

Plötzlich Pflegefall?!

Ein Sturz, ein Unfall, eine schwere Operation – und plötzlich wird ein Angehöriger oder werden Sie selbst zum Pflegefall.

So beantragen Sie einen Pflegegrad:

Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen, um einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zu stellen?

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten haben und daher auf Dauer, das heißt mindestens für sechs Monate, auf Hilfe angewiesen sind. Sämtliche Leistungen werden erst ab dem Monat der Antragsstellung gezahlt. Daher ist es zu empfehlen, den Antrag so früh wie möglich zu stellen.

Wo stelle ich den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung?

Den Antrag können Sie formlos per Mail oder Fax bei der Pflegekasse Ihrer gesetzlichen Krankenkasse stellen. Erst später müssen Sie genauer ausfüllen, welche Leistungen Sie nutzen wollen. Das Formular dazu kann man bei vielen Kassen online herunterladen oder telefonisch anfordern. Wichtig: Antragsteller ist immer der Pflegebedürftige selbst. Wenn Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde dies übernehmen, muss eine Vollmacht vorliegen.

Wer stellt Pflegebedürftigkeit fest?

Binnen 20 Arbeitstagen muss die Pflegekasse einen Termin für eine Begutachtung bei Ihnen zu Hause ermöglichen, bei dem die Pflegebedürftigkeit geprüft wird. Dieser Termin wird schriftlich angekündigt. Zu gesetzlich Versicherten kommt in der Regel ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), zu privat Versicherten ein Gutachter der Firma Medicproof. Auf der Grundlage des Gutachtens entscheidet die Pflegekasse – nicht der Gutachter – ob und welcher Pflegegrad zusteht. Der Gutachter muss Sie fragen, ob Sie sein Gutachten zugeschickt bekommen wollen. Diese Frage sollten Sie immer bejahen. So können Sie nachvollziehen, wie die Einstufung in den Pflegegrad – oder auch die Ablehnung ihres Antrages – zustande gekommen ist.

Wie schnell erfolgt die Bewilligung?

Innerhalb von 25 Arbeitstagen muss die Pflegekasse entscheiden, ob und welcher Pflegegrad vorliegt. Braucht die Kasse zu lange, stehen dem Antragsteller sofort 70 Euro pro Woche als Pauschale zu. Für bestimmte Ausnahmen gilt sogar eine Frist von nur einer Woche – beispielsweise dann, wenn Familienangehörige zu Hau-

se pflegen und dafür ihre Berufstätigkeit unterbrechen. Oder, wenn der Antragsteller in einem Hospiz beziehungsweise ambulant palliativ betreut wird. Die Entscheidung über einen Pflegegrad kann auch befristet gelten, wenn beispielsweise eine Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann. In diesem Fall wird die Pflegekasse vor Ablauf der Frist eine erneute Begutachtung veranlassen.

Was, wenn sich die gesundheitliche Situation verschlechtert?

Stellen Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung des Pflegegrades – schriftlich oder telefonisch. Einige Pflegekassen haben dazu ein eigenes Antragsformular. Nur die pflegebedürftige Person selbst oder ihr gesetzlicher Vertreter kann einen entsprechenden Antrag stellen. Zwischen der aktuellen Einstufung in den Pflegegrad und einem Antrag auf Höherstufung müssen mindestens sechs Monate liegen – es sei denn, der gesundheitliche Zustand hat sich rapide verschlechtert. Wie bei der Erstbegutachtung auch wird ein Gutachter des MDK Ihnen einen Hausbesuch abstratten und eine erneute Begutachtung durchführen. Anschließend wird die Pflegekasse über Ihren Antrag entscheiden.

Und wenn ich mit dem Bescheid der Pflegekasse nicht einverstanden bin?

Sie können Widerspruch einlegen. Dieser muss innerhalb von vier Wochen, nachdem Sie den Bescheid der Pflegekasse erhalten haben, bei der Pflegekasse eingehen. Die Pflegekasse darf dabei davon ausgehen, dass Sie den Bescheid ab dem 3. Tag nach Aufgabe bei der Post erhalten haben. Ihren Widerspruch können Sie der Pflegekasse erst einmal formlos und ohne Begründung mitteilen. Die Begründung sollten Sie aber unbedingt nachreichen. Der Widerspruch muss immer vom pflegebedürftigen selbst oder einem gesetzlichen Vertreter eingereicht werden.

Was passiert, wenn ich Widerspruch einlege?

Die Pflegekasse wird abermals den MDK mit der Begutachtung beauftragen. Das

bestehende Gutachten wird durch einen Zweitgutachter überprüft – eventuell durch einen erneuten Hausbesuch. Anschließend wird die Pflegekasse über Ihren Widerspruch entscheiden.

Wo kann ich mich beschweren, wenn ich mit dem Verlauf der Begutachtung unzufrieden bin?

In diesem Fall wenden Sie sich an die Beschwerdestelle des jeweiligen MDK.

Wer beantwortet meine Fragen rund um das Thema Pflege?

Die Pflegekassen müssen Antragstellern eine Pflegeberatung anbieten. Dieser Anspruch gilt gleichermaßen für pflegende Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen. Die Pflegeberatung ist kostenlos.

Sobald Sie einen Antrag gestellt haben, wird Ihnen die Pflegekasse einen direkten Kontakt bei einem Pflegeberater für ein Beratungsgespräch vermitteln. Dieser Kontakt muss innerhalb von 14 Tagen zustande kommen. Die Beratung kann auch zu Hause stattfinden. Oder die Pflegekasse stellt Ihnen einen Beratungsgutschein aus, den Sie bei einer unabhängigen Beratungsstelle einlösen können. Entsprechende Beratungsstellen nennt Ihnen die Pflegekasse oder Ihre Gemeinde. In vielen Bundesländern haben Pflegekassen und Kommunen sogenannte Pflegestützpunkte eingerichtet, die informieren und beraten.

Was leistet die Pflegeberatung?

Die Beratung soll vor allem den individuellen Beratungs- und Hilfebedarf systematisch erfassen. Dann wird – auf der Grundlage des Gutachtens des MDK – ein Versorgungsplan erstellt. Dieser berücksichtigt alle Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, die in Anspruch genommen werden können. Dazu gehören auch Fahr- und Besuchsdienste oder das „Essen auf Rädern“. Die Pflegeberatung informiert ebenfalls über Leistungen, die pflegende Angehörige entlastet. Auf Wunsch kann die Pflegeberatung alle regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote koordinieren. Pflegebe-

dürftige mit dem Pflegegrad 1 können den Beratungsbesuch halbjährlich in Anspruch nehmen. Mit Pflegegrad 2 oder 3 ist eine Beratung alle sechs Monate verpflichtend. Bei Pflegegrad 4 und 5 muss einmal pro Quartal eine Beratung erfolgen. Zugelassene Pflegedienste, Pflegeberater der Pflegekassen oder neutrale und unabhängige Beratungsstellen führen diese Beratungsbesuche durch. ■

Sabine Eis

Referentin für Gesundheits- und Sozialpolitik,
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband

*Mit freundlicher Abdruckgenehmigung aus mobil
4/18, Magazin der Deutschen Rheuma-Liga*