

Pflegebedürftig? – Vom Antrag bis zur Leistung

Was ist zu tun, wenn ich einen Antrag bei der Pflegeversicherung stellen möchte? Antworten darauf finden Sie in diesem Kapitel:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung
- Der Antrag bei der Pflegekasse
- Die Wartezeiten

Pflegebedürftigkeit ist Definitionssache

Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung. Im elften Sozialgesetzbuch (häufig abgekürzt als **SGB XI**, dem Pflegeversicherungsgesetz) und in den Richtlinien zu seiner Ausführung ist genau festgelegt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um Anspruch auf Leistungen aus den Töpfen der Pflegeversicherung zu haben. Den Begriff der Pflegebedürftigkeit fasst das Pflegeversicherungsgesetz dabei sehr eng. Grundsätzlich ist man nach dem Gesetz nur dann pflege-

bedürftig, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Es müssen gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen.
2. Dadurch muss Hilfe durch andere Personen notwendig sein.
3. Die körperlichen, kognitiven (das Denkvermögen betreffende) oder psychischen Beeinträchtigungen oder Belastungen der Betroffenen müssen so stark sein, dass sie diese nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können.
4. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen.
5. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit muss einen bestimmten Grad überschreiten.

Auch die Bereiche, in denen der Hilfebedarf erfasst wird, wurden vom Gesetzgeber genau vorgegeben. Wichtig zu wissen: Es geht bei der Bewertung der Gutachtenden nicht um die Schwere der Krankheit oder das Vorliegen bestimmter Diagnosen, sondern allein um das Maß der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in den folgenden Bereichen beziehungsweise Modulen, die für die Pflege bedeutsam sind:

1. Mobilität
2. Kognitive (geistige) und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Welche Kriterien innerhalb dieser Bereiche im Einzelnen gelten, erfahren Sie auf den → Seiten 46 und 79ff.

GUT ZU WISSEN

Bei steigender Pflegebedürftigkeit ist in der Regel häufig die Fähigkeit zur selbstständigen Haushaltsführung eingeschränkt. Entsprechende Fähigkeiten werden vom Gutachter zwar abgefragt, gehen aber nicht direkt in die Bestimmung des Pflegegrads ein, sondern dienen im Wesentlichen als Hintergrundinformation, um einen individuellen Versorgungsplan erstellen zu können, auf den Sie ein Anrecht haben.

Der Antrag bei der Pflegekasse

Leistungen aus der Pflegeversicherung müssen schriftlich bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegekasse ist immer bei der jeweiligen Krankenkasse angesiedelt, bei der der Pflegebedürftige versichert ist. Dort erhalten Sie die notwendigen Formulare und können sich auch über die Antragstellung selbst und die verschiedenen Leistungen informieren.

Als Antrag reicht zunächst ein formloses Schreiben an die Pflegekasse. Auch eine digitale Antragstellung, zum Beispiel über ein Versichertenportal, ist bei immer mehr Pflegekassen möglich. Wer bei der AOK kranken-

versichert ist, muss sich also an die AOK-Pflegekasse wenden, Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) an die TK-Pflegekasse. Privatversicherte müssen ihre private Pflegeversicherung kontaktieren. Den Antrag stellt immer die pflegebedürftige Person selbst. Dafür reicht theoretisch auch ein Anruf bei der Pflegekasse. Notieren Sie sich in diesem Fall aber unbedingt das Datum des Anrufs und zusätzlich auch den Namen der Person, die Ihren Anruf entgegen genommen hat. So können Sie später überprüfen, ob die Pflegeversicherung tatsächlich vom Antragsmonat an zahlt und können konkreter nachhaken, wenn sich nach dem Anruf nichts tun sollte. Die Pflegekassen schicken anschließend ein Antragsformular an den Pflegebedürftigen oder die Pflegebedürftige. Viele Kassen bieten das Formular auch im Internet zum Herunterladen an. Auch Angehörige dürfen den Antrag ausfüllen, der oder die Versicherte muss aber selbst unterschreiben.

In der Folge überprüft die Kasse, ob die Voraussetzungen für einen Pflegegrad erfüllt sind, also zumindest „geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ vorliegen. Dies entspräche nämlich Pflegegrad 1 und hätte zur Folge, dass der Betroffene Anspruch auf bestimmte Leistungen hat. Zu diesem Zweck sagen sich Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes (MD) oder durch ihn beauftragte freie Gutachter

BEISPIEL

Nina Reuther füllt den Pflegeantrag als Angehörige für Ihre Mutter aus. Ihre Mutter unterschreibt selbst. Wäre sie hierzu nicht in der Lage, muss ein Bevollmächtigter oder eine Bevollmächtigte für sie unterzeichnen. Damit es nicht zu Verzögerungen kommt, sollte in diesem Fall direkt eine Kopie der Vollmacht und auch die Kontaktdaten der bevollmächtigten Person beigelegt werden.

WICHTIG

Kümmern sich Angehörige um die Bürokratie rund um eine Pflegebedürftigkeit, ist es sinnvoll, wenn diese auch direkt mit Kranken- und Pflegekasse kommunizieren dürfen und von diesen Auskunft erhalten. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Vollmacht ausstellen. Die Kassen stellen hierfür Formulare bereit. Eine Gültigkeit über den Tod hinaus ist sinnvoll, weil die Vollmacht sonst mit dem Tod der versicherten Person erlischt, aber auch danach noch zum Beispiel Abrechnungen erfolgen.

zum Hausbesuch oder Telefoninterview an. Sie klären ab, wie sich die Einschränkung von Selbstständigkeit oder Fähigkeit für die betroffene Person auswirkt und wo Hilfe durch andere erforderlich ist. Das aus dem Hausbesuch resultierende Gutachten wird an die Pflegekasse geschickt.

Auf Basis des Gutachtens entscheidet die Kasse, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt und welcher Grad anerkannt wird. Die Verbraucherzentrale bietet online einen Pflegegradrechner an:

www.verbraucherzentrale.de/node/93979

GUT ZU WISSEN

Datum von Antragstellung und Begutachtung entscheidend

Für den Beginn der Leistung ist entscheidend, wann die Pflegebedürftigkeit eintritt (festgestellt vom MD) und der Antrag gestellt wird. Daher ist zu raten, den Antrag so früh wie möglich zu stellen, und nicht zu lange zu warten. Wird der Antrag in dem Monat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, so erhält die betroffene Person Leistungen ab dem Zeitpunkt der Antragstellung. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen erst vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

Ein Beispiel: Herr Lohmann ist nach einem Sturz am 12.2. nicht mehr mobil und braucht Hilfe beim Waschen und Anziehen.

1) Herr Lohmann geht nach seinem Sturz davon aus, dass er pflegebedürftig bleibt. Er stellt daher bereits am 18.2. (also im gleichen Kalendermonat) einen Antrag. Der Medizinischen Dienst stellt bei seiner Begutachtung fest, dass die Pflegebedürftigkeit ab dem 12.2. bestanden hat. Er erhält daher Leistungen ab dem 18.2. (Zeitpunkt der Antragstellung).

2) Weil Herr Lohmann zunächst glaubte, dass es ihm bald besser geht, stellt er erst am 28.3. einen Antrag auf Pflegeleistungen. Nachdem die Pflegekasse einen Pflegegrad zum 12.2. anerkannt hat, bekommt Herr Lohmann rückwirkend ab 1.3. Leistungen der Pflegeversicherung bezahlt. Da der Antrag erst im Kalendermonat März gestellt wurde, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.



„Hilfe anzunehmen, ist keine Schwäche.“

BARBARA SCHMITZ, Projektleiterin Pflegewegweiser NRW: Der Pflegewegweiser NRW informiert zu den verschiedenen Fragen rund um eine Pflege und vermittelt an Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen, die in der individuellen Situation weiterhelfen können: www.pflegewegweiser-nrw.de

Mit welchen Fragen melden Sie sich bei Ihnen, wenn Pflege plötzlich zum Thema wird?

In vielen Fällen tritt Pflegebedürftigkeit ganz plötzlich auf – nach einem Sturz, einem Unfall oder auch bei der Geburt eines Kindes. Meist hat man sich vorher nie mit dem Thema beschäftigt. Dann fragen die Leute: „Wie stelle ich überhaupt den Antrag? Wo sitzt meine Pflegekasse? Was ist Pflegegeld? Was ist eine Kombileistung?“ Die Verunsicherung ist groß, gerade in so einer Ausnahmesituation. Wir klären dann Schritt für Schritt: Was ist wichtig? Wer hilft vor Ort? Wie finde ich passende Anbieter?

Welche praktischen Hilfen bieten Sie?

Wir setzen auf einfache, alltagstaugliche Unterstützung. Zum Beispiel mit Checklisten – eine für den Fall, dass plötzlich Pflegebedürftigkeit eintritt, eine andere zur Vorbereitung auf den Besuch des Medizinischen Dienstes. Damit haben Angehörige und Betroffene schnell einen Plan. Unser Spickzettel zu den Pflegeleistungen erklärt kurz und knapp, was es gibt und was man beantragen kann – ohne Fachchinesisch, klar und direkt anwendbar.

Welchen Irrtümern unterliegen Menschen beim Thema Pflege?

Viele glauben: „Pflegebedürftig ist man erst, wenn gar nichts mehr geht.“ Das stimmt so nicht. Auch wer noch vieles selbst kann, aber im Alltag regelmäßig Hilfe braucht – etwa beim Waschen, Anziehen oder im Haushalt – kann pflegebedürftig sein. Ein anderer Irrtum ist: „Ich schaffe das schon allein – das ist doch meine Pflicht.“ Aber: Niemand muss das allein stemmen. Holen Sie sich frühzeitig Hilfe – nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch für sich selbst. Wer sich nicht um seine eigene Gesundheit kümmert, kann irgendwann an der Pflege zerbrechen. Hilfe ist keine Schwäche, sondern eine wichtige Ressource, um langfristig für den pflegebedürftigen Menschen da sein zu können.

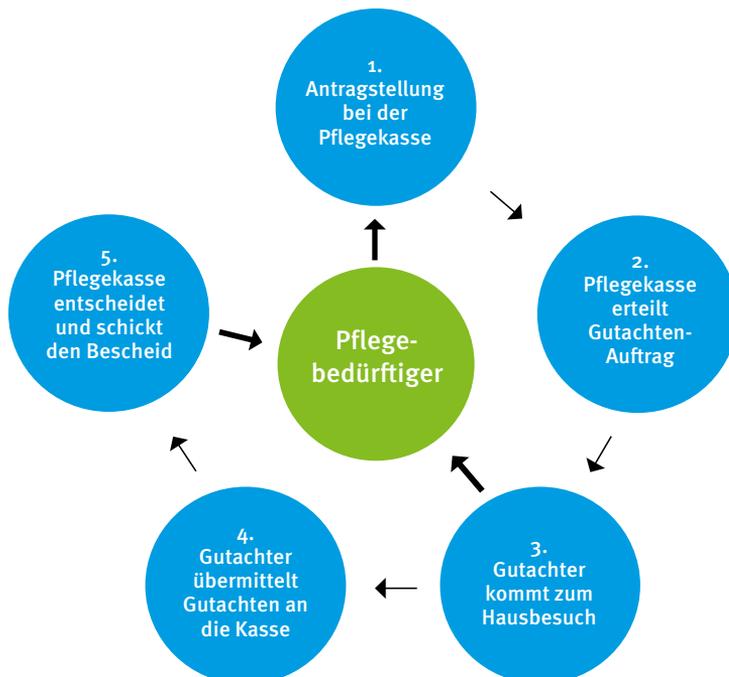
Mein Rat: Nutzen Sie unbedingt eine kostenlose Pflegeberatung in Ihrer Nähe. In der Pflegeberatung geht es um Ihre ganz persönliche Situation – nicht um Lösungen von der Stange. Sie erhalten genau die Unterstützung, die zu Ihren individuellen Bedürfnissen und Ihren Lebensumständen passt..

In fünf Schritten vom Antrag bis zum Bescheid

Den Antrag zu bearbeiten und zu prüfen, die Begutachtung und den Leistungsbescheid zu erstellen, das braucht Zeit. Doch niemand muss sich in endloser Geduld üben, bis die Leistungen bewilligt werden. Hing die Wartezeit früher noch zum Teil davon ab, in wel-

cher Region man wohnte oder wie viele Begutachtungsaufträge der MD gerade in Bearbeitung hatte, gibt es mittlerweile konkrete gesetzliche Vorgaben zu den maximal zulässigen Wartezeiten. Die Verbraucherzentrale hat eine Webseite veröffentlicht, die Sie Schritt für Schritt durch den Weg der Antragstellung führt: www.verbraucherzentrale.de/der-weg-zum-pflegegrad

In fünf Schritten vom Antrag bis zum Bescheid



Maximal zulässige Wartezeiten

ZEITRAUM	PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON WIRD ZU HAUSE BETREUT	PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON IST IN REHA, KRANKENHAUS, HOSPIZ ODER IN AMBULANTER PALLIATIVPFLEGE
Unverzüglich	<ol style="list-style-type: none"> Information durch die Kasse über kostenfreie Pflegeberatung, nächstgelegene Pflegestützpunkte, über Leistungs- und Preisvergleichslisten von Anbietern und spezielle Verträge zwischen Kasse und einzelnen Diensten oder Häusern Angebot eines konkreten Termins zur Pflegeberatung (innerhalb von 2 Wochen) oder Ausgabe eines Gutscheins für Pflegeberatung (zur Einlösung innerhalb von 2 Wochen) sowie Nennung von Pflegeberatungsstellen 	
Spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags		Begutachtung , wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung notwendig ist oder Pflegezeit angekündigt oder Familienpflegezeit vereinbart ist
Innerhalb von 10 Arbeitstagen	Begutachtung , wenn Pflegezeit angekündigt oder Familienpflegezeit vereinbart ist	
Innerhalb von 20 Arbeitstagen	Begutachtung im Normalfall	

Im Normalfall dürfen zwischen Antragstellung und der Begutachtung höchstens 20 Arbeitstage liegen. Kann die Pflegekasse innerhalb dieser Zeit keine Begutachtung organisieren, muss sie dem Antragsteller mindestens drei (unabhängige) Alternativgutachter benennen, mit denen er dann einen Termin vereinbart. **Darüber hinaus gilt, dass zwischen Antragstellung und der Entscheidung der Pflegekasse höch-**

tens 25 Arbeitstage liegen dürfen. Es sei denn, es gelten die oben stehenden, verkürzten Begutachtungsfristen. Es gilt das Datum, an dem der formlose Antrag bei der Krankenkasse eingegangen ist. Haken Sie nach, falls Sie bei Fristende immer noch nichts von der Pflegekasse gehört haben. Die Pflegekasse muss für jede weitere angefangene Woche, die verstreicht, 70 Euro an den Antragsteller zahlen.

 GUT ZU WISSEN

Die 25-Tage-Frist gilt nicht, wenn die Pflegekasse für die Verzögerung nicht verantwortlich ist – etwa, wenn der Pflegebedürftige selbst oder die Angehörigen nicht erreichbar waren oder einen Begutachtungstermin ohne Angaben von Gründen abgesagt haben. Auch wenn sich der Pflegebedürftige schon in einem Pflegeheim befindet oder schon mindestens Pflegegrad 2 festgestellt wurde, muss die Frist nicht zwingend eingehalten werden. Die Frist läuft allerdings weiter, sobald die Verzögerung beendet ist, zum Beispiel, wenn angeforderte Unterlagen nachgereicht wurden.

Möchten Sie als Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit (→ Seite 24) in Anspruch nehmen, sollten Sie auch das der Pflegekasse bereits auf dem Antragsformular mitteilen. Dann muss die Pflegekasse innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Antragstellung einen Gutachter schicken. Der Gutachter wiederum muss den Versicherten umgehend darüber informieren, welche Empfehlung er an die Pflegekasse weitergeleitet hat. Der Grund: Die Pflegezeit und die Familienpflegezeit sind an das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit geknüpft. Durch die schnelle Bearbeitung soll verhindert werden, dass Beschäf-

tigte diese Auszeit beantragen ohne die Voraussetzungen zu erfüllen.

Befindet sich der Pflegebedürftige im Krankenhaus, in einem Hospiz oder in einer Rehabilitationseinrichtung, muss die Begutachtung sogar innerhalb von fünf Arbeitstagen erfolgen, wenn nur so die weitere ambulante und stationäre Versorgung sichergestellt werden kann. Auch dann sollte der Bescheid der Pflegekasse kurze Zeit später vorliegen.

 GUT ZU WISSEN

Privatversicherte werden nur ausnahmsweise im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung durch die Ärzte oder Pflegefachkräfte von Mediproof begutachtet. Üblich ist die sogenannte Vorab-Einstufung. Dabei wird der Pflegebedarf anhand der medizinischen Unterlagen geprüft und ein vorläufiger Pflegegrad festgelegt. Die eigentliche Begutachtung erfolgt erst, wenn die versicherte Person wieder zu Hause ist. Wurde der Pflegegrad zu niedrig angesetzt, bekommt sie rückwirkend den höheren Betrag gezahlt. Wurde sie bei der Vorabprüfung zu hoch eingestuft, muss sie aber nichts zurückzahlen.