

Nr. 1

Regelungen der Pflegeversicherung

Antragstellung - Begutachtung - Widerspruch - Leistungen

Stand: November 2003
Verfasser: Günther Schwarz

1. Wie wird der Antrag auf Leistungen gestellt?	3
2. Ab wann können Leistungen aus der Pflegeversicherung beansprucht werden?	3
3. Anleitung und Beaufsichtigung	5
4. Aktivierende Pflege	5
5. Beginn und Ende der Hilfe bei einer Verrichtung des täglichen Lebens	6
6. Nicht anerkannte Verrichtungen	6
7. Weitere Hinweise für die Anerkennung von Pflegezeiten	7
8. Besonderheiten für die Einstufung in die Pflegestufe 3	8
9. Die Bedeutung der Zeitorientierungswerte	8
10. Vorbereitung auf die Begutachtung	9
11. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter	10
12. Einlegen eines Widerspruchs	10
13. Höherstufungsantrag und Neuantrag	11
14. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs	11
15. Erheben einer Klage beim Sozialgericht	11
16. Leistungen der Pflegeversicherung	14
17. Die neuen Leistungen nach dem „Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz“	17
18. Weiterführende Literatur	19

Weitere Ratgeber gibt es zu folgenden Themen:

Nr. 2 Rechtliche Regelungen (u.a. Haftung, gesetzl. Betreuung, freiheitsentziehende Maßnahmen) / € 1,50
Nr. 3 Schwerbehindertenausweis, Steuervergünstigungen und Sozialhilfeleistungen / € 1,50
Pflegetagebuch (Ergänzung zu Nr. 1 Regelungen der Pflegeversicherung) / € 1,50



Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. Alzheimer Beratungsstelle
Fohrenbühlstr. 10, 70569 Stuttgart
Telefon (0711) 68 68 77-22 Fax: 68 68 77-46
e-mail: guenther.schwarz@eva-stuttgart.de
Spenden: Evang. Kreditgenossenschaft, BLZ 600 606 06, Konto 100 405 035, Kennwort „Alzheimer 70147“



1. Wie wird der Antrag auf Leistungen gestellt?

Ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ist im Grunde bereits durch den Anruf bei der Krankenkasse (zugleich Pflegekasse) des Pflegebedürftigen gestellt. Meist wird von der Kasse bereits das Datum des Anrufs in die Antragsformulare eingetragen, die zugesandt werden.

Im Antrag müssen die persönlichen Daten und die Leistungsart eingetragen werden, die man beziehen möchte. Manche Kassen legen dem Antragsformular einen Fragebogen bei, in dem bereits Angaben zum zeitlichen Hilfebedarf eingetragen werden sollen (Pflegetagebuch). Lesen Sie erst Kapitel 1-10 bevor Sie diese Angaben machen.

2. Ab wann können Leistungen aus der Pflegeversicherung beansprucht werden?

Leistungen aus der Pflegeversicherung können keineswegs erst dann beansprucht werden, wenn ein Mensch Pflege im engeren Sinn benötigt, also z.B., wenn jemand gewaschen werden muss, Inkontinenzeinlagen gewechselt werden müssen oder ähnliches.

Ein Pflegebedarf nach der Pflegeversicherung besteht schon wesentlich früher. Bereits wenn eine andere Person (z.B. der Angehörige) anwesend sein muss, um den Pflegebedürftigen anzuleiten oder zu beaufsichtigen, wenn er sich wäscht oder sich morgens anzieht, wird dies als pflegerischer Hilfebedarf anerkannt. Man spricht von einer notwendigen Anleitung oder notwendigen Beaufsichtigung bei einer „Verrichtung des täglichen Lebens“.

Leistungen der Pflegeversicherung werden gewährt, wenn der Zeitaufwand für die Durchführung solcher Hilfen eine dreiviertel Stunde am Tag übersteigt. Der Zeitaufwand wird von Gutachtern des Medizinischen Dienstes, einer unabhängigen Begutachtungsstelle, bei einem Hausbesuch eingeschätzt.

Daneben hängt die Einstufung immer auch von einem zusätzlichen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf ab. Dieser ist jedoch in der Regel immer ausreichend gegeben und wird selten ein Hinderungsgrund.

Täglicher Mindestbedarf an Hilfe:

	„pflegerischer“ Hilfebedarf	hauswirtschaftlicher Hilfebedarf	Gesamter Hilfebedarf
<i>Pflegestufe 1</i>	im Tagesdurchschnitt über 45 Minuten und wenigstens 2 Verrichtungen am Tag	im Tagesdurchschnitt 45 Minuten bei mehrfachem Bedarf in der Woche	durchschnittl. 90 Minuten
<i>Pflegestufe 2</i>	im Tagesdurchschnitt 2 Stunden , wenigstens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	im Tagesdurchschnitt 1 Stunde bei mehrfachem Bedarf in der Woche	durchschnittl. 3 Stunden
<i>Pflegestufe 3</i>	im Tagesdurchschnitt 4 Stunden bei einem Bedarf „rund um die Uhr“	im Tagesdurchschnitt 1 Stunde bei mehrfachem Bedarf in der Woche	durchschnittl. 5 Stunden

Die Pflegestufe hängt im Wesentlichen von dem durchschnittlichen „pflegerischen“ Hilfebedarf in Minuten am Tag ab (über 45 Minuten = Stufe 1; ab zwei Stunden = Stufe 2; ab vier Stunden plus nächtlicher Hilfe = Stufe 3).

Da die Begutachtung in relativ kurzer Zeit durchgeführt wird, sind Fehleinschätzungen nicht auszuschließen. Gutachter können die Pflegesituation oft nicht ausreichend übersehen. Deshalb sollte man sich gut auf die Begutachtungssituation vorbereiten (Kapitel 3-11). Kommt es zu einer Fehleinschätzung, sollten Sie in jedem Fall Widerspruch einlegen (Kapitel 12).

Zu den „Verrichtungen des täglichen Lebens“, die bei der Festsetzung der Pflegestufe eine Rolle spielen, gehören leider nicht alle wirklich notwendigen Verrichtungen, sondern nur diejenigen, die im Gesetz benannt sind.

Zur groben Orientierung kann man davon ausgehen, dass Demenzkranke die Pflegestufe 1 zuerkannt bekommen sollten, wenn ein ständiger Anleitungsbedarf während des Ankleidens und bei der täglichen Körperpflege gegeben ist. Pflegestufe 2 ist in der Regel erreicht, wenn auch während des Toilettengangs ständig Beaufsichtigung und Anleitung erforderlich sind.

pflegerische Verrichtungen des täglichen Lebens
entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz sind:

- **Waschen, Baden, Duschen;**
- **Zahnpflege und Mundpflege, Kämmen, Rasieren;**
- **mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung;**
- **Darm- und Blasenentleerung;**
- **Aufstehen und Zubettgehen, notwendiges Umlagern im Bett;**
- **An- und Auskleiden;**
- **unvermeidbare Gänge außer Haus;**

Hinweise:

- Jeder Gang im Haus oder in der Wohnung, der mit einer Pflegeverrichtung zu tun hat (z.B. der Gang zur Toilette, um Wasser zu lassen), gehört zur Verrichtung dazu und wird zeitlich anerkannt, wenn dabei Hilfe oder Aufsicht notwendig ist.
- als mundgerechtes Zubereiten der Nahrung werden nur spezielle notwendige Vorbereitungen, wie passieren des Essens, zerkleinern von Fleisch oder zerschneiden einer Brotscheibe in mundgerechte Stücke verstanden. Das Schmieren von Broten oder Herrichten des Essens wird als normale hauswirtschaftliche Tätigkeit angesehen.
- Bei Darm- und Blasenentleerung werden ausnahmsweise auch das Entleeren und Reinigen eines Toilettenstuhls anerkannt und nach Fehlhandlungen (Kotschmierern) werden notwendige Reinigungsarbeiten in der Wohnung als „pflegerische“ Verrichtungen anerkannt.
- Als unvermeidbare Gänge außer Haus werden nur Fahrten oder Gänge zu Ärzten, Apotheken, Krankengymnasten oder anderen ärztlich veranlassten Therapien anerkannt. Nur die Wegezeiten werden anerkannt, keine Wartezeiten, z.B. beim Arzt. Spazieren gehen oder der Besuch einer kulturellen Veranstaltung werden nicht als unvermeidbare Gänge anerkannt.
- Fingernägel schneiden, ebenso wie die Hilfe oder Aufsicht bei der Einnahme von Medikamenten werden nicht als pflegerische Verrichtungen anerkannt.

- Regelmäßiges Umlagern eines stark bewegungseingeschränkten Menschen zur notwendigen Vorbeugung von Druckgeschwüren (Dekubitus) im Bett oder auch z.B. im Liegesessel ist anzuerkennende Pflegezeit.

3. **Anleitung und Beaufsichtigung**

Ein Hilfebedarf wird wie bereits erwähnt nicht nur bei der Übernahme einer Pflegeverrichtung zeitlich anerkannt, sondern genauso, wenn eine Anleitung, Beaufsichtigung, teilweise Übernahme oder Unterstützung notwendig ist. Dies ist bei Alzheimer- und Demenzerkrankten häufig der Fall.

Beispiel 1

Wenn es immer wieder vorkommt, dass Kleidungsstücke verkehrt oder in der falschen Reihenfolge angezogen werden, ist während der ganzen Zeit des Ankleidens Beaufsichtigung und gegebenenfalls Anleitung notwendig. Die ganze Zeit des Dabeiseins muss deshalb als zeitlicher Hilfebedarf anerkannt werden.

Originaltextstellen aus den Begutachtungsrichtlinien:

„Eine Anleitung ist erforderlich, wenn die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Pflegebedürftige trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.

Zur Anleitung gehört auch die Motivierung des Antragstellers bzw. Pflegebedürftigen zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung im Vordergrund. Z.B. ist Beaufsichtigung beim Rasieren erforderlich, wenn durch unsachgemäße Benutzung der Klinge oder des Stroms eine Selbstgefährdung gegeben ist.

Zum anderen kann es um die Kontrolle darüber gehen, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden.“

Unter Anleitung sind also auch notwendige motivierende Gespräche oder Ermunterungen zu verstehen.

Beispiel 2

Wenn eine Person zwar selbständig essen kann oder sich anziehen kann, aber dies nicht ohne wiederholte Ermunterungen tut, oder, wenn alleine die Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig ist, damit sie es tut, ist die Zeit dieser notwendigen Anwesenheit als Pflegezeit anzuerkennen.

Eine Anleitung kann auch durch Zeigen oder Vormachen erfolgen.

4. **Aktivierende Pflege**

Solange jemand noch Teile einer Verrichtung selbständig übernehmen kann, soll er dies tun, auch wenn die Pflege dadurch wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt, als wenn die Pflegeperson ihm diese Tätigkeit einfach abnimmt. Die längere Zeit für diese sogenannte „aktivierende Pflege“ muss bei der Einstufung berücksichtigt werden. Die Pflegeversicherung unterstützt die Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit.

Beispiel 3

Die pflegebedürftige Person ist nicht mehr in der Lage, sich die Bluse oder das Hemd anzuziehen. Mit etwas geduldiger Anleitung kann sie jedoch einige Knöpfe selbst schließen. Dies dauert dann länger, als wenn die Pflegeperson an ihrer Stelle die Knöpfe geschlossen hätte. Der Gutachter muss die längere Zeit als Hilfebedarf bei der Einstufung berücksichtigen.

Auch aktive und passive Bewegungsübungen werden als aktivierende Pflege anerkannt, wenn sie z.B. aus ärztlicher Sicht notwendig sind und im Rahmen einer anerkannten Pflegeverrichtung durchgeführt werden (z.B. beim Wechseln von Inkontinenzeinlagen).

Wichtig: Die Zeit für aktivierende Pflege wird jedoch nur dann für die Einstufung anerkannt, wenn sie auch tatsächlich erbracht wird. Ein alleiniger Bedarf an aktivierender Pflege genügt nicht (vergleiche Kapitel 7).

5. **Beginn und Ende der Hilfe bei einer Verrichtung des täglichen Lebens**

Alle vorbereitenden und nachbereitenden Tätigkeiten, die mit einer Verrichtung in direktem Zusammenhang stehen, gehören zum zeitlich anerkannten Hilfebedarf.

Beispiel 4

Die „Hilfe beim Baden“ beginnt bereits mit dem Herrichten der Badeutensilien. Muss anschließend der Pflegebedürftige noch motiviert oder geduldig auf das Baden eingestimmt werden, gehört auch diese Zeit zum anzuerkennenden Hilfebedarf. Es folgt die Begleitung zum Bad, das Ausziehen, in die Badewanne Steigen und gegebenenfalls die notwendige Aufsicht, Anleitung oder Unterstützung beim Baden. Wird das Baden zwischendurch vom Pflegebedürftigen unterbrochen, da er ängstlich wird, die Notwendigkeit des Badens nicht einsehen kann oder ähnliches, gehört auch die Zeit des erneuten Motivierens zur Verrichtung. Das heißt, dem Angehörigen gelingt es z.B. durch geduldiges Eingehen oder Ablenken, den Pflegebedürftigen wieder zum Gang ins Bad zu bewegen.

Die Verrichtung „Baden“ ist beendet, wenn der Pflegebedürftige wieder aus dem Bad begleitet wurde und die Badeutensilien aufgeräumt wurden. Muss er beim Gang aus dem Bad unterstützt werden, gehört auch diese Zeit zum anerkannten zeitlichen Hilfebedarf.

Voraussetzung dafür, dass die ganze Zeit während einer Verrichtung als Pflegezeit anerkannt wird, ist, dass ständig zumindest eine Beaufsichtigung oder eine Anleitung nötig ist. Die Pflegeperson muss sich in dieser Zeit überwiegend im selben Raum wie der Pflegebedürftige aufhalten.

6. **Nicht anerkannte Verrichtungen**

Es ist wichtig, sich immer wieder vor Augen zu halten, dass alle Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, die nicht zu den im Pflegeversicherungsgesetz beschriebenen Verrichtungen gehören, bei der Einstufung nicht berücksichtigt werden.

Das heißt, alle Tätigkeiten, die nicht in direktem Zusammenhang zu den auf Seite 3 genannten „Verrichtungen“ stehen, sind für die Ermittlung des täglichen Hilfebedarfs, aus dem sich die Pflegestufe ergibt, belanglos. Dies ist leider auch der Fall, wenn einige dieser Tätigkeiten genauso wichtig oder sogar noch wichtiger sind als die, die für die Einstufung maßgeblich sind. Zu den nicht berücksichtgbaren Tätigkeiten gehören z.B. die über den Tag hinweg notwendige beständige Aufsicht, damit keine Selbst- oder Fremdgefährdungen auftreten (etwa Anstellen der Herdplatten) sowie die Strukturierung des Tagesablaufs und die Anwesenheit und Zuwendung während des Tages, damit die notwendige Sicherheit und

Vertrauen beim Kranken entstehen. Aus diesen Gründen kann es durchaus vorkommen, dass Alzheimer-Patienten im Frühstadium in die Pflegestufe 0 (Ablehnung des Antrags) eingestuft werden, obwohl sie im Grunde völlig hilflos und auf ständige Unterstützung und Begleitung durch andere Menschen angewiesen sind. Solange sie nach einer kurzen Aufforderung oder Erinnerung die auf Seite 3 genannten Verrichtungen des täglichen Lebens selbständig ausführen, werden 45 Minuten Hilfebedarf am Tag nicht anerkannt.

Um im Frühstadium einer Demenzerkrankung eine Einstufung in die Pflegestufe 1 zu erreichen, ist es deshalb wichtig, ganz detailliert jede notwendige Anleitung und Beaufsichtigung in Zusammenhang mit einer „Verrichtung des täglichen Lebens“ als zeitlichen Hilfebedarf anerkennen zu lassen.

Achtung: Medizinisch-pflegerische Verrichtungen, wie die Versorgung von Wunden, die Aufsicht bei der Medikamenteneinnahme, die Gabe von Injektionen oder Krankengymnastik werden ebenfalls nicht als Pflegezeit anerkannt. Werden diese Verrichtungen von professionellen Kräften durchgeführt, sind sie vom Arzt zu verordnen und über die Krankenkasse abzurechnen.

7. Weitere Hinweise für die Anerkennung von Pflegezeiten

- Der „**Bedarf**“ an Hilfe wird anerkannt. Steht aus irgendwelchen Gründen die notwendige Zeit zur Pflege nicht zur Verfügung, muss der Gutachter für die Einstufung trotzdem die Zeit zugrunde legen, die für eine ausreichende Pflege notwendig wäre. Darüber hinaus muss er Maßnahmen anregen, um die Pflege sicherzustellen. (Eine Ausnahme stellt die „aktivierende“ Pflege dar. Sie wird nicht aufgrund ihres Bedarfs anerkannt, sondern nur, wenn sie auch tatsächlich geleistet wird.)
- Das notwendige **Eingehen auf Ängste, Unsicherheiten, Aggressionen, fehlende Motivation oder Unruhe** während einer „Verrichtung“ ist immer Pflegezeit. Der entstehende Hilfebedarf darf nicht pauschal mit dem Hinweis z.B. auf beruhigende oder angstlösende Medikamente in Abrede gestellt werden (siehe dazu auch Hinweis in Kapitel 8, letzter Absatz).
- Auch **mehrmalige kurze Verrichtungen**, wie z.B. häufige Aufforderungen zum Trinken am Tag, **sind anerkannte Zeiten**. Sie fallen über den Tag hinweg zusammengerechnet durchaus ins Gewicht (10 x 2 Minuten Auffordern und Beaufsichtigen des Trinkens ergeben 20 Minuten am Tag)
- Wenn **zwei Personen** für eine Verrichtung gebraucht werden, ist **doppelte Pflegezeit** anzurechnen.
- Bei der **Häufigkeit von Baden und Duschen** muss der Gutachter sich in erster Linie nach den **individuellen Lebensgewohnheiten** des Pflegebedürftigen richten. Viele Menschen sind es gewohnt, ein- oder auch zweimal am Tag zu duschen. Die Häufigkeit muss lediglich im Rahmen „kulturell bedingter Normen“ liegen.
- Bei der Einschätzung des zeitlichen Hilfebedarfs muss immer von **einer Pflege durch Laien** und nicht durch professionelle Pflegekräfte ausgegangen werden, auch wenn sich der Pflegebedürftige beispielsweise im Pflegeheim befindet. (Allerdings wird z.B. nicht der höhere Zeitbedarf einer älteren Pflegeperson berücksichtigt. Es wird generell vom Leistungsvermögen einer gesunden, etwa 60 Jahre alten Frau ausgegangen.)
- Befindet sich die pflegebedürftige Person bei der Begutachtung **nicht in der häuslichen Umgebung**, sondern in einem Krankenhaus oder im Pflegeheim, müssen trotzdem die

Pflegezeiten zugrunde gelegt werden, die in einer **durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation** bei Pflege durch Laien notwendig wären.

8. Besonderheiten für die Einstufung in die Pflegestufe 3

Neben einem pflegerischen Hilfebedarf von mindestens vier Stunden täglich ist für die Einstufung in die Pflegestufe 3 zusätzlich ein pflegerischer Hilfebedarf in jeder Nacht (zwischen 22 Uhr und 6 Uhr) notwendig.

Beispiel 5

Zumindest einmal in der Nacht muss beispielsweise eine der folgenden Verrichtungen notwendig sein: die Inkontinenzeinlagen wechseln, beim Toilettengang beaufsichtigen oder nach nächtlichem Umherirren den Pflegebedürftigen zurück ins Bett bringen (Anleitung und Unterstützung beim Zubettgehen. Die Hilfe kann auch zu festen Zeiten erfolgen, z.B. ein regelmäßiger Toilettengang um 1.00 Uhr, um Inkontinenz zu vermeiden (vom Arzt empfohlenes Toilettentraining) oder das notwendige Umlagern eines Bettlägerigen zu bestimmten Zeiten, um Druckgeschwüren vorzubeugen.

Sind Demenzerkrankte in der Nacht unruhig, darf der Gutachter einen Hilfebedarf nicht in Abrede stellen, indem er auf den möglichen Einsatz von Beruhigungsmitteln, Bettgitter oder Bettgurte verweist. Beruhigungsmittel sind medizinische Behandlungsmaßnahmen, die vom behandelnden Arzt zu therapeutischen Zwecken verordnet werden.

9. Die Bedeutung der Zeitorientierungswerte

Den Gutachtern sind für die zeitliche Einschätzung des Hilfebedarf Zeitorientierungswerte (sogenannte Zeitkorridore) vorgegeben. Die Zeitorientierungswerte gehen jedoch von einer unproblematischen „vollständigen Übernahme“ einer Pflegeverrichtung aus. Deshalb sind sie bei der Pflege Demenzkranker oft nicht zutreffend und dürfen vom Gutachter nicht einfach zugrunde gelegt werden. Wehren Sie sich durch einen Widerspruch gegen solche Vorgehensweisen.

Entsprechend den Begutachtungsrichtlinien ist ein höherer Zeitaufwand als nach den Zeitorientierungswerten zu erwarten und vom Gutachter zu berücksichtigen,

- wenn Demenzkranke bei Verrichtungen angeleitet und beaufsichtigt werden, und aktivierende Pflege durchgeführt wird (das ist sehr häufig der Fall),
- wenn Abwehrverhalten des Pflegebedürftigen die Übernahme einer Verrichtung behindert (auch einschließende unkontrollierte Bewegungen),
- wenn allgemeine Erschwernisfaktoren wie z.B. hohes Körpergewicht, starke Schmerzen oder ein zeitaufwendiger Einsatz technischer Hilfsmittel gegeben sind.

Die Gutachter sind angehalten, die individuelle Pflegesituation zu berücksichtigen.

Die Zeitorientierungswerte zur Information (für Demenzkranke in der Regel nicht zutreffend!):

Waschen: Ganzkörperwäsche: 20-25 Min.; Teilwäsche Oberkörper: 8-10 Min.; Teilwäsche Unterkörper: 12-15 Min.; Teilwäsche Hände/Gesicht): 1-2 Min.; **Duschen:** 15-20 Min.; **Baden:** 20-25 Min.;

Zahnpflege: 5 Min.; **Kämmen:** 1-3 Min.; **Rasieren:** 5-10 Min.;

Darm- und Blasenentleerung: Wasserlassen (Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes): 2-3 Min.; Stuhlgang (Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes): 3-6 Min.; Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Min.; Wechseln von Windeln (Intimhygiene, Entsorgung) nach

Wasserlassen: 4-6 Min. und nach Stuhlgang: 7-10 Min.; Wechsel kleiner Vorlagen: 1-2 Min.; Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2-3 Min.; Wechseln/Entleeren des Stomabeutels: 3-4 Min.;

Mundgerechte Zubereitung einer Hauptmahlzeit (einschließlich das Bereitstellen eines Getränkes): je 2-3 Min.;

Essen von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken (max. 3 Hauptmahlzeiten pro Tag): je 15-20 Min.; Einfache Hilfe zum

Aufstehen/Zu-Bett-Gehen: je 1-2 Min.; Umlagern: 2-3 Min.;

An- und Auskleiden ; Ankleiden gesamt: 8-10 Min.; Ankleiden Oberkörper/Unterkörper: 5-6 Min.; Entkleiden gesamt: 4-6 Min.; Entkleiden Oberkörper/Unterkörper: 2-3 Min.

10. Vorbereitung auf die Begutachtung

Der beste Weg sich auf eine Begutachtung vorzubereiten ist, sich über ein paar Tage hinweg den Zeitbedarf bei einzelnen Verrichtungen zu notieren und in Stichworten die dazugehörigen Einzelschritte aufzuschreiben. Ein solcher Aufschrieb wird auch als „Pflegetagebuch“ bezeichnet.

Bei der Alzheimer Beratungsstelle können Sie eine Vorlagen für ein Pflegetagebuch mit wichtigen Hinweisen und Hilfen zur Errechnung der durchschnittlichen täglichen Pflegezeit anfordern. Sie können aber auch selbst eine Vorlage nach folgendem Schema anfertigen.

Beispiel für die Eintragung in ein Pflegetagebuch:

	Uhrzeit		Dauer
	von	- bis	(Minuten)
<p><u>Aufstehen, Toilettengang, Umziehen, Körperpflege:</u> <i>Mein Mann meldet sich; bin ihm beim Aufstehen behilflich, begleite ihn auf die Toilette und anschließend ins Bad. Muss ihn viel anleiten und ansprechen. Setze ihn auf einen Stuhl, muss ihm helfen, die Nachtkleidung auszuziehen;</i></p>	8.12	9.19	67
<p><i>richte Waschutensilien her; gebe sie der Reihe nach und muss ihn anleiten. Begleite ihn ins Schlafzimmer, richte Tageskleidung her; beaufsichtige ihn beim Anziehen und leite ihn an, da er die Reihenfolge verwechselt.</i></p>			
<p><u>Frühstücken (Essen):</u> <i>Beim Frühstück muss ich ihn immer wieder motivieren. Er verwechselt manchmal das Besteck und hört auf zu essen, wenn ich nicht im Zimmer bin.</i></p>	9.27	10.01	34

Ein Pflegetagebuch sollte dem Gutachter bei seinem Besuch ausgehändigt werden. Er muss die Informationen darin aufnehmen und verwerten (fertigen Sie sich aber zuvor eine Kopie davon an, die Sie selbst behalten). Händigen Sie dem Gutachter auch vorliegende Krankenhausberichte und ähnliches aus.

Der Gutachter muss bei Demenzerkrankten den Angaben der Pflegepersonen neben seiner eigenen Einschätzung einen hohen Stellenwert einräumen (in den Begutachtungsrichtlinien Kapitel D/5.0/III/6 heißt es: „...die Angaben von Angehörigen sind unentbehrlich ...“).

Darüber hinaus wird er in den Richtlinien darauf hingewiesen, dass Demenzkranke ihre eigene Selbständigkeit meist überschätzen und in der Begutachtungssituation oft kompetenter wirken, als sie es tatsächlich sind.

11. Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter

- Bemühen Sie sich, dem Gutachter in der begrenzten Zeit für die Begutachtung (meist zwischen 20 und 40 Minuten) die Informationen zu vermitteln, die für die Pflegeeinstufung wichtig sind (Zeitbedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“).
- Beantworten Sie Fragen des Gutachters möglichst klar und kurz. Vermeiden Sie zu ausführliche Erklärungen und Schilderungen.
- Verharmlosen oder beschönigen Sie den Hilfebedarf nicht, sondern schildern Sie ihn wahrheitsgemäß. Richten Sie den Kranken zu dem Termin nicht fein her. Der Gutachter sollte Sie und den Kranken in einer normalen Alltagssituation vorfinden.
- Machen Sie klare Zeitangaben zum Hilfebedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“. Weicht Ihre Einschätzung des Hilfebedarfs von der des Gutachters ab, muss der Gutachter dies dokumentieren.
- Bitten Sie um ein zusätzliches gesondertes Gespräch mit dem Gutachter, wenn Sie im Beisein des Kranken nicht über alles sprechen können. Der Gutachter muss auf diesen Bitte eingehen. Falls nicht, bemängeln Sie dies in Ihrem Widerspruch.
- Falls der Gutachter einen ungünstigen Termin für seinen Besuch vorschlägt, muss er Ihnen einen Ausweichtermin vorschlagen. Sie können auch um die Absprache des Termins mit einer anderen Person bitten.

12. Einlegen eines Widerspruchs

Es kommt vor, dass Einstufungen zu niedrig ausfallen. Die relativ kurze Zeit, in der die Begutachtung durchgeführt wird, reicht oft nicht aus, damit sich der Gutachter ein hinreichendes Bild über die Pflegesituation machen kann.

Ein Widerspruch kann zunächst ohne nähere Begründung eingelegt werden.

In einem kurzen Brief an die Pflegekasse teilen Sie lediglich mit, dass Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind und Widerspruch gegen den Einstufungsbescheid einlegen wollen.

Wenn Sie noch dazuschreiben, dass Sie eine nähere Begründung nachreichen, haben Sie genügend Zeit, um z.B. ein Pfl egetagebuch anzufertigen.

Die Chancen für eine Höherstufung infolge eines Widerspruchs sind erfahrungsgemäß gut, wenn der Hilfebedarf tatsächlich höher ist, als vom Gutachter angenommen.

Die beste Begründung für einen Widerspruch ist ein Pfl egetagebuch (siehe Kapitel 10). In ihm wird der tatsächliche Hilfebedarf dokumentiert. Falls Sie dem Gutachter beim ersten Besuch bereits einen solchen Aufschrieb mitgegeben haben, legen Sie Ihrem Widerspruch lediglich eine weitere Kopie bei und weisen darauf hin, dass sich nach ihren Aufzeichnungen eine höhere Einstufung ergeben müsste.

Um näheres darüber zu erfahren, wie der Gutachter zu seiner Einstufung kam, können Sie sein Gutachten bei der Pflegekasse einsehen, bzw. eine Kopie anfordern.

Aufgrund eines Widerspruchs muss zunächst derselbe Gutachter prüfen, ob er einer Höherstufung infolge Ihrer Begründung zustimmen kann. Tut er dies nicht, muss eine

Zweitbegutachtung durch einen anderen Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes durchgeführt werden.

Wird ein Widerspruch ohne weiteren Hausbesuch abgelehnt (Entscheidung nach Aktenlage), sollte dies nicht hingenommen werden. Ein solches Vorgehen ist nur in Ausnahmefällen erlaubt.

Weitere unterstützende Unterlagen für einen Widerspruch:

- ein (fach-)ärztliches Attest mit einer kurzen Beschreibung der Symptomatik und des Krankheitsstadiums. Es sollte vor allem auf Symptome eingegangen werden, die einen höheren zeitlichen Aufwand in der Pflege zur Folge haben, wie z.B. Bewegungs- und Koordinationsstörungen, Langsamkeit, Ängstlichkeit, Unruhe oder aggressive Reaktionen (ein Musterattest ist über die Alzheimer Beratungsstelle zu erhalten),
- die Pflegedokumentation eines Pflegedienstes oder des Pflegeheimes.

13. Höherstufungsantrag und Neuantrag

Ein Widerspruch wie auch eine Klage beziehen sich immer rückwirkend auf den Zeitpunkt der Antragstellung.

Sobald der Hilfebedarf zunimmt, kann deshalb unabhängig davon, ob gerade ein Widerspruch gestellt wurde oder nicht, immer auch ein Höherstufungsantrag gestellt werden. Bei einem Höherstufungsantrag kann, anders als beim Widerspruchsverfahren, derselbe Gutachter wie bei der Erstbegutachtung beauftragt werden.

Ein Höherstufungsantrag muss wie ein Neuantrag behandelt werden. Das heißt, der Gutachter muss in jedem Fall eine neue Begutachtung vor Ort (zu Hause oder im Pflegeheim) durchführen und kann nicht allein nach Aktenlage entscheiden.

14. Anhörungsschreiben vor Ablehnung eines Widerspruchs ¹⁾

Beabsichtigt die Pflegekasse, Ihren Widerspruch aufgrund des Zweitgutachtens des Medizinischen Dienstes abzulehnen, erhalten Sie zuvor ein sogenanntes Anhörungsschreiben. Damit wird Ihnen nochmals Gelegenheit gegeben, weitere Begründungen für Ihren Widerspruch anzugeben bzw. auf Fehler und Fehleinschätzungen bei der Zweitbegutachtung aufmerksam zu machen (Sie können zuvor eine Kopie des Zweitgutachtens bei der Kasse anfordern).

Reagieren Sie nicht auf das Anhörungsschreiben, geht die Pflegekasse davon aus, dass Sie Ihren Widerspruch zurücknehmen und die bisherige Einstufung akzeptieren. Halten Sie jedoch an Ihrem Widerspruch fest, werden die gesamten Unterlagen einschließlich Ihrer weiteren Begründung in einem sogenannten Widerspruchsausschuss der Pflegekasse geprüft. Manchmal beauftragt die Kasse auch zuvor einen eigenen Mitarbeiter, sich ein ergänzendes Bild von der häuslichen Situation zu machen.

Nach der Prüfung im Ausschuss kann die Pflegekasse Ihren Widerspruch entweder anerkennen oder sie sendet Ihnen dann den eigentlichen Ablehnungsbescheid zu.

Der Ablehnungsbescheid muss eine ausführliche Begründung enthalten, die es Ihnen ermöglicht, eine Rechtsklage gegen die Entscheidung zu erheben.

15. Erheben einer Klage beim Sozialgericht

Die im vorigen Kapitel erwähnte ausführliche Begründung der Pflegekasse für die Ablehnung eines Widerspruchs wird auch „klagefähiger Ablehnungsbescheid“ genannt. Mit diesem Bescheid können Sie sich an eine Rechtsantragsstelle beim Sozialgericht wenden. Die Rechtsantragsstellen beraten kostenlos zum Ablauf und zur Vorgehensweise bei Sozialgerichtsverfahren und helfen Ihnen, eine Klage zu formulieren.

Da die Richter beim Sozialgericht auch die Interessen eines Klägers wahren, ist eine Rechtsvertretung durch einen Rechtsanwalt eigentlich nicht notwendig.

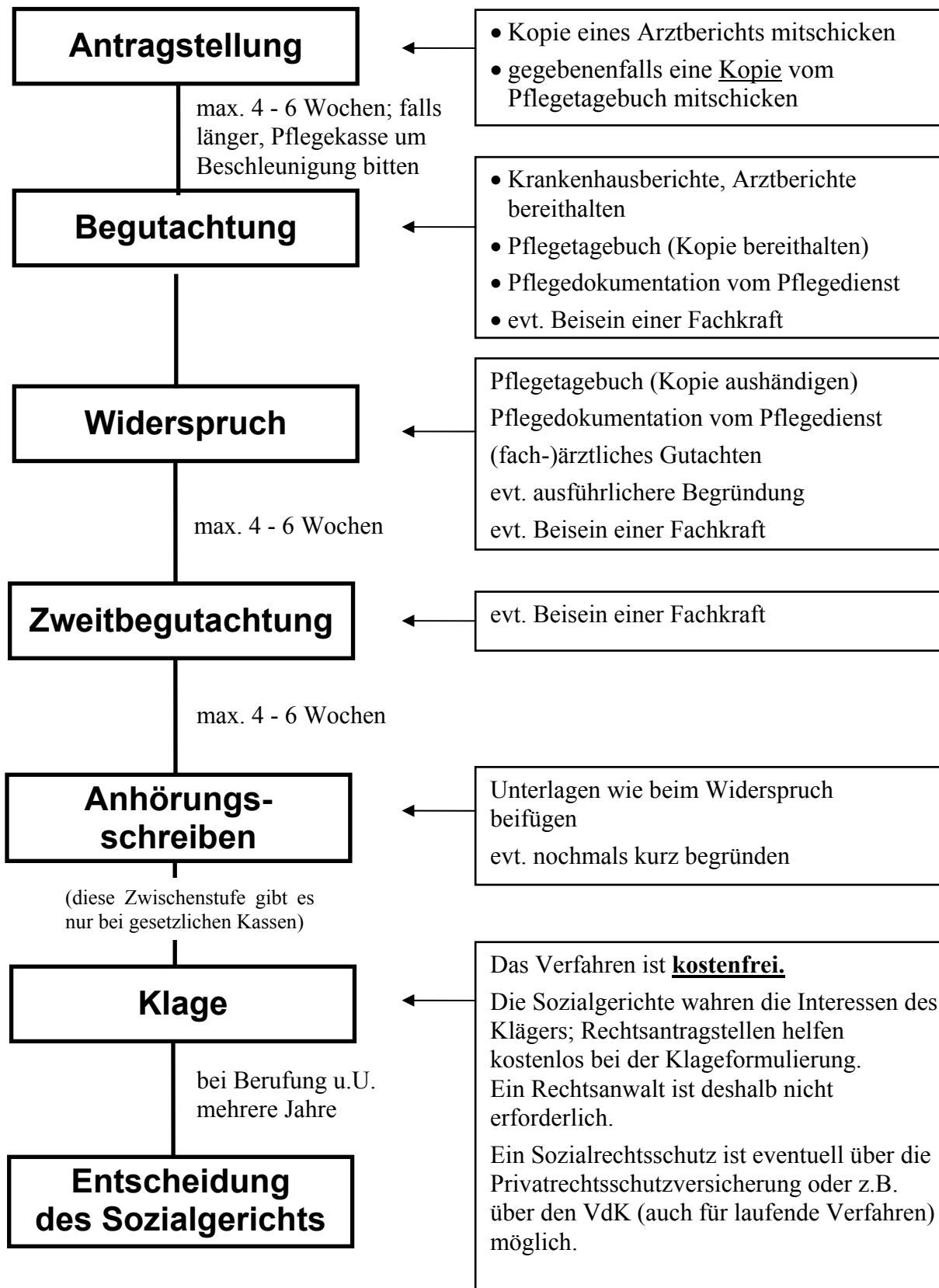
Sozialgerichtsverfahren sind kostenfrei. Kosten können lediglich durch ein zusätzlich selbst veranlasstes Gegengutachten oder einen in Anspruch genommenen Rechtsanwalt entstehen. Fragen Sie ihre Rechtsschutzversicherung, ob sie die Kosten übernehmen würde.

Darüber hinaus gibt es spezielle Sozialrechtsschutzversicherungen, die eine kostenlose Rechtsberatung und Vertretung vor Gericht anbieten. Der VdK bietet beispielsweise gegen geringe Gebühr (ca. 60 €) einen Sozialrechtsschutz an, der sofort in Kraft tritt. Teilweise ist ein Sozialrechtsschutz auch bei einer allgemeinen Rechtsschutzversicherung mitenthalten.

¹⁾ Bei privaten Kassen gibt es den Zwischenschritt eines Anhörungsschreiben und der Prüfung in einem Widerspruchsausschuss nicht (keine Bindung an das Verwaltungsrecht). Eine ablehnende Entscheidung erfolgt gleich nach der Zweitbegutachtung.

Abläufe bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

wichtige Unterlagen:



16. Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung können wahlweise in unterschiedlicher Form gewährt werden.

Monatliche Leistungen:

	Geldleistung	Sachleistung zur häuslichen Pflege und Tages-/Nachtpflege	Daueraufenthalt im Pflegeheim
<i>Pflegestufe 1</i>	205 €	384 €	1023 €
<i>Pflegestufe 2</i>	410 €	921 €	1279 €
<i>Pflegestufe 3</i>	665 €	1432 €	1432 €

Sachleistungsbeträge werden ausschließlich für den Einsatz anerkannter Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen gewährt. Der Leistungsbetrag wird direkt an die Einrichtung überwiesen. Die **Geldleistung** steht demgegenüber dem Pflegebedürftigen frei zur Verfügung. Er kann den Betrag z.B. an Angehörige weitergeben.

Hinweis: Kreuzen Sie im Antrag an die Pflegekasse das Feld „**Kombinationsleistung**“ an, wenn Sie sowohl Geldleistung als auch Sachleistung beziehen wollen. Das folgende Rechenbeispiel zeigt, wie eine Kombinationsleistung aussehen kann:

Rechenbeispiel:

Anerkannt wurde Pflegestufe 3

<u>Entstehende Kosten pro Monat:</u>	<u>Leistungen der Pflegeversicherung:</u>
Pflegedienst 358 € (nur abrechenbare Sachkostenanteile)	Sachleistung 358 € (das sind ca. 25% von 1432 €) +
	anteiliges Pflegegeld ca. 498 € (das sind ca. 75% von 665 €)

Sach- und Geldleistung werden anteilig erstattet. Werden wie im Rechenbeispiel 25% vom Sachleistungshöchstbetrag verbraucht, so können als Geldleistung nur noch 75% (100% - 25%) vom Geldleistungshöchstbetrag ausbezahlt werden.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist ein vorübergehender Aufenthalt eines Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung für einzelne Tage oder Wochen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder wenn sie z.B. einige Zeit nicht zuhause sind. In Pflegeheimen gibt es meist einzelne Kurzzeitpflegeplätze, die von wechselnden Gästen belegt werden. Für Kurzzeitpflege können pro Jahr bei allen Pflegestufen **1432 €** beansprucht werden. Übernommen werden von der Pflegeversicherung allerdings nur die Pflegekosten. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (etwa 25 € am Tag) müssen in jedem Fall selbst bezahlt werden.

Verhinderungspflege

Zusätzlich zur Leistung für Kurzzeitpflege werden pro Jahr nochmals **1432 €** für Verhinderungspflege gewährt. Als Verhinderungsgründe kommen Krankheit, Urlaub, momentane Überlastung oder auch andere Gründe in Frage. Die Leistungen werden nur erstattet, wenn ein anerkannter Pflegedienst, eine berufsmäßig pflegende Person oder eine Pflegeeinrichtung die Verhinderungspflege übernimmt. Wenn Angehörige oder Nachbarn einspringen, können sie lediglich nachweisbare Unkosten wie z.B. Fahrgeld für die Anreise oder einen Verdienstausschlag bei unbezahltem Urlaub geltend machen.

Leistungen zur Verhinderungspflege werden auch erstattet, wenn die Verhinderungspflege **stundenweise** erbracht wird.

Nach einem Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 5.4.2000 zum Leistungsrecht der Pflegeversicherung können auch für eine stundenweise Entlastung am Tag Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Umfasst die Ersatzpflege weniger als acht Stunden am Tag, wird der gleichzeitige Anspruch auf Pflegegeld an diesem Tag nicht gekürzt und der Tag wird ebenso nicht auf die Höchstanspruchsdauer von 28 Tagen im Jahr für Verhinderungspflegeleistungen angerechnet.

Die Verhinderungspflegeleistung kann auch für einen **weiteren Kurzzeitpflegeaufenthalt** eingesetzt werden, wenn z.B. die Leistungen für Kurzzeitpflege bereits aufgebraucht sind. Um Leistungen für Verhinderungspflege in Anspruch nehmen zu können, muss bereits ein Jahr lang gepflegt worden sein.

Sowohl Leistungen für Kurzzeitpflege als auch für Verhinderungspflege können jeweils für 28 Tage im Jahr in Anspruch genommen werden.

Die Leistungen für Kurzzeitpflege und für Verhinderungspflege müssen nicht an einem Stück im Jahr in Anspruch genommen werden, sondern können über beliebig viele Tage verteilt werden.

Laufende Verbrauchsmittel

Für sogenannte „laufende Verbrauchsmittel“ wie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe oder ähnliches kann die Pflegekasse bei gegebenem Bedarf bis zu 31 € monatlich gewähren.

Wichtig: Inkontinenz-Hilfsmittel wie Einlagen oder Höschen sind keine Verbrauchsmittel, sondern Hilfsmittel, die vom Arzt verordnet und über die Krankenkasse abgerechnet werden können.

Das Budget eines Arztes wird durch Hilfsmittelverordnungen **nicht belastet!**

Technische Hilfsmittel zur Pflege

Sie sollen vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt werden. Bei einer Neuanschaffung kann eine Zuzahlung von bis zu 25 € je Hilfsmittel verlangt werden. Hilfsmittel zur Pflege können z.B. ein Handlauf in der Wohnung, ein Lifter oder ein Pflegebett sein. Hilfsmittel werden direkt bei der Pflegekasse beantragt. Bei der Anschaffung von Hilfsmitteln sollte vorab immer eine gute Beratung bei einem fachkundigen Hilfsmittelhändler oder Sanitätshaus in Anspruch genommen werden. Unpassende Produkte können manchmal mehr Schaden als Nutzen bringen.

Technische Hilfsmittel, die nicht zur Pflege, sondern zur Behandlung einer Erkrankung erforderlich sind, werden von der Krankenkasse nach Verordnung durch den Arzt finanziert.

Wohnungsanpassung

Für notwendige Umbaumaßnahmen in der Wohnung kann die Pflegekasse ebenfalls einen Zuschuss gewähren. Es wird jedoch eine angemessene Eigenbeteiligung erwartet, die von den Einkommensverhältnissen abhängig ist. Zu notwendigen Umbaumaßnahmen kann z.B. die Verbreiterung von Türen, Beseitigung von Schwellen oder der Einbau einer bodengleichen Dusche gehören. Die Umbaumaßnahme wird bei der Pflegekasse beantragt. Es gibt spezielle Wohnberatungen, die ins Haus kommen und eine individuelle Beratung zu Fragen der Wohnungsanpassung anbieten.

Renten- und Unfallversicherung, Versteuerung

Für pflegende Angehörige, die mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, werden Beiträge in die Rentenversicherung gezahlt. Die Beiträge können zwischen 100 und 300 € monatlich liegen. Sie hängen von der Pflegestufe und dem Pflegeaufwand ab. Ebenso sind pflegende Angehörige kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

Sowohl die Renten- als auch die Unfallversicherung muss in jedem Fall gesondert bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

Leistungen aus der Pflegeversicherung sind für den Pflegebedürftigen grundsätzlich steuerfrei. Auch Angehörige, Freunde oder Nachbarn, die einen Teil des Pflegegeldes für Hilfeleistungen erhalten, müssen diese Einnahmen nicht versteuern, sofern sie in keinem Beschäftigungsverhältnis zum Pflegebedürftigen stehen.

Härtefallregelung

Liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, können durch eine Anerkennung als Härtefall Leistungen beansprucht werden, die über die in Pflegestufe 3 gewährten hinausgehen. Für die Anerkennung als Härtefall muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Entweder muss pro Tag ein pflegerischer Hilfebedarf von mindestens sieben Stunden anerkannt werden, wovon mindestens zwei Stunden in der Nacht erbracht werden müssen.
- Oder wenigstens eine Pflegeverrichtung in der Nacht und eine am Tag kann nur von zwei Pflegepersonen gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden. Eine der Pflegepersonen muss eine professionelle Pflegekraft sein.

Bei der Härtefallregelung werden ausschließlich Sachleistungen gewährt. In der häuslichen Pflege liegen diese bei 1918 € und in der stationären Pflege bei 1688 € monatlich.

17. Die neuen Leistungen nach dem „Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz“

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurde nachträglich zum Pflegeversicherungsgesetz als Ergänzung ausgearbeitet, um Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an **allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung** haben, etwas mehr Unterstützung zu ermöglichen. Es richtet sich ausdrücklich an Demenzkranke, aber auch an Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Das Gesetz trat am 1.1.2002 in Kraft.

Demenzkranken, die bereits in eine Pflegestufe eingestuft sind, können durch das Gesetz bis zu **460 € im Jahr** zu ihren bisherigen Leistungen aus der Pflegeversicherung hinzu erhalten. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes prüfen in der Regel automatisch im Rahmen der Pflegeeinstufung auch die Voraussetzungen für Leistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz. Ist dies nicht der Fall, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden (ein Anruf genügt).

Anspruchsberechtigt sind pflegebedürftige bzw. demenzkranke Menschen,

1. die bereits in eine der Pflegestufen 1-3 eingestuft sind,
2. die nicht dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung leben,
3. auf die wenigstens zwei Kriterien aus dem folgenden Kriterienkatalog zutreffen, wobei mindestens ein Kriterium aus dem Bereich 1. – 9. stammen muss.

Bereich 1. – 9.	Bereich 10. – 13.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“), 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen, 3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen, 4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation, 5. In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten, 6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen, 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung, 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben, 9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus, 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren, 11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen, 12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten, 13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

Für alle Demenzkranke, die wegen ihrer Demenz in eine Pflegestufe eingestuft wurden, müssten **mindestens die Kriterien 8. und 10.** zutreffen. Damit sollten alle Demenzkranke mit einer Pflegeeinstufung auch anspruchsberechtigt sein.

Die Einschätzung, welche Kriterien bei einem Pflegebedürftigen zutreffen, übernimmt für die Pflegekasse der Medizinische Dienst der Krankenversicherungsträger (MDK), der auch die Einschätzung für die Pflegeeinstufung vornimmt.

Sollte ein Gutachter bei einem Demenzkranken keine Anspruchsberechtigung anerkennen, legen Sie dagegen Widerspruch ein. Dann muss in jedem Fall noch ein Zweitgutachter hinzugezogen werden. Schließlich kann bei einer weiteren Ablehnung auch Klage beim Sozialgericht erhoben werden. (Die Schritte sind identisch wie bei der Pflegeeinstufung)

Wofür können die 460 € verwendet werden?

Der Betrag kann zweckgebunden für folgende Ausgaben eingesetzt werden:

- Ungedeckte Kosten bei der Nutzung von **Tagespflege-, Nachtpflege-** oder **Kurzzeitpflegeangeboten**;
- Kosten für die **allgemeinen Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste** (Achtung: Kosten für grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen werden nicht übernommen, da sie zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung gehören.)
- Kosten für sonstige **regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote**, die „nach Landesrecht“ anerkannt sind.

Mit regionalen Betreuungs- und Entlastungsangeboten sind vor allem „niedrigschwellige“ Betreuungsangebote gemeint. Im Gesetz werden als Beispiele Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise sowie Familienentlastende Dienste genannt. Da die 460 € nur für Angebote eingesetzt werden können, die „nach Landesrecht“ anerkannt sind, muss jedes Bundesland eine Liste erstellen, in der alle Betreuungsangebote aufgeführt werden, die im betreffenden Land anerkannt sind. Auskünfte zu diesen Listen erhalten Sie entweder bei Ihrer Pflegekasse oder beim Sozialministerium Ihres Bundeslandes.

Wie werden die Leistungen erstattet?

Die Leistungen werden erst nach Vorlage von Belegen oder schriftlichen Nachweisen erstattet. Das heißt, Sie müssen die Kosten zunächst selbst übernehmen und die Belege zum Jahresende einreichen.

Werden in einem Jahr die 460 € nicht ausgeschöpft, **kann der verbleibende Betrag in das folgende Jahr übertragen werden.**

Im ersten Jahr der Antragstellung werden die Leistungen nur anteilig erstattet. Wird der Antrag z.B. am 1.7. gestellt, können im ersten Jahr bis zum 31.12. nur 230 € bezogen werden.

Im Einführungsjahr 2002 gibt es hierzu eine Sonderregelung: auch wenn der Antrag erst gegen Ende des Jahres gestellt wird, wird die volle Jahresleistung von 460 € erstattet.

Weitere Leistungen

Zusätzlich zu den 460 € im Jahr ermöglicht das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz außerdem bei Pflegestufe 1 und 2 die Nutzung von **zwei Beratungseinsätzen durch Pflegedienste** pro Halbjahr und bei Pflegestufe 3 sogar zwei Beratungseinsätzen im Vierteljahr.

Außerdem werden durch das Gesetz **jährlich bundesweit 10 Millionen €** für den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und für Modellprojekte bereitgestellt. Projekte werden allerdings nur gefördert, wenn sich auch das jeweilige Bundesland in gleicher Höhe beteiligt.

Kritische Anmerkung zu dem Gesetz

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz kann die unzureichende Berücksichtigung des Hilfebedarfs Demenzkranker, die bereits eine Pflegestufe erhalten haben, ein wenig ausgleichen helfen. Nach wie vor wird damit jedoch der so notwendige und wichtige Unterstützungsbedarf demenzkranker Menschen, die noch nicht in der Pflegeversicherung eingestuft sind, überhaupt nicht angesprochen.

18. Weiterführende Literatur

Leitfaden zur Pflegeversicherung

Bezugsadresse
 (innerhalb des PLZ-Bereich 70...):
 Alzheimer Beratungsstelle der Evang. Ges.
 Anschrift siehe Deckblatt
 (3 € + 3 € für Versand)

Begutachtungsrichtlinien

Bezugsadresse:
 Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
 der Krankenkassen e.V.
 Lützowstr. 53, 45141 Essen
 (1,53 € in Briefmarken beilegen!)

Gesetzestext zur Pflegeversicherung (SGB 11) und Broschüre *Die Pflegeversicherung*

Herausgeber:
 Bundesministerium für Gesundheit
 Bezugsadresse:
 Deutsche Verlagsgesellschaft
 Postfach 11 42, 53333 Meckenheim
 Telefon 0 22 25/92 61 44
 Fax 0 22 25/92 61 18
 e-mail: dvj@dsb.net
 (kostenlose Zusendung!)

Welche Kosten müssen Sie bei einem Pflegeheimaufenthalt selbst übernehmen?

Beispiel

	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Kostensatz des Pflegeheims	1.650 €	2.300 €	2.600 €	3.000 €
Leistungen der Pflegeversicherung	0,00 €	1.023 €	1.278 €	1.432 €
verbleibender Kostenanteil	1.650 €	1.277 €	1.322 €	1.568 €

Das Beispiel bezieht sich auf ein Stuttgarter Heim mit durchschnittlichen Kostensätzen. Einzelne Heime können derzeit um bis zu 450 € höher oder niedriger liegen.

Die verbleibenden Kosten, die Sie nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen selbst übernehmen müssen, sind je nach Pflegestufe unterschiedlich. Am höchsten ist der verbleibende Eigenanteil in Pflegestufe 0 und 3, am niedrigsten in Pflegestufe 1.

Häufig reichen die Rente und das eigene Vermögen auf Dauer nicht aus, um die Kosten zu erstatten. Dann übernimmt das Sozialamt die übrigen Kosten und überlässt dem Pflegebedürftigen darüber hinaus einen monatlichen Barbetrag in Höhe von 100 bis 150 Euro für persönliche Ausgaben.

Ein zuhause lebender Ehepartner kann seinen Lebensstandard trotz Sozialamtsleistungen in der Regel erhalten, da der ihm zustehende Einkommensfreibetrag relativ hoch ist. Auch die Kinder der pflegebedürftigen Person werden nur bei hohem Einkommen und geringen sonstigen Ausgabenbelastungen zu Unterhaltsleistungen unter Umständen bis zu einigen hundert Mark im Monat herangezogen. Nur leibliche Kinder mit laufendem Einkommen können zu Unterhaltsleistungen herangezogen werden.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Ratgeber Nr. 3.