



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhalten will, muss diese beantragen. Die Pflegeversicherung überprüft, ob der Versicherte oder die Versicherte ein Recht auf Pflegeleistungen hat, und bestimmte bisher die Pflegestufe. Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II werden die Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Entscheidend ist dabei das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Gegen eine negative Entscheidung der Pflegeversicherung können Betroffene Widerspruch einlegen.

Pflegebedürftige, die bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, brauchen keinen neuen Antrag zu stellen, sie werden automatisch in den neuen Pflegegrad überführt.

Leistungen von der Pflegeversicherung, die im Sozialgesetzbuch XI geregelt sind, müssen Versicherte bei ihrer Pflegekasse beantragen. Viele Kassen bieten entsprechende Antragsformulare auf ihren Internetseiten an oder senden diese per Post oder E-Mail zu. Ein Antrag ist jedoch auch mit einem formlosen Schreiben möglich. Ist der Leistungsberechtigte selbst nicht mehr in der Lage, den Antrag zu unterschreiben, dürfen Angehörige dies nur dann stellvertretend tun, wenn sie über eine Vollmacht verfügen. Ansonsten sollten sie mündlich um die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit bitten. Sobald der Antrag eingegangen ist, prüft die Kasse, ob der oder die Betroffene die formalen Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung erfüllt, also anspruchsberechtigt ist. Danach besucht ein Gutachter oder eine Gutachterin des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) den Antragsteller oder die Antragstellerin zu Hause und erstellt ein schriftliches Gutachten. Auf dieser Grundlage entscheidet die Pflegeversicherung.

Der Hausbesuch des Medizinischen Dienstes

Die Gutachter und Gutachterinnen des MDK sind entweder Ärzte und Ärztinnen oder entsprechend geschulte Pflegekräfte. Sie untersuchen die Betroffenen und überprüfen mittels Fragen ihre Alltagskompetenz. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden sechs festgelegten Lebensbereichen (Modulen) Beeinträchtigungen und Störungen der Selbständigkeit untersucht. Hierbei wird der Grad der Beeinträchtigung nach einer bestimmten Modul-Gewichtung und einer Punktevergabe bestimmt. Die Module werden dabei unterschiedlich stark berücksichtigt.

Darauf sollten Angehörige achten:

- Die Gutachter müssen in den einzelnen Modulen notieren, wobei Menschen mit Demenz häufig Hilfe brauchen, ob sie selbstständig handeln können oder bestimmte Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind, Zeitaufschläge wie früher gibt es nicht mehr.
- Auch sollten sie den Bedarf an Hilfsmitteln, Wohnraumanpassung sowie Rehabilitationsmaßnahmen einschätzen und festhalten.
-

- An Demenz erkrankte Menschen und deren Angehörige sollten das Gutachten des MDK auf keinen Fall unterschreiben. Sonst kann es Probleme bei einem Widerspruch geben.
- Unproblematisch ist dagegen, den Gutachtern zu bestätigen, dass sie da waren.
- Das Datum der Antragstellung entscheidet darüber, ob die Beurteilung nach dem neuen Gesetz erfolgt. Anträge, die vor dem 31.12.2016 eingegangen sind, werden nach altem Recht behandelt.

Pflegetagebuch

Die Gutachter und Gutachterinnen des MDK sehen bei ihren Besuchen immer nur eine Momentaufnahme – eventuell unterschätzen sie dabei den tatsächlichen Pflegebedarf. Betroffene sollten daher in einem Pflegetagebuch alle Tätigkeiten notieren, bei denen Hilfe benötigt wird, und dem Besuch eine Kopie übergeben.

Vorbereitung auf den Hausbesuch

Die Gutachter des MDK kündigen ihr Kommen etwa eine Woche im Voraus schriftlich an. Diese Zeit sollten Angehörige zur Vorbereitung nutzen, um Kopien sämtlicher Atteste, Gutachten und anderer Dokumente zusammenzustellen, die die Demenzerkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen belegen. Außerdem sollten Sie in einem Pflegetagebuch genau festhalten, wie aufwendig Betreuung und Pflege sind. Auch das ständige Erinnern an wichtige Dinge wie die Einnahme von Medikamenten sollten Angehörige im Pflegetagebuch notieren.

Das Widerspruchsverfahren

Auch wenn das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen einen hohen Pflegebedarf bestätigt: Zum Schluss entscheidet allein die Pflegeversicherung über die Leistungen. Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn Ihr Antrag zunächst abgelehnt wird. Sie können gegen die Entscheidung der Pflegeversicherung binnen eines Monats Widerspruch einlegen. Als Widerspruch genügt zunächst eine formlose schriftliche Erklärung an die Pflegekasse. Die ausführliche Begründung kann später folgen. Die Pflegeversicherung muss daraufhin ihre Entscheidung überprüfen. Bleibt der Widerspruch erfolglos, können Versicherte Klage beim zuständigen Sozialgericht einreichen.

Das Wichtigste in Kürze:

- Gibt die Pflegeversicherung dem Antrag auf Pflegeleistungen statt, erhält der Versicherte sie rückwirkend ab dem Eingangsdatum des Antrages.
- Von zentraler Bedeutung für den Erhalt eines Pflegegrades ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Auf dessen Hausbesuch sollten sich Betroffene und ihre Angehörigen sorgsam vorbereiten.
- Wenn die Pflegeversicherung einen Antrag ablehnt, können Versicherte binnen eines Monats Widerspruch einlegen.