

Wie erkennen Sie, ob Ihr Angehöriger möglicherweise an Alzheimer Demenz erkrankt ist?

Zur Beurteilung verwendet der MDK gesetzlich festgelegte Kriterien:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich 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, herab-gesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
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, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Anspruch auf Grundbetrag:

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens eine Störung aus dem Bereich 1 bis 9 festgestellt werden.

Anspruch auf erhöhten Betrag:

Wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens eine Störung aus dem Bereich 1 bis 9 festgestellt werden. Darüber hinaus muss zusätzlich eine Störung aus dem Bereich 1 bis 5 oder 9 oder 11 vorliegen.

Die Kosten für die zusätzliche Betreuung werden von der Pflegekasse ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich bzw. 1.200 Euro jährlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich bzw. 2.400 Euro jährlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt.

Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Abrechnungsmodalitäten:

Der Versicherte erhält die beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung durch Einreichung der Rechnung über die monatlichen Betreuungskosten. Als erstattungsfähig gelten, bis zur Höhe der benannten Beträge, alle Kostenbestandteile der Betreuungsleistung (Pflegevergütung, Unterkunft & Verpflegung, IK-Satz).