

1

Überleitungsmanagement

Die Notwendigkeit einer Überleitung ergibt sich für Patienten mit einer Erkrankung, deren Alltag von einer mehr oder weniger schweren Pflegebedürftigkeit geprägt ist. Das bedeutet, dass das Leben dieses Menschen in der Zukunft anders verlaufen wird als vor der Erkrankung. Die Umgebung könnte nicht mehr die gewohnte sein, die Personen, die für ihn sorgen, werden zunächst fremd sein. Dazu kommt, dass er körperliche oder psychische Einschränkungen zu verkraften hat – eine große Herausforderung für den Patienten und die Angehörigen. Es verlangt von allen Beteiligten eine exakte Planung der weiteren Betreuung.

Ziele des Überleitungsmanagements

Das wichtigste Ziel ist die lückenlose qualitativ hochwertige Weiterversorgung des Patienten.

Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Einrichtung dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.

Weitere Ziele

- Organisation des Wechsels in eine andere Einrichtung oder in den häuslichen Bereich
- Sicherstellung einer individuellen poststationären Versorgung
- Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen
- Vorbereitung von veränderten Versorgungs- und Pflegebedürfnissen

Die Überleitung „beginnt“ mit der Aufnahme im Krankenhaus und setzt sich später in der Rehabilitation durch eine ständig zeitnahe und lückenlose Dokumentation über Verlauf und Entwicklung der Erkrankung und des Patien-

ten selbst fort. Das Krankenhaus- und/oder das Rehabilitationsteam können Empfehlungen bei der Wahl der betreuenden Einrichtung oder des übernehmenden Pflegedienstes geben. Dem Sozialdienst kommt dabei in beiden Teams eine Schlüsselposition zu.

Aufgaben des Sozialdienstes

- Terminabsprachen
- häusliche Situation klären
- Anträge stellen
 - für Leistungen aus der Pflegeversicherung
 - ggf. Sozialhilfeantrag
 - Schwerbehindertenantrag
- Hilfsmittlempfehlung an die Krankenkasse senden

Es sind verbindliche Absprachen mit Angehörigen, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zu treffen. Dabei muss feststehen, wer Bevollmächtigter und Betreuer ist. Wichtig ist die Erstellung eines informativen Entlassungsberichtes.

Informationen für Pflegekräfte und Hausärzte allgemein

- medizinische Diagnosen
- Verfassung des Patienten bei Entlassung
- verabreichte Medikamente
- Fähigkeiten und Einschränkungen innerhalb der ATL
- benötigte Hilfsmittel

Dies wird in 3-facher Ausführung benötigt

1. für den zuständigen Hausarzt
2. für die weiterführende Einrichtung
3. für die Akte

Spezielle Informationen

Für den ärztlichen Dienst

- Besonderheiten (z.B. Beatmungspflicht, Überwachungspflicht, Insulinpflicht)
- Kolonisation (z.B. MRSA)

Für den Pflegedienst

- Orientierung
- Stimmungslage
- Weglauftendenz
- Mobilität/benötigte Hilfspersonen
- Wundzustand

Je genauer die Informationen sind, desto perfekter kann die Vorbereitung sein. Dies betrifft z. B.

- die Personalplanung
- die Zimmerplanung
- die therapeutische Planung
- die Vorhaltung von Medikamenten und Wundversorgungsprodukten
- die Bereitstellung von Geräten u. ä.

Sollten Sie überleitende Einrichtung sein, erarbeiten Sie sich ein entsprechendes Formular (Muster siehe Anhang).

Es hat sich bewährt, dieses gemeinsam mit den Mitarbeitern zu erstellen, da dies die Akzeptanz erhöht. Bitten Sie die übernehmende Ein-

richtung um ein Feedback zur erstellten Dokumentation und Praktikabilität. Gegebenenfalls optimieren Sie Ihr Formular. Umgekehrt unterstützen Sie mit Ihrer Rückmeldung die zu Ihnen überweisenden Einrichtungen.

Fazit für die Praxis

Wichtig ist ein gemeinsam mit den Mitarbeitern erarbeiteter Überleitungsbogen, der alle relevanten Informationen für die Nachfolgeeinrichtung enthält.

Literatur

- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (www.dnqp.de)
- Lusiardi S (2004) Überleitungsmanagement. Wege zur Umsetzung in der Praxis. Urban & Fischer, München
- Schönhofer B et al (2014) Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie; herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie 68: 19–75

2

Finanzierung

Bei der Organisation und Planung der außerklinischen Pflege und Betreuung von schwer erkrankten Patienten sind bereits im Verlauf der Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung die erforderlichen Schritte zur Beantragung und Bereitstellung der notwendigen Leistungen erforderlich. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt im Besonderen aus Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

In Abhängigkeit der Schwere der Pflegebedürftigkeit und der persönlichen Lebensumstände stehen für die Betreuung intensivpflegebedürftiger Menschen verschiedene Lebensformen offen: Die Pflege zu Hause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste, die Betreuung in Pflegewohngemeinschaften, die Betreuung durch Einzelpflegerkräfte und die Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 14 SGB XI)

Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung liegt vor, wenn eine Person durch Krankheit oder Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe bedarf. Dieser Hilfebedarf muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens jedoch für 6 Monate vorliegen.

Voraussetzungen für Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind (§ 33 SGB XI):

- Antragstellung
- Erfüllung der Vorversicherungszeit, d. h. der Pflegebedürftige muss innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre Mitglied oder familienversichertes Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sein
- die Pflegebedürftigkeit muss festgestellt sein

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Hilfebedarf (§ 18 SGB XI) erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(MDK) mittels Begutachtung des Antragstellers. Auf Grundlage des Pflegegutachtens entscheidet die Pflegekasse, in welche Pflegestufe eingestuft wird. Je nach Umfang des Pflegebedarfs werden Pflegestufen unterschieden (siehe Tabelle 1). Der pflegerische Hilfebedarf wird dabei in den Verrichtungen des täglichen Lebens in vier Bereichen bewertet:

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- hauswirtschaftliche Versorgung

Die ersten drei Bereiche zählen dabei zur Grundpflege.

Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 44 SGB VII)

Geht die Pflegebedürftigkeit auf einen anerkannten Arbeitsunfall oder eine anerkannte Berufskrankheit zurück, ist der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (i. d. R. Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse) vorrangiger Leistungsträger für die Leistungen der Pflege. Die Feststellung des Pflegebedarfs erfolgt dann durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII)

Hilfe zur Pflege stellt eine nachrangige Leistung (Auffangfunktion) dar, die über den örtlichen oder überörtlichen Träger der Sozialhilfe gewährt werden kann.

Die Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege sind einkommens- und vermögensabhängig. Insbesondere kann Hilfe zur Pflege geleistet werden, wenn

- Pflegebedürftige nicht pflegeversichert sind (z. B. weil nicht ausreichende Versicherungszeiten vorliegen),
- die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreichen,
- der Pflegebedarf nicht erheblich ist und somit keine Pflegestufe zugesprochen werden kann.

Tabelle 1. Pflegestufen.

Pflegestufe	Täglicher Hilfebedarf
Pflegestufe 0 Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf	Pflegebedarf ist unterhalb der Kriterien für die Pflegestufe I (weniger als 45 Minuten Grundpflege/Tag); jedoch liegt erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei bestehender Demenz oder ähnlicher Erkrankung vor, welche Betreuung und Beaufsichtigung erforderlich macht Kriterienkatalog siehe § 45a SGB XI
Pflegestufe I Erheblich pflegebedürftig	90 Minuten, davon mehr als die Hälfte Grundpflege bei mind. 2 Verrichtungen pro Tag, zusätzlich mehrfach wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt
Pflegestufe II Schwer pflegebedürftig	mind. 3 Stunden pro Tag, davon mind. 2 Stunden Grundpflege, mind. dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten, zusätzlich mehrfach wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt
Pflegestufe III Schwerst pflegebedürftig	mind. 5 Stunden rund um die Uhr (auch nachts), davon mind. 4 Stunden Grundpflege, zusätzlich mehrfach wöchentlich Hilfebedarf im Haushalt
Härtefall (siehe Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (HRI))	mind. 6 Stunden täglich bei der Grundpflege, davon mind. dreimal in der Nacht oder Grundpflege auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erforderlich, zusätzlich ständiger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

Leistungsgewährung als Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen können nicht nur als Sachleistung erbracht werden, sondern nach Bedarfsfeststellung auch als Geldleistung, damit Betroffene oder ihre Betreuer selbstbestimmter die Leistungserbringung planen und durchführen lassen können.

Auch Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind grundsätzlich budgetfähige Leistungen.

Das trägerübergreifende persönliche Budget bietet die Möglichkeit, Leistungen verschiedener Leistungsträger (z.B. Pflegeleistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zusammenzufassen und in einem Budget zu gewähren.

Beratung zum Persönlichen Budget bieten alle Leistungsträger und insbesondere die „Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ an (Suchmöglichkeit für Servicestellen in der Nähe: <http://www.reha-servicestellen.de>).

Betreuung und Pflege zu Hause und in Pflegewohngemeinschaften

Häusliche Pflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung umfasst die pflegerische Versorgung eines Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld. Dabei wird nicht vorausgesetzt, dass die Pflege im eigenen Haushalt des Pflegebedürftigen erfolgen muss.

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 36 ff. SGB XI)

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im ambulanten Bereich können erbracht werden als:

- Pflegegeld bei Pflege durch Pflegepersonen (Angehörige, Bekannte oder sonstige nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen)
- Pflegesachleistung bei Pflege durch professionelle Pflegekräfte (ambulante Pflegedienste)
- Kombination beider Leistungsarten

Die Leistungshöhe ist dabei abhängig von der jeweiligen Pflegestufe (siehe Tabelle 2).

Für die Regelung von Härtefällen bzw. Pflegebedürftigen mit außergewöhnlich hohem Pflege-

Tabelle 2. Leistungshöhe (Stand: 01.01.2015).

Pflegestufe		Pflegegeld (monatlich)	Pflegesachleistung (monatlich)
0	Eingeschränkte Alltagskompetenz	123 Euro	231 Euro
I	Erheblich pflegebedürftig	244 Euro	468 Euro
	Erheblich pflegebedürftig mit eingeschränkter Alltagskompetenz	316 Euro	689 Euro
II	Schwer pflegebedürftig	458 Euro	1144 Euro
	Schwer pflegebedürftig mit eingeschränkter Alltagskompetenz	545 Euro	1298 Euro
III	Schwerst pflegebedürftig	728 Euro	1612 Euro
	Schwerst pflegebedürftig mit eingeschränkter Alltagskompetenz	728 Euro	1612 Euro
III	Härtefall		1995 Euro
	Härtefall mit eingeschränkter Alltagskompetenz		1995 Euro

gebedarf gibt es sog. Härtefallrichtlinien (HRI). Die Härtefallregelung darf bei jeder einzelnen Pflegekasse bei nicht mehr als 3% der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Stufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden (§ 36 Abs. 4 SGB XI).

Behandlungspflege (§ 37 SGB V)

Leistungen der Behandlungspflege umfassen Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, welche an entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte delegiert werden, um Krankheiten zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhindern oder Beschwerden zu lindern. Insbesondere wird Behandlungspflege auch längerfristig gewährt, wenn Krankenhausbehandlung geboten wäre, diese aber durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. Neben den Leistungen der Grundpflege und der Hilfe im Haushalt sind für intensivpflegebedürftige Patienten häufig Leistungen der Behandlungspflege erforderlich.

- Leistungsträger ist die gesetzliche Krankenversicherung.
- Leistungen sind z.B. Absaugen; Bedienen und Überwachen eines Beatmungsgerätes, Wundversorgung, Verabreichung von Medikamenten, Stomabehandlung etc.
- Diese Leistungen bedürfen immer einer ärztlichen Verordnung und müssen von der Krankenkasse genehmigt werden.
- Die Erstverordnung erfolgt für 14 Tage; Folgeverordnungen sind für längere Zeiträume möglich.

Zuzahlungsregelung:

- für die ersten 28 Tage sind 10% Eigenanteil erforderlich
- anschließend erfolgt für den Rest des Jahres die vollständige Übernahme der Kosten
- zusätzlich fällt die Rezeptgebühr mit 10 Euro je Verordnung an

Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.

- Anspruch besteht nur bei häuslicher Pflege, stationäre Pflegeeinrichtungen sind zum Vorhalten von Pflegehilfsmitteln verpflichtet.
- Die Leistungsgewährung erfolgt unabhängig von der Höhe der Pflegestufe, wenn die Pflegebedürftigkeit festgestellt ist und die Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Pflegeversicherung vorliegen.
- Pflegehilfsmittel werden als Sachleistung über zugelassene Leistungserbringer (Sanitätshäuser, Apotheken) bezogen.
- Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Inkontinenzmaterial), werden Kosten bis zu 31 Euro monatlich übernommen, in begründeten Fällen mehr.
- Technische Hilfsmittel (z.B. Pflegebetten, Lagerungshilfen, Mobilitätshilfen, Hausnotrufsysteme) werden vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt; bei Neuanschaffung von Pflegehilfsmitteln können Zuzahlungen erforderlich werden.

- Für Pflegehilfsmittel ist keine ärztliche Verordnung notwendig, erforderlich ist jedoch eine Beantragung für die Kostenübernahme bei der Pflegekasse.

Ein Pflegehilfsmittelverzeichnis ist bei den Pflegekassen und bei Sanitätshäusern und im Internet über den GKV-Spitzenverband (<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>) erhältlich bzw. abrufbar. Über den Anspruch der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus besteht ein Anspruch auf Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind Zuschüsse der Pflegekasse für pflegebedingte Umbaumaßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen, wenn

- die häusliche Pflege so erst ermöglicht wird,
 - die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird,
 - die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person verbessert bzw. die Abhängigkeit von den Pflegenden verringert wird.
- Die Gewährung erfolgt bei Vorliegen einer Pflegestufe, unabhängig davon, welche Pflegestufe zugesprochen wurde.
 - Der MDK spricht bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit Vorschläge zu baulichen Maßnahmen und technischen Hilfsmitteln aus.
 - Der Zuschuss beträgt bis zu 2557 Euro je Maßnahme.
 - Eine Beantragung erfolgt vor Beginn der Wohnumfeldanpassung mittels Kostenvorschlag bei der Pflegekasse.
 - Bei Änderung der Pflegesituation und somit weiteren erforderlichen Maßnahmen kann erneut ein Antrag auf Zuschuss gestellt werden.
 - Zuzahlungsregelung: Der Eigenanteil des Versicherten beträgt 10% der Maßnahmekosten, höchstens jedoch 50% seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI)

Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen können einen pauschalen Wohngruppenzu-

schlag in Höhe von 200 Euro monatlich für die Organisation der Pflege und Betreuung in der Wohngruppe erhalten.

- Voraussetzung ist das Zusammenleben von mindestens 3 pflegebedürftigen Menschen und das jeweilige Vorliegen einer Pflegestufe.
- Die Leistung ist unabhängig von der Höhe der Pflegestufe.
- Eine freie Wählbarkeit der Leistungserbringer (ambulanter Pflegedienst) muss gewährleistet sein.

Soziale Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI)

Zur sozialen Sicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung die Zahlung von Beiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung.

- Die Beitragshöhe ist abgestuft nach der der zu pflegenden Person zugesprochenen Pflegestufe.
- Leistungsvoraussetzung: Die Pflege erfolgt mindestens 14 Stunden pro Woche in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen und die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich anderweitig erwerbstätig.
- Eine Absicherung besteht zudem in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Pflegezeit für berufstätige Pflegepersonen (Pflegezeitgesetz; § 44a SGB XI)

Der Anspruch auf Pflegezeit soll ermöglichen, dass ein Arbeitnehmer zur Pflege eines nahen pflegebedürftigen Angehörigen vorübergehend von der Arbeit freigestellt wird oder seine wöchentliche Arbeitszeit reduziert.

- Freistellung von der Arbeitsstelle ist bis zu 6 Monate möglich (vorausgesetzt der Betrieb hat mehr als 15 Beschäftigte).
- Die Beanspruchung von Pflegezeit bedarf einer schriftlichen Ankündigung beim Arbeitgeber.
- Es erfolgt keine Weiterzahlung des Gehaltes während der freigestellten Zeit, die Sozialversicherung der Pflegeperson bleibt weiter bestehen.

- Auf Antrag erfolgt die Gewährung von Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung des freigestellten Beschäftigten durch die Pflegekasse.
- Bei akuter bzw. unerwartet eingetretener Pflegesituation können Beschäftigte unabhängig von der Betriebsgröße eine unbezahlte kurzzeitige Freistellung von bis zu 10 Arbeitstagen beanspruchen.

Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz)

Familienpflegezeit bietet Arbeitnehmern die Möglichkeit, für einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren die Pflege eines nahen Angehörigen und die Berufstätigkeit zu vereinbaren.

- Die wöchentliche Arbeitszeit kann in dieser Zeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche herabgesetzt werden.
- 50% des Verdienstausfalls werden durch ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilrechtliche Aufgaben (BAFzA) ausgeglichen; im Anschluss an die Pflegezeit arbeitet der Arbeitnehmer für den gleichen Zeitraum mit dem reduzierten Gehalt weiter und der Arbeitgeber zahlt das Darlehen zurück.
- Der Arbeitnehmer hat gegenüber dem Arbeitgeber keinen Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit.
- Der Arbeitnehmer muss eine Versicherung für den Fall abschließen, dass Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bis zum Ende der Rückzahlphase eintritt.

Die Regelung ist zum 01.01.2012 in Kraft getreten; bisher erfolgte jedoch nur eine sehr geringe Inanspruchnahme.

Hilfen für pflegende Angehörige (§ 45 SGB XI)

Schulungsangebote können durch Wissensvermittlung die Pflege und Betreuung durch Angehörige ermöglichen.

- Die Pflegekassen bieten kostenlose Pflegekurse an.
- Im Einzelfall können Schulungen auch in der Häuslichkeit stattfinden.
- Darüber hinaus gibt es Angebote für spezielle Pflegeseminare, z.B. zur Pflege von Menschen mit Schädelhirnverletzungen über die Hannelore-Kohl-Stiftung.

Betreuung und Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Vollstationäre Pflege meint die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (sog. Pflegeheim). Um vollstationäre Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten, muss stationäre Pflege erforderlich sein (Heimpflegebedürftigkeit). Diese liegt nur dann vor, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommen. Zudem muss die Pflegebedürftigkeit festgestellt sein.

Finanzierung (§ 43 SGB XI)

Die Finanzierung der vollstationären Pflege erfolgt über die gesetzliche Pflegeversicherung und beinhaltet folgende Leistungen:

- die pflegebedingten Aufwendungen
- die Aufwendungen für die soziale Betreuung sowie
- die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege
- die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung und ggf. gesondert berechnete Investitionskosten hat der Versicherte selbst zu tragen
- die Leistungshöhe ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3. Leistungshöhe (Stand: 01.01.2015), gilt bei Personen ohne/mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Pflegestufe	Vollstationäre Pflegeleistungen (monatlich)
I	1064 Euro
II	1330 Euro
III	1612 Euro
III (Härtefall)	1995 Euro

Die Härtefallregelung darf bei jeder einzelnen Pflegekasse bei nicht mehr als 5% der dort versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationär gepflegt werden, Anwendung finden, § 43 Abs. 3 SGB XI.

Auch für Pflegebedürftige im Pflegeheim besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V – allerdings nur für Hilfsmittel, die die Pflegeeinrichtung nicht zur Verfügung stellen muss. Dies sind im Wesent-