



Niemand ist alleine krank

Ein Ratgeber für Familien



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Was ist Außerklinische Intensivpflege?	4
Meine Fragen an den Arzt:	5
Pflegemöglichkeiten	6-7
Finanzierung	8-9
Entlassmanagement im Krankenhaus	10-11
Formalitäten	12-15
Pflegedienstsuche	16-17
Hilfsmittelversorgung	18-19
Barrierefreies Wohnen	20-21
Pflegezeit	22-23
Zeitplan	24
Checklisten	25-27
Hilfsmittelliste	28
Kosten im Alltag	29-30
Unterstützung für die Seele	31-32
Notizen	33
weitere Informationen Links	34

Lieber Leser und Leserinnen,

Sie haben einen Angehörigen, der nach dem Klinikaufenthalt außerklinische Intensivpflege benötigt? Das stellt Sie vor große emotionale und organisatorische Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Mit diesem Ratgeber möchte ich Sie in dieser Situation unterstützen und Sie über die Möglichkeiten und die weiteren Schritte zur Vorbereitung der Versorgung informieren.

Die Formalitäten und Finanzierung haben sich mit dem „Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz“ (IPReG) sehr verändert und sind nach 4-jähriger Diskussion und Verhandlung am 01.07.2025 in Kraft getreten.

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Ich wünsche Ihnen viel Kraft und gute Entscheidungen.

Herzlichst,
Ihre Ursula Pabsch



Was ist Außerklinische Intensivpflege?

Außerklinische Intensivpflege ist die Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Menschen im Kinder- und Erwachsenenalter mit lebensbedrohlicher Erkrankung.

Sie haben einen hohen medizinischen Behandlungsbedarf. Das heißt, sie sind häufig **beatmet** oder müssen mehrmals täglich über eine **Trachealkanüle** abgesaugt werden. Wenn die stationäre klinische Behandlung mit ständiger medizinischer Überwachung nicht mehr erforderlich ist, die Rehabilitation aus klinischer Sicht abgeschlossen ist oder keinen weiteren Erfolg verspricht, wird die außerklinische Versorgung geplant.

Es ist eine intensivpflegerische Überwachung und Pflege rund um die Uhr notwendig, da jederzeit eine lebensbedrohliche Situation für den Patienten eintreten kann. Aus diesem Grund ist die Beauftragung eines Intensivpflegedienstes notwendig, der auf die Versorgung von beatmeten Patienten spezialisiert ist.



Meine Fragen an den Arzt:



Pflegemöglichkeiten

Pflege zu Hause

Vorteil:

1 : 1 - Betreuung, 24 Stunden-Betreuung,
Individualität und Selbstbestimmung möglich

Nachteil:

keine Privatsphäre für die Familie, hohe emotionale und organisatorische Belastung

Wohngemeinschaft

Vorteil:

1 : 2 oder 1 : 3 – Betreuung,
Soziale Teilhabe mit anderen Bewohnern und Angehörigen, Entlastung für die Angehörigen

Nachteil:

zusätzliche Miet- und Verpflegungskosten,
eventuell weit entfernt vom Wohnort

Pflegeheim mit Fachabteilung Intensivpflege

Vorteil:

Entlastung für die Angehörigen
soziale Teilhabe mit den Mitbewohnern möglich
keine Zuzahlung für Unterkunft und Verpflegung

Nachteil:

niedriger Personalschlüssel,
eventuell weit entfernt



Finanzierung

Die Kosten der außerklinische Intensivpflege teilen sich auf in Leistungen der **Krankenkasse (SGB V)** und der **Pflegekasse (SGB XI)**.

Dabei geht es um die Grund- und Behandlungspflege. **Grundpflege** bedeutet zum Beispiel waschen, anziehen, Toilettengang bzw. Inkontinenzversorgung, Ernährung und Unterstützung bei der Mobilität.

Die medizinische **Behandlungspflege** umfasst beispielsweise die Überwachung der Vitalwerte, das Absaugen über die Trachealkanüle, die Kontrolle der Beatmungsmaschine und die Wundversorgung durch den Intensivpflegedienst. Insbesondere die Anerkennung des besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege ist entscheidend, um als Intensivpflegepatient zu gelten.

Die Kosten werden dementsprechend zwischen Krankenkasse und Pflegekasse aufgeteilt. Je nach Höhe des Pflegegrades berechnen sich die jeweiligen Anteile. Deshalb muss auch ein Antrag auf ambulante Sachleistung bei der Pflegekasse gestellt werden.

Diese Kostenabrechnungsrichtlinie vom Medizinischen Dienst Bund ist am **01.04.2025** in Kraft getreten.

Sollten Sie und weitere Familienangehörige die Grundpflege Ihres Angehörigen übernehmen, erhalten Sie Pflegegeld.

Pflege zu Hause

Krankenkasse und Pflegekasse
Eigenanteil möglich, persönliches Budget möglich

Wohngemeinschaft

Krankenkasse und Pflegekasse
Eigenanteil für Miete und Verpflegung,

Pflegeheim Intensivpflege

Krankenkasse und Pflegekasse
Zuzahlung von 10 € für max. 28 Tage/Jahr

Für die Mietkosten können Sie unter Umständen auch **Wohngeld** beantragen. Lassen Sie sich beraten.





Entlassmanagement im Krankenhaus

Anspruch auf Entlassmanagement

Sie haben über das Krankenhaus einen Anspruch auf Hilfe beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V. Es wird „**Entlassmanagement**“ genannt. In den Kliniken sind damit der Sozialdienst oder sogenannte Überleitmanager oder Casemanager beauftragt.

Im Idealfall arbeiten sie interdisziplinär zusammen.

Sie müssen über das Entlassmanagement informiert werden und haben die Wahl, ob Sie die Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Dazu ist Ihre Einwilligung mit Unterschrift notwendig.

Damit Sie als Angehöriger unterschriftsberechtigt sind, benötigen Sie eine **Vorsorgevollmacht** Ihres Angehörigen oder den Betreuungsbeschluss des zuständigen Amtsgerichts. Liegt beides nicht vor, muss eine **Betreuung** beim Amtsgericht angeregt werden. Dies erledigt der Sozialdienst für Sie mit einem ärztlichen Attest und einem Sozialbericht. Er klärt mit Ihnen, wer von Ihrer Familie in der Lage ist, dieses Amt auszuführen. In manchen Situationen können zwei Personen sinnvoll sein oder auch ein Berufsbetreuer.

Am besten legen Sie sich einen **Ordner** an, um die Papierflut sortiert bewältigen zu können.

Rubriken sollten sein:

- Vollmacht/Betreuungsbeschluss
- Klinik
- Pflegeversicherung
- Krankenversicherung
- Pflegedienst
- Hilfsmittel
- Schwerbehindertenausweis
- Sonstiges



Formalitäten

Die Klinik muss mit drei Formularen die Notwendigkeit der Intensivpflege nachweisen. Grundlage ist §37, SGB V

Muster 62 A > Potentialerhebung

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA 62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potentials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Ergebnis der Erhebung

Potential liegt vor zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden aufeinander abgestimmten Einrichtungen späterer Termin

Potential kann perspektivisch vorliegen zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (z.B. Atemphysiotherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potential liegt nicht vor zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtungen) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

Inserhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwehnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung des Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

Erste Erhebung gestrichelt am

Ausfertigung für die Krankenkasse

Neuer GBA 1/2025

Bei der Potentialerhebung geht es um die Möglichkeit zur Beatmungsentwöhnung (weaning) und um eine Dekanülierung. Es muss dokumentiert sein, dass es probiert worden ist. Diese Erhebung muss nach der Entlassung aus dem Krankenhaus regelmäßig wiederholt werden, es sei denn, es wurde dauerhaft kein Potential festgestellt.

Muster 62 B > Verordnung AKI

Verordnung außerklinischer Intensivpflege 62B

Verordnungsentwurf (Diagnosen) (per-ICU) vom bis

Vorüberbrückendes Entlassdatum (per durch Krankenhaus anzuzeigen)

Erst-Verordnung Folge-Verordnung Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB-Vorteil zu veranlassen (Lohn)

I. Klinischer Status

Bestimmung, seit

Bestimmungstyp invasiv nicht invasiv, Maskentyp

Bestimmungsdauer Stunden pro Tag Stunden pro Nacht

Spontanatmungszust Stunden pro Tag Stunden pro Nacht

Tracheostomie, seit

Tracheostomie gebildet ungebildet Spracherweitert

Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tägliche Absaugfrequenz

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Ausmaß

Bewusstseinsstörung, Art

Minderung bei AKI Kommunikation Verständigung Mobilität vorhanden Ort Erhellung

uneingeschränkt eingeschränkt nicht möglich

unbegrenzt begrenzt nicht möglich

Person Situation

unbegrenzt bis an die Bettkante einstellbar, gefällig einstellbar

Neckengriff Schürngriff Faustschluss Pinzettengriff

nein ja teilweise

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwehnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung des Lebensqualität sind nicht mehr angezeigt werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Kontaktperson der nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mobilität, Ernährung)

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Muster 62B 1/2025

Das Muster 62B ist die Verordnung für AKI (außer-klinische Intensivpflege). Das Krankenhaus darf sie nur für 7 Tage ausstellen. Anschließend muss sie von dem behandelnden Facharzt/-ärztin als Folgeverordnung für max. 6 Monate ausgestellt werden. Hier ist auf der Rückseite Ihre Unterschrift erforderlich. Die Krankenkasse muss vom Sozialdienst unbedingt vorab informiert werden, was auf diesem Formular angekreuzt werden muss (Vorabinformation).



Muster 62 C > Behandlungsplan

Behandlungsplan 62C
Bedarfsmanagement für AKI

Therapieziele

MRE-Besiedlung nein ja, folgender Keim _____
Maßnahmen der Heimtherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement
Tracheotomie Trachealkanüle Belüftung
 distal proximal Harterelax Harterelax/empfindlich passiv aktiv

Sekretmanagement
Absauggerät ja nein Häufigkeit pro Tag _____ ja nein Häufigkeit pro Tag _____ ja nein Häufigkeit pro Tag _____ ja nein Häufigkeit pro Tag _____

Dysphagiemangement _____

Bedienung und Überprüfung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgerätestörungen _____

Sauerstoffzufuhr ja nein Notfallversorgung _____

mit Beatmung ja nein Spontanatmung ja nein Maschinell

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige angelegte Maßnahmen (eventuell weitere Maßnahmen der AKI) _____

Medizinische Behandlungspflege (ggf. direkt notiert)

Leistung	Häufigkeit		Dauer	
	tlg.	wk.	von	bis

Name des Arztes / der Ärztin _____

Ausfertigung für die Krankenkasse _____

Maer 62C/1/2023

In dem Behandlungsplan werden die Maßnahmen festgelegt, die der Pflegedienst erbringen muss. Manche Krankenkassen verlangen zusätzlich auch einen ausführlichen Überleitungsbogen.

Viele Krankenkassen haben zur Kostenklärung eine eigene Abteilung, die in der Zentrale angesiedelt ist. Der Sozialdienst kennt meistens die Ansprechpartner.

Parallel dazu wird der Antrag auf **Feststellung der Pflegebedürftigkeit** gestellt. Im Rahmen des Entlassmanagement wird dafür ein Überleitbogen erstellt. Dieser muss als Antrag von Ihnen unterschrieben werden. Er wird vom Sozialdienst direkt an den Medizinischen Dienst übermittelt.

Diese Unterlagen werden insgesamt vom MD geprüft. Bei Feststellung der Intensivpflegebedürftigkeit verhandelt die Krankenkasse mit dem Pflegedienst über den Kostensatz.

Pflegedienstsuche

Die Möglichkeiten der außerklinischen Intensivpflege sind regional sehr unterschiedlich. Lassen Sie sich vom Sozialdienst des Krankenhauses beraten. Meistens hat er eine Liste der regionalen Intensivpflegedienste. Inzwischen gibt es sehr viele große Unternehmen mit vielen Niederlassungen. Kleine inhabergeführte Dienste sind schwerer zu finden. Schauen Sie sich das Impressum auf den Webseiten an. Daran erkennen Sie die Strukturen. Eine gemeinsame Recherche nach freien Kapazitäten in Verbindung mit Erfahrungswerten ist ein Qualitätszeichen des Entlassmanagements. Sie können natürlich ergänzend dazu selbst recherchieren.

Kriterien bei der Auswahl können erstmal sein:

- zuverlässige Ansprechpartner
- Qualifikation des Personals (z.B. Fachkraft für außerklinische Intensivpflege)
- Transparenz und Hilfe bei der Kostenklärung
- Bereitschaft zur Beantwortung Ihrer Fragen
- gutes Netzwerk
- Unterstützung der Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe des Patienten im Rahmen seiner persönlichen Möglichkeiten.

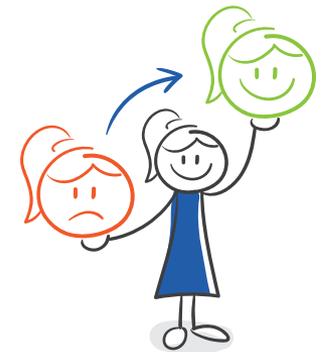
Ein **Hausbesuch** und der Besuch in der Klinik mit dem Pflegedienst sind wichtig, um Ihren Angehörigen mit seinen medizinischen und pflegerisch bzw. auch persönlichen Bedürfnissen kennen zu lernen.

Falls für die häusliche Pflege vorerst kein Team zusammengestellt werden kann, ist ein Übergang in einem Pflegeheim oder in einer Wohngemeinschaft eine gute Alternative.

Falls Sie später mit dem Pflegedienst nicht zufrieden sind, können Sie den Vertrag mit dem Pflegedienst jederzeit kündigen.

BGH, Urteil vom 09.06.2011
(III ZR 203/10)

Versuchen Sie aber vorab die Unstimmigkeiten im Gespräch mit der Pflegedienstleitung oder auch Geschäftsführung zu klären. Manches klärt sich auf dem kurzen Dienstweg.



Hilfsmittelversorgung

Neben der **Medizintechnik** mit Beatmungsgerät, Absauggerät, Trachealkanüle und vielem Zubehör sind meistens Verordnungen für Sondennahrung und Inkontinenzversorgung notwendig.

Bei der außerklinischen Intensivpflege ist zudem eine umfangreiche Hilfsmittelversorgung für Zuhause/WG notwendig. Im Pflegeheim müssen viele Hilfsmittel vorhanden sein. Zu den **Pflegehilfsmitteln** zählen unter anderem, je nach Verfassung des Patienten, ein Rollstuhl, ein Pflegebett, Badhilfen wie z. B. ein Bettduschsystem, Lagerungskissen, Rampen, Patientenlifter und anderes mehr. Auf der Checkliste finden Sie eine Aufzählung.

Die **Verordnungen** dafür erstellt die Klinik nach Beratung. Oft empfehlen die Kliniken Ihnen **Sanitätshäuser**. Ein Hausbesuch des Sanitätshauses kann dabei auch sinnvoll sein.

Sie haben freie Sanitätshausauswahl, sollten aber Rücksprache mit der Krankenkasse halten. Einen Teil der Hilfsmittel zählt als Leistung der Pflegeversicherung, Anderes gehört zur Krankenkasse.

Im Rahmen des Entlassmanagements erledigt das die Klinik rechtzeitig für Sie. Der Genehmigungsprozess dauert unter Umständen ein paar Wochen. Das beauftragte Sanitätshaus muss dazu erst eine Pool-Abfrage machen, um zu sehen, ob ein gebrauchtes Gerät zur Verfügung steht.

Dann geht es weiter zu der Kasse mit einem Kostenvoranschlag. Manche Hilfsmittel haben einen längeren Genehmigungsweg, andere können gleich geliefert werden. Es können auch Rückfragen an Sie oder an das Krankenhaus kommen, warum gerade dieses Hilfsmittel gebraucht wird. Lassen Sie sich nicht entmutigen.



Barrierefreies Wohnen

Wenn Sie sich für die Pflege zu Hause entscheiden, ist oft ein Umbau erforderlich.

Achten Sie auf die Türbreiten, Zugang zum Haus, wischbarer Boden im Pflegezimmer, Strom- und Wasserzugang oder auch Haltegriffe. Mit einem Hausbesuch des Pflegedienstes und dem Sanitätshauses lassen sich die Details klären.

Über die **Pflegeversicherung** bekommen Sie pro Maßnahme einen Zuschuss von max. 4180 €.

Der Antrag heißt: Zuschuss auf **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**.

Sie erhalten ihn bei der Pflegekasse, aber Sie können ihn auch formlos stellen. Reichen Sie einen Kostenvoranschlag ein, beschreiben Sie den geplanten Umbau und legen Fotos vom jetzigen Zustand bei.



Zuschüsse und Darlehen gibt es auch über die **KfW-Bank** (<https://www.kfw.de>). Es ist das **Förderprogramm 455-B**, Barrierereduzierung. Der Zuschuss beträgt bis zu 6250 €.

Für ein **zinsgünstiges Darlehen** gibt es das **Förderprogramm 159**, altersgerecht umbauen. Sie beantragen es über Ihre Hausbank.

Sie können je Maßnahme die Art der finanziellen Unterstützung auswählen. Also einen Zuschuss zum Badumbau über Pflegekasse beantragen, Treppenlifter über ein Darlehen der KfW-Bank und der Zugang zum Haus als Zuschuss über die KfW.

In manchen Bundesländern, z.B. in Bayern gibt es außerdem Programme zur Wohnraumförderung.

Lassen Sie sich beraten. Bei den Gemeinden oder bei Pflegestützpunkten gibt es Informationen dazu.



Pflegezeit

Für die Organisation der Pflege haben Sie nach dem **Pflegezeitgesetz** (PflegeZG) Anspruch auf Fernbleiben von Ihrer Arbeit von bis zu 10 Tagen. Das heißt, Ihr Arbeitgeber muss nicht ausdrücklich zustimmen, sondern es genügt Ihre Information.

Die Bedingung ist die Notwendigkeit, einen nahen, pflegebedürftigen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation zu pflegen oder eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren bzw. neu anzupassen..



Ihr Arbeitgeber kann ein ärztliches Attest verlangen. Eine Lohnfortzahlung gibt es nur bei vertraglichen Regelungen im Betrieb.

Wenn diese Regelung fehlt, haben Sie Anspruch auf **Pflegeunterstützungsgeld** aus der Pflegeversicherung Ihres Angehörigen (§ 44a Abs. 3 SGB XI).

Weiterhin können Sie sich bis zu 6 Monate von der Arbeit freistellen lassen, um Ihren Angehörigen zu pflegen. Dabei kann auch ein Pflegedienst parallel tätig sein.

Leider gibt es für diese Zeit keinen Lohnersatz. Lassen Sie sich von Ihrer Pflegekasse beraten.

Alle Aufwendungen können Sie über die **Steuererklärung** als außergewöhnliche Belastung absetzen. Dazu gehören auch die Fahrten in die Klinik.

Mit einem **Schwerbehindertenausweis** erhöht sich zudem der Freibetrag. Notieren Sie sich alle Fahrten und besprechen Sie es mit Ihrem Steuerberater.

Den Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis können Sie zusammen mit dem Sozialdienst stellen. Jedes Bundesland hat das Verfahren anders geregelt. Zuständig können die Landratsämter oder auch die Versorgungsämter der Bezirke.



Zeitplan

Bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus gibt es viel zu bedenken und zu tun. Es ist wichtig, dass Sie die für Ihren Angehörigen und für Sie passende Möglichkeit zur Pflege finden.

Dazu brauchen Sie Zeit zum Überlegen, zum Informieren, planen und für die Bürokratie. Schieben Sie das Thema nicht auf die lange Bank und bleiben Sie in enger Verbindung mit dem Klinikteam.

Für die konkrete Vorbereitung brauchen Sie auf jeden Fall 4 Wochen.

Einen Pflegerollstuhl sollte z.B. schon eher beantragt werden und der Blick auf die räumlichen Möglichkeiten zu Hause ist jederzeit hilfreich.

Falls sich später herausstellt, dass die Versorgung nicht optimal ist, können Sie sich natürlich umorientieren.

Falls sich der Gesundheitszustand verschlechtert, können auch neue Hilfsmittel erforderlich sein.

Checkliste zur Entlassungsvorbereitung bei Intensivpflegebedarf

Entscheidung: WG nach Hause
 Pflegeheim

Pflegedienst: Alles erledigt

Thema	Notizen	<input checked="" type="checkbox"/>
Entlassgespräch mit Arzt		<input type="checkbox"/>
Termin Sozialdienst		<input type="checkbox"/>
Einwilligung zum Entlassmangement		<input type="checkbox"/>
Info über Möglichkeiten erhalten		<input type="checkbox"/>
Info über Finanzierung erhalten		<input type="checkbox"/>
Kontaktadressen erhalten/ Recherche		<input type="checkbox"/>
Termin mit Pflegedienst		<input type="checkbox"/>

Hausbesuch/WG bzw. Pflegeheim-Besichtigung		<input type="checkbox"/>
Überleitungsbogen/Formulare sind vom KH erstellt und weitergeleitet worden		<input type="checkbox"/>
Antrag Pflegegrad ist gestellt, evtl. Schnelleinstufung über KH		<input type="checkbox"/>
Hilfsmittelberatung über Physio- und Ergotherapie, Termin		<input type="checkbox"/>
Hilfsmittelberatung Pflege		<input type="checkbox"/>
Hilfsmittelberatung Medizintechnik		<input type="checkbox"/>
Verordnungen erhalten, Info Sanitätshausauswahl ist erfolgt		<input type="checkbox"/>
Umbau planen		<input type="checkbox"/>
Zuschuss beantragen		<input type="checkbox"/>

Pflegevertrag mit Pflegedienst /Pflegeheim		<input type="checkbox"/>
Mietvertrag mit WG		<input type="checkbox"/>
Pflegezimmer vorbereiten		<input type="checkbox"/>
Antrag Zuzahlungsbefreiung bei KK gestellt		<input type="checkbox"/>
Antrag auf Schwerbehindertenausweis gestellt		<input type="checkbox"/>
Genehmigung der KK erhalten		<input type="checkbox"/>
Arztbrief, Entlassplan, Medikamentenplan		<input type="checkbox"/>
Hausarzt ist informiert / Termin vereinbart		<input type="checkbox"/>
Pflegezeit beantragt		<input type="checkbox"/>

Hilfsmittelliste

Verordnung	Sanitätshaus	Telefon	Lieferung
<input type="checkbox"/> Rollstuhl			
<input type="checkbox"/> Pflegebett inkl. Matratze			
<input type="checkbox"/> Badehilfe			
<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen			
<input type="checkbox"/> Rampen			
<input type="checkbox"/> Dauerkatheder <input type="checkbox"/> Windeln			
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Trachealkanüle inkl. Zubehör <input type="checkbox"/> Absauggerät <input type="checkbox"/> Pulsoxymeter			
<input type="checkbox"/> Nahrung inkl. Zubehör			
<input type="checkbox"/> Sauerstoff			

Kosten im Alltag

Stromkosten

Bei der Nutzung von Beatmungsgeräten, Absauggeräte oder elektrischen Rollstühlen steigt der Stromverbrauch.

Diesen Mehraufwand müssen die gesetzlichen Krankenkassen tragen (§ 33 Abs.1 S1 SGB 5), wenn das Hilfsmittel ärztlich verordnet wurde. Sie können die Kosten auch bis zu 4 Jahre rückwirkend geltend machen.

Jede Kasse hat leider unterschiedliche Verfahren. Erkundigen Sie sich und bleiben Sie hartnäckig. Musterschreiben und Beispiele für die Stromkostenberechnung finden Sie beim Angehörigenportal. Dort finden Sie auch Antworten auf viele Fragen des Alltags.



www.pflege-durch-angehoerige.de

Müllkosten

Leider steigt auch Ihr Müllvolumen bei der häuslichen Pflege. Bei den Gemeinden gibt es häufig vergünstigte Restmüllsäcke oder eine größere Tonne zur Entsorgung von Windel- und Inkontinenzabfällen. Sie benötigen dazu einen Nachweis Ihres Arztes oder des Pflegedienstes.

Fragen Sie bei dem Amt für Abfallwirtschaft nach.

Wird Ihr Angehöriger bei Ihnen zuhause versorgt, haben Sie einen Steuerfreibetrag. Sprechen Sie mit Ihrem Steuerberater.



Unterstützung für die Seele

Die psychische Belastung für Sie als Angehörige ist nicht zu unterschätzen. Bei der ganzen Organisation und die Sorge um die Gesundheit des Patienten passiert es leicht, dass Sie sich selbst vergessen. Manche entwickeln ungeahnte Kräfte, um alles regeln zu können. Andere fallen in ein tiefes Loch und sind handlungs- und entscheidungsunfähig. Tiefe Traurigkeit kann Sie blockieren oder auch in Aktivismus umschlagen.

Nehmen Sie sich selbst in Ihrer Traurigkeit und mit den Sorgen ernst. Pausen sind dabei sehr wichtig. Sie müssen nicht jeden Tag in der Klinik sein. Sie sind kein schlechter Mensch, wenn Sie sich Zeit für sich nehmen. Außerdem ist ja noch der ganz normale Alltag da. Arbeit, Kinder, Haushalt oder auch Haus und Hof, andere hilfsbedürftige Familienangehörige.

Scheuen Sie sich nicht, externe familientherapeutische Unterstützung zu holen, denn niemand ist alleine krank. Es betrifft immer das ganze soziale Gefüge, wobei jeder anders reagiert und auch unterschiedlich in der Verantwortung steht.

Intensivpflege kann jedes Alter und jede Lebenssituation betreffen. Es gibt keine allgemeingültigen Tipps für Ihren Trost.

Notizen

Vielleicht können Sie einer ruhigen Minute mal nachdenken.

Was gibt Ihnen Kraft oder Hoffnung?
Welche Energiequelle haben Sie bisher genutzt?

Zu wem haben Sie Vertrauen?
Wer könnte Sie unterstützen?
Bei was brauchen Sie ganz konkret Unterstützung?
Wer könnte Ihnen diese Hilfe schenken?

Wie schaffen Sie es, sich immer wieder aufzuraffen und in die Klinik zu fahren oder Ihren Alltag zu regeln?
Wie gelingt es Ihnen, alles unter einem Hut zu bringen?
Angenommen, Ihr Angehöriger (=Patient) könnte mit Ihnen sprechen. Was würde er Ihnen raten?

Auf einer Skala von 0 - 10, was glauben Sie, wo stehen Sie auf dem Weg zu einer guten Versorgung für Ihren Angehörigen?
Was brauchen Sie von der Klinik, um eine gute Entscheidung treffen zu können?
Woran merken Sie, dass es eine gute Entscheidung ist?
Was verändert sich damit in Ihrem Alltag?





weitere Informationen



LEBE das Intensivpflegeportal
www.leben-mit-intensivpflege.de



Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege.html>



GKV Spitzenverband
gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/ausserklinische-intensivpflege



Übersicht der **Pflegestützpunkte**
<https://www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de/>



Fachzeitschrift beatmet leben
<https://beatmetleben.de/>



Pflege durch Angehörige | Das **Online-Infoportal** für pflegende Angehörige
<https://www.pflege-durch-angehoerige.de/>

Stand: 01.10.2025

Copyright © Ursula Pabsch

Layout:

SimOne - Digital
Simone Pabsch
Westenstr. 11g
85072 Eichstätt
simone.pabsch@gmail.com



Alle Cartoons in diesem Ratgeber sind über **Adobe Stock** lizenziert.

Cartoons:

Seite 4	Nr. 162060189
Seite 7	Nr. 161540518
Seite 9	Nr. 211608440
Seite 11	Nr. 221685841
Seite 17	Nr. 162276811
Seite 19	Nr. 120121114
Seite 20	Nr. 210517025
Seite 22	Nr. 141643224
Seite 33	Nr. 141647790

Herausgeberin:

Ursula Pabsch
Westenstr. 119
85072 Eichstätt



kontakt@leben-mit-intensivpflege.de



0175/677 2637



www.leben-mit-intensivpflege.de