

FAQ

Was muss ich bei einem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung beachten?

Damit Sie rechtzeitig die nötigen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, lesen Sie hier die wichtigsten Informationen über die Antragstellung.

Wer kann einen Antrag stellen?

Die pflegebedürftige Person oder eine von ihr bevollmächtigte Person muss den Antrag stellen, unterschreiben und an die Pflegekasse senden.

Wo kann ich einen Antrag stellen?

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, müssen Sie den Antrag bei der Pflegekasse stellen, bei der Sie versichert sind. Sie werden dann von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes (MD) begutachtet.

<https://www.medizinischerdienst.de>

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrer Versicherung. Die Begutachtung erfolgt dann nicht durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, sondern durch den Medizinischen Dienst „MEDICPROOF“.

<https://www.medicproof.de>

Wie stelle ich einen Antrag?

Sie müssen den Antrag schriftlich bei der Pflegekasse stellen, bei der Sie versichert sind. Es reicht ein formloses Schreiben „Hiermit stelle ich einen formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.“ Die meisten Pflegekassen bieten auch Antragsvordrucke an. Diese erhalten Sie per Post und

stehen in der Regel auch auf der Website der Kasse zur Verfügung.

Ab wann erhalte ich die Leistungen?

Leistungen werden ab dem Tag der Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, ab dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Notieren Sie sich deshalb das Datum, wann Sie den Antrag gestellt haben und machen Sie eine Kopie. So kann später überprüft werden, ob die Pflegekasse vom Tag der Antragstellung an zahlt.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten?

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, müssen Sie in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied oder Familienangehöriger in der Pflegeversicherung versichert gewesen sein.

Welche Beratungsangebote gibt es bei der Pflegekasse?

Die Pflegekasse bietet Antragsstellern nach Eingang des Antrags eine Beratung in folgender Form an:

- innerhalb von 14 Tagen durch eine durch eine Person, die die Pflegekasse beauftragt
- einen Gutschein für eine Beratung in einer der Beratungsstellen, die Ihnen von der Pflegekasse genannt wird. Dieses Beratungsgespräch kann auch bei Ihnen zu Hause stattfinden.

Wie findet die Begutachtung statt?

Nachdem der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst (MD) (<https://www.medizinischerdienst.de>), den Grad der Selbständigkeit einzuschätzen.

Um festzustellen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, findet in der Regel eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung durch den Medizinischen Dienst statt. Hierzu vereinbart der Gutachter des MDK einen Termin mit Ihnen. Er wird Ihre Beeinträchtigungen begutachten und prüfen wie selbstständig Sie körperlich und geistig sind.

Zum Termin sollten idealerweise auch die Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuer des erkrankten Menschen, die ihn unterstützen bzw. der ambulante Pflegedienst, anwesend sein. Das Gespräch mit ihnen ergänzt das Bild der Gutachterin oder des Gutachters davon, wie selbstständig die Person, die den Antrag gestellt hat, noch ist, beziehungsweise welche Beeinträchtigungen vorliegen.

Dieser Hausbesuch ist die Grundlage für das sogenannte Pflegegutachten. Darin schlägt die Gutachterin oder der Gutachter der Pflegekasse die Einstufung in den Pflegegrad 1 bis 5 bzw. die Ablehnung des Antrags vor.

Wie bereite ich mich auf den Besuch des medizinischen Dienstes vor?

Überlegen Sie sich vorher, was Ihnen im Alltag besonders Schwierigkeiten macht. Wobei brauchen Sie Unterstützung? Was können Sie noch selbstständig schaffen? Machen Sie sich dazu Notizen.

- Sie sollten einen Angehörigen oder eine Pflegeperson bitten, bei der Begutachtung dabei zu sein. Unterstützung bei einer Begutachtung ist immer gut. Vielleicht kann Ihr Angehöriger auch wichtige Aussagen beisteuern. Bitten Sie eine Person aus Ihrem Verwandten- oder Bekanntenkreis, anwesend zu sein.
- Falls Ihnen bereits ein ambulanter Pflegedienst bei der Pflege hilft, lassen Sie sich von einer Pflegefachkraft unterstützen. Halten Sie die Pflegedokumentation bereit.
- Legen Sie alle Krankheitsberichte (Arzt-, Reha- und Klinikberichte) sowie einen aktuellen Medikamentenplan als Kopie bereit, da es hilfreich sein kann, wenn es Unterlagen gibt, die Ihre Einschränkungen bereits dokumentieren.

Weitere Informationen zur Pflegebegutachtung finden Sie auf dem Informationsportal der medizinischen Dienste zur Pflegebegutachtung unter folgendem Link:
<https://www.medizinischerdienst.de/versicherte/pflegebegutachtung>

Kann ich Widerspruch gegen den Bescheid der Pflegekasse einlegen?

Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides und schriftlich bei der Pflegekasse eingelegt werden. Am besten verschicken Sie ihn als Einschreiben mit Rückschein.

Es genügt ein formloses Schreiben mit der kurzen Mitteilung, dass Widerspruch eingelegt wird. Die Begründung kann gleich erfolgen oder später nachgereicht werden.

Wie lange dauert das Begutachtungsverfahren?

Spätestens 25 Arbeitstage nachdem die Pflegekasse den ersten Antrag auf Leistungen erhalten hat, muss sie das Ergebnis über die Einstufung in einen Pflegegrad mitteilen. Diese Frist verkürzt sich auf eine Woche bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist und/oder wenn Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt werden soll.

Beindet sich die pflegebedürftige Person zu Hause, ohne palliativ versorgt zu werden, und wird die Inanspruchnahme von Pflegezeit oder Familienpflegezeit beabsichtigt, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Bei diesen verkürzten Fristen muss nur geklärt werden, ob jemand pflegebedürftig ist oder nicht. Der konkrete Pflegegrad muss erst nach 25 Arbeitstagen festgelegt werden.

Hält die Pflegekasse die Frist von 25 Arbeitstagen bis zur Mitteilung über die Einstufung nicht ein, muss sie für jede begonnene Woche 70 Euro an die antragstellende Person zahlen. Dies gilt nicht für Antragsteller, die sich in stationärer Pflege befinden und bereits mindestens den Pflegegrad 2 anerkannt bekommen haben.

Ansprechpartnerin

Erika Stempfle

Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, ambulante Altenhilfe

Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege

T +49 30 65211-1672

M erika.stempfle@diakonie.de