

Dringende Empfehlung: Beantragen Sie jetzt und in jedem Fall Leistungen der Pflegeversicherung!

Seit dem 1. Juli greift die Pflegeversicherungsreform mit deutlichen Verbesserungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen.

Die Leistungen zur Betreuung von Menschen mit Demenz wurden von jährlich 460 € auf 1.200 € (Grundbetrag) bzw. 2.400 € (erhöhter Betrag) deutlich erhöht und werden ggf. sogar auch dann gewährt, wenn der Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zuvor abgelehnt wurde ("Pflegestufe 0").

Diese zusätzlichen Betreuungsleistungen erhalten pflegende Angehörige, wenn sie z.B. unsere **Betreuungsgruppe** oder unsere **Häusliche Entlastungsbetreuung** nutzen. Voraussichtlich werden sogar auch weitere Kostenanteile bei der Teilnahme an unseren **Betreuten Urlauben** erstattet.

Um die Ihnen zustehenden Leistungen überhaupt bzw. in voller Höhe zu erhalten, sollten Sie **in jedem Fall** einen Antrag stellen. Im Folgenden, teilen wir Ihnen mit, wie Sie den Antrag formulieren sollten. Es sind nur zwei Zeilen, die aber erheblich zu Ihrer Entlastung beitragen können:

- Falls Sie bereits zusätzliche Betreuungsleistungen von bisher 460 € jährlich erhalten,**
bekommen Sie auch dann nur den Grundbetrag von jährlich 1.200 €, obwohl die Kasse aufgrund der vorausgegangenen MDK-Begutachtung durchaus wissen könnte, dass die Anspruchsvoraussetzungen für den erhöhten Betrag von 2.400 € jährlich erfüllt sind.
Die Pflegekassen werfen nämlich erst auf Antrag einen Blick in die bereits vorliegenden Akten, um zu prüfen, ob die Kriterien für den erhöhten Betrag von 2.400 € jährlich erfüllt sind.
Da Sie selber nur schwer beurteilen können, ob die Kriterien erfüllt sind, sollten Sie vorsorglich in jedem Fall einen **Höherstufungsantrag** stellen. Hierzu unser Textvorschlag:
Hiermit beantrage ich die Erhöhung der Leistungen nach § 45b der Pflegeversicherung für den Versicherten <Vorname, Name und Versichertennummer>.
- Falls Sie bisher noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt haben,**
gehen Sie leer aus. Wir empfehlen daher dringend, Leistungen aus der Pflegeversicherung – und die zusätzlichen Betreuungsleistungen – zu beantragen, da die zusätzlichen Betreuungsleistungen nur dann gewährt werden, wenn zumindest durch MDK-Gutachten die Pflegeversicherung die "Pflegestufe 0" festgestellt hat, d.h. der Antrag abgelehnt wurde.
Unseren Mitgliedern helfen wir gerne bei der Antragstellung.
- Fall Sie bereits früher (erfolgreich oder auch nicht) Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt haben,**
Sie aber – z.B. wegen einer Ablehnung auch – keine zusätzlichen Betreuungsleistungen beantragt haben, sollten Sie das jetzt umgehend tun, denn zusätzliche Leistungen für 1.200 € jährlich bringen i.d.R. eine spürbare Entlastung. Hierzu unser Textvorschlag:
Hiermit beantrage ich Leistungen nach § 45b der Pflegeversicherung (bei hohem allgemeinem Betreuungsaufwand) für den Versicherten <Vorname, Name und Versichertennummer>

Falls Sie noch Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzurufen: **47 37 89 95** (Mo – Do 10 – 15 Uhr).

Bitte beachten Sie auch die Zusatzinformationen auf den weiteren Seiten.

Hinweise zu Anerkennung und Höherstufung bei Pflegeversicherungsleistungen nach § 45b (Leistungen bei hohem allgemeinen Betreuungsaufwand).

von Günther Schwarz, Alzheimer Beratung, Evangelische Gesellschaft Stuttgart, Stand 3.7.08

- Diese Leistungen haben nichts mit der Pflegestufe zu tun. Es sind zusätzliche Pflegeversicherungsleistungen (1.200 oder 2.400 € im Jahr), die insbesondere Demenzkranke (auch andere psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige) erhalten.
- Grundvoraussetzung ist zumindest ein geringer von den Gutachtern der Pflegeversicherung anerkannter Pflegebedarf (z.B. eine notwendige Hilfe beim Baden einmal in der Woche, Herrichten der Kleidung vor dem Ankleiden, Regelmäßiges Auffordern zum Trinken, oder Ähnliches) sowie ein geringer hauswirtschaftlicher Hilfebedarf.
- Die Leistungen sind zweckgebunden und können nur für Kosten der Tagespflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsleistungen von Pflegediensten und anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. Betreuungsgruppe und Einsätze durch anerkannte Helferkreise) abgerufen werden.

Genauerer zu der Leistung erfahren Sie z.B. im Leitfaden zur Pflegeversicherung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Viele Demenzkranke haben bereits in der Vergangenheit Anspruch auf diese zusätzlichen Leistungen nach § 45b erhalten (steht im Bescheid der Pflegekasse zur Pflegeeinstufung). Bisher waren das aber nur 460 € im Jahr. Ab 1.7.08 wird dies auf entweder 1.200 € (Grundbetrag) oder 2.400 € (erhöhter Betrag) erhöht. Jeder, der bereits bisher Anspruch auf die 460 € hatte, hat nun automatisch Anspruch auf den Grundbetrag von 1.200 € im Jahr (bzw. 100 € monatlich). Ebenso werden viele, die für einen Demenzkranken neu einen Antrag bei der Pflegeversicherung stellen, zunächst diesen Grundbetrag erhalten.

Die folgenden Erläuterungen sollen helfen einzuschätzen, wann der Grundbetrag erhalten werden kann und wann ein Antrag auf den erhöhten Betrag sinnvoll ist.

Begutachtungskriterien für Leistungen nach § 45 a/b:

Grundbetrag (100 € monatlich): mindestens zwei Einschränkungen müssen gegeben sein, davon eine aus dem Bereich 1. – 9.
Erhöhter Betrag (200 € monatlich): zusätzlich ein Kriterium aus 1. – 5. oder 9 oder 11 (*kursiv*).

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

Wichtig ist, dass die Beeinträchtigungen **täglich** zu einem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf führen und voraussichtlich über mindestens ein halbes Jahr hinweg bestehen werden.

Für die meisten Demenzkranken treffen bereits sehr früh die Einschränkungen in Punkt 8. und 10. zu (in der Tabelle fett gedruckt). Damit müssten die meisten Demenzkranken selbst vor Anerkennung der Pflegestufe 1 den Grundbetrag von 100 € monatlich erhalten, wenn zugleich ein geringer pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden ist.

Auch immobile und bettlägerige demenzkranke Menschen haben Anspruch auf diese Leistungen, wenn die oben genannten Kriterien auf sie zutreffen.

Bei Demenzkranken im fortgeschrittenen Krankheitsstadium treffen die Einschränkungen in Punkt 6., 8. und 10. immer zu. Somit haben Sie in jedem Fall Anspruch auf den Grundbetrag.

Beispiele aus den Begutachtungsrichtlinien für die Kriterien:

(die Beispiele sind nicht vollständig aus den Richtlinien wiedergegeben)

Ausreichend für den Erhalt des Grundbetrags:

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,
- Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,
- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

Ausreichend für den Erhalt des erhöhten Betrags ist bereits ein zusätzlich zutreffendes Kriterium aus der folgenden Liste:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,
- planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- in fremde Räume eindringt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),
- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),
- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein "Ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

Für viele Demenzkranke insbesondere wenn bereits auch eine Pflegestufe anerkannt wird, wird zumindest eines der Beispiele aus dem vorangehenden Kasten zutreffen. In diesem Fall sollten Sie einen Antrag auf die erhöhten Leistungen von 2.400 € im Jahr bzw. 200 € monatlich stellen.

Auch wenn keines der Beispiele direkt zutrifft, aber der Kranke sehr ähnliche Verhaltensweisen zeigt bzw. sehr ähnliche Einschränkungen hat, sollten Sie einen Antrag stellen, da es sich in den Begutachtungsrichtlinien eben nur um Beispiele handelt, die zur Orientierung dienen.

Wird der Antrag nicht anerkannt, kann Widerspruch eingelegt werden.

Hinweis: Die Leistung wird zwar monatlich gewährt, sie verfällt jedoch nicht, wenn sie in einem Monat nicht abgerufen wird. Sie kann über das Jahr hinweg angehäuft werden. Werden also z.B. ab Januar 200 € monatlich gewährt, stehen im Juni insgesamt 1.200 € (6-mal 200 €) zur Verfügung, wenn bis dahin nichts verbraucht wurde.