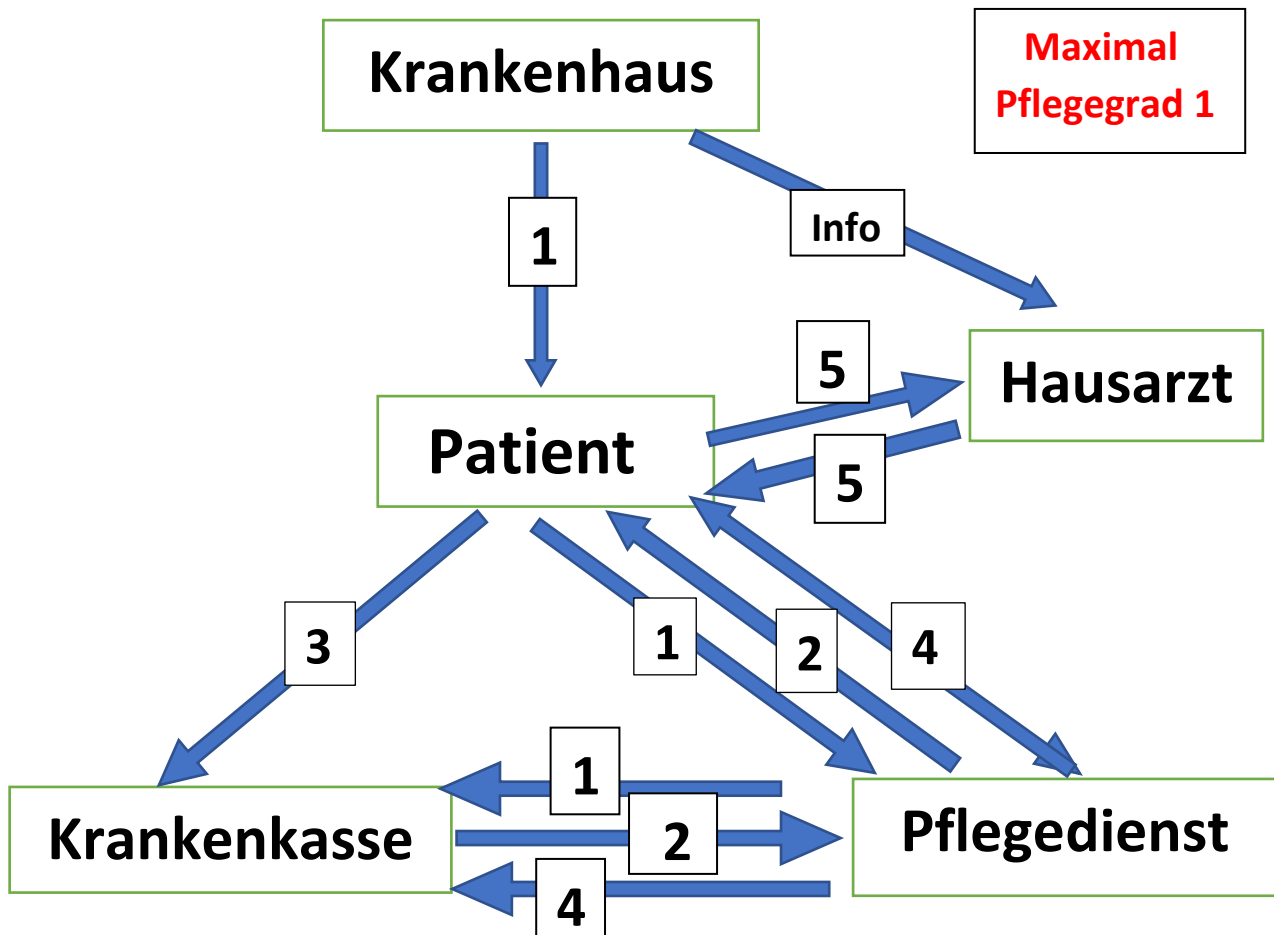
Das Krankenhaus hat seit Juli 2015 (§ 39 Abs.1a SGB V) die Möglichkeit, Arzneimitteln mit einem „Entlassrezept“ zu verordnen. Dies ist auch für ein Pflegebett oder ein Sauerstoffgerät möglich. Wichtig dabei ist die Bezeichnung des Medikaments mit Wirkstärke und Darreichungsform sowie in kleinstmöglicher Packungsgröße (meist N1). Die benötigten Medikamente dürfen für einen Versorgungszeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.

Von der Verordnung ausgeschlossen sind nicht apothekenpflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Verordnung von Betäubungsmitteln (BtM) müssen der BtM-Verschreibungsverordnung entsprechen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie gelten im Rahmen des Entlassmanagements folgende Regelungen:

- Eine Packung bis zum größten Normkennzeichen (N3) darf verordnet werden
 - Verbandstoffe und Hilfsmittel dürfen bis zu 14 Tagen verordnet werden
 - Die Einlösefrist eines Entlassrezepts verlängert sich von 3 auf 6 Werktage.
- Diese Regelungen gelten bis die epidemische Lage von nationaler Tragweite wieder aufgehoben wird.

Entlassmanagement: Verordnung Häusliche Krankenpflege



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Der Krankenhausarzt stellt die Verordnung aus (Muster 12). Der Patient ergänzt das Formular und beantragt damit die HKP. Der Pflegedienst prüft die Verordnung auf Vollständigkeit, bestätigt die Erbringung der Leistung und sendet die Verordnung an die Krankenkasse. Spätestens am 3. Tage nach Ausstellung muss die Verordnung dort eingegangen sein.
2. Die Krankenkasse entscheidet über den Antrag und informiert den Pflegedienst. Es kommt vor, dass die Krankenkasse die Leistungen reduziert.
3. Einen Einspruch kann der Patient bei der Krankenkasse begründen.
4. Der Pflegedienst führt die HKP durch und rechnet die Leistungen mit der Krankenkasse ab.
5. Falls eine Folgebehandlung notwendig ist, ersucht der Patient seinen Hausarzt, diese zu verordnen. 3 Tage vor Ablauf der Erstverordnung muss bei der Krankenkasse die Folgeverordnung eingegangen sein.

Entlassmanagement:

Verordnung Häusliche Krankenpflege (HKP)

Maximal Pflegegrad 1

Die Häusliche Krankenpflege umfasst, sofern dies im Einzelfall notwendig ist:

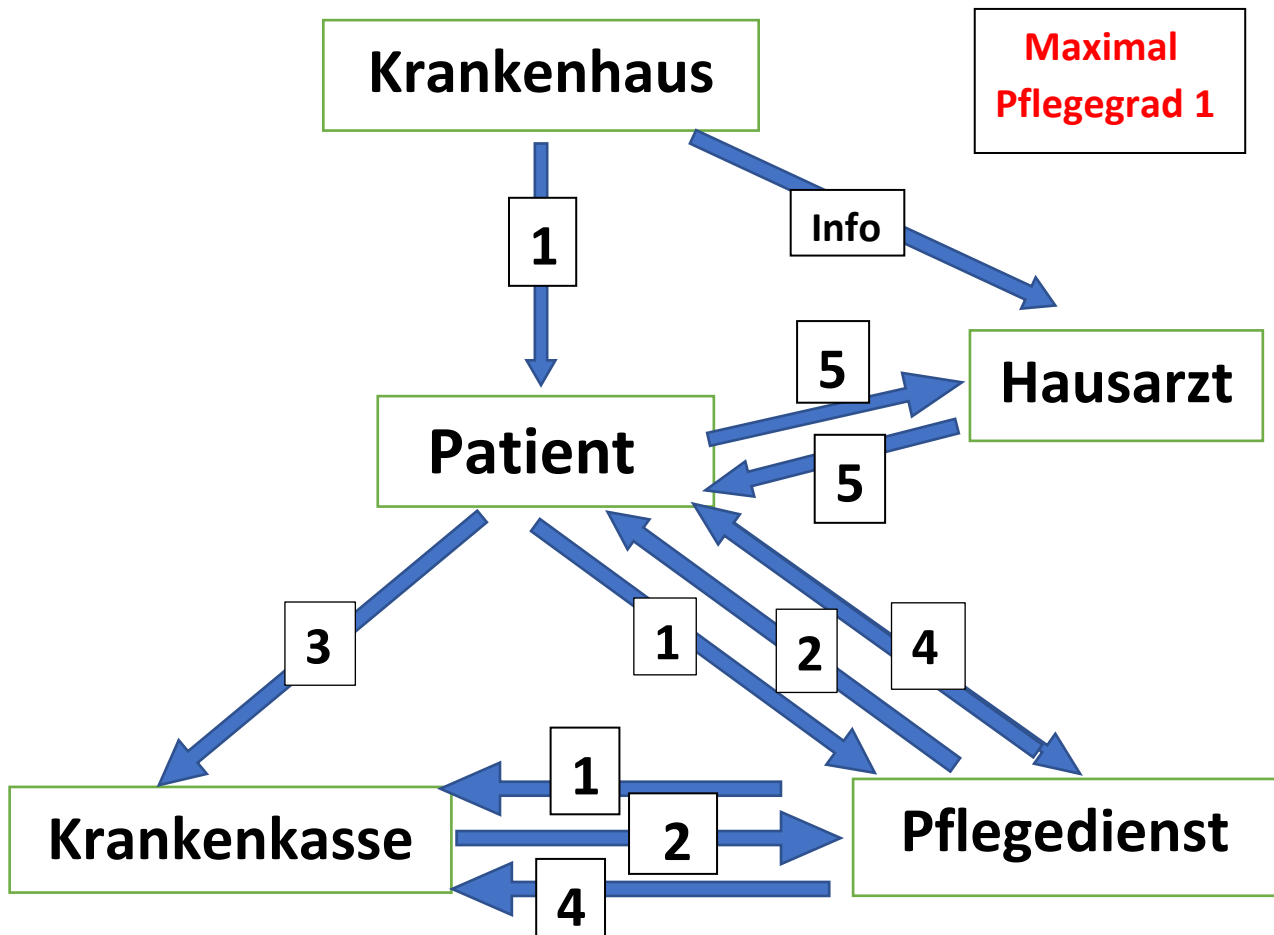
- Medizinische Behandlungspflege, z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Blutdruckmessung, Kompressionsbehandlung, Wundversorgung
- Grundpflege, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität und
- Hauswirtschaftliche Versorgung, z.B. Bettwäschewechsel, Einkaufen, Reinigung der Wohnung.

Die HKP ist eine Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit den Zielen

- dem Patienten die möglichst frühzeitige Rückkehr in seine Häuslichkeit zu ermöglichen
- ambulante ärztliche Behandlung zu unterstützen und
- die Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit sicherzustellen, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt.

- Näheres zur Verordnung sind in SGB V § 37 und in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie geregelt. Die Verordnung erfolgt mit Form „Muster 12“.
- HKP darf nicht verordnet werden, wenn eine im Haushalt des Patienten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen kann.
- Krankenhausärzte können Leistungen der HKP für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen nach der Entlassung des Patienten verordnen.
- Die Verordnung muss alle entscheidungsrelevanten Daten enthalten, u.a.
 - bei Medikamentengabe: Präparatename, Häufigkeit, Dauer
 - bei Wundversorgung: Präparate, Lokalisation, Größe, Grad
 - bei Grundpflege und Hauswirtsch. Versorgung: Häufigkeit und Dauer.
- Die Verordnung beinhaltet auch einen Antrag des Patienten für die HKP und die Möglichkeit zu bestätigen, dass die verordneten Maßnahmen durch niemand im Haushalt erbracht werden können.
- Des Weiteren enthält die Verordnung die Angaben des Pflegedienstes zu den Leistungen, die erbracht werden sollen.
- Die HKP muss von der Krankenkasse genehmigt werden.
- Der Hausarzt ist rechtzeitig zu informieren.

Entlassmanagement: Verordnung Unterstützungspflege



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Der Krankenhausarzt stellt die Verordnung aus (Muster 12, Feld „Unterstützungspflege“). Der Patient ergänzt das Formular und beantragt damit die Unterstützungspflege. Der Pflegedienst bestätigt die zu erbringenden Leistungen und sendet die Verordnung an die Krankenkasse. Spätestens am 3. Tage nach Ausstellung muss die Verordnung dort eingegangen sein.
2. Die Krankenkasse entscheidet über den Antrag und informiert den Pflegedienst. Es kommt vor, dass die Krankenkasse die Leistungen reduziert.
3. Einen Einspruch kann der Patient bei der Krankenkasse begründen.
4. Der Pflegedienst führt die Unterstützungspflege durch und rechnet die Leistungen mit der Krankenkasse ab.
5. Falls eine Folgebehandlung notwendig ist, ersucht der Patient seinen Hausarzt, diese zu verordnen. 3 Tage vor Ablauf der Erstverordnung muss bei der Krankenkasse die Folgeverordnung eingegangen sein.

Entlassmanagement:

Verordnung Unterstützungspflege

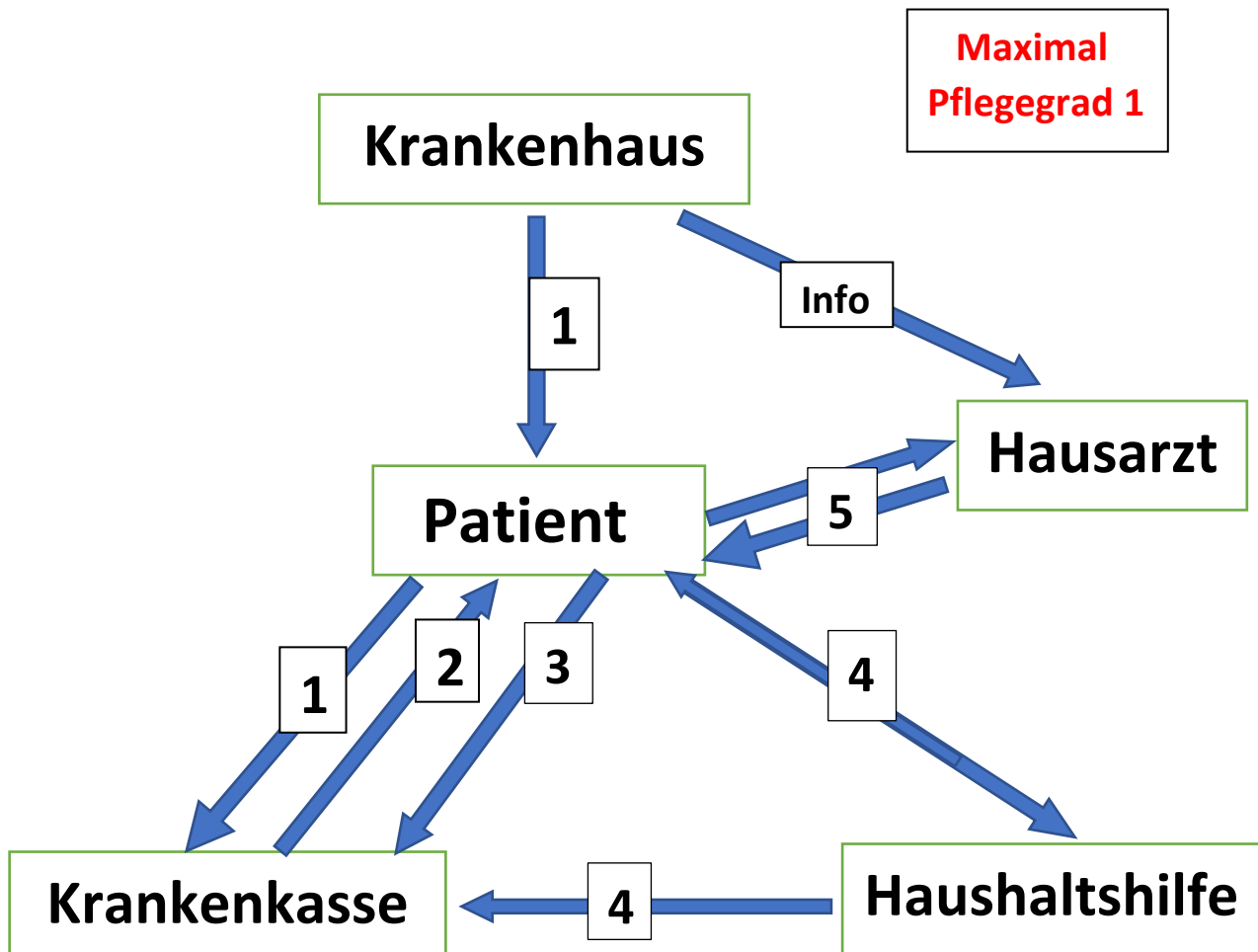
Maximal Pflegegrad 1

Die Unterstützungspflege ist Teil der Häuslichen Krankenpflege (HKP). Die Verordnung der Unterstützungspflege (§ 37 Abs.1a SGB V) ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt möglich.

Die Unterstützungspflege umfasst

- Grundpflege, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität und ggf.
 - Hauswirtschaftliche Versorgung, z.B. Bettwäschewechsel, Einkaufen, Reinigung der Wohnung.
-
- Die hauswirtschaftliche Versorgung darf nur verordnet werden, wenn keine andere Person im Haushalt des Patienten die Versorgung übernehmen kann.
 - Es darf keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 - 5 vorliegen.
 - Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege wie Medikamentengabe und Wundversorgung ist nicht erforderlich.
 - Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse nach Einschaltung des MDK verlängert werden.
 - Wenn die Voraussetzungen der Unterstützungspflege erfüllt sind, muss angegeben werden, ob beides Grundpflege und 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 jedoch kann im Rahmen der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.
 - Der Ablauf der Verordnung „Unterstützungspflege“ entspricht dem Ablauf „Häusliche Krankenpflege“. Man verwendet das gleiche Formular „Muster 12“ im Abschnitt „Unterstützungspflege“.

Entlassmanagement: Verordnung Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Der Krankenhausarzt stellt die Verordnung aus. Der Patient ergänzt die Angaben und beantragt damit die Haushaltshilfe. Er schickt das Formular an seine Krankenkasse. Der Hausarzt wird informiert.
2. Die Krankenkasse entscheidet über den Antrag und informiert den Patienten. Es kommt vor, dass die Krankenkasse die Leistung reduziert.
3. Der Patient kann einen Einspruch bei der Krankenkasse begründen.
4. Die Haushaltshilfe wird durchgeführt und der Leistungserbringer rechnet mit der Krankenkasse ab.
5. Falls eine Folgeverordnung notwendig ist, kann der Hausarzt diese ausstellen.

Entlassmanagement:

Verordnung Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

**Maximal
Pflegegrad 1**

Die Verordnung einer Haushaltshilfe ist möglich, wenn dem Versicherten die Weiterführung seines Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung seiner Krankheit nicht möglich ist, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt.

Voraussetzung für die Genehmigung einer Haushaltshilfe ist, dass keine im Haushalt lebende Person den Haushalt des Patienten führen kann.

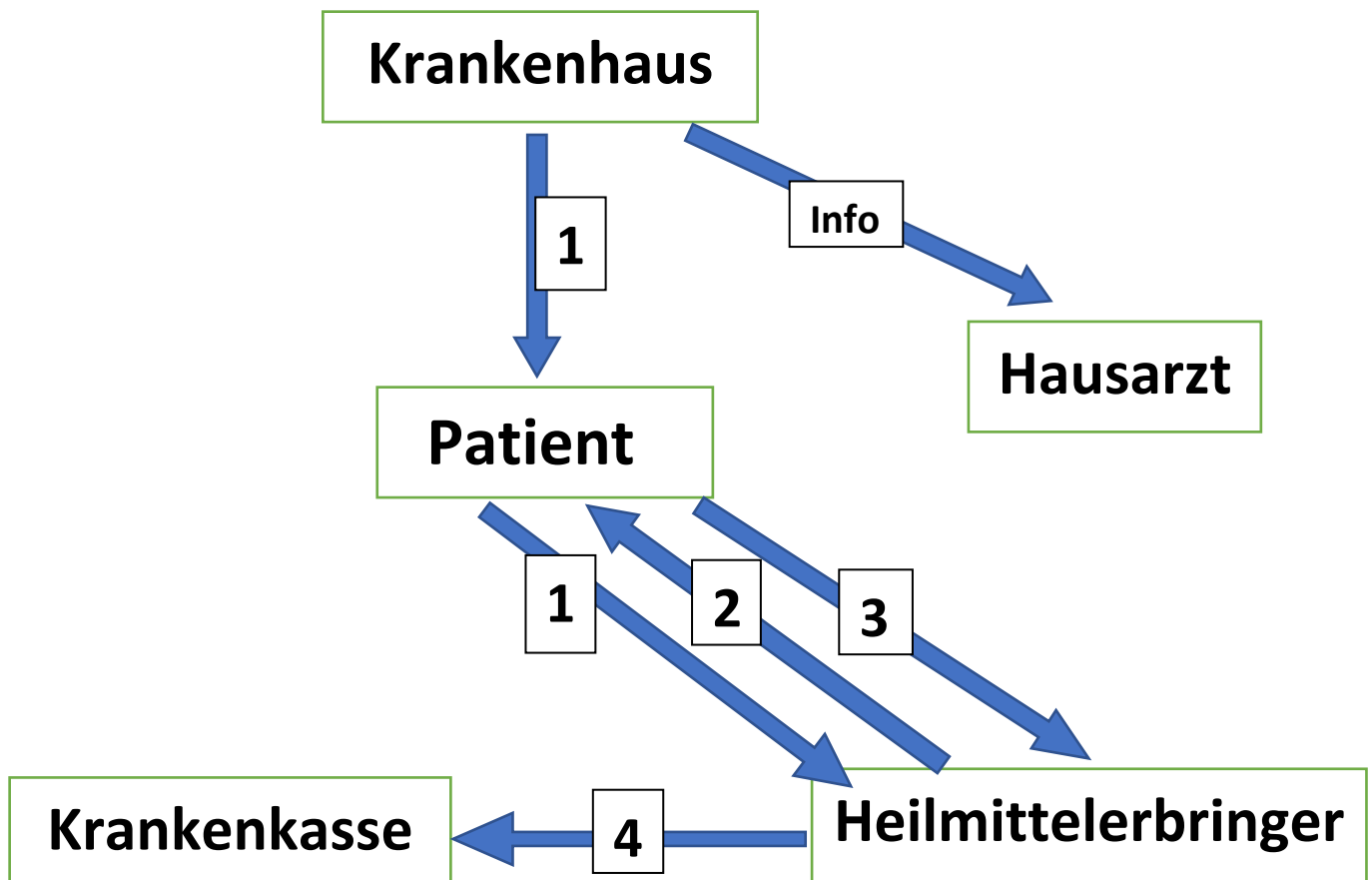
In der Verordnung gibt der Krankenhausarzt an

- ab wann die Hilfe notwendig ist
- für wie lange und
- in welchem Umfang die Hilfe gewährt werden soll.

Eine Haushaltshilfe erledigt i.a. die nötigen Dinge, die im Haushalt anfallen: Wäsche waschen, Wohnung putzen, Mahlzeiten zubereiten, Einkäufe und Botengänge erledigen sowie ggf. die Kinder betreuen und beaufsichtigen.

- Es darf keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 - 5 vorliegen.
- Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht längstens für die Dauer von 4 Wochen.
- Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen.
- Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet.
- Versicherte, die über 18 Jahre alt sind, müssen eine Zuzahlung je Kalendertag der Inanspruchnahme der Haushaltshilfe an die Krankenkasse leisten (§ 61 SGB V).

Entlassmanagement: Verordnung Heilmittel



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Der Krankenhausarzt händigt die unterschriebene Heilmittelverordnung dem Patienten aus. Dieser sucht damit einen Heilmittelerbringer seiner Wahl auf, z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, usw.
2. Der Heilmittelerbringer nimmt innerhalb von 7 Kalendertagen nach Entlassung die Behandlung auf und schließt diese innerhalb von 12 Kalendertagen ab
3. Nach der Behandlung bestätigt der Patient die in Anspruch genommene Maßnahme
4. Der Leistungserbringer sendet die unterschriebene Heilmittelverordnung zur Abrechnung an die zuständige Krankenkasse.

Entlassmanagement: Verordnung Heilmittel

Heilmittel sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen. Dazu gehören Maßnahmen

- der Physikalischen Therapie wie Krankengymnastik, Massagetherapie, manuelle Lymphdrainage oder Elektrotherapie
- der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- der Ergotherapie sowie
- der Podologie (Fußheilkunde).

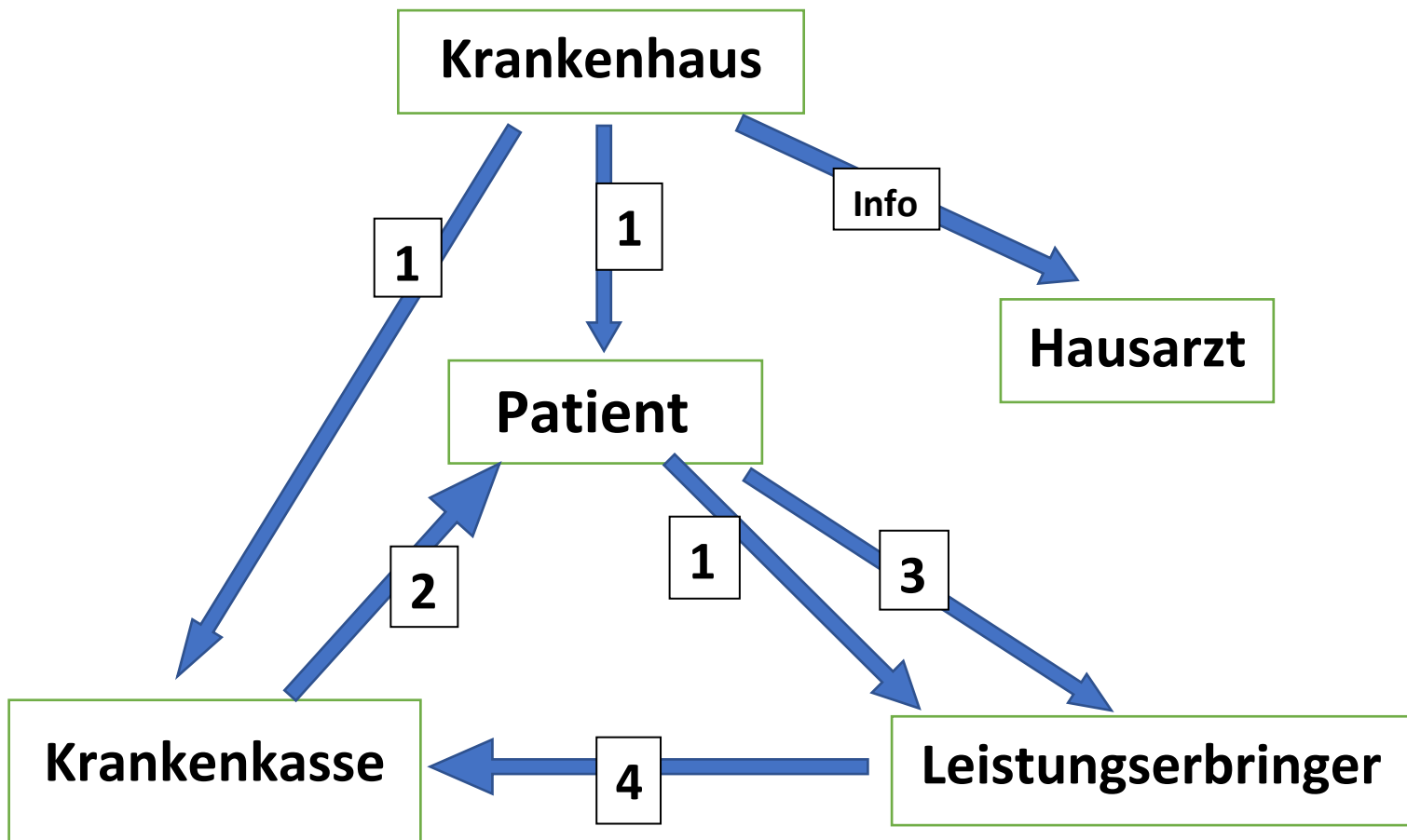
Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die Leistungen sind in der Regel durch die Krankenkasse nicht genehmigungspflichtig.

- Der Krankenhausarzt kann im Rahmen des Entlassmanagements Heilmittel für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen nach Entlassung verordnen.
- Dies geschieht nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittel-Katalogs des Gemeinsamen Bundesausschusses GB-A und nach § 32 SGB V in Verbindung mit § 92 SGB V.
- Die Heilmittelbehandlung muss innerhalb von 7 Kalendertagen nach Entlassung aufgenommen werden und innerhalb von 12 Kalendertagen abgeschlossen sein. Nicht in Anspruch genommene Behandlungseinheiten verfallen nach 12 Tagen.
- Zuvor getätigte vertragsärztliche Verordnungen muss der Krankenhausarzt nicht berücksichtigen.
- Notwendige Folgeverordnungen werden vom weiter behandelnden Arzt ausgestellt. Dieser muss Verordnungen vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements nicht berücksichtigen.

Entlassmanagement: Verordnung Hilfsmittel



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Der Klinikarzt übergibt die Verordnung für das entsprechende Hilfsmittel dem Patienten und lässt es gleichzeitig an die Krankenkasse weiterleiten. Der Patient unterzeichnet die Verordnung und sucht einen Leistungserbringer seiner Wahl auf.
2. Die Krankenkasse übermittelt die genehmigte Verordnung dem Patienten mit Angabe der Höhe der Kostenübernahme
3. Damit sucht der Patient erneut den Leistungserbringer auf, um das Hilfsmittel final angepasst zu erhalten. Der Patient bestätigt den Empfang des Hilfsmittels
4. Der Leistungserbringer bestätigt, dass er das Hilfsmittel ordnungsgemäß angepasst und dem Patienten übergeben hat. Er sendet die vollständig ausgefüllte Verordnung an die Krankenkasse. Damit erfolgt die Abrechnung der Krankenkasse mit dem Leistungserbringer.

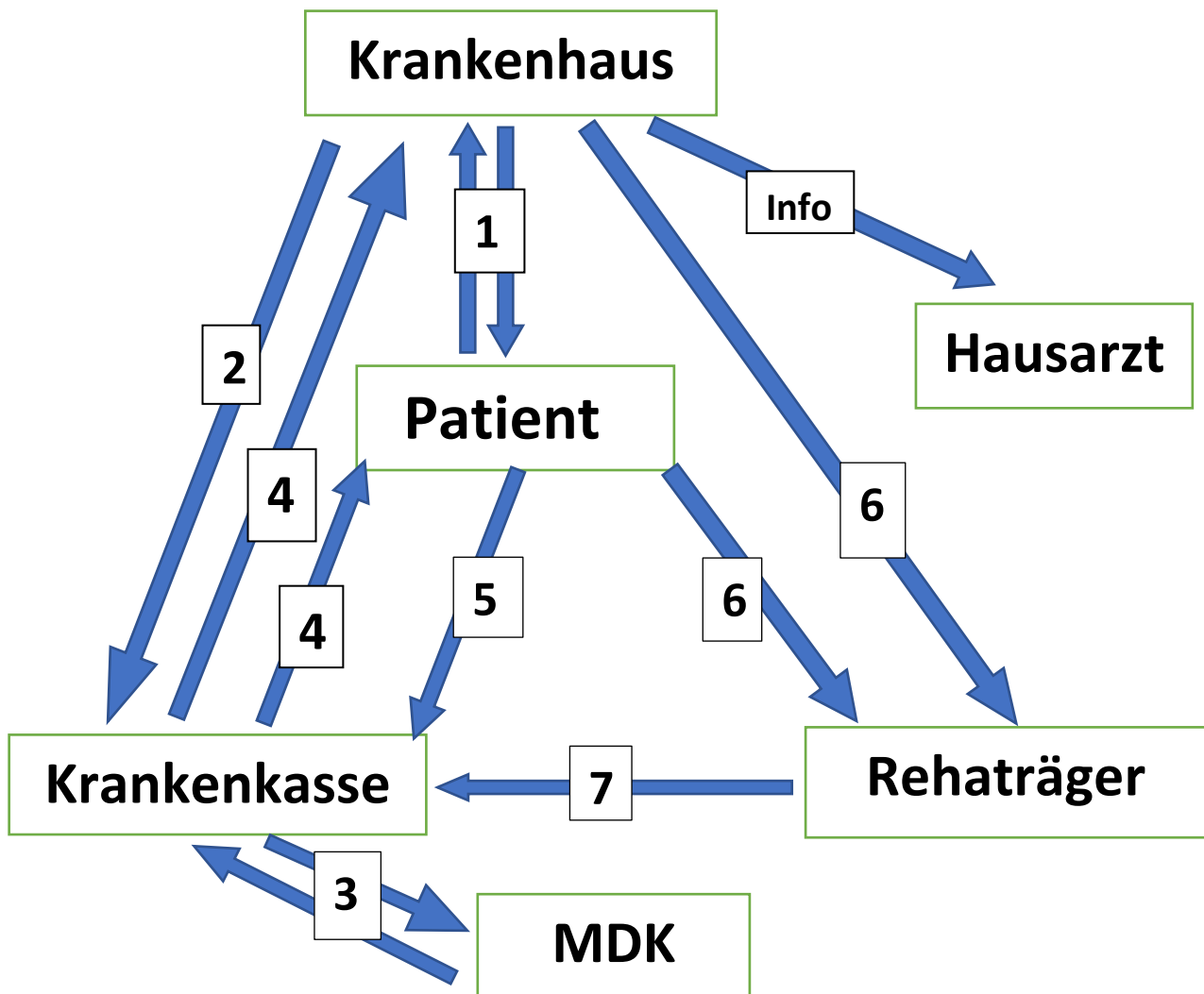
Entlassmanagement:

Verordnung Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den Erfolg einer Krankenhausbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Zu ihnen zählen u.a.

- Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte)
 - Körperersatzstücke (Prothesen)
 - Orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle)
 - Inkontinenz- und Stoma-Artikel.
- Details zur Verordnung sind in der Hilfsmittel-Richtlinie geregelt. Ergänzend dazu erstellt der GKV-Spitzenverband ein Hilfsmittel-Verzeichnis mit Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über am Markt erhältliche Produkte
- Der weiter behandelnde Arzt ist rechtzeitig über die Verordnung zu informieren
- Hilfsmittel sind im Gegensatz zu Arznei-, Verband- und Heilmittel nicht budgetiert
- Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, z.B. Bandagen und Inkontinenzartikel, können für den Bedarf von bis zu 7 Kalendertagen verordnet werden
- Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, deren Erforderlichkeit für länger als 7 Kalendertage besteht, z.B. Rollstuhl und Pflegebett, sind keiner zeitlichen Begrenzung der Verordnungsdauer unterworfen
- Der Patient ist gehalten, die ihm vom Krankenhaus verordneten Hilfsmittel innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung in Anspruch zu nehmen. Andernfalls verliert die Verordnung ihre Gültigkeit
- Bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind, z.B. Hör- und Sehhilfen, Prothesen, ist in der Regel nicht davon auszugehen, dass eine Verordnung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Ausnahmen müssen begründet werden, z.B. Versorgung mit einem Beatmungsgerät bereits in der Klinik
- Grundsätzlich werden Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements am Entlasstag ausgestellt. Die Verordnung von Hilfsmittel, die unmittelbar nach Entlassung zur Versorgung erforderlich sind, kann zeitlich auch bereits vor dem Entlasstag erfolgen
- Bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln sind die Krankenkassen bereits vor dem Kontakt der Krankenhäuser zu den Sanitätshäusern einzubinden. Jedoch muss man deren Genehmigung nicht abwarten. Die Versorgung der Patienten mit dem betreffenden Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Entlassung soll nicht gefährdet werden.

Entlassmanagement: Verordnung Anschluss-Rehabilitation



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Besprechung, Zustimmung des Patienten und Verordnung durch den Arzt
2. Verordnung wird an die Krankenkasse eingereicht
3. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft die Verordnung
4. Die Krankenkasse entscheidet über die Maßnahme
5. Bei Ablehnung der Krankenkasse kann ein Einspruch begründet werden
6. Einzelheiten werden mit dem ausgewählten Rehaträger besprochen
7. Nach Ablauf der Reha rechnet der Rehaträger mit der Krankenkasse ab.

Entlassmanagement:

Anschluss-Rehabilitation (medizinische Reha)

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen und die kurative Versorgung nicht ausreicht. Zur Beeinträchtigung gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Ziele einer medizinischen Reha sind, eine Beeinträchtigung einschließlich einer Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Reha umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, um den bestmöglichen Erfolg bei der Teilhabe am Leben, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf zu erreichen.

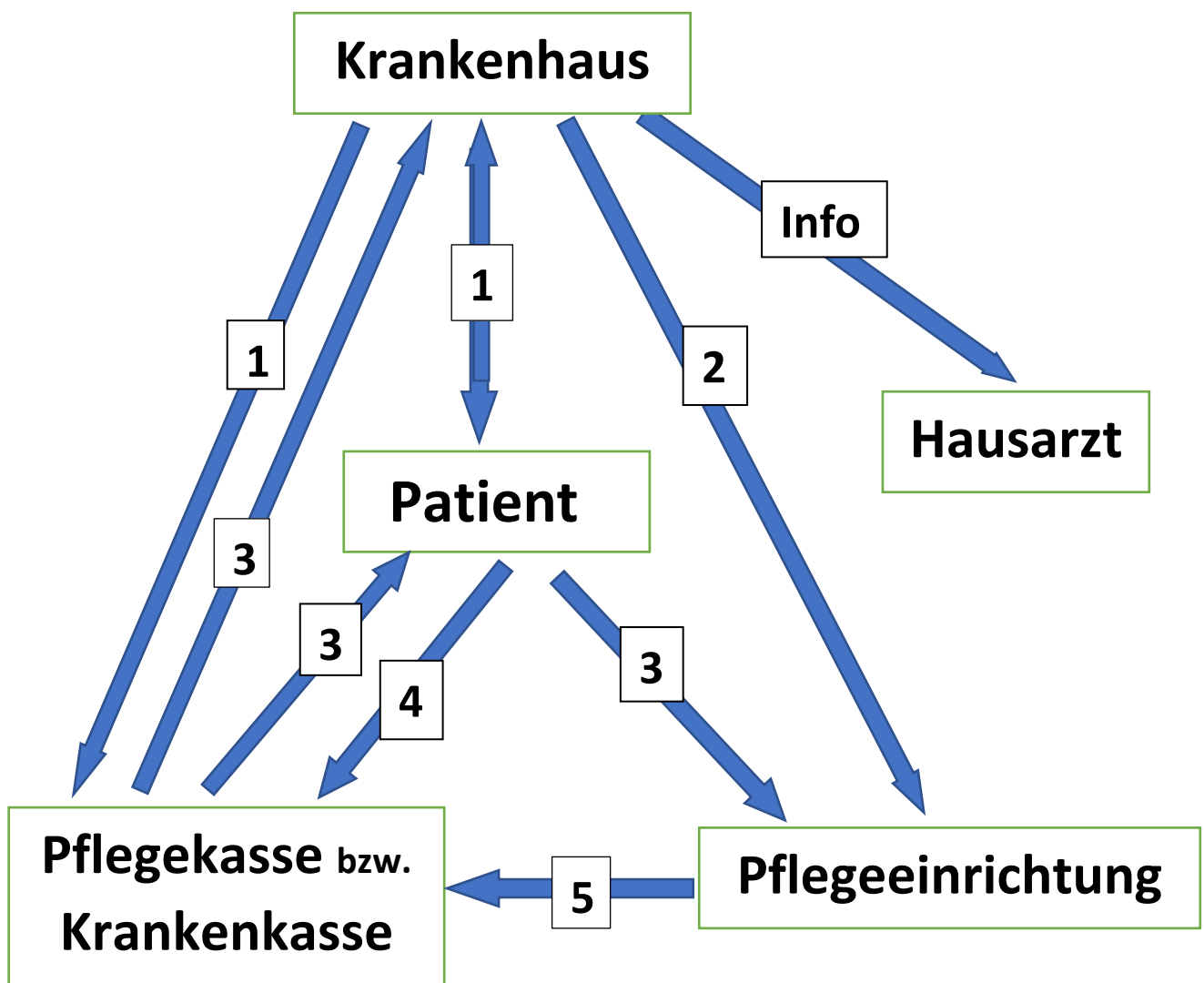
Die Anschluss-Rehabilitation soll unmittelbar (innerhalb von 14 Tagen) an die Krankenhausbehandlung anschließen und kann ambulant, mobil oder stationär erfolgen. Eine stationäre Reha dauert bis zu 3 Wochen; die ambulante oder mobile Reha bis zu 20 Behandlungstage.

1. Der Verordnung einer medizinischen Anschluss-Reha voraus geht eine Beratung des Patienten durch den Krankenhausarzt, in dem dargestellt wird, welche Leistungen zur Reha notwendig sind. Der Patient kann somit selbstbestimmt entscheiden, ob er diese Leistungen in Anspruch nehmen und beantragen will.
2. Sollen Leistungen zur medizinischen Reha durchgeführt werden, verordnet der Arzt diese Leistungen. Falls der Patient auch Pfleger eines Angehörigen ist, kann er beantragen, diesen in derselben Reha-Einrichtung mit aufzunehmen. Der Arzt sendet die Verordnung an die betreffende Krankenkasse. Sollte es sich beim Patienten um eine Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handeln, ist für die Reha der Rentenversicherungsträger zuständig.
3. Die Krankenkasse lässt die Notwendigkeit einer medizinischen Anschluss-Reha durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen.
4. Mit dem MDK-Ergebnis entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes des Versicherten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Reha. Sie teilt ihre Entscheidung dem Versicherten und dem Krankenhaus schriftlich mit und begründet Abweichungen von der Verordnung.
5. Sollte die Krankenkasse die Reha ablehnen, kann dagegen Einspruch begründet werden.
6. Der ausgewählte Rehaträger wird informiert und es werden Einzelheiten der Leistungen und des Transportes abgestimmt.
7. Nach Ablauf der Reha rechnet der Rehaträger mit der Krankenkasse ab.

Entlassmanagement:

Verordnung Kurzzeitpflege für

- Pflegebedürftige mit Pflegegrade 2 bis 5 (§ 42 SGB XI)
oder
- Nicht-Pflegebedürftige max. Pflegegrad 1 (§ 39c SGB V)



Der Ablauf ist wie folgt:

1. In Absprache zwischen Arzt und Patient verordnet der Krankenhausarzt eine Kurzzeitpflege bzw. beantragt der Patient eine Kurzzeitpflege
2. Voraussetzung ist: Ein Kurzzeitpflegeplatz kann gefunden werden
3. Die Pflege- bzw. Krankenkasse prüft und genehmigt den Antrag
4. Bei Ablehnung kann der Versicherte einen Einspruch begründen
5. Die Pflegeeinrichtung rechnet mit der Pflege- bzw. Krankenkasse ab.

Entlassmanagement:

Verordnung Kurzzeitpflege für

- **Pflegebedürftige mit Pflegegrade 2 bis 5 (§ 42 SGB XI)**
oder
- **Nicht-Pflegebedürftige max. Pflegegrad 1 (§ 39c SGB V)**

Im Rahmen des Entlassmanagements können Krankenhausärzte eine Kurzzeitpflege verordnen bzw. der Versicherte kann eine Kurzzeitpflege beantragen, wenn eine ausreichende Betreuung des Versicherten zu Hause zeitweise nicht sichergestellt ist.

- Kurzzeitpflege nach **§ 42 SGB XI**: Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5** haben Anspruch auf Kurzzeitpflege, wenn sie zu Hause zeitweise nicht oder noch nicht betreut werden können. Die **Pflegekasse** übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.774 € für maximal acht Wochen im Kalenderjahr.
- Kurzzeitpflege nach **§ 39c SGB V** für Versicherte, **die nicht pflegebedürftig sind oder maximal Pflegegrad 1** haben: Reichen die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (§37 SGB V) bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht aus, können Versicherte Kurzzeitpflege bei ihrer **Krankenkasse** beantragen. Diese übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.774 € für maximal acht Wochen im Kalenderjahr.

Diese Leistungen müssen zuvor von der Pflege- bzw. Krankenkasse genehmigt werden und es muss ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung stehen.

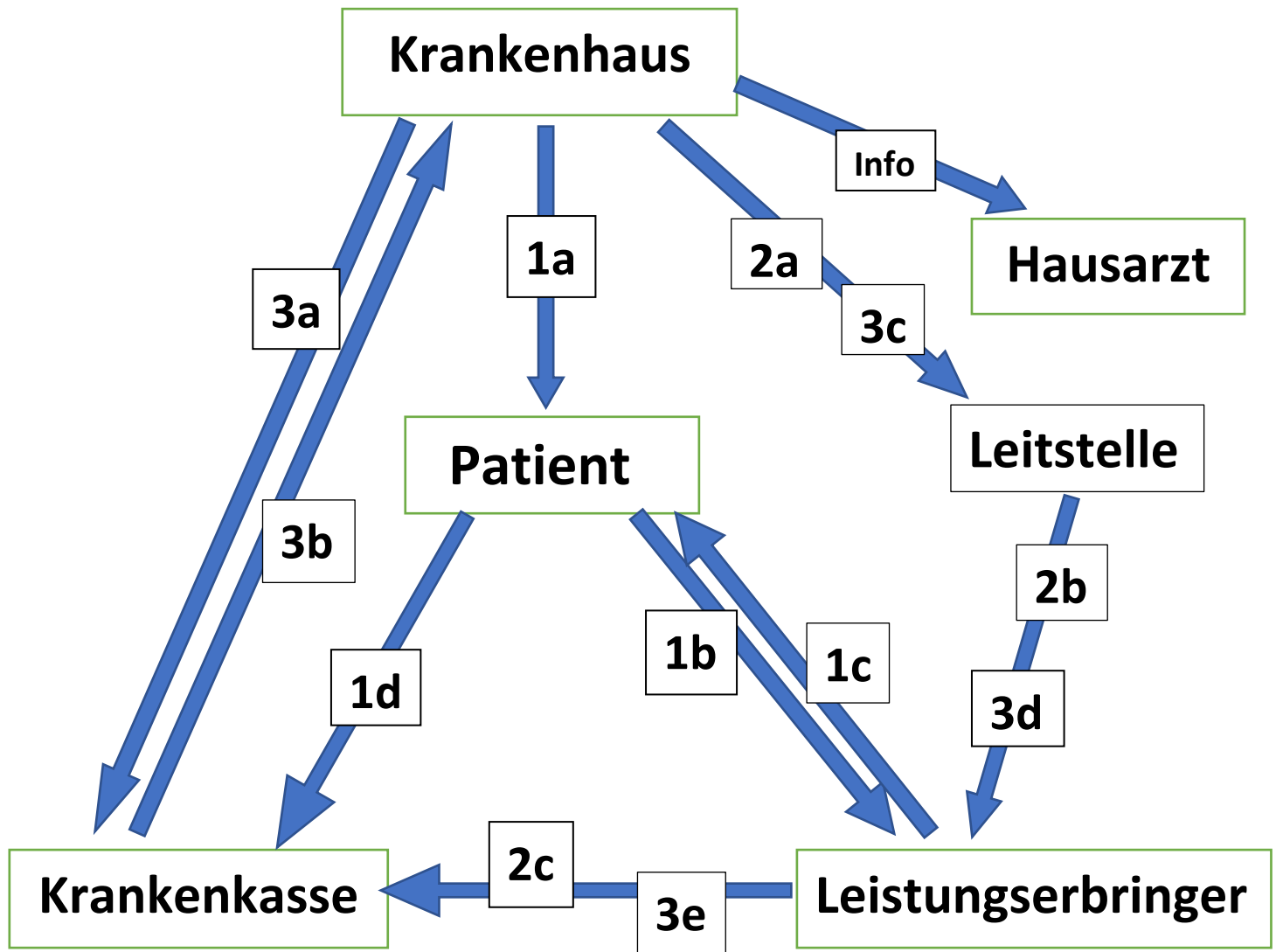
Der Leistungsbetrag von 1.774 € kann durch nicht genutzte Mittel der Verhinderungspflege um weitere 1.612 € auf einen Leistungsanspruch bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden.

Es fallen zusätzlich Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen an, die nicht von der Kasse getragen werden.

Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bis 5 kann der nicht genutzte Entlastungsbetrag von 125 € genutzt werden um diese Kosten zu begleichen oder auch um einen Fahrdienst zur Abholung von Gebrauchsgegenständen von zu Hause zu beauftragen.

Das Pflegegeld wird für die Dauer der Kurzzeitpflege um 50% gekürzt.

Entlassmanagement: Verordnung Krankentransport



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Bei einer **Krankenfahrt** (1a – 1d) organisiert entweder der Patient selbst oder das Krankenhaus das Transportmittel. Die Leitstelle wird nicht eingeschaltet. Mit der Verordnung und der Rechnung bzw. dem Beleg rechnet der Patient mit seiner Krankenkasse ab.
2. Ein **Krankentransport KTW** (2a – 2c) wird vom Krankenhaus über eine Leitstelle angefordert. Diese ordnet einem verfügbaren KTW unter Berücksichtigung der verfügbaren Zeit und der Nähe zum Einsatzort den konkreten Auftrag zu. Der Leistungserbringer rechnet direkt mit der entsprechenden Krankenkasse ab.
3. Eine **Rettungsfahrt RTW** (3a – 3e) muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Nach Genehmigung und Festlegung des Transportmittels erfolgt die Anforderung durch das Krankenhaus über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle. Der Leistungserbringer rechnet direkt mit der Krankenkasse des Patienten ab.

Entlassmanagement:

Verordnung Krankenförderung

- Die rechtlichen Grundlagen für die Krankenförderung sind in § 60 SGB V und in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA geregelt.
- Soweit es für die Versorgung des Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zwingend medizinisch notwendig ist, kann der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements eine Krankenförderung verordnen.
- Diese Verordnung soll vor Antritt der Fahrt ausgestellt werden. In Notfällen kann sie auch nachträglich erfolgen.
- Die Auswahl des Beförderungsmittels hängt von der medizinischen Notwendigkeit des Patienten ab (aktueller Gesundheitszustand, Gehfähigkeit, usw.) und muss dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgen.
- Man unterscheidet 3 Möglichkeiten einer Krankenförderung:
 1. Die **Krankenfahrt**: Dies sind Fahrten, die mit privatem Kfz, öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden. Krankenfahrten bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.
 2. Der **Krankentransport** mit dem Krankentransportwagen **KTW**: Dies kann verordnet werden, wenn der Patient während der Fahrt einer fachlichen Betreuung (Rettungs-sanitäter) oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedarf, z.B. liegender Transport. Der Krankentransport soll auch verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer ansteckender Krankheiten vermieden werden kann. Krankentransporte bei Entlassung vom Krankenhaus bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.
 3. Die **Rettungsfahrt** mit dem Rettungswagen **RTW**: Patienten bedürfen einer Rettungsfahrt, wenn sie aufgrund ihres Zustands mit einem Rettungswagen oder Notarztwagen oder Rettungshubschrauber befördert und (mindestens durch einen Rettungsassistenten) betreut werden müssen. Diese Verordnung muss von der Krankenkasse – ggf. im Nachhinein – genehmigt werden.
- Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind.
- Die Zuzahlung des Patienten beträgt 10% der Kosten je Fahrt, mind. 5 €, höchstens 10 €.

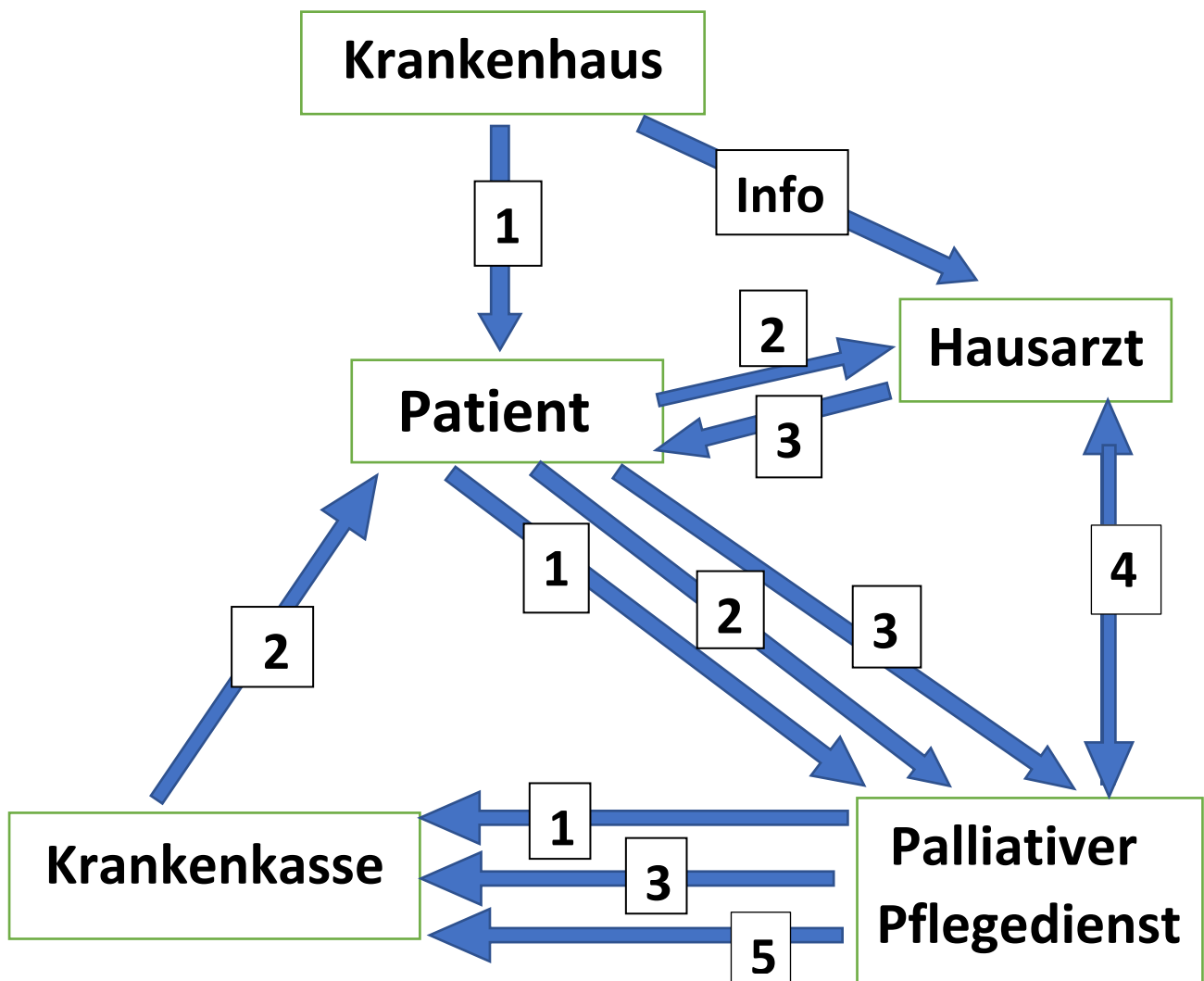
Bemerkung:

Es ist immer wieder festzustellen, dass Patienten bei ihrer Entlassung oft sehr lange auf einen Krankentransport warten müssen. Während beim RTW eine gesetzliche Hilfsfrist von 15 Minuten in B-W vorgeschrieben ist, gibt es solche Fristen beim KTW nicht. Beim RTW werden Einsatz- und auch Bereitschaftszeiten bezahlt; beim KTW wird nur die tatsächlich durchgeführte Fahrt mit einer Pauschale vergütet. Die Leistungserbringer sind somit bestrebt, ihre KTWs möglichst voll auszulasten. Die fest geplanten und zeitkritischen Fahrten haben - meist am Vormittag - Vorrang und der Patient muss oft warten.

Das DRK als größter Anbieter von KTW im Landkreis empfiehlt daher, die Entlassungszeiten möglichst über den gesamten Tag zu verteilen und Entlassungen auch vermehrt in die Schwachlastzeit ab 14:00 Uhr zu legen.

Entlassmanagement:

Verordnung Ambulante Palliativversorgung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP)



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Krankenhausarzt erstellt die Verordnung: Formular 12 HKP, Leistungsziffer 24a
Der Patient unterschreibt die Verordnung; der Pflegedienst bestätigt die Durchführung der Leistung und übermittelt die Verordnung an die Krankenkasse
2. Die Krankenkasse entscheidet über die Verordnung und deren Abrechnung
3. Ggfs ist eine Folgeverordnung notwendig für weitere 14 Tage Behandlung
4. Enge Abstimmung zwischen palliativem Pflegedienst und dem Hausarzt
5. Abrechnung des Pflegedienstes mit der Krankenkasse.

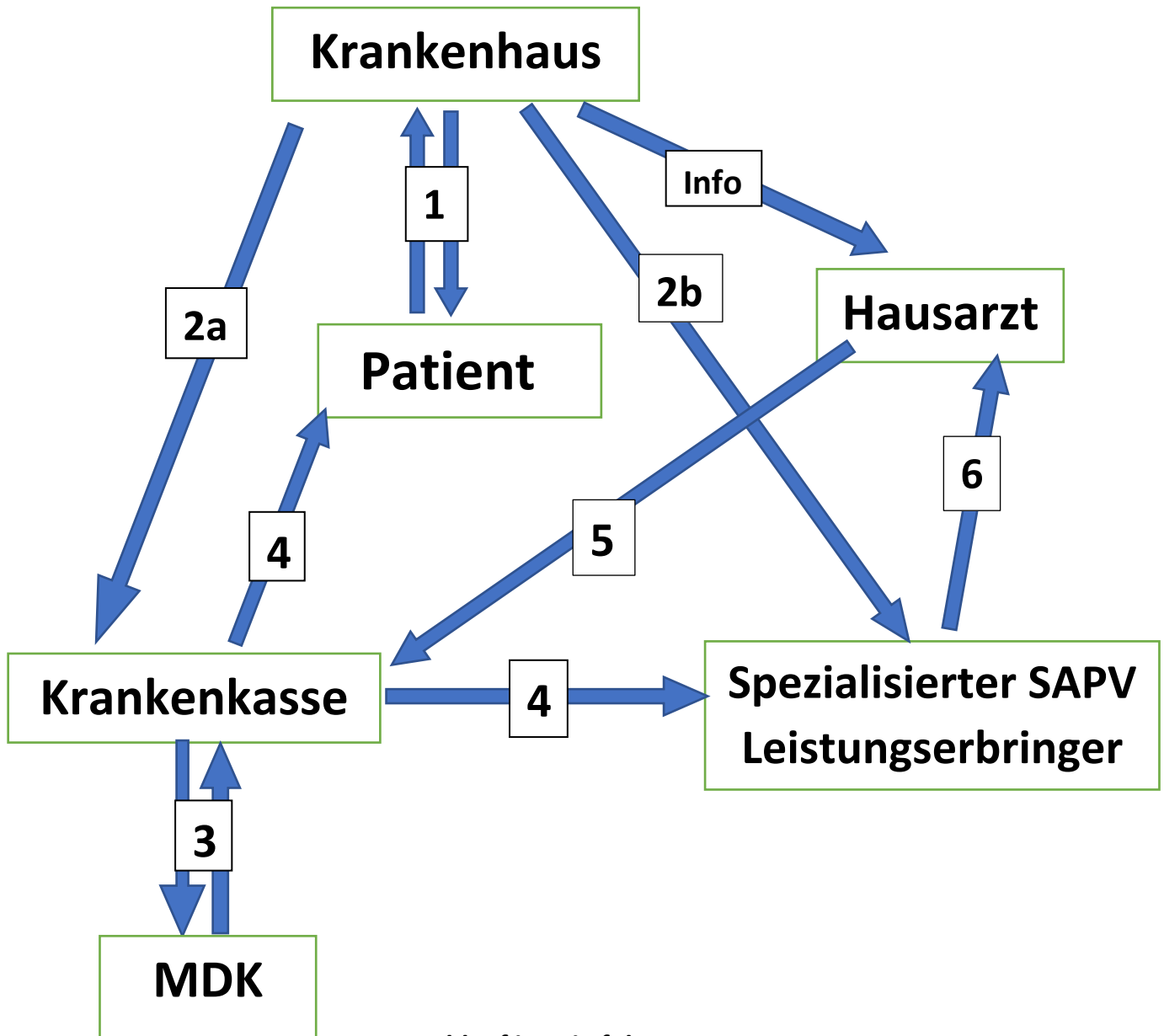
Entlassmanagement:

Verordnung Ambulante Palliativversorgung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP)

- Die Leistung ambulante Palliativversorgung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatienten in den letzten Tagen bis zu wenigen Wochen vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.
- Die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten umfasst das Erkennen, Erfassen und Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen im Rahmen der pflegerischen Tätigkeiten.
- Folgende pflegerische Tätigkeiten können ärztlich veranlasst werden:
 - Kontrolle von Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation
 - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden
 - Krisenintervention, zum Beispiel bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzustände.
- Die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten erfolgt durch Pflegedienste in enger Abstimmung mit dem verantwortlichen Arzt, in der Regel dem Hausarzt.
- Ziel ist, die Symptomatik und Lebensqualität von Sterbenden in ihrer häuslichen Umgebung zu verbessern.
- Die Symptomkontrolle basiert auf einer Erweiterung der Häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie mit Leistungsziffer Nr. 24a) und ist im Nov. 2017 in Kraft getreten.
- Die Verordnungsdauer für die Erst- und Folgeverordnung beträgt jeweils bis zu 14 Tage. Die Häufigkeit richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Die Anzahl der täglichen Pflegeeinsätze ist nicht beschränkt.
- Für die Abrechnung der Leistungen der Symptomkontrolle ist die vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

Entlassmanagement:

SAPV – Spezialisierte Ambul. Palliativversorgung



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Besprechung mit dem Arzt, Zustimmung und Beantragung durch den Patienten
- 2a. SAPV Verordnung mit Angaben des Arztes und des Leistungserbringers sowie Antrag des Patienten an die Krankenkasse (i.a. für 7 Tage) und gleichzeitig
- 2b. Beginn der Behandlung des Patienten durch den SAPV Leistungserbringer
3. Die Krankenkasse kann den MDK mit einer Stellungnahme beauftragen
4. Genehmigung und Leistungsentscheidung der Krankenkasse
5. Folgeverordnung durch den Hausarzt
6. Zusammenarbeit SAPV Leistungserbringer mit Hausarzt, Pflegedienst usw.

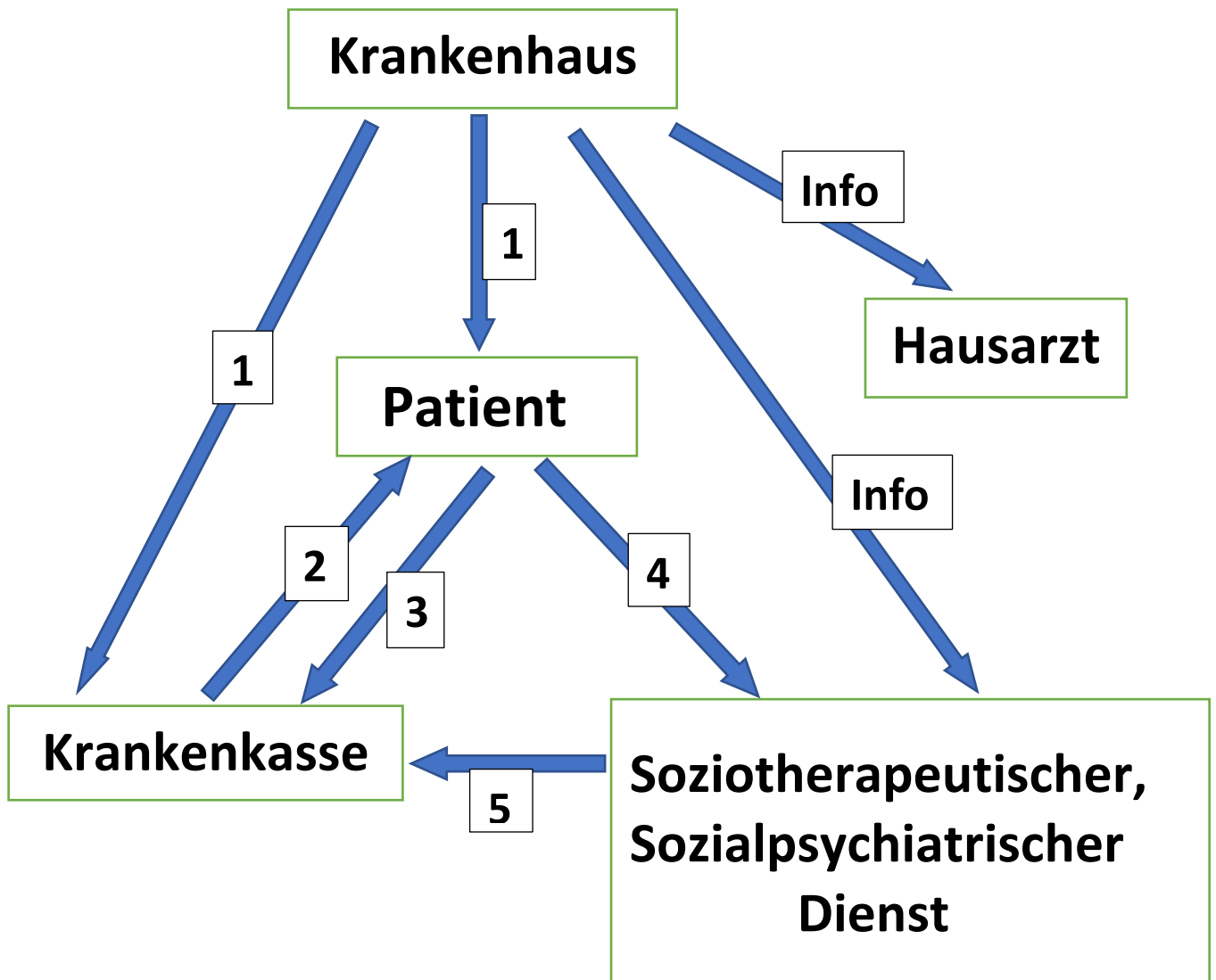
Entlassmanagement:

Verordnung SAPV

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

- Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung SAPV wurde 2007 eingeführt und dient gemäß § 37b SGB V dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Es soll ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung und bei ihren Angehörigen ermöglicht werden.
- Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Diese sollte nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden können.
- Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung und deren Koordination. Dazu gehören u.a. Symptomlinderung durch Medikamente, apparative Behandlungsmaßnahmen, vorbeugendes Krisenmanagement, Ruf- und Notfallbereitschaft rund um die Uhr sowie Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen.
- Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch spezialisierte Kräfte erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur mit qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize organisiert sind - Palliative-Care-Teams.
- Mit SAPV ist gewährleistet, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abstimmen und bedarfsgerecht erbringen.
- Im Rahmen des Entlassmanagements kann der Krankenhausarzt, wenn erforderlich, eine SAPV Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage. Eine Folgeverordnung ist durch den Hausarzt auszustellen.
- Die Krankenkasse übernimmt bis zu ihrer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen, vorausgesetzt die Verordnung liegt ihr spätestens am 3. Tag nach Ausstellung vor.

Entlassmanagement: Verordnung Sozialtherapie



Der Ablauf ist wie folgt:

1. In Absprache mit dem Patienten verordnet der Krankenhausarzt eine Sozialtherapie und schickt die Verordnung an die Krankenkasse
2. Die Krankenkasse prüft und genehmigt die Verordnung
3. Bei Ablehnung kann der Patient einen Einspruch begründen
4. Der Patient nimmt die Verordnung beim sozialtherapeutischen bzw. sozialpsychiatrischen Dienst in Anspruch
5. Der Dienstleister rechnet mit der Krankenkasse ab.

Entlassmanagement:

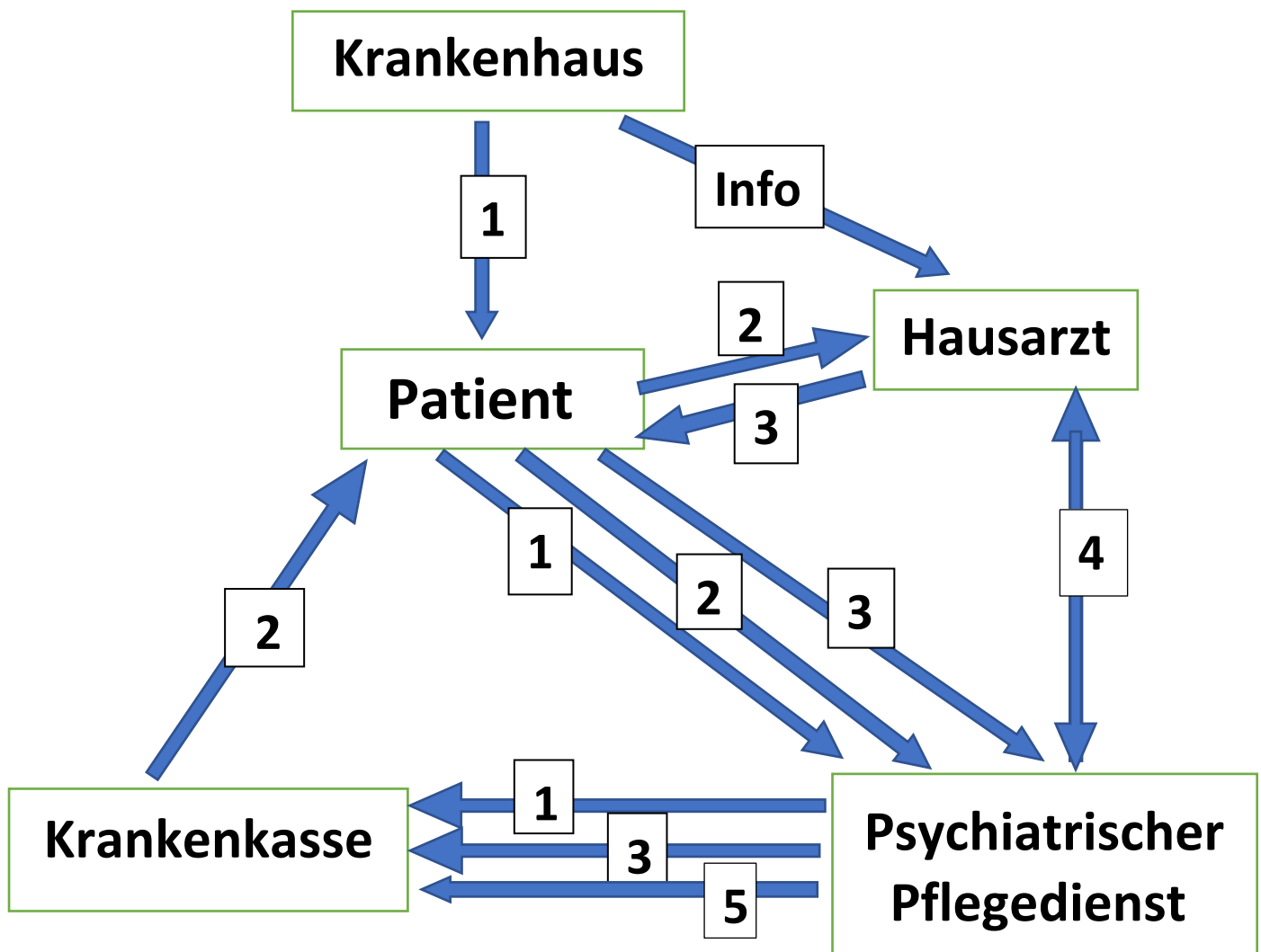
Verordnung Soziotherapie

Soziotherapie ist eine Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen. Diese sollen durch Soziotherapie in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

- **Soziotherapie beinhaltet strukturierte Trainings- und Motivationsmethoden und findet im sozialen Umfeld des Patienten statt.**
- **Soziotherapie kann vom Krankenhaus für eine Zeit von bis zu 7 Kalendertagen nach der Entlassung verordnet werden.**
- **Die Verordnung muss spätestens am 3. Arbeitstag nach Ausstellung bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorliegen.**
- **Der Patient ist gehalten, die Verordnung innerhalb von 7 Kalendertagen nach Entlassung in Anspruch zu nehmen.**
- **Generell können für jeden Patienten je Krankheitsfall insgesamt max. 120 Stunden Soziotherapie innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren verordnet werden.**
- **Ohne Genehmigung der Krankenkasse kann das Krankenhaus bis zu 5 Probestunden verordnen entsprechend § 5 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie. Diese zählen nicht gegen die 120 Stunden maximaler Therapie.**
- **Das Krankenhaus muss den weiter behandelnden Arzt rechtzeitig informieren und – wenn möglich – mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer absprechen.**

Entlassmanagement:

Verordnung Psychiatr. Häusliche Krankenpflege im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP)



Der Ablauf ist wie folgt:

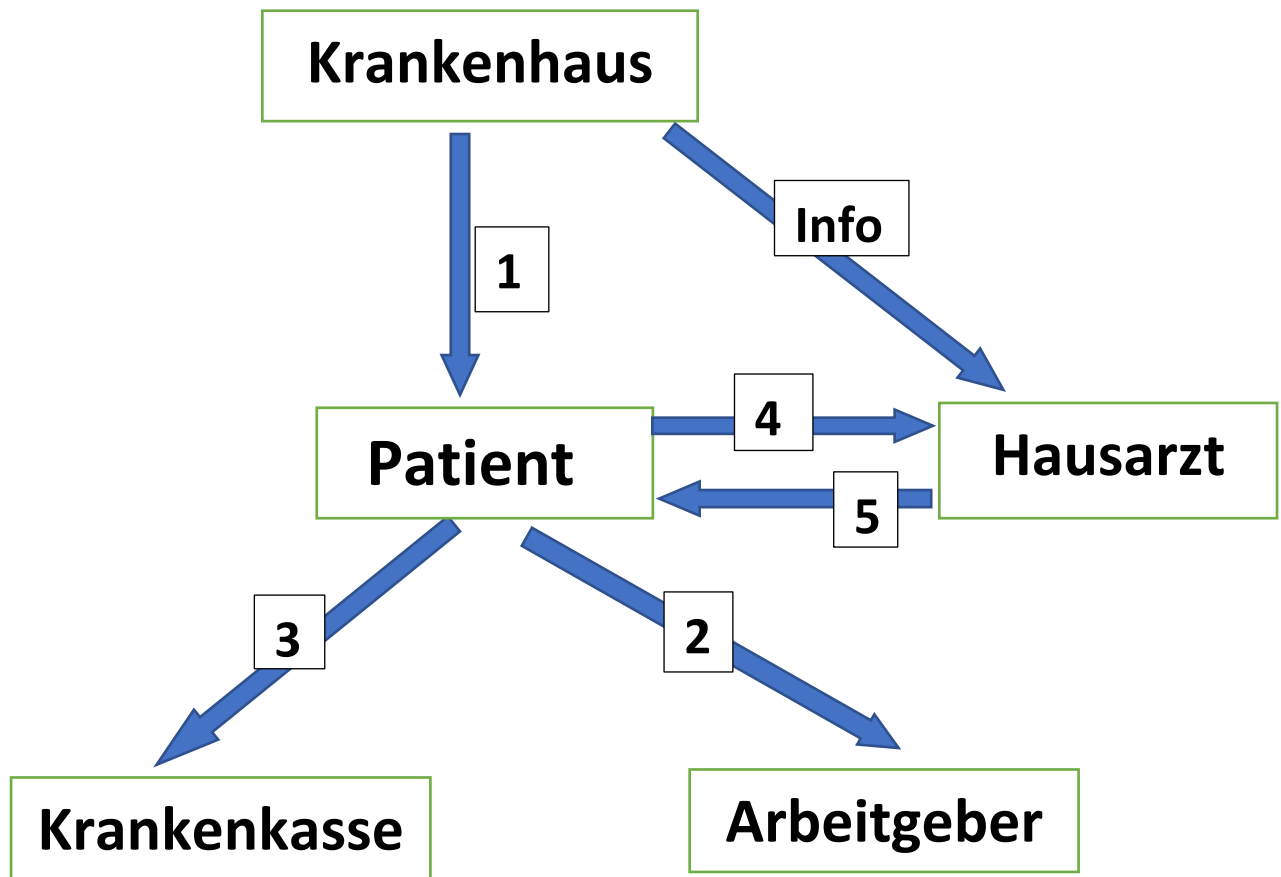
1. Der Krankenhausarzt erstellt die Verordnung: Form 12 HKP, Leistungsziffer 27a. Der Patient unterschreibt die Verordnung; der Pflegedienst bestätigt die Durchführung der Leistung und übermittelt die Verordnung an die Krankenkasse
2. Die Krankenkasse entscheidet über die Verordnung und deren Abrechnung
3. Ggf. ist eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage Behandlung notwendig
4. Enge Abstimmung zwischen psychiatrischem Pflegedienst und dem Hausarzt
5. Der Pflegedienst rechnet direkt mit der Krankenkasse ab.

Entlassmanagement:

Verordnung Psychiatr. Häusliche Krankenpflege (pHKP) im Rahmen der Häusliche Krankenpflege (HKP)

- Psychisch schwer erkrankte Menschen brauchen eine besondere Art der häuslichen Krankenpflege. Die sogenannte psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) hat zum Ziel, dass psychisch beeinträchtigte Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten in ihrer Häuslichkeit leben können.
- Die Patienten sollen angeleitet werden, ihr Leben so gut wie möglich selbst zu gestalten. Die Leistungen der pHKP sind u.a.:
 - Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau)
 - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen
 - Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)
 - Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen.
- Die pHKP ist Bestandteil der HKP-Richtlinie mit der Leistungsziffer 27a. Wichtige Neuerungen sind zum 1.4. 2019 in Kraft getreten.
- In HKP Leistungsziffer 27a sind die Diagnosen aufgeführt, die für eine pHKP verordnungsfähig sind.
- Weitere Möglichkeiten einer Verordnung sind gegeben, wenn Fähigkeitsstörungen in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt oder koordiniert werden kann. Außerdem soll eine weitreichende Behandlungsfähigkeit vorliegen, so dass die Therapieziele erreicht werden können.
- Die Leistungen der pHKP können nur von bestimmten Facharztgruppen verordnet werden, u.a. Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie.
- Bestandteil der Verordnung ist ein Behandlungsplan, den der verordnende Arzt erstellt. Dieser Behandlungsplan umfasst die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte.
- Ein Verordnungszeitraum von bis zu 4 Monaten ist möglich. Eine Verlängerung ist zu begründen.

Entlassmanagement:
Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU)



Der Ablauf ist wie folgt:

1. Der Krankenhausarzt stellt die Arbeitsunfähigkeit des Patienten fest, stellt eine Bescheinigung aus und informiert den Hausarzt.
2. Der Patient leitet die AU möglichst sofort an seinen Arbeitgeber weiter
3. Der Patient reicht die AU-Bescheinigung bei seiner Krankenkasse innerhalb einer Woche ein
4. Der Patient übergibt die AU an seinen Hausarzt
5. Dieser stellt – wenn erforderlich – eine Folgebescheinigung aus.

Entlassmanagement:

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU)

Im Rahmen des Entlassmanagements können Krankenhausärzte die Arbeitsunfähigkeit (AU) eines Patienten für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen nach der Entlassung feststellen und bescheinigen.

- Diese Erstbescheinigung hilft, Versorgungslücken nach der Entlassung zu vermeiden, z.B. wenn der Patient aufgrund seiner körperlichen Verfassung nicht in der Lage ist, seinen Hausarzt direkt aufzusuchen.
- Die Bewertungsmaßstäbe zur Feststellung der AU enthält die AU-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (AU-RL des G-BA, letzte Änderung 23.6.2020). Die stufenweise Wiedereingliederung ist geregelt in SGB V § 92, Abs. 1.
- Der Hausarzt ist vom Krankenhaus rechtzeitig über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu informieren.
- Die AU-Bescheinigung besteht aus 4 Teilen
 - zur Vorlage bei der Krankenkasse
 - zur Vorlage beim Arbeitgeber
 - eine Ausfertigung für den Hausarzt und
 - eine Ausfertigung für den Patienten/Versicherten.
- Der Patient übergibt die AU-Bescheinigung
 - an seinen Arbeitgeber – möglichst sofort, jedoch spätestens am 4. Tag nach Ausstellung der AU. Wichtig dabei ist die voraussichtliche Dauer der Krankheit
 - an seine Krankenkasse – innerhalb einer Woche, sonst verfällt der Anspruch auf Krankengeld
 - an seinen Hausarzt.
- Der Hausarzt stellt – wenn erforderlich – eine Folgebescheinigung aus. Wichtig dabei ist, dass diese zeitlich unmittelbar an die Erstbescheinigung anschließt.
- Die Lohnfortzahlung erfolgt für 6 Wochen, danach gibt es Krankengeld bei der Krankenkasse.



Ambulante Geriatriische Reha REHA VOR PFLEGE !

Von der Abholung an der Haustür bzw. vom Pflegeheim über Ihr leibliches Wohl bis hin zur Heimfahrt mit unserem Fahrdienst sind Sie, sofern Sie im Landkreis Böblingen wohnen, rundum versorgt.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zur Reha an uns.

Sekretariat Tel.: 07031 98-13312
Montag-Freitag: 9-15 Uhr
Ambulante Geriatriische Reha
Rathausplatz 5, 71063 Sindelfingen
agr@klinikverbund-suedwest.de

Leben im gewohnten familiären Umfeld und dabei alle Vorzüge einer Reha genießen.



Ihre Angehörigen können in die Therapie mit eingebunden werden.



Geübte Fähigkeiten können direkt im häuslichen Umfeld umgesetzt werden



Ihren Bedürfnissen entsprechend kommen Sie an zwei oder drei Tagen pro Woche in die Reha.



**Klinikverbund
Südwest**

Für Notizen

Patientenbegleitung im Krankenhaus

Ein Projekt von Mensch zu Mensch,

eine Kooperation des Kreissenorenrats Böblingen mit dem Klinikverbund Südwest und der Einbindung des Vereins FISH e.V. Leonberg.

Kurzbeschreibung: Ehrenamtliche und ausgebildete Patientenbegleiter/innen besuchen ältere Patienten im Krankenhaus mit dem Ziel, Orientierung zu geben und Delir/Depression bei den Patienten zu vermeiden.



Aufgabe der Patientenbegleiter/innen: Sie stärken mit ihren Besuchen gefährdete ältere Patienten in ihren Alltagsfähigkeiten in ungewohnter Umgebung. Sie übernehmen keine pflegerischen Aufgaben, sondern unterstützen bei der Einnahme von Mahlzeiten, motivieren zum Trinken, lesen aus der Tageszeitung vor, erzählen, machen Spiele und – vor allem – nehmen sich Zeit und hören zu.

Die Patientenbegleiter/innen: Diese gehören zum Team der Nachbarschaftshilfe FISH e.V. Leonberg, erhalten eine Ausbildung, eine Aufwandsentschädigung, sind unfall- und haftpflichtversichert. Sie sind eingebunden in das Team der Ärzte und Krankenschwestern, welche die Patienten auswählen. Monatlich finden Team-Besprechungen statt.

Stand des Projektes: Bis Juli 2023 wurden über 12.000 Patientenbegleitungen in den 4 Krankenhäusern Sindelfingen, Böblingen, Leonberg und Herrenberg durchgeführt. Alle mit großer Zufriedenheit der Patienten, des Pflegepersonals und der Ärzte. Verwirrheitszustände und Depressionen sind bei den besuchten Patienten nicht aufgetreten.

Weitere Ehrenamtliche gesucht: Wenn Sie sich für die Tätigkeit einer Patientenbegleitung interessieren, freuen wir uns von Ihnen zu hören:

Manfred Koebler, Ehrenvors. KSR, Tel.: 07031 – 663-1397
manfred.koebler@gmail.com www.kreissenorenrat-boeblingen.de

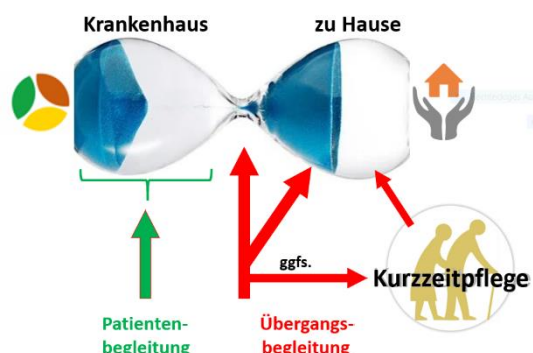


Übergangsbegleitung und Kurzzeitpflege

Eine Ergänzung zur Patientenbegleitung

Aus besorgten Gesprächen mit den über 12.000 Patienten vom Projekt Patientenbegleitung und bekräftigt durch das Pflegepersonal wuchs die Erkenntnis, dass für viele ältere Patienten die Versorgung nach der Entlassung zu Hause nicht hinreichend gegeben ist. Eine Zwischenstation wäre hier eine segensreiche Einrichtung. Kurzzeitpflege könnte hier wirken. Doch es gibt davon zu wenig Plätze.

Ein neues Projekt soll hier helfen: „Übergangsbegleitung und Kurzzeitpflege“. Gut ausgebildete und motivierte Ehrenamtliche unterstützen ältere Patienten beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause mit dem Ziel, dass diese wieder selbst ihren Alltag gestalten können und eine Rückkehr ins Krankenhaus oder eine stationäre Dauerpflege verhindert werden kann. Auch Patienten, die vom Krankenhaus zunächst eine Kurzzeitpflege besuchen, werden dort von den Übergangsbegleiter*innen unterstützt und dann zu Hause weiter begleitet.



Nach einer intensiven Ausbildung ist das Projekt in die Praxis übergegangen und die ersten interessanten Erfahrungen mit über 50 Patienten wurden gesammelt. Einem Patienten werden 1-2 Übergangsbegleiter*innen möglichst wohnortnah zugeordnet. Diese nehmen noch vor der Entlassung mit dem Krankenhaus, mit dem Patienten und mit Angehörigen Kontakt auf. Sie informieren sich über die Belange des Patienten und dessen Versorgungsbedarf zu Hause und erfahren, welche Maßnahmen bereits durch das klinische Entlassmanagement eingeleitet wurden.

In der Häuslichkeit nimmt die Übergangsbegleitung Kontakt mit dem Hausarzt auf, besorgt Rezepte und Medikamente, vereinbart und koordiniert alle notwendigen Termine mit Fachärzten, ambulanten Diensten und der Nachbarschaftshilfe, bezieht die Beratungsstellen wie die Pflegestützpunkte und iav-Stellen mit ein, unterhält sich mit dem Patienten und motiviert ihn.

Wenn Sie Interesse haben, hier mitzuwirken, freuen wir uns von Ihnen zu hören:

Tel.: 07031 – 98-12606 oder eMail: l.schwoerer@klinikverbund-suedwest.de

Luca Daniel Schwörer
Ref. Regionaldirektion KVSW

Manfred Koebler
Ehrevors. Kreissenienrat

Kreissenorenrat Böblingen e.V. Schwerpunkt-Themen:



1. **Gemeindevertretungen:** Unterstützung der Kommunen, Vernetzung, Erfahrungsaustausch, Musterprojekte im Kreis auf KSR Homepage
2. **Veranstaltungen:** Altersrelevante Themen wie Gesundheit, Pflege, Wohnen, Soziale Teilhabe, Vorsorge, Gerontologische Fachtage
3. **Coaching – Fit für Bewerbungen:** Durchführung von Bewerbungstraining für Schüler im Kreis Böblingen
4. **Besuchsdienste:** Ausbau vorhandener und Aufbau neuer Besuchsdienste in den Kommunen
5. **Pflege:** Verbesserung der Bedingungen und des Ansehens des Pflegeberufs, Unterstützung der Heimbeiräte, 10 Tipps für die Neuerungen in der Pflege und für die 24-Stunden-Betreuung zu Hause
6. **Wohnen:** Ziel ist, möglichst lange in gewohnter Häuslichkeit selbstbestimmt zu wohnen, Zertifizierung von seniorenfreundlichen Handwerksbetrieben, Förderung altersgerechter Unterstützungs-Systeme (AAL)
7. **Patientenbegleitung:** Patienten in den Krankenhäusern des Kreises begleiten, Orientierung geben, Delir und Depression vermeiden. 2019 Gewinn Deutscher Patientenpreis, 2020 Sonderpreis Ferry-Porsche
8. **Übergangsbegleitung:** Gut ausgebildete Ehrenamtliche unterstützen ältere Menschen beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause mit dem Ziel, dass sie gut versorgt werden und möglichst selbst wieder ihren Alltag gestalten können
9. **Vorsorgende Verfügungen:** Böblinger Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Vorträge und Beratung, Muster-Formulare, Broschüre: Vorsorge für alle Fälle
10. **PC-Internet:** Ausbau von PC-Internet-Teams in den Kommunen, Workshops, Erfahrungsaustausch.



Wenn Sie Interesse haben, an einem dieser Themen mitzuarbeiten, freuen wir uns von Ihnen zu hören.

Gabriele Wörner, Vors. Kreissenorenrat Böblingen e.V.
07031-663-1234 kreissenorenrat@lrabb.de
www.kreissenorenrat-boeblingen.de

Mit freundlicher Unterstützung
 **Kreissparkasse
Böblingen**