

Versicherungszweige vollständig zusammen gehören. Man sollte sie jedoch aus der Sicht des Pflegebedürftigen eher als sinnvolle Ergänzung sehen, um das volle Spektrum an notwendigen Leistungen zu erhalten.

Zu den Pflichtversicherten in der Pflegeversicherung gehören nach §§ 20 Abs. 1, 25 SGB XI zum Beispiel:

- Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (vgl. § 7 SGB IV)
- Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach SGB III erhalten
- grundsätzlich Personen, die Arbeitslosengeld II nach SGB II erhalten
- Menschen mit Behinderungen in anerkannten Werkstätten (WfBM) oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 SGB IX
- Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, soweit sie der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen
- beitragsfreie Familienversicherte im Sinne des § 25 SGB XI, wie Ehegatte, Lebenspartner, Babys und Kinder von Mitgliedern und deren familienversicherten Kinder bis grundsätzlich zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Mindestmitgliedschaftszeit

Ein Anspruch des Pflegebedürftigen besteht nach § 33 Abs. 2 Satz 1 SGB XI nur, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung von Versicherungsleistungen mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 SGB XI familienversichert war. Für familienversicherte Babys und Kinder gilt die zwei Jahre Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt hat (vgl. § 33 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Es sollte daher vorher überprüft werden, wie lange der Pflegebedürftige in einem Versicherungsverhältnis bei der Pflegekasse gestanden hat. In den meisten Fällen wird es bei diesem Punkt aber keine Probleme geben.

Antragspflicht ist zu beachten!

Für den Pflegebedürftigen, die Eltern und die Angehörigen des Pflegebedürftigen ist es wichtig zu verinnerlichen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nur auf Antrag gewährt werden (sogenanntes Antragsprinzip). Der Antrag ist in Deutsch zu stellen, dies kann schriftlich, telefonisch oder mündlich vor Ort geschehen. Somit hat die fehlende formularmäßige Antragstellung keinen Einfluss auf die Wirksamkeit des Verfahrens (vgl. § 60 Abs. 2 SGB I). Es muss sich daher keine Sorgen gemacht werden, dass die falsche Form gewählt wurde. Vielmehr reicht es aus, wenn der Pflegekasse formlos das Gewollte mitgeteilt wird. Die Pflegekasse wird das Anliegen als Antrag werten und ggf. mit dem Pflegebedürftigen oder dessen Eltern bzw. Bevollmächtigten Kontakt aufnehmen. Mit dem Antrag werden die möglichen Fristen gewahrt und der Beginn des Verfahrens bestimmt. Ferner kann bei Geldleistungen bereits ab dem Zeitpunkt der Antragstellung und dem Vorliegen der übrigen Voraussetzungen eine Zahlung verlangt werden.

Muster eines Antrags

Name und Adresse des Pflegebedürftigen

Adresse der eigenen Pflegekasse

Betreff: Antrag auf ..., Versicherungsnummer/Aktenzeichen:

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage ...

(zum Beispiel: Leistungen der Pflegeversicherung bzw. die Höherstufung von Pflegegrad 1 auf Pflegegrad 2)

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des Pflegebedürftigen/Eltern/Bevollmächtigter

Wenn man sich dennoch unsicher ist, ob der Antrag richtig formuliert wurde, aber genau weiß, welche Leistung beansprucht werden soll, bieten viele Pflegekassen die Möglichkeit, sich über das Internet einen entsprechenden Antrag herunterzuladen. Ansonsten kann bei der

zuständigen Pflegekasse nachgefragt und das richtige Antragsformular angefordert werden.

Praxis-Tipp: Nachweis nicht vergessen

Man sollte den Antrag grundsätzlich schriftlich stellen. Im Verhältnis zur Pflegekasse kann es immer wieder zu Unstimmigkeiten kommen. Dazu gehört auch der Zeitpunkt der Antragstellung. Ein Nachweis fällt aber meist schwer, wenn der Antrag nur telefonisch erfolgt ist. Siehe zur Zustellung per Brief näher unter „Antrag und Bearbeitungsfristen von Hilfsmitteln nach der Krankenversicherung“ (Seite 157).

Krankenkasse oder Pflegekasse?

Für viele Betroffene, Eltern und Angehörige von Pflegebedürftigen wird es häufig schwierig sein, die verschiedenen Leistungen und den dazugehörigen Ansprechpartner, die Kranken- oder Pflegekasse, auseinanderzuhalten. So gibt es Hilfsmittel nach der gesetzlichen Krankenversicherung, wie etwa

- Seh- und Hörhilfen, Rollstühle, orthopädische Anfertigungen und Pflegehilfsmittel nach der Pflegeversicherung, die zur häuslichen Pflege notwendig sind und von der Pflegekasse finanziert werden, wie zum Beispiel
- das Pflegebett oder das Hausnotrufsystem/-gerät.

Es stellt sich daher vielfach die Frage nach dem zuständigen Ansprechpartner. Das Gesetz hilft damit weiter, dass der Antrag auch bei der unzuständigen Kasse gestellt werden kann. Nach § 16 SGB I muss der Antrag dann an die zuständige Kasse weitergeleitet werden. Es schadet also nicht, wenn man den Antrag anstatt zur Pflegekasse an die Krankenkasse schickt. Die Krankenkasse wird nach Prüfung ihrer Unzuständigkeit den Antrag an die Pflegekasse weiterleiten. Der Eingang des Antrags bei der unzuständigen Kasse gilt in diesem Fall gleichzeitig als Zeitpunkt der Antragstellung bei der zuständigen Kasse. Zu beachten ist aber, dass das Anschreiben der unzuständigen Kasse einen Zeitverlust bei der Bearbeitung des Antrags mit sich bringt. Es wird daher immer besser sein, wenn man sich vorher informiert und klärt,

welche Versicherungsleistung überhaupt in Betracht kommt und wer zuständig ist.

Information und Beratung über die Leistungen

Die Pflegekassen sind dazu verpflichtet, den Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen insbesondere über

- die unentgeltliche Pflegeberatung (vgl. § 7a SGB XI),
- die nächstgelegenen Pflegestützpunkte, sofern sie von den Pflegekassen und Krankenkassen errichtet wurden (vgl. § 7c SGB XI),
- die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die unter anderem Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Angebote für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen enthalten,

kostenlos zu informieren (vgl. §§ 7 ff. SGB XI). Die Leistungs- und Preisvergleichslisten sind auf der Internetseite der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und werden nur auf Aufforderung des Pflegebedürftigen per E-Mail oder auf dem Postweg zugesandt oder persönlich ausgehändigt.

Eine richtige Pflegeberatung findet dagegen nur durch den zuständigen Pflegeberater oder eine sonstige Beratungsstelle, die Pflegeberatungen durchführt statt. Die Pflegekasse hat aber die Pflicht

- bei Erstanträgen,
- aber auch bei späteren Folgeanträgen, wie zum Beispiel Neueinstufungsverfahren zur Pflegebedürftigkeit, den Wechsel von Pflegesachleistungen zu Pflegegeld, der Ergänzung durch Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege (Ausnahme: einmalige oder monatliche Ansprüche auf Kostenerstattung), Wohngruppenzuschlag, Pflegezeit, Inanspruchnahme von Pflegekursen

dem Pflegebedürftigen ein Angebot auf eine Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung zu machen.

Dazu kann sie einen konkreten Beratungstermin und eine Kontaktperson benennen (vgl. § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI) oder einen Beratungsgutschein für eine Beratungsstelle (vgl. § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI) ausstellen. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen darf der Termin

zur Beratung auch außerhalb der 2-Wochen-Frist liegen. Die Pflegekasse muss über diese Möglichkeit informieren.

Praxis-Tipp: Pflegeberater

Nach dem Gesetz soll jeder Pflegebedürftige eine zuständige Beratungsperson haben. An diese kann er sich bei Erst- und Folgeanträgen wenden. Ist der zuständige Pflegeberater nicht da, muss die Pflegekasse für eine Vertretung sorgen oder es ist eine sonstige Beratungsstelle zu benennen, um die 2-Wochen-Frist für die Einräumung eines Beratungstermins zu gewährleisten.

Die Pflegeberatung soll dem Pflegebedürftigen eine individuelle Beratung und Hilfestellung für seine besonderen Lebensumstände ermöglichen. Da die Pflege meist – zumindest am Anfang oder vorübergehend – durch pflegende Angehörige, Lebenspartner oder weitere Personen, wie zum Beispiel Nachbarn, sichergestellt wird, kann bei Zustimmung des Pflegebedürftigen auch gegenüber diesen Personen eine Pflegeberatung erfolgen. Die Pflegeberatung geht damit über die allgemeine Information der Pflegekasse nach § 7 SGB XI hinaus.

Eine individuelle Pflegeberatung umfasst nach § 7a SGB XI zum Beispiel:

- die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs vor allem auf der Grundlage der Ergebnisse des Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD)
- die Klärung der Ansprüche gegenüber der Pflegekasse und anderen Leistungsträgern, wie zum Beispiel von Leistungen nach der Krankenversicherung für Heil- und Hilfsmittel oder die Möglichkeit von komplexen Leistungen, wie etwa Besuchs- oder Fahrdienste und das sogenannte Essen auf Rädern
- die Erstellung und Überwachung eines individuellen Versorgungsplans, der zum Beispiel gesundheitsfördernde, präventive, pflegerische und soziale Hilfen enthält
- die Aufnahme von Veränderungen des Hilfebedarfs und deren Anpassung sowie
- die Hinwirkung auf notwendige Genehmigungen