Antrag und Begutachtung

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse stellen. Pflegekassen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung. Ihre Aufgaben nehmen die Krankenkassen wahr. Menschen, die privat kranken- und pflegeversichert sind, erhalten Leistungen aus ihrer privaten Pflegeversicherung.

Wird ein Leistungsanspruch bestätigt, zahlt die Pflegeversicherung in der Regel vom Tag der Antragstellung an.

Die Pflegestützpunkte helfen Ihnen, die notwendigen Anträge bei Ihrer Pflegekasse zu stellen.

Prüfung durch den Medizinischen Dienst

Ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, prüft in der Regel der Medizinische Dienst (MD). Der Gutachter des MD erhält von der Pflegekasse den Auftrag, festzustellen, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt. Während eines Hausbesuchs ermittelt der MD die Schwere der Pflegebedürftigkeit und stellt den entsprechenden Pflegegrad fest. Das fasst er in einem umfassenden Gutachten zusammen und leitet dies an die Pflegekasse weiter. Die Pflegekasse entscheidet dann über die Leistungszusage und informiert Sie schriftlich darüber. Die Pflegekasse übersendet auch das Gutachten, sofern Sie dem nicht widersprechen. Das Ergebnis des Gutachtens muss transparent dargestellt und verständlich erklärt sein. Die Pflegekassen sind verpflichtet, innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragstellung einen Bescheid zu erteilen. In besonderen Situationen gelten kürzere Fristen – beispielsweise dann, wenn während eines Krankenhausaufenthaltes eine Begutachtung erforderlich ist, um die ambulante oder stationäre Weiterversorgung und Betreuung sicherzustellen.

Prüfung durch unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter

Die Pflegekassen können auch an der Stelle des MD andere andere Gutachterinnen oder Gutachter beauftragen. Tun sie dies, müssen sie dem Versicherten drei Personen zur Auswahl anbieten. Die Pflegekassen müssen der Antragstellerin oder dem Antragsteller die Begutachtung durch andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter anbieten, wenn innerhalb von zwanzig Arbeitstagen ab Antragstellung noch keine Begutachtung erfolgte. Hat die Pflegekasse eine Überschreitung der Fristen zu vertreten, muss sie zudem nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an die Antragstellerin oder den Antragsteller zahlen. Das gilt jedoch nicht, wenn sich diese oder dieser in vollstationärer Pflege befindet und bereits der Pflegegrad 2 festgestellt wurde. Wenn Sie bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind, müssen Sie mit dieser einen Vertrag zur Absicherung des Risikos einer Pflegebedürftigkeit abschließen – auch wenn Sie nach beamtenrechtlichen Vorgaben

Anspruch auf Beihilfe haben. Für die folgenden Leistungen gibt es zum Teil abweichende Vorschriften im Beihilferecht (zum Beispiel Verhinderungspflege). Informieren Sie sich bei Ihrer Versicherung und Ihrer Beihilfestelle.