



Baustein 2

IG Metall Wegbegleiter Pflege

**Antragstellung und
Vorbereitung
auf die Begutachtung**

55plus

Inhaltsverzeichnis

1. Antragstellung	2
2. Vorbereitung auf die Begutachtung	6
Zwei Wochen lang Pfl egetagebuch führen	7
Situation realistisch darstellen	9
3. Entscheidungsfristen für die Antragsbearbeitung	10
Regeln ab 2018	10
Sonderregeln für das Jahr 2017	11
Übersicht: In sieben Schritten zur Pflegeeinstufung	12

Impressum

Herausgeber:
IG Metall Vorstand
FB Sozialpolitik
Wilhelm-Leuschner-Straße 79
60329 Frankfurt
Telefon: 069 / 6693-0
Telefax: 069 / 6693-2843

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

Redaktion:
Angelika Beier, Henning Groskreutz, Stefanie Janczyk

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

Fotos:
Werner Krüper

Druck:
apm AG, Darmstadt

Februar 2017

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

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, Versichertennummer, 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. Der Antrag kann auch telefonisch gestellt werden.

Unser Tipp: **Schriftlicher Antrag**

Anträge werden häufig in Krisensituationen gestellt. In solchen 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 später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit 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, die sich zudem mit der Pflegereform Anfang 2017 geändert haben. In allen Formularen wird aber gefragt, ob es sich um einen

- Erstantrag,
- Antrag auf Einstufung in eine höhere Pflegestufe oder
- eine Änderung der Pflegeleistung handelt.



Wer erstmals Leistungen beantragt, stellt natürlich einen »Erstantrag«.

Ferner 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 Antragsteller 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 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 nach dem Hausarzt bzw. dem behandelnden Arzt 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 eine gesonderte »Einwilligungserklärung«. 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 der Krankenversicherung (MDK) 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 wie für den MDK.

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, Entlas-

sungsberichte 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 Pfl egetagebuch führen

Zur Vorbereitung auf die Begutachtung sollten pflegende Angehörige mindestens über 14 Tage ein Pfl egetagebuch führen. Vordrucke für solche Tagebücher gibt es kostenlos bei den Pflegekassen.



Wichtig:

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

Unser Tipp:

Mit Begutachtungsverfahren beschäftigen

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

Siehe Wegbegleiter Pflege – Baustein 3

Der MDK bzw. MEDICPROOF GmbH beurteilen in ihren Gutachten:

- ob jemand pflegebedürftig ist,
- in welchen 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 mit der Pflegereform ab 2017 nur noch eine Rolle für die soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen. Hier müssen mindesten zehn Stunden Pflege und Betreuung pro Woche – verteilt auf

zwei Tage – zusammenkommen, damit die ab 2017 für die Pflegepersonen geltenden Rechte bei der sozialen Absicherung (etwa: Rentenansprüche) greifen. Auch aus diesem Grund ist pflegenden Angehörigen dringend zu empfehlen ein Pflegetagebuch zu führen, in dem 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 MDK wird dann als eine Art Prüfung verstanden, die es zu bestehen gilt. Dazu passt nicht unbedingt das Eingeständnis, dass man beim Aufstehen, Waschen oder Toilettenengang 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 für die Antragsbearbeitung

Nach der Antragstellung muss so schnell wie möglich eine Begutachtung erfolgen. Die »Geschwindigkeit«, in der das ablaufen soll, wird durch verschiedene Vorgaben im Sozialgesetzbuch XI bestimmt.

Da durch die 2017 in Kraft getretene Pflegereform mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und einem ganz neuen Begutachtungsverfahren die Belastung der Gutachterinnen und Gutachter besonders groß ist, gelten verschiedene Bearbeitungsfristen.

Regeln ab 2018

Ab 2018 gilt: Wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach der Antragstellung keine Begutachtung erfolgt, ist die Pflegekasse verpflichtet, dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, damit es auch ohne den MDK 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 Antragstellung das Ergebnis der Begutachtung mitgeteilt werden. Eine verkürzte Frist von einer Woche gilt,

- wenn ein Angehöriger zur Pflege eine Pflegezeit beantragt hat sowie
- wenn der Antrag bei einem Krankenhausaufenthalt, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, einem Aufenthalt in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung erfolgte und eine schnelle Entscheidung zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist.

Dauert die Antragsbearbeitung länger als gesetzlich vorgeschrieben, so muss die zuständige Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an



betroffene Antragsteller 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.

Sonderregeln für das Jahr 2017

Die oben genannte Ein-Wochen-Frist und die Frist von 25 Arbeitstagen, ab der Anträge auf Anerkennung von Pflegebedürftigkeit bearbeitet werden müssen, sind für 2017 ausgesetzt. Die 20-Tages-Frist gilt nur, wenn ein besonders dringlicher Handlungsbedarf besteht. Liegt ein solcher Handlungsbedarf vor, dann sollten ihn die Betroffenen gegenüber der Pflegekasse deutlich machen.

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. So soll dem wichtigen Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« Ausdruck verliehen werden.

Übersicht: In sieben Schritten zur Pflegeeinstufung

-
- Schritt 1:** Leistungen der Pflegeversicherung beantragen (ggf. auch telefonisch)
- Schritt 2:** Antragsformular der Pflegekasse ausfüllen und abschicken
- Schritt 3:** Vorbereitung auf die Begutachtung (Pflegetagebuch)
- 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. Das gilt ab 2017 bei dringlichem Entscheidungsbedarf und ab 2018 generell.)
- Schritt 6:** Ausfertigung des Gutachtens durch den MDK bzw. MEDICPROOF GmbH
- Schritt 7:** Zusendung des Bescheides und ggf. des Gutachtens von der Pflegekasse (Ab 2018 gilt: Die Zusendung muss spätestens 25 Arbeitstage nach der Antragstellung erfolgen.)

