



ANTRAG- STELLUNG UND VORBEREITUNG AUF DIE BEGUT- ACHTUNG

Baustein 2

IG Metall Wegbegleiter Pflege

Impressum

IG Metall,
Wilhelm-Leuschner-Str. 79,
60329 Frankfurt
Vertreten durch den Vorstand
1. Vorsitzender: Jörg Hofmann
Kontakt: vorstand@igmetall.de

V.i.S.d.P./Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:
Christoph Ehlscheid, IG Metall Vorstand, FB Sozialpolitik,
Wilhelm-Leuschner-Str. 79, 60329 Frankfurt
Kontakt: spa@igmetall.de

Text:
Hans Nakielski, Rolf Winkel, Sozialtext Media, Köln

Redaktion:
Katharina Grabietz, Stefanie Janczyk

Gestaltung:
Werbeagentur Zimmermann GmbH
Frankfurt am Main
www.zplusz.de

Fotos:
Werner Krüper

2. aktualisierte Auflage, Februar 2023

Alle Inhalte dieses Wegbegleiters wurden sorgfältig recherchiert und formuliert; eine Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit ist dennoch ausgeschlossen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Antragstellung	2
2. Vorbereitung auf die Begutachtung	6
Zwei Wochen lang Hilfen dokumentieren	7
Situation realistisch darstellen	9
3. Entscheidungsfristen	10
Frist für Pflegeberatung	10
Fristen zur Begutachtung	11
Übersicht:	
In sieben Schritten zur Pflegeeinstufung	13

1. ANTRAGSTELLUNG

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhalten will, muss dazu bei seiner gesetzlichen Krankenkasse, die auch als Pflegekasse tätig ist, einen Antrag stellen. Privat Versicherte beantragen Pflegeleistungen bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Bei Versicherten, die noch nicht als pflegebedürftig anerkannt sind, müssen die Pflegekassen bzw. Privatversicherungen erst einmal feststellen, ob überhaupt ein Pflegebedarf im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) XI (Pflegeversicherungsgesetz) vorliegt. Deshalb sollten Betroffene oder ihre Bevollmächtigten den Antrag so früh wie möglich stellen, und zwar sobald für längere Zeit voraussichtlich Pflege benötigt wird.



Im Prinzip gibt es bei der Antragstellung keine Formvorschriften. Es reicht zunächst ein einfaches Schreiben mit der Erklärung: »Hiermit beantrage ich ab sofort Leistungen der Pflegeversicherung«. Dazu müssen die Adresse, Versicherungsnummer, das Datum und die Unterschrift ergänzt werden. Spezielle Leistungen müssen dabei nicht beantragt werden.

Antragsberechtigt ist die pflegebedürftige Person selbst oder ein Bevollmächtigter bzw. naher Angehöriger. Bei den meisten Kassen können Anträge auch online gestellt werden oder es können die Antragsformulare auf den Internetseiten der Kassen heruntergeladen werden. Der Antrag kann auch telefonisch gestellt werden.

Unser Tipp:
Schriftlicher Antrag

In vielen Fällen neigen Angehörige zum schnellen telefonischen Antrag. Empfehlenswert ist es allerdings schon aus Beweisgründen, den Antrag schriftlich zu stellen oder nach einer telefonischen Antragstellung einen schriftlichen Antrag formlos hinterherzuschicken. So kann im Streitfall später belegt werden, wann der Antrag gestellt wurde.

Wer den Antrag zu spät stellt, erhält auch erst später Leistungen der Pflegekasse. Denn § 33 Abs. 1 SGB XI regelt: »Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.« Das bedeutet: Tritt die Pflegebedürftigkeit – etwa nach einem Schlaganfall – schon im Januar ein, wird der Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit jedoch erst im Mai gestellt, so setzen die Leistungen der Pflegekasse auch erst am 1. Mai ein, sofern die Pflegebedürftigkeit anerkannt wird.

Wer seiner Kasse zunächst formlos die Pflegebedürftigkeit angezeigt hat, wird umgehend einen »Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung« zugesandt bekommen. Die einzelnen Kassen haben dabei unterschiedliche Antragsformulare. In fast allen Formularen wird aber gefragt, ob es sich um einen

- ▶ Erstantrag,
- ▶ Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad oder
- ▶ eine Änderung der Pflegeleistung handelt.

Wer erstmals Leistungen beantragt, stellt natürlich einen »Erstantrag«. Pflegebedürftigkeit kann sich im Laufe der Zeit ändern. Wenn sich der Pflegebedarf erhöht hat, sollte ein Antrag auf eine Höhereinstufung bei der Pflegekasse gestellt werden. Das ist notwendig, um eine erneute Begutachtung auszulösen.

Im Antragsformular fragen die Kassen nach Name, Adresse und der Versichertennummer. Damit ist die Versichertennummer bei der Kranken- und Pflegekasse gemeint, die auch auf der Versichertenkarte der Kasse angegeben ist.

In den Formularen wird auch meist schon nach der Art der beantragten Leistung gefragt.

Wichtig:

Hier legen sich Antragstellende durch das Ankreuzen bestimmter Leistungen, z. B. Pflegegeld oder Pflegesachleistung, noch nicht fest. Sie können ihre Entscheidung später jederzeit ändern. Wenn sie unsicher sind, was sie hier eintragen sollen, können sie auch handschriftlich ergänzen: »Die Entscheidung möchte ich erst später nach einer Pflegeberatung treffen«. Eine entsprechende Beratung muss die Pflegekasse ohnehin anbieten.

(Siehe auch Wegbegleiter Pflege, Seite 7).

Es wird vielfach nach den Ursachen der Pflegebedürftigkeit gefragt. Die Pflegekasse interessiert in diesem Zusammenhang, ob die Pflegebedürftigkeit etwa durch einen Arbeitsunfall, Wehrdienstschaden, Verkehrsunfall oder ärztlichen Behandlungsfehler entstanden sein könnte. In diesen Fällen kommt gegebenenfalls für die Finanzierung nicht die Pflegekasse, sondern ein anderer Kostenträger in Frage. Das dürften jedoch eher Ausnahmefälle sein. Meist wird die Pflegebedürftigkeit durch Krankheiten verursacht.

Weiterhin fragt die Pflegekasse zumeist nach dem Hausarzt bzw. der behandelnden Ärztin der Person, die Pflege benötigt. Der Hausarzt oder die Hausärztin sowie auch alle

weiteren wichtigen Ärztinnen und Ärzte sollten auf jeden Fall angegeben werden. Ansonsten könnte sich die Bearbeitung des Antrags verzögern oder entscheidende Fakten können später bei der Pflegeeinstufung nicht berücksichtigt werden.

Wichtig:

Das Antragsformular muss von der pflegebedürftigen oder einer bevollmächtigten Person unterschrieben werden.

Am Ende des Formulars findet sich oft eine gesonderte »Einwilligungserklärung« oder „Schweigepflichtentbindung“. Diese sollte ebenfalls unterschrieben werden. Damit wird eingewilligt, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Unterlagen über Vorerkrankungen eingeholt und diese in die Begutachtung einbezogen werden dürfen.

Eine Unterschrift unter diese Einwilligungserklärung ist zwar nicht verpflichtend, denn der Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit bzw. auf Pflegeleistungen wird auch ohne bearbeitet. Mit der Unterschrift wird das Verfahren aber beschleunigt.

Ärztliche Befundberichte bzw. Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung brauchen Antragstellende der Pflegekasse in der Regel nicht zusenden. Es reicht, wenn diese später den Gutachterinnen oder Gutachtern bei ihren Besuchen vorliegen.

Unser Tipp:

Pflegekasse kann Unterlagen besorgen

Vielfach dürften Krankenberichte vorliegen. Falls nicht, ist es sinnvoll, diese vor dem Besuch des Gutachters zu besorgen. Wenn dabei Schwierigkeiten auftreten (etwa weil ein Arzt dafür eine Gebühr verlangt oder er die Unterlagen nicht zur Verfügung stellt, obwohl Patientinnen und Patienten ein Recht darauf haben), besorgt die Pflegekasse diese Unterlagen.

2. VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG

Nach der Antragstellung beauftragt die gesetzliche Pflegekasse den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung der oder des zu Pflegenden. Die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung beauftragen die eigens dafür gegründete MEDICPROOF GmbH, für die die gleichen Maßstäbe zur Begutachtung gelten.

Die Gutachterinnen und Gutachter vereinbaren dann einen Besuchstermin in der Wohnung der Antragstellerinnen oder Antragsteller, die Pflege benötigen. Bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern erfolgt die Begutachtung in der Einrichtung und im Falle eines Krankenhausaufenthalts kann auch dort begutachtet werden.

Zum Begutachtungstermin sollten – soweit vorhanden – alle wichtigen medizinischen Dokumente zu Erkrankungen und Vorerkrankungen bereitliegen. Hierzu gehören zum Beispiel: Arztberichte und Bescheinigungen, Medikamentenpläne, Auflistungen der erhaltenen Therapien, Entlassungsberichte



aus Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen, Röntgenbilder, CDs mit MRT-Aufnahmen, Allergiepass, Diabetikerausweis, Schwerbehindertenausweis, Verträge mit Pflegediensten usw.

Beim Besuch der Gutachterinnen und Gutachter ist es hilfreich, wenn Angehörige des oder der Pflegebedürftigen anwesend sind. Insbesondere gilt das für Angehörige, die die Betroffenen pflegen und versorgen. Denn eine Reihe von Sachverhalten, die für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend sind, können von den Gutachtern gar nicht selbst erhoben werden. Dies gilt insbesondere für sogenannte kognitive Einschränkungen und deren Folgen im Alltag. Gemeint ist damit, dass Menschen Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung, beim Lernen, Erinnern und Denken – also insgesamt bei der Erkenntnis- und Informationsverarbeitung – haben.

Zwei Wochen lang Hilfen dokumentieren

Zur Vorbereitung auf die Begutachtung sollten pflegende Angehörige mindestens über 14 Tage dokumentieren, in welchen Situationen die Pflegebedürftigen Unterstützung brauchen. Vordrucke für solche Dokumentationen oder Tagebücher gibt es kostenlos bei vielen Pflegekassen.



Wichtig:

Neben Pflege- sollen auch Betreuungs- und Unterstützungsleistungen (etwa Spaziergänge, gemeinsames Spielen, Organisation von Vorhaben) in den Dokumentationen festgehalten werden.

Unser Tipp:

Mit Begutachtungsverfahren beschäftigen

Pflegenden Angehörigen ist dringend zu empfehlen, sich vor dem Besuch eines Gutachters mit dem Begutachtungsverfahren der Pflegeversicherung zu beschäftigen.

*Siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 3***

Der Medizinische Dienst bzw. MEDICPROOF beurteilen in ihren Gutachten:

- ▶ ob jemand pflegebedürftig ist,
- ▶ in welchem Pflegegrad die oder der Betroffene eingestuft wird,
- ▶ welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach den Lebensumständen fachlich sinnvoll sind,
- ▶ ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind (Rehabedarf),
- ▶ welche Einschränkungen bei außerhäuslichen Aktivitäten und bei der Haushaltsführung festzustellen sind,
- ▶ ob eine stationäre Pflege empfohlen wird oder ob eine ambulante Betreuung ausreicht sowie
- ▶ wie viele Stunden pflegende Angehörige wöchentlich mit der Betreuung und Pflege beschäftigt sind.

Letzteres ist nur dann von Bedeutung, wenn die Pflegebedürftigen künftig zu Hause von Angehörigen betreut und gepflegt werden. Denn der zeitliche Umfang der Pflege und Betreuung durch Angehörige spielt nur noch eine Rolle für die soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen. Hier müssen mindesten zehn Stunden Pflege und Betreuung pro

Woche – verteilt auf mindestens zwei Tage – zusammenkommen, damit die für die Pflegepersonen geltenden Rechte bei der sozialen Absicherung (etwa: Rentenansprüche) greifen. Auch aus diesem Grund ist pflegenden Angehörigen dringend zu empfehlen eine Dokumentation zu führen, in der auch der zeitliche Umfang der Betreuung und Pflege festgehalten wird.

Siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 7**

Situation realistisch darstellen

Kaum jemand stellt sich gern als besonders hilfebedürftig oder unselbstständig dar. Viele Menschen neigen dazu, sich möglichst positiv zu präsentieren. Der Besuch des Medizinischen Dienstes wird dann als eine Art Prüfung verstanden, die es zu bestehen gilt. Dazu passt nicht unbedingt das Eingeständnis, dass man beim Aufstehen, Waschen oder Toilettengang Hilfe benötigt oder sich im Alltag nicht mehr gut zurecht findet.

Wichtig:

Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen müssen sich klarmachen, dass für eine angemessene Begutachtung eine realistische Darstellung der Situation erforderlich ist. Schwächen und Einschränkungen bei der Selbstständigkeit sollten dabei weder unter- noch übertrieben werden.

Siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 3**



3. ENTSCHEIDUNGSFRISTEN

Frist zur Pflegeberatung

Sobald die Pflegekasse einen Antrag zu Pflegeleistungen erhält, muss sie binnen 14 Tagen einen Termin für eine individuelle Pflegeberatung anbieten. Auch Krankenhäuser sind im Rahmen des Entlassmanagements verpflichtet, Patienten, bei denen sich nach einem Klinikaufenthalt Pflegebedürftigkeit abzeichnet, über mögliche Leistungen der Pflegeversicherung zu beraten. Tun sie das nicht und die Betroffenen sind tatsächlich pflegebedürftig, dann müssen die Kassen sie so stellen, als wenn sie direkt nach dem Klinikaufenthalt Pflegeleistungen beantragt hätten – auch wenn noch gar kein Antrag gestellt wurde. Das geht aus einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Juni 2021 (Az.: B 3 P 5/19 R) hervor.

Falls nach einem Klinikaufenthalt, einer ambulanten Operation oder bei schwerer Krankheit zwar auf Dauer (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) keine



Pflegebedürftigkeit vorliegt, die Betroffenen aber so viel Hilfe benötigen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege (nach dem SGB V) nicht ausreichen, dann können sie für maximal acht Wochen Leistungen der Kurzzeitpflege (siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 5**) von der Krankenversicherung erhalten. Dies regelt § 39c SGB V.

Fristen zur Begutachtung

Nach dem Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss so schnell wie möglich eine Begutachtung erfolgen. Wenn innerhalb von **20 Arbeitstagen** nach der Antragstellung keine Begutachtung erfolgt, ist die Pflegekasse verpflichtet, den betroffenen Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, damit es auch ohne den Medizinischen Dienst vorangehen kann (§ 18 Abs. 3a SGB XI). Diese Verpflichtung besteht nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

Wer einen Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gestellt hat, dem muss innerhalb von **25 Arbeitstagen** nach der Antragstellung das Ergebnis der Begutachtung mitgeteilt werden.

Eine verkürzte Frist von **zwei Wochen** nach Eingang des Antrags gilt, wenn der oder die Pflegebedürftige (ohne palliative Versorgung) zu Hause lebt und die pflegende Person bei ihrem Arbeitgeber eine Pflege- oder Familienpflegezeit (siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 1**) angekündigt hat.

Falls diejenigen, die Pflegeleistungen beantragen, gerade im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz sind oder zu Hause ambulant palliativ versorgt werden, verkürzt sich die Frist zur Begutachtung auf **eine Woche**, wenn

- ▶ eine schnelle Entscheidung zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder
- ▶ ein betreuender Angehöriger eine (Familien-)Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt hat.

Dauert die Antragsberatung länger als gesetzlich vorgeschrieben, so muss die zuständige Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an betroffene Antragstellende zahlen. Das gilt nicht, wenn diese die Verzögerung selbst zu vertreten haben oder wenn sie sich in stationärer Pflege befinden und bereits mindestens Pflegegrad 2 zuerkannt bekommen haben.

Unser Tipp:

Gutachten zuschicken lassen

Antragstellerinnen und Antragsteller haben jetzt ausdrücklich ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid der Pflegekasse auch das Gutachten zugesandt wird. Sie müssen bereits bei der Begutachtung auf dieses Recht hingewiesen werden. Außerdem müssen sie automatisch eine Auskunft darüber erhalten, ob die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist (§ 18a SGB XI). Sofern die betroffene Person einwilligt, stellt die Pflegekasse auch die erforderlichen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation bei den zuständigen Trägern.

ÜBERSICHT: IN SIEBEN SCHRITTEN ZUR PFLEGEINSTUFUNG

Schritt 1:

Leistungen der Pflegeversicherung beantragen (ggf. auch telefonisch)

Schritt 2:

Antragsformular der Pflegekasse ausfüllen und abschicken

Schritt 3:

Vorbereitung auf die Begutachtung
(Dokumentation über erbrachte Hilfen)

Schritt 4:

Terminabsprache für die Pflegebegutachtung

Schritt 5:

Besuch des Gutachters oder der Gutachterin

(Wenn diese nicht innerhalb von 20 Tagen ab Antragstellung kommen, müssen drei unabhängige Gutachter zur Auswahl benannt werden.)

Schritt 6:

Ausfertigung des Gutachtens durch den Medizinischen Dienst bzw. MEDICPROOF

Schritt 7:

Zusendung des Bescheides und ggf. des Gutachtens von der Pflegekasse

(Die Zusendung muss spätestens 25 Arbeitstage nach der Antragstellung erfolgen.)

