

GRH e.V.

ISOR e.V.

Gemeinsame Information

Nr. 1

zum Thema

Vorsorge, Betreuung und Pflege im Alter

Für Mitglieder und Sympathisanten

Berlin, Januar, 2018

Vorwort

Liebe Mitglieder und Sympathisanten unserer Gesellschaften GRH und ISOR, liebe Freunde,

unsere Organisationen bemühen sich seit ihrem Bestehen um den solidarischen Zusammenhalt ihrer Mitglieder, der natürlich vor allem auch gegenseitige Hilfe und Beistand in besonderen Lebenslagen einschließt. Diese Hilfe nach besten Kräften zu leisten, ist und bleibt unser Anspruch. Wir tragen damit gleichzeitig aber auch nicht unwesentlich zum Fortbestand und zur Arbeitsfähigkeit unserer Organisationen bei. Diese Solidarität war und ist Teil unserer Stärke. Sie ist Bestandteil unserer weltanschaulichen Positionen.

Natürlich können wir nicht die Leistungen von Wohlfahrtsverbänden anbieten, so wie diese sie in der praktischen Arbeit in vielfältigen Bereichen und auf vielen Ebenen für ältere Menschen erbringen. Aber unseren Mitgliedern in Fragen der Vorsorge, Betreuung und Pflege zur Seite zu stehen und Ihnen Hilfe zu gewähren, ist auch in unseren beiden Organisationen eine wichtige Aufgabe. Unsere gemeinsame Arbeitsgruppe existiert und arbeitet schon im dritten Jahr. Ihr Anliegen ist es in erster Linie, Anregungen zu geben, die eigene Verantwortung für eine rechtzeitige und sachgerechte Vorsorge zu wecken, bzw. zu stärken. Wir orientieren darauf, zu deren Realisierung die zahlreich existierenden Hilfsangebote zu nutzen und leisten konkrete Hilfe bei ihrer Inanspruchnahme. Vorsorge im Alter für ein möglichst langes, selbst bestimmtes Leben umfasst viele Bereiche. Die Aufgaben dafür werden mit zunehmendem Alter unserer Mitglieder für uns alle wachsen. Wir tragen dieser realen Situation in unseren Organisationen am besten damit Rechnung, wenn wir uns diesen Aufgaben inhaltlich und organisatorisch weiter gemeinsam zuwenden und unsere Kräfte für deren Realisierung vereinen. Daran werden wir künftig zielstrebig weiter arbeiten, um alle Mitglieder zu erreichen. Die bisherige Arbeit bestätigt uns und macht uns Mut.

Wir appellieren gleichzeitig an Euch, uns dabei zu unterstützen, vielleicht auch in unserer Arbeitsgruppe mit zu arbeiten oder Umschau nach Mitgliedern zu halten, die dafür Interesse haben.

Die nachfolgenden Ausführungen zu wichtigen Vorsorgemaßnahmen sollen dazu dienen, die Einsicht in die Notwendigkeit dieser Maßnahmen und für die eigene Verantwortung sich selbst und seinen Angehörigen gegenüber zu befördern. Wenn der Wunsch in der Mitgliedschaft besteht, zu weiteren Themen der Vorsorge informiert zu werden, lasst es uns wissen. Wir werden darauf reagieren. Für Fragen, Hinweise und Vorschläge sind wir dankbar.

Günter Seidel

Herbert Kranz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Seite	2
Inhaltsverzeichnis	Seite	3
Handreichung zum PSG II	Seite	4 - 16
Die Patientenverfügung	Seite	16 - 17
Die Vorsorgevollmacht für medizinische und gesundheitliche sowie rechtsgeschäftliche Angelegenheiten	Seite	18 - 19

Anlagen

Anlage 1

Muster einer Patientenverfügung

Anlage 2

Muster einer Vorsorgevollmacht für
medizinische und gesundheitliche Angelegenheiten

Anlage 3

Muster einer Vorsorgevollmacht für finanzielle
Und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten

Teil I

Handreichung zum Pflegestärkungsgesetz II

Am 1.1.2017 ist das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) in Kraft getreten, mit dem die zweite Stufe der Pflegereform umgesetzt wird. Im Zentrum steht die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Zudem wurde das bestehende System der drei Pflegestufen in ein neues System mit fünf Pflegegraden umgewandelt. Unser Anliegen ist, den Mitgliedern und Sympathisanten von GRH und ISOR ein Material in die Hände zu geben, das einige wichtige Hinweise für den praktischen Umgang mit den Regelungen des neuen Gesetzes gibt. Wir haben dafür eine Form gewählt, diese Erläuterungen als Antworten auf häufig gestellte Fragen zu geben. Natürlich können wir darin nicht auf alle Fragen eingehen und bieten deshalb bereits an dieser Stelle unsere Hilfe bei der Beantwortung weiterer Fragen an.

Hier unsere Antworten auf häufig gestellte Fragen rund um das PSG II.

1. Warum war eine Pflegereform notwendig?

Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit orientierte sich in der Vergangenheit vor allem an den körperlichen Einschränkungen des Betroffenen sowie am Zeitaufwand, den eine Laienpflegekraft für die Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität aufbringen muss. Die Hilfen für Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen wurden dabei nicht ausreichend berücksichtigt.

Dies hat sich mit der neuen Pflegereform geändert. Darüber hinaus kann mit dem neuen System besser geplant werden, welche Art von Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch tatsächlich braucht.

2. Was änderte sich bei der Einstufung pflegebedürftiger Menschen?

Bisher orientierte sich die Einstufung pflegebedürftiger Menschen vor allem an ihren körperlichen Defiziten. Künftig werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit einbezogen.

Statt der bisherigen drei Pflegestufen gibt es nun **fünf Pflegegrade**, was eine differenzierte Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglicht. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich künftig nicht mehr an Pflegeminuten, sondern an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen. Maßstab für die Beurteilung ist damit der Grad der Selbständigkeit. Außerdem werden bei der Begutachtung weitere Aspekte berücksichtigt, beispielsweise kommunikative Fähigkeiten oder die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

3. Wonach wird beurteilt, ob ein Mensch pflegebedürftig ist?

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
Wie selbständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressivem oder ängstlichem Verhalten?
4. Selbstversorgung
Wie selbständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen, beim Essen und Trinken und bei der Körperpflege?
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.
Wie aufwändig ist die Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, zum Beispiel bei Medikamentengabe oder Verbandswechsel?
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Wie selbständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen Aufgrund einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Zuordnung zu einem der **fünf Pflegegrade**.

4. Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?

Die Zuordnung zu einem **Pflegegrad** erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs Bereichen Mobilität (1), kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3), Selbstversorgung (4), Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen (5), Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (6), die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (zum Beispiel Essen oder Trinken), für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbständigkeit eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten noch vorhanden sind. Grundsätzlich gilt: Je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

Die innerhalb eines Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. Beispielsweise der Bereich „Selbstversorgung“ mit 40 Prozent oder der Bereich „Mobilität“ mit 10 Prozent. Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktes berücksichtigt werden. Aus dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der **Pflegebedürftigkeit** bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet. Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Bereiche 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) in die Berechnung eingehen, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte.

5. Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

- Pflegegrad 1:
12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 2:
27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 3:
47,5 bis unter 70 Punkte (schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 4:
70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 5:
90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft. Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese so genannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen vor. Für die Umstellung von den drei Pflegestufen auf die fünf Pflegegrade gelten automatische **Überleitungs- und Bestandsschutzregeln**, die eine Schlechterstellung von Pflegebedürftigen im neuen System verhindern. Ein Antrag ist nicht erforderlich.

6. Wer entscheidet über die Pflegegrad - Zuordnung?

Stellen Versicherte erstmals einen Antrag auf Pflegeleistungen erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** im Auftrag der Pflegekassen. Der MDK führt hierzu eine **Begutachtung** vor Ort durch und gibt anschließend eine Empfehlung zur Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die Pflegekasse entscheidet dann über die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die direkte Auswirkungen auf die Höhe der Leistungen hat.

7. Wie hoch sind künftig die Leistungen in den fünf Pflegegraden?

- Pflegegrad 1:
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €
Leistungsbetrag vollstationär: 125 €
- Pflegegrad 2
Geldleistung ambulant: 316 €
Sachleistung ambulant: 689 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €
Leistungsbetrag vollstationär: 770 €
- Pflegegrad 3
Geldleistung ambulant: 545 €
Sachleistung ambulant: 1298 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €
Leistungsbetrag vollstationär: 1262 €
- Pflegegrad 4
Geldleistung ambulant: 728 €
Sachleistung ambulant: 1612 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €
Leistungsbetrag vollstationär: 1775 €
- Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant: 901 €
Sachleistung ambulant: 1995 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €
Leistungsbetrag vollstationär: 2005 €

8. Wie geht es nach Antragstellung auf Pflegebedürftigkeit weiter?

Nachdem der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, beauftragt die Pflegekasse den MDK, die Pflegebedürftigkeit einzuschätzen. Der MDK-Gutachter ermittelt dabei nicht die Schwere der Behinderung oder Erkrankung, sondern wie selbstständig der Pflegebedürftige noch ist, welche Fähigkeiten er noch hat und wie viel personelle Unterstützung er im Alltag braucht. Der MDK-Gutachter kommt nach Hause, damit er ein möglichst realistisches Bild der Situation erhält. Der MDK schlägt dafür einen Termin vor.

Vorteilhaft ist es, wenn außer dem Pflegebedürftigen auch eine Vertrauensperson anwesend ist. Nach diesem Termin erstellt der MDK das Gutachten, auf dessen Grundlagen die Pflegekasse den Pflegegrad festlegt. Das Gutachten mit dem Pflegegrad wird von der Pflegekasse automatisch zugesandt. Wenn der Pflegebedürftige zustimmt, gilt die Empfehlung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen im Gutachten als Leistungsantrag.

9. Ablauf der Begutachtung

Für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit werden sämtliche pflegerelevante Kriterien berücksichtigt: körperlich, geistig, psychisch und sozial. Diese überprüft der Gutachter anhand der sechs Module:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlage
- Selbstversorgung
- Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt

Wichtig ist für den Pflegebedürftigen und die Angehörigen, dass sie die Begutachtung nicht als Prüfung verstehen. Antworten sollen realistisch sein und nicht aus Scham bestehende Probleme verheimlichen. Nur so kann der Gutachter erkennen, welche Unterstützung der Pflegebedürftige tatsächlich braucht.

10. Was sollte bei der Begutachtung beachtet werden?

Darüber hinaus sollte man im Vorfeld bereits wichtige Dokumente vorlegen können. Bei dem Termin ist die Anwesenheit einer Vertrauensperson des Pflegebedürftigen hilfreich.

Wichtige Unterlagen für die Begutachtung sind:

- Medikamente oder Medikationsplan sowie genutzte Hilfsmittel, die täglich benötigt werden
- Vorhandene Arzt- und Krankenhausberichte.
- Kommt bereits regelmäßig eine Pflegeperson vorbei, sollte auch diese vor Ort sein.
- Falls ein Pflegedienst versorgt, diesen um die Pflegedokumentation bitten.

Erstellen Sie von den Dokumenten Kopien, damit Sie diese dem MDK mitgeben können.

11. Warum ist die Anwesenheit einer Vertrauensperson wichtig?

Nachfolgender Text ist eine Zusammenfassung von Hinweisen aus im Internet veröffentlichten Ratschlägen zur Vorbereitung und Durchführung der Begutachtung durch den MDK zur Feststellung des Pflegegrades:

Vermeiden Sie unnötige Fehler, die zu einer falschen Pflegegrad-Einstufung führen können. Versetzen Sie sich am besten in die Position des Gutachters. Er sieht Sie und den zu Pflegenden vielleicht eine Stunde. Es ist unmöglich, die komplette Pflegesituation in dieser kurzen Zeit erfassen zu können.

Lassen Sie den zu **Pflegenden nie alleine mit dem MDK**. Es sollte immer eine Vertrauensperson des Patienten anwesend sein, die den ganzen Ablauf auch etwas lenken kann.

Keiner gibt gerne Fehler zu. Trotzdem ist es wichtig, beim MDK ehrlich zu sein und zuzugeben, was **NICHT** mehr geht. Wenn der Patient Unterstützung beim Essen und Trinken benötigt, muss dies zugeben werden.

Beim neuen Begutachtungssystem geht es schwerpunktmäßig immer darum, was der Antragsteller noch selbstständig erledigen kann und wo er Hilfe benötigt. Je mehr Hilfe ein pflegebedürftiger Mensch durch eine fremde Person benötigt, umso höher fällt die Bewertung für den Pflegegrad im Gutachten aus.

Verschweigen Sie nichts, fügen Sie aber auch nichts hinzu, was nicht stimmt. Die Gutachter können durch entsprechende Fragen und Tests Ihre Aussagen prüfen. Deshalb unser Rat: bleiben Sie glaubhaft.

Sagen Sie auch nicht, dass es schon noch so einigermaßen geht. Entweder der Patient kann etwas alleine machen oder er benötigt entsprechende Hilfe. Wenn es nicht mehr geht, sagen Sie dies und auch, wie viel Unterstützung notwendig ist.

Viele Patienten wollen einfach in einem guten Licht dastehen. Sie wollen sich nicht blamieren. Sollte der Patient von sich aus sagen, dass er dieses oder jenes noch kann, dies aber nicht so ist, dann fordern Sie ihn auf, die Tätigkeit alleine auszuführen.

Es muss der tatsächliche Zustand des zu Pflegenden gezeigt werden. Wenn er sich nicht mehr die Haare kämmen kann, dann sollte der Patient für die MDK-Begutachtung nicht topp gestylt dasitzen.

Auch wenn die pflegenden Angehörigen gerne zeigen, wie gut der Patient versorgt und gepflegt wird, kann diese gut gemeinte Geste zu einer falschen Einstufung führen.

Es reicht nicht aus, dass ein Patient seine Arme etwas nach oben strecken oder ein wenig hinter den Kopf bringen kann, um zu beurteilen, dass er sich auch selbst die Haare kämmen kann. Zeigen Sie dem Gutachter, wie Ihr Patient eben das nicht kann.

Ziehen Sie den Patienten zur Begutachtung mit „normaler“ Kleidung an und nicht mit einem Schlafanzug. Das zeigt, dass Sie Wert auf einen gepflegten Patienten legen, aber auch, dass das An- und Ausziehen mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Sollte der Patient gerade essen wenn der Prüfer vom MDK kommt, dann lassen Sie ihn weiter essen. So sieht der MDK-Prüfer die tatsächliche Situation und wie viel Unterstützung beim Essen notwendig ist.

Der Patient muss nicht aussehen wie „frisch poliert“. Wenn er sich kurz vor dem Begutachtungstermin mit einem Getränk oder dem Essen die Kleidung beschmutzt hat, dann kann das der Gutachter ruhig sehen. Dies macht klar, dass Sie dadurch einen Mehraufwand haben durch häufigeres Wechseln der Wäsche.

Wenn Patienten unsicher sind oder Angst vor gewissen Handlungen haben, sich sperren oder verweigern, haben Sie einen erhöhten Aufwand für die Pflege Ihres Angehörigen.

Menschen mit Übergewicht sind schwerer zu pflegen. Manche Patienten verstehen nicht alles gleich beim ersten Mal. Anweisungen müssen deshalb häufiger wiederholt werden. Auch das müssen Sie zur Sprache bringen.

12. Wie verhalte ich mich bei Ablehnung eines Antrags ?

Fast jeder dritte Antrag auf einen Pflegegrad wird zunächst einmal abgelehnt. Dagegen kann Widerspruch bei der Pflegekasse eingelegt werden. Wichtig ist eine schnelle Reaktion, um die Frist von 4 Wochen einzuhalten.

Deshalb reicht zunächst nachfolgendes formloses Schreiben:

An die

Pflegekasse XY

Musterstraße 7

97777 Musterlingen

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom Ihr Zeichen:

Sehr geehrte Damen und Herren,
da ich davon überzeugt bin, dass die Einstufung in den Pflegegrad nicht korrekt

ist, lege ich hiermit Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ein. Eine Begründung reiche ich zeitnah nach.

Gleichzeitig bitte ich um Übersendung des Gutachtens des MDK.

Mit freundlichen Grüßen

..... (Unterschrift)

Der Widerspruch ist als:

1. Einschreiben mit Rückschein oder
2. Fax mit Sendebericht oder
3. persönliche Übergabe in der Geschäftsstelle der Pflegekasse mit schriftlicher Bestätigung des Erhalts des Widerspruches möglich.

13. Wie begründe ich meinen Widerspruch?

Die Pflegekasse wird nun eine schriftliche Widerspruchsbegründung fordern. Diese fachliche Begründung ist im Idealfall ein vollwertiges Gegengutachten, erstellt von einem ausgebildeten Pflegeberater.

Wer keine fachliche Begründung für den Widerspruch liefert, läuft Gefahr, dass die Ablehnung „nach Aktenlage“ bestätigt wird.

Diese Ablehnung sollte dringend vermieden werden, da anschließend nur noch der Widerspruchsausschuss und die Klage vor einem Sozialgericht als Option zur Verfügung steht. Die fachliche Begründung ist unumgänglich und muss mit Sorgfalt und Bedacht formuliert sein.

Grundlage dafür sind die im Gutachten dokumentierten Hilfsbedarfe. Entsprechen sie den Tatsachen? An welchen Stellen bewertet das Gutachten die Selbständigkeit zu positiv? Wo ist mehr pflegerische Unterstützung erforderlich, als dies im Gutachten dokumentiert ist? Genau hier setzt die fachliche Argumentation an. Am besten ist es, wenn gleich mehrere Punkte im Gutachten angreifbar sind.

Im Schreiben muss sichtbar werden, an welchen Punkten das Gutachten die tatsächliche Situation falsch einschätzt und wie diese Situation tatsächlich ist. Der Widerspruchsgutachter muss dann beurteilen, ob diese Darstellung den Tatsachen entspricht.

Die fachliche Begründung sollte u.a. folgende Punkte beinhalten:

- Welche Hilfebedarfssituationen wurden im MDK-Gutachten nicht erfasst bzw. berücksichtigt?
- Welche Diagnosen/Befunde wurden im MDK-Gutachten nicht erfasst bzw. berücksichtigt?
- Bei welchen Begutachungskriterien wird ein zu hoher Grad der Selbständigkeit angenommen?

Nach Erhalt der fachlichen Widerspruchsbegründung wird die Pflegekasse einen neuen Begutachtungstermin beauftragen. Der MDK kommt erneut nach Hause, um die Einwände und das Erstgutachten zu überprüfen. Auf die Widerspruchsbegutachtung sollte man sich gut vorbereiten. Alle wichtigen Unterlagen sollten vorliegen. Sowohl die pflegebedürftige Person als auch die pflegende Person bzw. die Angehörigen sollten vorbereitet sein und verstehen, worauf es im MDK-Termin ankommt. Idealerweise kann mit Hilfe eines Pflegetagebuches dokumentiert werden, dass die eigene Sicht der Dinge korrekt ist. In vielen Fällen wird die Pflegekasse ein solches Pflegetagebuch, neben der fachlichen Begründung, fordern.

14. Was kann ich tun, wenn der Widerspruch abgelehnt wird?

Im Idealfall ergeht kurze Zeit nach der Widerspruchsbegutachtung ein neuer Bescheid, der die gewünschten Leistungen bewilligt. Sollte auch die Widerspruchsbegutachtung negativ ausfallen, bestehen zwei Möglichkeiten, gegen die Ablehnung des Widerspruchs vorzugehen:

- Anrufung des Widerspruchsausschusses der Pflegekasse oder gleich
- Klageeinreichung beim Sozialgericht

Bevor man sich zur Klage entscheidet, kann man also noch den Widerspruchsausschuss der Pflegeversicherung in der Hoffnung anrufen, die Klage vermeiden zu können.

15. Was hat es mit dem Widerspruchsausschuss der Pflegekasse auf sich?

Das Anliegen kann dem Widerspruchsausschuss neben den Unterlagen auch persönlich vorgetragen werden. Allerdings sind die Aussichten auf Erfolg hier sehr gering, dass der Ausschuss die Entscheidung des MDK revidiert.

Nur wenn der Widerspruch sehr oberflächlich vorbereitet war oder vorgetragen wurde oder wichtige Dokumente oder Diagnosen nicht vorlagen, besteht eine Chance darauf, dass der Widerspruchsausschuss das Urteil des MDK revidiert.

Lehnt der Widerspruchsausschuss erneut ab, bleibt nur noch die Klage vor dem Sozialgericht.

16. Was muss ich zur Klage wissen?

Nach der Ablehnung des Widerspruchs bleibt nur noch die Klage vor dem Sozialgericht. Erteilt die Pflegekasse einen klagefähigen Bescheid, kann innerhalb eines Monats eine Klage beim zuständigen Sozialgericht eingereicht werden. Eine solche Klage ist generell kostenfrei.

Der Kläger kann sich selbst vertreten, es muss also nicht zwingend ein Anwalt beauftragt werden.

Dennoch macht es durchaus Sinn, einen erfahrenen Anwalt hinzuzuziehen. Sollte die Klage jedoch scheitern, sind die Anwaltskosten vom Kläger zu tragen. Eine Klage muss, ähnlich wie beim Widerspruch, immer auch eine Argumentation beinhalten, die sich auf pflegfachliche Gründe stützt. Pflegefachliche Argumente liefert beispielsweise ein Pflegesachverständiger und Pflegeberater.

Letztlich geht es darum, die Argumente der Pflegekasse zu widerlegen und plausibel den Sachverhalt vorzutragen. Dabei ist auf die konkrete Begründung Wert zu legen, warum der jeweilige Pflegebedarf der einzelnen, strittigen Punkte höher ist als vom MDK-Gutachten angegeben.

Teil II

Die Patientenverfügung

Seit 2009 sieht das Gesetz die Möglichkeit vor, im Vorhinein schriftlich festzulegen, ob und wie man in bestimmten Situationen vom Arzt behandelt werden möchte. Um die Auslegung zu erleichtern, können in der Patientenverfügung auch persönliche Hinweise stehen, zum Beispiel zu den eigenen Wertvorstellungen oder zu religiösen Fragen. Der Arzt ist daran gebunden. Wer möchte, kann die Durchsetzung einer Person übertragen, der er vertraut. Das alles ist freiwillig. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz geht davon aus, dass inzwischen jeder dritte Mensch in Deutschland eine Patientenverfügung hat.

1. Was ist eine Patientenverfügung?

Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs – BGB).

2. Worauf muss nach der Entscheidung des BGH besonders geachtet werden?

Die Patientenverfügung sollte sorgfältig verfasst werden. Eine Patientenverfügung muss so unmissverständlich wie möglich formuliert sein, sonst können Ärzte im Ernstfall nicht entsprechend reagieren. Das zeigt nun die Entscheidung des Bundesgerichtshofes (BGH). Er entschied, dass die Formulierung "lebensverlängernde Maßnahmen" nicht immer ausreicht. Je genauer die Patientenverfügung formuliert ist, desto geringer ist die Gefahr von Konflikten. Deshalb ist es angeraten, bereits bestehende Patientenverfügungen zu prüfen, ob sie womöglich Allgemeinplätze enthalten. Probleme gibt es also, wenn die Patientenverfügung keine eindeutigen Aussagen trifft.

Generell sollte man sich beim Erstellen von einer ärztlich oder rechtlich fachkundigen Person beraten lassen. Auf keinen Fall sollte die Patientenverfügung ins Blaue formuliert werden.

3. Was gehört in die Patientenverfügung

Die Patientenverfügung sollte wie folgt aufgebaut sein:

- Eingangsformel
- Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll
- Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen
- Wünsche zu Ort und Begleitung
- Aussagen zur Verbindlichkeit
- Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen
- Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung
- Organspende
- Schlussformel
- Schlussbemerkungen

Datum, Unterschrift

Aktualisierungen sollten, wenn notwendig, erfolgen. Eigene Wertvorstellungen können ebenfalls hinzugefügt werden. Bezüglich der lebenserhaltenden Maßnahmen ist möglichst präzise zu formulieren.

Wie eine diesen Vorschlägen entsprechende Patientenverfügung aussehen könnte, wird in einer Textfassung im Anhang I dargestellt.

Es wird aber darauf hingewiesen, dass hinsichtlich des konkreten Inhalts der Verfügung die individuelle Situation und der sich daraus ergebende tatsächliche Wille des Verfügenden eindeutig ersichtlich sein muss.

TEIL III

Die Vorsorgevollmacht

1. Warum brauche ich eine Vorsorgevollmacht?

Niemand wünscht sich, durch Unfall oder schwere Krankheit unzurechnungsfähig zu werden. Niemand glaubt, dass es einen selbst treffen kann und doch kann es passieren. Ist **keine** vorherige Entscheidung des Betroffenen zur Vorsorge getroffen, gehen die Entscheidungen über Gesundheit, Geld, Besitz und Kinder an den Staat über. Es herrscht nach wie vor der Irrglaube, dass diese Rechte automatisch an den Ehepartner oder die Kinder übergehen. Dem ist nicht so. Wer also heute mit einer Vollmacht nicht rechtzeitig über sich selbst entscheidet, der übergibt diese Entscheidungsbefugnis erst einmal an den Staat.

2. Was also ist zu beachten, um nicht in diese Falle zu tappen?

Erstellung einer rechtssicheren Vorsorgevollmacht. Dafür sollte man (muss man aber nicht) Rechtsrat bei Wohlfahrtsorganisationen oder Juristen holen.

Es muss sichergestellt werden, dass die Vorsorgedokumente im Bedarfsfall auch gefunden werden.

Man sollte auf Gesetzesänderungen achten, um die Vorsorgedokumente anzupassen und ihre Gültigkeit zu gewährleisten.

Man kann die Vorsorgevollmacht als einheitliches Dokument sowohl für die medizinischen und gesundheitlichen Belange (zur Vorlage beim Arzt, in der Klinik u. ä.) wie auch für finanzielle und rechtsgeschäftliche Angelegenheiten (Umgang mit Behörden, Geld, Post, Verträgen u. ä.) verfassen, sie aber wegen der unterschiedlichen inhaltlichen Probleme auch getrennt formulieren.

Für beide Arten der Vollmacht finden sich in der Anlage Formulierungsbeispiele, die auch hier wieder nach den ganz persönlichen individuellen Erfordernissen ergänzt, bzw. geändert werden können.