



Mehr Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – Wie Sie bekommen, was Ihnen zusteht!

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Reform der Pflegeversicherung werden Menschen mit „*erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf*“ (bei demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen) ab 01.07 2008 deutlich besser gestellt (vgl. § 45b Sozialgesetzbuch 11). Wir möchten Sie über die neue Rechtslage informieren, um Ihnen zu helfen einzuschätzen, ob bzw. was Sie wie beanspruchen können.

Zusammenfassung: Was hat sich geändert?

Zum einen ist es nun nicht mehr notwendig, eine „Pflegestufe“ zu haben, um zusätzliche Betreuungsleistungen zu erhalten. Anders als vormals besteht der Anspruch also nicht nur wenn der Antragsteller die Pflegestufe 1, 2 oder 3 hat, sondern auch dann, wenn keine dauerhafte Pflegebedürftigkeit vorliegt, die zumindest Pflegestufe 1 rechtfertigt. **Zum anderen können Menschen mit „erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen jetzt so genannte „zusätzliche Betreuungsleistungen“ in einem Umfang von bis zu 200 Euro pro Monat (also bis zu 2.400 Euro pro Jahr) beanspruchen,** während sie vor der Reform nur maximal 460,00 pro Jahr erhielten. Es fand also eine deutliche Leistungsausweitung statt!

Wofür kann das Geld verwendet werden?

Anspruchsberechtigte können sich hiermit Betreuungsleistungen „einkaufen“, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen (z.B. durch einen ambulanten Pflegedienst in ihrem Zuhause oder in einer Tages-/ Nacht-/ Kurzzeitpflegeeinrichtung) erbracht werden müssen. Nicht beansprucht werden kann das Geld für Unterbringungs-, Grundpflege- oder Hauswirtschaftsleistungen. Auch ist eine Auszahlung des Betrags ohne Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen bzw. für eine Leistungserbringung durch Privatpersonen (Angehörige, Nachbarn, etc.) nicht möglich.

Wann/ wie kann man die Leistungen beanspruchen?

- Der Antragsteller muss einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, dieser Betreuungsbedarf muss auf Dauer bestehen,
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) muss im Rahmen einer Begutachtung festgestellt haben, dass eine Krankheit oder Behinderung zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führt und diese Einschränkung muss auf Dauer gegeben sein,
- es muss ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden.

Wann gilt die Alltagskompetenz als „erheblich eingeschränkt“?

Der MDK bejaht eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei Vorliegen von mindestens **zwei Funktionsstörungen in den unten genannten Kategorien**. Voraussetzung ist, dass diese **dauerhaft und regelmäßig** vorliegen und **mindestens eine der Funktionsstörungen aus den unten dargestellten Kategorien 1 bis 9** stammt.

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen und Verursachen gefährdender Situationen
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen 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 (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag- / Nachtrhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzögertheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Sind die o.g. Voraussetzungen erfüllt, besteht ein Anspruch auf einen so **genannten „Grundbetrag“ von bis zu 100 Euro pro Monat** (1.200 Euro pro Jahr).

Wenn neben den oben genannten 2 Funktionsstörungen eine weitere in Kategorie 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 vorliegt, besteht ein Anspruch auf einen erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro pro Monat (2.400 pro Jahr).

Was muss ich beim Antrag auf die Leistungen beachten?

Der Antrag sollte schriftlich bei der Pflegekasse des Leistungsempfängers gestellt werden. Er sollte eine Aussage darüber enthalten, ob der Grundbetrag oder der erhöhte Betrag beansprucht wird. Wer bislang zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von 460 Euro jährlich bezogen hat, erhält den Grundbetrag ohne neuerliche Begutachtung des MDK. Gleiches gilt für den erhöhten Betrag dann, wenn eine frühere MDK-Begutachtung das Vorliegen der Voraussetzungen ergeben hat, so dass nach Aktenlage dem Antrag entsprochen werden kann.

Wichtig: Da Leistungen erst für den Zeitraum ab der Antragsstellung gewährt werden können, sollte diese frühzeitig erfolgen.

Wie komme ich an die Leistungen, nachdem sie genehmigt wurden?

Der Versicherte muss sich die Leistungen bei einer zugelassenen Pflegeeinrichtung „einkaufen.“

Er hat hierbei die Wahl

- entweder in Vorleistung zu gehen, also die Leistungen zunächst selbst bezahlen und sich das Geld im genehmigten Umfang von der Pflegekasse erstatten zu lassen oder
- der von ihm gewählten Pflegeeinrichtung seinen Anspruch gegen die Pflegekasse abzutreten, so dass diese ihre Leistungen direkt mit ihr abrechnen kann.

Geht mir mein festgestellter Anspruch verloren, wenn ich ihn in einem Monat nicht ausschöpfe?

Wenn Leistungsansprüche nicht zur Gänze im anfallenden Jahr aufgebraucht werden, dann werden sie auf das erste Halbjahr des Folgejahres übertragen. Eine spätere Geltendmachung ist nicht vorgesehen.

Gerne beantworten wir Ihre Fragen zu unseren Betreuungsleistungen auch in einem persönlichen Gespräch!

Ihr Team der inti GmbH