

## **Leitfaden zur Pflegeversicherung**

Die vorliegende Informationen sollen all denen eine Hilfe sein, die Demenzkranke betreuen und pflegen, sei es als Angehörige, Pflegekräfte, gesetzliche Betreuer oder andere nahstehende Personen.

### **Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung in Kürze**

**1.** Rufen Sie bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen an oder schreiben Sie.

(Die Pflegekasse ist immer über die Krankenkasse des Pflegebedürftigen zu erreichen)

**2.** Teilen Sie folgendes mit: „Ich stelle hiermit einen formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Bitte halten Sie das heutige Datum schriftlich als Antragstellungstermin fest.“

Das Datum Ihres Anrufs oder des Eingangs Ihres Schreibens muss als Antragstellungstermin anerkannt werden und ist damit auch der Zeitpunkt, von dem an Sie gegebenenfalls Leistungen erhalten.

Die Pflegekasse schickt Ihnen daraufhin ein Antragsformular zu.

**3.** Füllen Sie den Antrag aus und senden Sie ihn an die Pflegekasse zurück. Zur Antragstellung ist kein ärztliches Attest notwendig. Die Kopie eines Arzt- oder Krankenhausberichts mit zuschicken kann jedoch hilfreich sein. Teilweise bieten die Pflegekassen auch Hilfen beim Ausfüllen der Antragsformulare an.

**4.** Führen Sie wenn möglich über ein paar Tage hinweg ein Pfl egetagebuch . Sie ergal ten dadurch für sich selbst und für den Gutachter einen Überblick über den notwendigen täglichen Hilfebedarf.

**5.** Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit einzuschätzen.

Ein Gutachter des Medizinischen Dienstes, meistens ein Arzt, wird sich nach einiger Zeit bei Ihnen melden. Er wird einen Termin für einen Hausbesuch mit Ihnen vereinbaren. Er muss auch einen Ausweichtermin anbieten.

**6.** Der Gutachter wird der Pflegekasse aufgrund seiner Einschätzung beim Hausbesuch die Einstufung in die Pflegestufe 1, 2 oder 3 vorschlagen oder den Antrag ablehnen (Pflegestufe 0). Er wird seine Entscheidung gegenüber der Pflegekasse in einem Gutachten schriftlich begründen. Die Pflegekasse folgt in der Regel dieser Einschätzung und lässt Ihnen einen Bescheid über die Einstufung zukommen.

**7.** Legen Sie Widerspruch ein, wenn Sie der Meinung sind, dass die Einstufung nicht den Gegebenheiten entspricht. Gerade bei Demenzkranken kann der Hilfebedarf leicht unterschätzt werden, da die Kranken vom äußeren Eindruck her oft viel weniger hilfebedürftig erscheinen, als sie tatsächlich sind.

Aufgrund des Widerspruchs befasst sich der Erstgutachter meist anhand der Unterlagen und Ihrer Begründung nochmals mit dem Gutachten. Kommt er zu keiner höheren Einstufung, muss ein Zweitgutachten erstellt werden. Das Zweitgutachten muss in jedem Fall von einem anderen Gutachter des Medizinischen Dienstes erstellt werden.

**8.** Führt auch das Zweitgutachten nicht zu einer Einstufung, die mit Ihrer eigenen Einschätzung übereinstimmt, erhalten Sie in einem sogenannten Anhörungsschreiben von der Pflegekasse nochmals Gelegenheit, Ihre Einschätzung mitzuteilen und gegebenenfalls weitere Gründe für Ihren Widerspruch anzugeben. Halten Sie weiterhin an Ihrem Widerspruch fest und teilen dies der Pflegekasse schriftlich mit. Nun prüft der Widerspruchsausschuss der Pflegekasse nochmals unabhängig vom Medizinischen Dienst ihr Anliegen.

**9.** Kommt auch der Widerspruchsausschuss der Pflegekasse zu keinem anderen Ergebnis, erhalten Sie jetzt einen Ablehnungsbescheid. Mit diesem Bescheid können Sie eine Klage beim Sozialgericht einreichen.

**10.** Statt eine Klage einzureichen können Sie auch zu jedem Zeitpunkt während der Antragstellung oder während des Widerspruchsverfahrens parallel einen Neuantrag oder einen Antrag auf Höherstufung stellen. Insbesondere bietet sich dies an, wenn viel Zeit seit der Erstbegutachtung verstrichen ist oder die Pflegebedürftigkeit in der Zwischenzeit zugenommen hat. Dann beginnt das gesamte Begutachtungsverfahren von Neuem. Begutachtet wird dann wieder das aktuelle Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zum jetzigen Zeitpunkt. Zurückliegenden Zeiten werden dann nicht mehr berücksichtigt.

### **Allgemeines zur Antragstellung**

Zur Antragstellung bei der Pflegeversicherung müssen Sie lediglich ein Antragsformular ausfüllen und unterschreiben.

Teilweise legen die Kassen bereits einen Bogen zum Ausfüllen bei, in dem Angaben zum zeitlichen Hilfebedarf erfragt werden.

Statt den Bogen der Kasse auszufüllen, können Sie auch ein Pflegetagebuch an die Kasse senden. Es enthält wesentlich genauere Informationen.

Legen Sie dem Antrag wenn möglich bereits eine Kopie eines Arzt- oder Krankenhausberichtes bei, aus dem die Diagnose hervorgeht. Ein Attest ist nicht notwendig. Eine Schwierigkeit kann sich bei einigen wenigen Kassen ergeben, wenn der Pflegebedürftige den Antrag nicht mehr selbst unterschreiben kann. Diese Kassen begnügen sich dann leider nicht ohne weiteres mit der Unterschrift eines Angehörigen. Fragen Sie am besten zunächst unverbindlich bei Ihrer Kasse nach, wie sie mit diesem Problem umgeht.

Falls Ihre Pflegekasse zu denen gehört, die die Unterschrift des Angehörigen nicht ohne weiteres anerkennen, stellen Sie trotzdem zunächst den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung mit Ihrer Unterschrift. Denn auch wenn Ihre Unterschrift im Moment nicht anerkannt wird, so wird doch der Zeitpunkt der Antragstellung anerkannt und Leistungen werden entsprechend rückwirkend bezahlt.

Sollte Ihre Kasse die Unterschrift des Angehörigen nicht anerkennen, muss eine Vollmacht des Pflegebedürftigen beigelegt werden, oder der Angehörige muss zum gesetzlichen Betreuer des Pflegebedürftigen bestellt werden.

### **Allgemeine Hinweise zum Pflegetagebuch**

1. Ein Pflegetagebuch soll Ihnen helfen, einen Überblick über Ihre täglichen Pflegetätigkeit und Pflegezeiten zu gewinnen.
2. Es kann Ihnen zur Vorbereitung des Gesprächs mit dem Gutachter des Medizinischen Dienstes sehr nützlich sein.
3. Darüberhinaus können Sie die Aufzeichnung auch direkt zur Begründung eines Widerspruchs verwenden.
4. Führen Sie das Pflegetagebuch möglichst über drei bis vier Tage, vielleicht sogar über eine Woche. Denn die Pflegezeiten können von Tag zu Tag schwanken.
5. Händigen Sie dem Gutachter des Medizinischen Dienstes eine Kopie oder Zweitschrift Ihres Pflegetagebuchs aus und bitten Sie ihn darum, das Tagebuch als Anlage in das Gutachten aufzunehmen. Sie können sich dann jederzeit darauf berufen.
6. Benutzen Sie das Pflegetagebuch als Erinnerungsstütze im Gespräch mit dem Gutachter.

### **Die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)**

Die Begutachtung zur Einschätzung der Pflegestufe wird von Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung übernommen.

Der Medizinische Dienst ist eine unabhängige Einrichtung, die weder durch die Pflegekassen noch durch andere Organisationen kontrolliert wird. Er ist an die bundesweit einheitlichen

Begutachtungsrichtlinien gebunden, an die sich jeder Gutachter halten muss. Die Begutachtungsrichtlinien legen die Vorgehensweise bei der Begutachtung verbindlich fest. Darüberhinaus beschreiben sie eingehend, welche Hilfebedarf zu welcher Pflegestufe führt. Etwa sechs Wochen nach der Antragstellung sollte die Begutachtung durchgeführt worden sein. Andernfalls sollten Sie sich bei Ihrer Pflegekasse wegen der Verzögerung beschweren. Leistungen werden aber in jedem Fall rückwirkend ab Antragstellung gewährt. Für die Einstufung in die Pflegestufen ist vor allem entscheidend, wie viel Zeit zur Pflege bei sogenannten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ durchschnittlich am Tag aufgewendet werden muss bzw. wird. Diese gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens sind:

**Körperpflege:**

Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und Darm- oder Blasenentleerung.

**Ernährung:**

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung.

**Mobilität:**

Aufstehen und Zubettgehen, notwendiges Umlagern, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

**Hauswirtschaftliche Versorgung:**

Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und Beheizen.

## 10 wichtige Tipps für das Gespräch mit dem Gutachter

1. Der Besuch des Gutachters muss Ihnen rechtzeitig angekündigt werden. Falls der Termin für Sie ungünstig ist, muss Ihnen ein Ausweichtermin angeboten werden. Sie können auch um Absprache des Termins mit einer anderen Person, z.B. einer Pflegekraft, bitten.
2. Bemühen Sie sich, den Gutachter in der begrenzten Zeit (meist zwischen 20 und 40 Minuten), die für die Begutachtung zur Verfügung steht, vor allem über den Zeitbedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“ zu informieren. Trotz der begrenzten Zeit muss Ihnen der Gutachter ausreichend Gelegenheit geben, um über den erforderlichen Hilfebedarf (einschließlich „Anleitung“ und „Beaufsichtigung“) zu informieren.
3. Vermeiden Sie nach Möglichkeit zu ausführliche Erklärungen und Schilderungen, die über die Informationen hinausgehen, die für die Einstufung wichtig sind. Beantworten Sie Fragen des Gutachters möglichst klar und kurz.
4. Verwenden Sie im Gespräch einige Notizen oder Ihr Pfl egetagebuch als Erinnerungsstütze, um wichtige Informationen nicht zu vergessen. Führen Sie über einige Tage zuvor ein Pfl egetagebuch oder machen Sie sich zumindest nach der Durchführung von Pfl ege verrichtungen Notizen über die Zeiten, die Sie dazu benötigten.
5. Machen Sie klare Zeitangaben zum Hilfebedarf bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“. Der Gutachter muss dokumentieren, wenn seine Einschätzung von Ihrer abweicht. Er muss prüfen, ob es Möglichkeiten gibt, diese Abweichung aufzuklären. Geht er im Gutachten nicht auf Ihre andere Einschätzung ein, hat er einen Formfehler begangen. Das Gutachten ist unzureichend. Die Pflegekasse muss Ihnen bzw. dem Antragsteller Einsicht in das schriftliche Gutachten gewähren.
6. Verharmlosen oder beschönigen Sie den Hilfebedarf nicht, sondern schildern sie ihn wahrheitsgemäß. Richten Sie den Kranken zu dem Termin nicht besonders fein her. Der Gutachter sollte Sie und den Kranken in einer normalen Alltagssituation vorfinden.
7. Schämen Sie sich nicht, Ihnen Pflege- und Betreuungsaufwand wahrheitsgemäß anzugeben. Leistungen aus der Pflegeversicherung sind kein Almosen, sondern ein Rechtsanspruch jedes Versicherten, soweit die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

8. Machen Sie wichtige Angaben von sich aus, auch wenn der Gutachter nicht danach fragen sollte.

9. Verlangen Sie ein zusätzliches Gespräch ohne den Kranken, wenn Sie im Beisein des Kranken nicht offen über den Hilfebedarf sprechen können. Wir alle wissen, wie betroffen und verletzt Demenzkranke reagieren können, wenn sie sich ihrer Defizite bewusst werden. Der Gutachter wird in den Begutachtungsrichtlinien darauf hingewiesen. Er muss Ihnen ein gesondertes Gespräch bei Ihnen oder in seinem Büro ermöglichen.

10. Der begutachtende Arzt muss auch auf Ihre Bitte eingehen, rücksichtsvoll mit dem Kranken umzugehen (z.B. wenn nicht offen über die Diagnose gesprochen werden soll oder es vermeiden sollte, die Defizite des Kranken offen anzusprechen).

### **Die acht wichtigsten Hinweise für die Anerkennung von Pflegezeiten**

1. Der „Bedarf“ an Hilfe wird anerkannt (Ausnahme: aktivierende Pflege).

2. Anleitung und Beaufsichtigung sind der konkreten Hilfe bei einer Verrichtung des täglichen Lebens gleichgestellt. Die erforderliche Zeit für Anleitung und Beaufsichtigung wird deshalb in gleicher Weise anerkannt wie für konkrete Hilfe.

3. Die anerkannte Pflegezeit beginnt bereits bei vorbereitenden Handlungen und der Aufforderung zu einer Pflegeverrichtung. Sie schließt ebenso nachbereitende Tätigkeiten mit ein.

4. Die demenzkranke Person soll möglichst viele Teile oder Einzeltätigkeiten einer Verrichtung noch selbst übernehmen (aktivierende Pflege). Dies setzt eine geduldige Anleitung und Beaufsichtigung voraus, die bei Demenzkranken mehr Zeit erfordert als die vollständige Übernahme einer Verrichtung.

5. Die Pflegezeit soll sich am Tempo des Kranken orientieren, nicht am Tempo des Betreuenden.

6. Eingaben auf Ängste, Unsicherheiten, Aggressionen, fehlende Motivation oder Unruhe während einer Pflegeverrichtung ist Pflegezeit, auch wenn dadurch die eigentliche Verrichtung zeitweise unterbrochen wird.

7. Der Gutachter muss bei Einschätzung des Zeitbedarfs für die Hilfeleistungen grundsätzlich von einer nichtprofessionellen Pflegeperson ausgehen („Laienpflege“).

8. Weiterhin ist die doppelte Pflegezeit bei Verrichtungen anzuerkennen, zu der zwei Pflegepersonen gebraucht werden; die akzeptierte Häufigkeit bestimmter Verrichtungen, z.B. Baden oder Duschen, richtet sich nach den individuellen Lebensgewohnheiten des Kranken und, auch mehrmalige kurze Verrichtungen wie z.B. „häufiges Auffordern zum Trinken“ ergeben zusammengenommen über den Tag hinweg beachtliche Pflegezeiten, die anzuerkennen sind.

### **Spezielle Hinweise zu Einzelverrichtungen im Überblick**

1. 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 und wird zeitlich anerkannt, wenn dabei Hilfe oder Aufsicht notwendig ist.

2. 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 als normale hauswirtschaftliche Tätigkeit angesehen.

3. Bei Darm- und Blasenentleerung werden auch das Entleeren und Reinigen von Toilettenstuhl oder nach Fählhandlungen (Kotschmierern) notwendige Reinigungsarbeiten in der Wohnung als „pflegerische“ Verrichtungen anerkannt.

4. Als unvermeidbare Gänge außer Haus werden nur Fahrten oder Gänge zu Ärzten, Apotheken, Krankengymnasten oder anderen ärztlich veranlassten Therapien anerkannt. Nur die Wegezeiten werden zeitlich anerkannt, keine Wartezeiten, z.B. beim Arzt. Spaziergehen oder der Besuch einer kulturellen Veranstaltung werden nicht als unvermeidbare Gänge anerkannt.

5. Haarewaschen und Fingernägel schneiden, ebenso wie Hilfe oder Aufsicht bei der Einnahme von Medikamenten werden nicht als pflegerische Verrichtungen anerkannt.

### **Konkrete Schritte zum Erhalt der Leistungen**

**1. Antragstellung:** Wenn Ihr demenzkranker Angehöriger in eine der Pflegestufe 1-3 eingestuft ist, erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse, ob auch die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz anerkannt wurden. Falls nicht, stellen Sie dazu gegebenenfalls einen Antrag oder schreiben Sie an die Pflegekasse des Kranken einen kurzen Brief mit folgendem Text:

*„Hiermit stelle ich für den Versicherten ... einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz.“*

**2.** Sammeln Sie bereits jetzt alle Kostenbescheinigungen und Belege, durch die Ihre Ausgaben für die Betreuung und Pflege Ihres Angehörigen nachgewiesen werden (wichtig sind Belege für die Tagespflege, die Kurzzeitpflege, für Betreuungsleistungen von Pflegediensten und für Betreuungsleistungen von anderen Diensten oder Initiativen wie z.B. Betreuungsgruppen, Helfergruppen usw.)

**Achtung:** grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen können nicht abgerechnet werden.

**3.** Erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse nach der Liste der sonstigen regionalen Angebote, die „nach Landesrecht“ anerkannt werden. Falls Sie unzureichende Auskünfte erhalten, wenden Sie sich an das Sozialministerium Ihres Bundeslandes. (Falls auf dieser Liste ein geeignetes Angebot zur Betreuung Ihres demenzkranken Angehörigen fehlt, bitten Sie, dieses Angebot aufzunehmen.)

**4.** Nach einigen Wochen erhalten Sie einen Bescheid über die Anerkennung der Anspruchsvoraussetzungen.

**5.** Wenn Sie einen Ablehnungsbescheid erhalten, legen Sie Widerspruch ein. Schreiben Sie an die Pflegekasse:

*„Hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid vom ... zur Anerkennung von Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz ein.“*

Begründen Sie Ihren Widerspruch mit einigen Sätzen, in denen Sie schildern, dass sich bei Ihrem Angehörigen im Alltag Beeinträchtigungen entsprechend der Kriterien des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes ergeben.

Legen Sie gegebenenfalls die Kopie eines fachärztlichen Berichts eines Neurologen oder Psychiaters bei, in dem die Diagnose der Demenz und deren Auswirkungen beschrieben ist. Ist dies nicht möglich, bitten Sie den Hausarzt, entsprechende schriftliche Angaben zu machen oder bitten Sie einen betreuenden Pflegedienst, die Auswirkungen der Demenz bei Ihrem Angehörigen kurz schriftlich darzustellen. Senden Sie die Unterlagen an die Pflegekasse und behaltene Sie eine Kopie. Falls Sie nochmals einen ablehnenden Bescheid erhalten, haben Sie die Möglichkeit, beim Sozialgericht eine Klage zu erheben.

**6. Einreichen der Kostenbelege:** Senden Sie die übers Jahr gesammelten Kostennachweise ein, sobald sie einen Betrag von 460 Euro erreichen. Beachten Sie, dass nur Kosten anerkannt werden, die sie selbst bzw. der Kranke erstattet haben. Fordern Sie gegebenenfalls weitere Kostenbescheinigungen von Betreuungsangeboten an, wenn Sie welche benötigen. Falls die Pflegekasse einzelne Kostennachweise nicht anerkennt, suchen Sie Rat bei einer Alzheimer Gesellschaft, einer Beratungsstelle oder einem Pflegedienst.