

Der Weg zum Pflegegrad

Pflege kostet Geld. Die Pflegekasse zahlt auf Antrag. Vorher wird gutachterlich geklärt, ob Bedarf besteht. Wichtig ist, sich auf den Besuch des Gutachters gut vorzubereiten.

Sobald deutlich wird, dass ein Angehöriger sein Leben nicht mehr selbst regeln kann und regelmäßig auf Hilfe angewiesen ist, sollten Pflegeleistungen bei der Pflegekasse beantragt werden. Wie viel finanzielle Unterstützung ein Mensch bekommt, hängt davon ab, wie selbstständig er sein Leben führen kann und bei welchen Tätigkeiten er Hilfe braucht. Danach richtet sich die Einstufung in einen von fünf Pflegegraden. Je höher der Pflegegrad ist, desto mehr Geld gibt es (siehe Tabelle auf S. 35).

1 Der Antrag: Aller Anfang ist leicht. Ein Anruf oder eine E-Mail reicht.

Der Pflegebedürftige muss den Antrag auf Pflegeleistungen bei seiner Pflegeversicherung stellen. Sie ist bei der gesetzlichen Krankenkasse angesiedelt. Ist die pflegebedürftige Person beispielsweise bei der Barmer versichert, genügt es, den Antrag an die Barmer zu schicken mit der Bitte, ihn an die Pflegekasse weiterzuleiten. Privatversicherte müssen sich an ihre private Pflegeversicherung wenden (siehe „Privatpflegeversichert“, S. 32).

Angehörige, Bekannte oder Nachbarn können die Leistungen für den Versicherten beantragen, wenn er sie bevollmächtigt hat. In der Vollmacht muss der Versicherte die Person namentlich nennen und erklären, in welchen Angelegenheiten sie Vertretungsbefugnis hat. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, ist der genannte Bevollmächtigte Ansprechpartner für die Pflegekasse. Eine Kopie der Vollmacht muss dem Antrag beigelegt werden.

Für den Antrag reicht zunächst sogar ein Anruf bei der Kasse; die Bevollmächtigung

kann später nachgewiesen werden. Wichtig ist es, sich den Namen des Gesprächspartners und den Zeitpunkt des Telefonats zu notieren. Ebenfalls rasch und gleichzeitig besser zu belegen ist ein Antrag per E-Mail oder Fax. So haben Antragsteller und Angehörige einen Datumsnachweis für ihren Antrag. Das Datum ist wichtig, weil die Pflegekasse rückwirkend ab dem Monat der Antragstellung zahlt.

Für den Antrag genügen erst einmal der Name, die Anschrift und ein Satz: „Hiermit beantrage ich ab dem heutigen Tag Leistungen aus der Pflegeversicherung und bitte um kurzfristige Begutachtung.“ Einen Musterbrief finden Sie im Formulareil ab S. 113.

2 Die Beratung: Pflegebedürftige und Angehörige haben Anspruch darauf.

Sobald der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, muss die Kasse dem Versicherten einen Beratungstermin anbieten oder ihm einen Gutschein für eine unabhängige Beratungsstelle schicken. Der Beratungstermin muss innerhalb von zwei Wochen liegen. Er kann auf Wunsch beim Pflegebedürftigen oder beim Angehörigen zu Hause stattfinden.

3 Das Formular: Den Entlastungsbetrag gleich mit beantragen.

Die Pflegekasse schickt zudem ein Formular per Post an den Pflegebedürftigen, das ausgefüllt und unterschrieben werden muss. Das Formular ist oft direkt auf den Internetseiten der Pflegekassen abrufbar. Möchte der Versicherte sich nicht darum kümmern, kann seine bevollmächtigte Vertrauensperson es ausfüllen und unterschreiben.

Neben persönlichen Daten wird in dem Formular erfragt, welche Ursachen die Pflegebedürftigkeit hat und welche Leistungen der Antragsteller in Zukunft erhalten will. Ist noch nicht klar, wie die Pflege organisiert werden soll, sollten Sie die Angaben so machen, wie es der aktuellen Planung entspricht. Details können Sie nachreichen, Leistungen später noch ändern oder aufstocken. Zudem sollten Sie den Entlastungsbetrag (siehe „Geld für die Pflege“, S. 33) gleich mitbeantragen. Dafür reicht ein formloser Hinweis auf dem Formular.

Auch nach Pflegepersonen wird gefragt. Angehörige, die die Pflege übernehmen möchten, sollten den „Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ ausfüllen und mitschicken. So können sie Rentenpunkte sammeln (siehe „Rente für Pflegenden“, S. 40). Darüber hinaus haben Pflegenden Anspruch auf Arbeitslosen- und Unfallversicherungsschutz.

4 Die Voraussetzungen: Die Kasse prüft zwei formale Kriterien.

Ist das ausgefüllte Formular bei der Pflegekasse eingegangen, prüft sie in der Regel innerhalb weniger Tage zunächst, ob der Versicherte überhaupt versicherungstechnisch die Voraussetzungen für Pflegeleistungen erfüllt. Das ist der Fall, wenn er in den vergangenen zehn Jahren mindestens zwei Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt hat oder familienversichert war. Bei pflegebedürftigen Kindern, die in der Regel über ihre Familie mitversichert sind, genügt es, wenn ein Elternteil die Vorversicherungszeit erfüllt.

Darüber hinaus muss der Pflegebedürftige voraussichtlich für mindestens sechs Monate auf Hilfe angewiesen sein.

UNSER RAT

So gehen Sie vor

Leistungen. Beantragen Sie Leistungen der Pflegeversicherung bei der Krankenkasse oder privaten Pflegeversicherung, sobald Sie merken, dass Ihr Angehöriger auf Dauer Hilfe braucht.

Antrag. Stellen Sie den Antrag am besten per E-Mail oder Fax. Datieren Sie ihn, da die Pflegekasse bei Bewilligung rückwirkend zahlt. Die Kasse schickt Ihnen daraufhin ein Formular, das Sie ausfüllen müssen.

Beratung. Nutzen Sie die Beratung, die Ihnen die Pflegekasse anbietet, beziehungsweise den Gutschein für eine unabhängige Beratungsstelle, den sie Ihnen zuschickt.

Begutachtung. Die Pflegekasse schickt einen Gutachter, der den Pflegebedarf Ihres Angehörigen prüfen soll. Bevor er kommt, überlegen Sie gemeinsam, was noch gut klappt und was nicht. Halten Sie Belege bereit, zum Beispiel Arztberichte.

Bearbeitung. Zwischen Antragstellung und Bescheid dürfen in der Regel nur 25 Arbeitstage vergehen. Lehnt die Kasse Ihren Antrag ab, legen Sie Widerspruch ein.

5 Die Begutachtung: 64 Prüfpunkte bestimmen den Pflegegrad.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, sollte sich bald ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) melden. Eile ist nötig, denn innerhalb von 25 Arbeitstagen ab Antrag muss entschieden werden. Bei Privatversicherten übernimmt dies ein Gutachter der Firma Medicproof. Selten, etwa bei schwer kranken Patienten im Krankenhaus, fällt die Entscheidung vorerst nach Aktenlage.

Beim Begutachtungstermin soll der Sachverständige herausfinden, wie gut der An-

CHECKLISTE

Wie Sie den Gutachtertermin vorbereiten

- **Termin.** Haben Sie Pflegeleistungen beantragt, wird sich ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei Ihnen melden und einen Termin zur Begutachtung des Pflegebedürftigen mit Ihnen vereinbaren. Bei privat Pflegeversicherten ist es ein Mitarbeiter von Medicproof. Der Gutachter muss Ihre Wünsche bei der Terminfindung berücksichtigen. Hat er einen Vorschlag, überlegen Sie, ob Sie ausreichend Zeit zur Vorbereitung haben werden. Auch am Tag der Begutachtung sollten Sie genug Zeit einplanen: In der Regel dauert der Termin eine Stunde. Rechnen Sie noch eine Stunde davor und danach hinzu.
- **Beratung.** Wenn möglich, lassen Sie sich vor dem Termin beraten. Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Sozialstationen und freie Pflegeberater können den Pflegebedarf realistisch einschätzen und bei der Vorbereitung auf den Besuch helfen.
- **Unterlagen.** Stellen Sie Kopien von allen Unterlagen zusammen, die Aufschluss über Erkrankungen und Pflegeaufwand geben. Dazu gehören etwa aktuelle Arztberichte, Befunde, Medikamentenplan, Entlassungsberichte aus Krankenhaus oder Rehaeinrichtung und die Pflegedokumentation, wenn schon ein ambulanter Pflegedienst tätig ist. Erstellen Sie eine Liste aller Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonen.
- **Tagesablauf.** Gutachtern hilft es, wenn Sie den typischen Pflegealltag genau schildern können. Notieren Sie vorher, was der Angehörige noch allein erledigen kann, wo er Probleme hat und Hilfe benötigt. Dabei hilft das „Pflegeprotokoll“ im Formulareil ab S. 113. Ihre Aufzeichnungen können eine wichtige Grundlage für das Gespräch mit dem Experten sein.
- **Gespräch.** Bereiten Sie auch den Pflegebedürftigen auf die Begutachtung vor. Erklären Sie ihm, dass der Gutachter einen authentischen Eindruck seiner Situation gewinnen möchte. Er sollte sie weder besser darstellen, als sie ist, noch sie dramatisieren. Falsche Scham ist kein guter Ratgeber. Überlegen Sie gemeinsam, was ihm im Alltag besondere Schwierigkeiten bereitet, wobei er Hilfe benötigt und was er noch alleine kann. Auch Sie als Angehöriger sollten die Umstände so nüchtern wie möglich schildern. Übertreibungen und dramatische Berichte machen es Sachverständigen schwer, die Lage eines Antragstellers richtig einzuschätzen. Falsche Angaben können sich negativ auf die Einstufung auswirken.

tragsteller allein klarkommt. Wie schwer eine Erkrankung oder Behinderung ist, spielt dagegen keine Rolle. Entscheidend ist, wie stark die Selbstständigkeit in Alltagssituationen eingeschränkt ist. Um dies zu prüfen, kommt der Gutachter meist zum Hausbesuch. Pflegebedürftige und Angehörige sollten sich auf den Termin vorbereiten.

Der Gutachter orientiert sich an insgesamt acht sogenannten Modulen mit insgesamt 64 Prüfpunkten. So geht es zum Beispiel um die Mobilität des Antragstellers, seine kommunikativen Fähigkeiten und darum, wie gut er sich allein versorgen kann.

Der Sachverständige wird den Versicherten befragen und bestimmte Übungen mit