

# Wie beantragt man eine Pflegestufe?

*Die Gesellschaft wird immer älter und viele Menschen bleiben zum Glück auch immer länger relativ gesund. Irgendwann kommt meist jedoch der Zeitpunkt, an dem die Gesundheit nachlässt und Hilfe benötigt wird. Spätestens dann fällt den meisten ein, dass es ja eine Pflegeversicherung gibt, in die jahrelang eingezahlt worden ist. Aber wie kommt man an Leistungen der Pflegeversicherung?*

## Als erstes muss ein Antrag gestellt werden!

Grundsätzlich gilt: Eine Pflegestufe muss durch den Versicherten beantragt werden und wird nicht – wie von vielen angenommen – durch den Hausarzt verschrieben. Jeder ist bei der Versicherung pflegeversichert, bei der er auch krankenversichert ist. Für die Antragstellung kann der Betroffene selbst oder aber seine Angehörigen entweder ein formloses Schreiben an die Pflege-

ter genehmigt, erhält er die Ausgaben durch die Pflegeversicherung erstattet.

## Die MDK-Begutachtung

Bei der Begutachtung wird ermittelt, in welchen Bereichen des täglichen Lebens welcher Hilfebedarf besteht. Hier stellt der MDK-Gutachter dem Antragsteller viele und sehr umfassende Fragen und untersucht u.a. die Beweglichkeit des Versicherten. Es wird geprüft, ob der Versicherte noch die Arme heben oder hinter dem Rücken verschränken kann, ob er noch sicher selbständig läuft und wie weit er sich noch bücken kann. Natürlich geht der Gutachter auch auf die individuelle Krankengeschichte ein, meist hat er sich vorab Unterlagen dazu vom Hausarzt zukommen lassen. Es wird empfohlen, bei der Begutachtung nach Möglichkeit nicht allein zu sein, sondern sich durch Angehörige oder

ohne professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dafür erhält er monatlich einen festen Geldbetrag auf sein eigenes Konto überwiesen. Diesen kann er nach eigenem Ermessen als Anerkennung den Menschen geben, die seine häusliche Versorgung übernehmen. Für die Inanspruchnahme der Geldleistung prüft der MDK auch, inwiefern das familiäre Umfeld oder der Bekanntenkreis die häusliche Versorgung gewährleisten können. Die dritte Möglichkeit ist die **Kombination aus Sach- und Geldleistung**. Entscheidet sich der Versicherte dafür, „kauft“ er einige Leistungen bei dem ambulanten Pflegedienst seiner Wahl ein und erhält außerdem prozentual den offenen Differenzbetrag überwiesen. Bei der Entscheidung sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Sachleistung in jeder Pflegestufe fast doppelt so hoch ist, wie die Geldleistung und dass die häusliche Versorgung eines Angehörigen für die Familie sehr zeitaufwändig sein kann.



kasse schicken oder dort telefonisch einen vorgefertigten Antrag bestellen und diesen ausgefüllt zurück schicken. Die Pflegeversicherung leitet dann den Antrag an einen Gutachter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) weiter, der die Begutachtung des Versicherten zur Einschätzung der benötigten Pflegestufe vornimmt. Der Gutachter meldet sich auf jeden Fall telefonisch oder schriftlich an, leider können aber zwischen Antragstellung und MDK-Besuch bis zu 6 Wochen vergehen.

## Was tun, wenn sofort Hilfe benötigt wird?

Sollte ein Betroffener dringend Unterstützung brauchen, bekommt er diese natürlich unverzüglich durch einen ambulanten Pflegedienst seiner Wahl. Dabei muss er zunächst selbst in Vorleistung gehen und die benötigten Leistungen und Hilfen zunächst selber finanzieren. Wird die Pflegestufe spä-

ter durch einen Pflegedienst des Vertrauens begleitet zu lassen. Nun sollte sich der Versicherte auch entscheiden, ob er im Falle der Zubilligung einer Pflegestufe die Geldleistung, die Sachleistung oder eine Kombination aus beidem in Anspruch nehmen möchte.

## Sachleistung oder Geldleistung?

Generell kann sich jeder Versicherte frei zwischen drei Leistungsformen der Pflegeversicherung entscheiden. **Sachleistung** bedeutet, dass der Patient je nach Pflegestufe einen bestimmten monatlichen Betrag zur Verfügung gestellt bekommt, mit dem er sich Leistungen wie die tägliche Körperpflege oder Hilfe bei der Zubereitung einer Mahlzeit von einem ambulanten Pflegedienst „einkaufen“ kann. Bei der **Geldleistung** dagegen entscheidet sich der Versicherte dafür, die Pflege durch Familie oder Bekannte abdecken zu lassen,

## Begutachtung und Bescheid

Ferner prüft der MDK, ob bestimmte Maßnahmen - wie Rehabilitation oder Hilfsmittel – notwendig sind. Aufgrund seines Eindrucks verfasst der Prüfer ein Gutachten, das er an die Pflegekasse weiterleitet. In diesem Gutachten teilt er den Hilfebedarf des Versicherten mit und spricht eine Empfehlung für oder gegen eine Pflegestufe aus.

Nach dem Besuch des MDK dauert es erneut einige Zeit, bis die Pflegekasse über das Gutachten entschieden hat und dem Antragsteller dann den Bescheid zuschickt. Darin steht, ob und nach welcher Pflegestufe ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung existiert. Wenn die Pflegestufe abgelehnt werden sollte, kann der Versicherte Widerspruch einlegen. Nach Ablauf einiger Monate oder einem sich verschlechternden Allgemeinzustand kann außerdem ein erneuter Antrag auf eine Pflegestufe gestellt werden.

**Kontakte für Nachfragen vermitteln wir unter: Tel. 0 30/85 00 54 44**

**Pflegeversicherung:** Viele Menschen sind am Ende ihres Lebens pflegebedürftig und auf fremde Hilfe angewiesen. In dieser Situation drohten viele in die Sozialhilfe abzugleiten. Diesen Zustand beendete das Pflegeversicherungsgesetz im Jahr 1995. Als fünfte Säule der Sozialversicherung sieht es Leistungen verschiedener Art für Pflegebedürftige vor. Inzwischen erhalten rund zwei Millionen Menschen jeden Monat Leistungen aus der Pflegeversicherung – rund zwei Drittel werden zu Hause betreut.