

Sie benötigen nach einem Krankenhausaufenthalt medizinisch-pflegerische Hilfe?

➤ Die häusliche Krankenpflege und die Übergangspflege

Sie oder Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger können sich nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht allein versorgen? Wundverbände müssen gewechselt und Spritzen verabreicht werden? Oder wird Hilfe bei der Körperpflege oder im Haushalt benötigt? Die Krankenkasse kann hier die Kosten für Hausbesuche eines ambulanten Pflegedienstes übernehmen.

➔ Darauf kommt es an.

Sie haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn Sie aufgrund einer Erkrankung zu Hause medizinisch versorgt und gepflegt werden müssen. Außerdem besteht für Sie nach einem akuten gesundheitlichen Ereignis ein Anspruch auf Übergangspflege zu Hause.

Wichtig: Voraussetzung für alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist, dass die notwendigen Pflegemaßnahmen nicht selbst geleistet werden können und auch keine andere im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann.

➔ Was steht mir zu?

Die **häusliche Krankenpflege** beinhaltet Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung:

- Zur Behandlungspflege gehören Maßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden (wie Wunden versorgen, Spritzen geben, Medikamente richten und verabreichen).
- Die Grundpflege bezeichnet die Hilfe bei der Körperpflege und Inkontinenzversorgung sowie die Unterstützung beim Essen oder der Bewegungsförderung.
- Zur hauswirtschaftlichen Versorgung zählt beispielsweise die Zubereitung von Mahlzeiten, das Einkaufen oder das Reinigen der Wohnung.

Die **Übergangspflege** beinhaltet die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Beides kann nebeneinander genutzt werden.

Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann in Ausnahmefällen verlängert werden. Voraussetzung für die Übergangspflege ist eine schwere Erkrankung oder die akute Verschlimmerung einer solchen.

Das gilt insbesondere:

- nach einem Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder
- nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

Hinweis: Ist im Rahmen der Übergangspflege die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst in Ihrem Zuhause nicht ausreichend? Dann können Sie Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung als Leistung Ihrer Krankenkasse bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro pro Kalenderjahr für maximal vier Wochen beantragen.

Wichtig: Den Anspruch auf Übergangspflege haben Sie auch, wenn Sie dem Pflegegrad 1 der Pflegeversicherung zugeordnet sind.

→ Was muss ich tun?

Für die häusliche Krankenpflege benötigen Sie eine ärztliche Verordnung. Die Ärztin oder der Arzt muss auf der Verordnung genau angeben, welche Hilfen wann und wie oft erforderlich sind (z. B. ein Wundverband zweimal am Tag und siebenmal in der Woche).

Anschließend wählen Sie einen Pflegedienst. Das vom Pflegedienst gegengezeichnete Verordnungsformular reichen Sie bei Ihrer Krankenkasse ein. Mit dem Pflegedienst besprechen Sie, wann die Versorgung zu Hause stattfinden soll. Er rechnet die Kosten direkt mit der Krankenkasse ab.

Tipp: Sie können auch direkt einen Pflegedienst ansprechen, wenn Sie für ein Familienmitglied häusliche Krankenpflege benötigen. Viele Pflegedienste unterstützen Sie darin, die ärztliche Verordnung dafür einzuholen.

Hinweis: Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht sowohl im Haushalt der versicherten Person als auch an anderen geeigneten Orten, wie zum Beispiel in Wohngemeinschaften und betreuten Wohneinrichtungen.

Ihre Übergangspflege können Sie sich bereits durch Ihre Klinikärztin oder Ihren Klinikarzt verordnen lassen. Eine darüber hinausgehende Versorgung verordnet Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt. Diese Verordnung muss frühzeitig bei der Krankenkasse zur Bewilligung eingereicht werden.

Tipp: Brauchen Sie Unterstützung im Krankenhaus, fragen Sie den dortigen Sozialdienst. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unterstützen Sie dabei.

Hinweis: Von Ihrer Krankenkasse wird für Leistungen der häuslichen Krankenpflege eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro pro Verordnung erhoben. Außerdem müssen Sie als versicherte Person zehn Prozent der Kosten der Maßnahme für bis zu 28 Tage pro Jahr, maximal zehn Euro am Tag, bezahlen. Wenn Sie von der Rezeptgebühr befreit sind, entfällt dieser Eigenanteil für Sie.

**Dieses Merkblatt dient der weiteren Information nach der Pflegeberatung.
Gern stehen wir Ihnen für weiterführende Gespräche zur Verfügung.**



awo-pflegeberatung.de

Telefonberatung: 080060 70110

Onlineberatung: www.awo-pflegeberatung.de

