

Sehr geehrte Damen und Herren,  
anbei erhalten Sie unseren Pflegebrief mit folgenden Themen:

- 1. Wenn Senioren Hilfe brauchen**
- 2. Antragsablehnung der Krankenkasse - Was ist zu tun?**
- 3. Entlastungsleistung werden zu selten abgerufen**
- 4. Erste Anhaltspunkte zur richtigen Einstufung:  
Unser Pflegegradrechner**



## **1. Wenn Senioren Hilfe brauchen**

Jeder von uns will gern sein Leben so führen, wie er es gewohnt ist. Doch irgendwann macht sich das Alter bemerkbar. Oft deuten kleine Anzeichen darauf hin, dass es nicht mehr wie früher ist: Einkaufstaschen tragen, Kochen, Treppen steigen – was früher leicht ging, fällt nun immer schwerer. Die Beweglichkeit lässt nach, längere Unterhaltungen strengen zu sehr an, die Mühen des Alltags verleiden einem die Lebensfreude.

Ob durch Krankheit oder einen plötzlichen Unfall: Jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens in die Situation kommen, sich um die Betreuung oder Pflege eines Angehörigen kümmern zu müssen. Dann ist ratsam, über tatkräftige Hilfe nachzudenken. Doch was ist genau zu tun?

Drei Antworten auf die drängendsten Fragen:

### **An wen wende ich mich im Pflegefall?**

Erster Ansprechpartner ist Ihre Krankenkasse. Dort ist die Pflegekasse angesiedelt, bei der Sie einen Antrag stellen müssen, um Leistungen wie Pflegegeld oder auch finanzielle Unterstützung für einen Wohnungsumbau aus der Pflegeversicherung zu erhalten. Wer privat versichert ist, stellt den Antrag bei seiner privaten Krankenversicherung. Im Anschluss beauftragt die Kranken- beziehungsweise Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, der den Pflegebedürftigen „begutachtet“ und über den Antrag entscheidet. Denn die Leistungen der Pflegekasse hängen vom Pflegegrad ab. Pflegebedürftige haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine kostenlose Pflegeberatung, etwa bei Erstantrag (siehe auch Thema 3 diese Pflegebriefes).



### **Wer hilft bei der Pflege?**

Die Pflege eines Angehörigen kann eine große Belastung sein. Nicht immer können Kinder und Enkel diese Aufgabe übernehmen. Verschiedene Dienste und Einrichtungen bieten deswegen ihre Hilfe an. Neben ehrenamtlichen Angeboten wie etwa den Seniorenbüros, die freiwillige Helfer ab 50 Jahren vermitteln ([www.seniorenbueros.org](http://www.seniorenbueros.org)), gibt es professionelle Pflegedienste, die die Pflege in der Wohnung des Angehörigen durchführen. Adressen von diesen sowie von stationären Pflegeeinrichtungen erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse.

Eine Alternative dazu ist die häusliche Betreuung, etwa durch eine erfahrene Pflege- und Betreuungskraft aus Osteuropa, wie sie zum Beispiel auch [wecare24](http://wecare24.de) anbietet. Hier leben die Helfenden mit den Senioren unter einem Dach und unterstützen diese in allen Lebensbereichen – vom Haushalt über Körperpflege und Ernährung bis hin zur Mobilität.

### **Welche Vollmachten sind nötig?**

Ist der Pflegebedürftige nicht mehr selbst in der Lage, den Antrag auf Pflegeleistung zu stellen, brauchen Angehörige -auch Ehepartner oder Kinder- eine Vorsorgevollmacht. Die bevollmächtigte Person kann damit Entscheidungen treffen oder Verträge unterschreiben. Kann der Betroffene keine Person mehr bevollmächtigen, muss beim Betreuungsgericht ein Antrag auf einen gesetzlichen Betreuer gestellt werden.

Siehe Pflegebrief zu Vollmachten: [www.we-care-24.de/app/uploads/2021/03/210216\\_Pflegebrief\\_wecare24.pdf](http://www.we-care-24.de/app/uploads/2021/03/210216_Pflegebrief_wecare24.pdf)

## **2. Antragsablehnung der Krankenkassen - Widerspruch kann sich lohnen!**

Viele Senioren und deren Angehörige kennen das: die bei der gesetzlichen Krankenkasse beantragten Hilfsmittel, Reha oder Haushaltshilfe werden abgelehnt. Das muss aber nicht

einfach hingenommen werden, denn oft kann nach einer Ablehnung ein Widerspruch helfen: Jeder zweite Widerspruch, den Versicherte gegen einen abgelehnten Antrag auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung bei Krankenkassen einlegen, ist erfolgreich. (Quelle: [Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung – IGES](#))

### **Wann genehmigen Krankenkassen Leistungen?**

Damit ein Leistungsantrag genehmigt wird, muss die gewünschte Maßnahme nicht nur medizinisch notwendig, sondern auch wirtschaftlich sein. Die medizinischen Befunde und die Lebenssituation der versicherten Person müssen für die Krankenkassen nachvollziehbar sein. Der Krankenkasse muss verständlich gemacht werden, aus welchen medizinischen Gründen man als Antragsteller z.B. Pflegebett oder ein spezielles Hörgerät braucht und eben nicht das Standardmodell.

Deshalb sollten die Betroffenen ihrem Leistungsantrag alle wichtigen Befunde sowie die Kontaktdaten der behandelnden Ärzte beifügen, um belegen zu können, dass die beantragte Leistung für sie medizinisch notwendig ist. Vor einer stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme müssen beispielsweise alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sein. Und bevor bei der Krankenkasse ein Antrag zur Übernahme der Kosten für ein Heil- oder Hilfsmittel gestellt wird, sollte mit dem behandelnden Arzt unbedingt geklärt werden, welche Leistungen der Krankenkasse in ihrem Fall zur Verordnung in Betracht kommen.



Um die Notwendigkeit der Maßnahme zu prüfen, ziehen die Krankenkassen in vielen Fällen den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, gesetzlich) oder medicproof (bei privaten Krankenversicherungen) hinzu. Sie prüfen die Unterlagen, die die Versicherten einreichen, fordern bei Bedarf weitere an oder führt eine persönliche Untersuchung der Versicherten durch.

## **Bei Ablehnung durch die Krankenkasse: innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen!**

Lehnt die Krankenkasse den Antrag auf Leistungen ab, können Versicherte innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Patienten haben zudem das Recht, die erstellten Gutachten einzusehen. Dies sollte man vorab am besten mit dem Arzt besprechen. Ein Widerspruch muss immer schriftlich erfolgen, eine Begründung kann nachgereicht werden. Diese sollte aber im Widerspruch angekündigt werden. Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen über einen Antrag auf Kostenübernahme für eine medizinische Behandlung, gilt diese als genehmigt. Nachträglich kann die Kasse die Genehmigung nicht zurücknehmen. Ist ein Gutachten (vom MDK oder medicproof) erforderlich, beträgt die Frist fünf Wochen.

([www.klugo.de/blog/krankenkasse-widerspruch](http://www.klugo.de/blog/krankenkasse-widerspruch))

## **Neu: Kostenerstattungen auch nach dem Ableben möglich**

Wer Pflege oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen vorstreckt, reicht den Erstattungsnachtrag bei der Pflegekasse ein. Bisher galt: Verstirbt der Pflegebedürftige, bevor der Antrag auf Erstattung bei der Pflegekasse eingeht, erlöschen alle Leistungsansprüche.

Diese Regelung wurde in der jüngsten Pflegereform zu Gunsten der Angehörigen überarbeitet und für 2022 geändert. Sie erhalten also auch nach dem Tod des Pflegebedürftigen die Erstattung, auf die sie Anspruch haben, wenn innerhalb von 12 Monaten die offenen Abrechnungen geltend gemacht werden. (Quelle: Senioren Ratgeber 2/2022, S. 46)

## **3. Entlastungsleistungen und kostenlose Hilfe für pflegende Angehörige werden zu selten abgerufen**

Pflegebedürftige haben, ganz gleich welcher Pflegegrad vorliegt, Anspruch auf einen „Entlastungsbetrag“ für Alltagshilfen von bis zu 1.500 Euro im Jahr (bzw. 125,00 Euro pro Monat). Interessant ist dieses Angebot vor allem für leicht Pflegebedürftige, die es noch schaffen, selbständig ihren Alltag meistern, aber ab und zu auch Hilfe benötigen.

Zum anderen eignet es sich besonders für die Angehörigen von Demenzkranken, die bei ihrer belastenden und anstrengenden Betreuung zwischendurch auch mal pausieren müssen.

Dieser Entlastungsbetrag kann beispielsweise für stundenweise Betreuung, Unterstützung bei sozialen Kontakten, Haushalts- und Einkaufshilfen, Spaziergänge und Vorlesestunden, Begleitungen zum Arzt, ins Kino oder zu Konzerten genutzt werden.

Das Geld dafür muss vorgestreckt werden, es wird dann bei entsprechendem Nachweis von der Pflegekasse als sogenannte „**Niederschwellige Entlastungsleistung**“ erstattet.

([www.bwpm.de/pflegenetzwerk/entlastungsleistungen/](http://www.bwpm.de/pflegenetzwerk/entlastungsleistungen/))

Doch 70% der Betroffenen rufen dieses Geld nicht ab - aus Unwissenheit. Das belegt eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege ([www.zqp.de/](http://www.zqp.de/)).

Befragt wurden mehr als 900 Pflegenden zwischen 40 bis 85 Jahren. Dabei kam heraus, dass sich viele pflegende Angehörige nicht richtig informiert fühlen. Jeder Dritte weiß nicht genau, was dem von ihm versorgten Pflegebedürftigen zusteht. Und fast jeder zweite sieht bei den Leistungen der Pflegeversicherung auch für sich selbst ein

Informationsdefizit.



Außerdem besteht der Anspruch auf eine kostenlose Pflegeberatung ([www.pflege-durch-angehoerige.de/nutzen-sie-die-kostenlose-pflegeberatung-fuer-pflegende-angehoerige/](http://www.pflege-durch-angehoerige.de/nutzen-sie-die-kostenlose-pflegeberatung-fuer-pflegende-angehoerige/)).

Nur 42 % der pflegenden Angehörigen haben sich offensichtlich bisher von Experten für ihren Pflegealltag zuhause instruieren lassen. Und sogar nur 8% haben einen Pflegekurs in Anspruch genommen, der ihnen laut Gesetz kostenlos zusteht.

Das ist umso gravierender, da mittlerweile

- ca. 73 % der Pflegebedürftigen zu Hause betreut werden,
- pflegende Angehörige mit 4,7 Millionen die größte pflegende Gruppe in Deutschland ist
- und aufgrund der demografischen Entwicklung auch weiter ansteigen wird.

Falls Sie zusätzliche Informationen zu diesen oder anderen Entlastungsmöglichkeiten benötigen, kommen Sie gerne auf uns zu.

#### **4. Erste Anhaltspunkte zur richtigen Einstufung: Unser Pflegegradrechner**

Bei vielen Interessenten für unsere häusliche Betreuung ist die zu erwartende

Pflegegradeinstufung durch den MDK oder medicproof eine oft gestellte und wichtige Frage.

Deshalb haben wir auf unserer Website einen Online-Pflegegradrechner installiert, um Betroffenen und deren Angehörigen eine Orientierungshilfe zu bieten.

Sie finden ihn unter folgendem Link: [www.we-care-24.de/services/pflegegradrechner/](http://www.we-care-24.de/services/pflegegradrechner/)

Für eine mögliche Unterstützung vor und ggf. auch während eines Begutachtungstermins (zuletzt vorrangig telefonisch), kommen Sie gern auf uns zu.

---

**wecare24** bietet Senioren, verunfallte Personen und deren Angehörigen Unterstützung in den eigenen vier Wänden an. In einem persönlichen Beratungsgespräch wird gemeinsam der individuelle Betreuungs- und Pflegebedarf ermittelt und dabei natürlich die finanziellen Möglichkeiten jedes Einzelnen berücksichtigt.

**LINKTIPP** – Mit dem **wecare24-Pflegegradrechner** können Sie berechnen, welche Mittel Ihnen zur Entlastung zustehen: [www.we-care-24.de/services/pflegegradrechner/](http://www.we-care-24.de/services/pflegegradrechner/)  
Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.we-care-24.de](http://www.we-care-24.de)  
oder telefonisch unter **040 - 68 99 64 83**.

**Hier steht Ihnen Informationsmaterial zum Download bereit:**

[Broschüre im pdf-Format](#)

[Website](#)

[Pflegebox](#)

[Pflegebriefe](#)

Für Fragen oder eine telefonische Kontaktaufnahme, klicken Sie bitte auf folgenden Link und hinterlassen Sie eine Nachricht für einen Rückruf.

Wir werden uns schellstmöglich mit Ihnen in Verbindung setzen.

[Kontaktlink](#)

Mit freundlichen Grüßen

Roland Rother & André Weber

wecare24

---

Wenn Sie dauerhaft den Pflegebrief abstellen möchten, senden Sie uns bitte eine Nachricht an:  
[pflgebrief@we-care-24.de](mailto:pflgebrief@we-care-24.de)

wecare24  
Schenkendorfstraße 22  
22085 Hamburg

Tel. 040 - 68 99 64 83  
Fax. 040 - 22 74 89 43  
Email [info@we-care-24.de](mailto:info@we-care-24.de)  
Web [www.we-care-24.de](http://www.we-care-24.de)

Mitgliedschaften: VHBP & GVN

