

Wege zu Hilfen in der Pflegeversicherung

BREMEN. Wie bekommt man Unterstützung im Rahmen der Pflegeversicherung? Sind alle Leistungen aufwändig und formell zu beantragen? Nein!

Grundsätzlich gibt es im Pflegerecht keine Formvorschriften. Jede eindeutige Kontaktaufnahme zur Pflegekasse kann bereits als Antrag bewertet werden, also ein einfaches Telefonat. Ab dieser Kontaktaufnahme gelten dann auch eventuelle Anspruchsrechte.

Betrachten wir dazu ein konkretes Beispiel: Die Mutter liegt im Krankenhaus nach einem Sturz und die sie unterstützende Tochter ruft in ihrem Auftrag bei der Krankenkasse an und signalisiert dort eindeutig, dass die Mutter pflegebedürftig ist. Dann ist es die Aufgabe der Krankenkasse (identisch zur Pflegekasse) alle für die Bearbeitung notwendigen Informationen einzuholen. Auch wenn die Kasse dafür ein Formular an die Tochter oder Mutter sendet, gilt der Antrag ab der telefonischen Kontaktaufnahme gestellt.

Ab dem formlosen Antrag muss die Kasse nun das Begutachtungsverfahren über den medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) einleiten. Diese besuchen die Mutter und erstellen ein umfassendes Gutachten. Auf dieser



Stefan Block erklärt, dass Versicherte sich bei Fragen oder konkretem Bedarf formlos an die Kassen oder den Sozialhilfeträger wenden können.

Foto: pv

Basis entscheidet dann die Pflegekasse. Dafür gilt eine fünfwöchige Frist, von der Bedürfnismeldung (Anruf Tochter) bis zum Bescheid über die Pflegestufe (siehe § 18 SGB XI).

Der Gesetzgeber hat uns Bürger durch klare Regelungen geschützt. Übergreifend für alle Sozialgesetzbücher ist das Auskunft- und Antragsverfahren im SGB I gefasst. Auch dort gibt es keine Formvorschriften, sondern klare Schutzmaßnahmen für bedürftige Menschen. So muss jede offizielle Stelle Anträge annehmen und

weiterleiten. Das würde auch dafür gelten, wenn im Gespräch mit der Pflegekasse ein Bedarf in Richtung der Sozialhilfe nach dem SGB XII herauskäme. Ist zum Beispiel das monatliche Einkommen der Mutter sehr niedrig, so dass eventuell notwendiger zusätzlicher Pflegeaufwand aus finanziellen Gründen unterbleibt, dann ist die Pflegeversicherung verpflichtet auch den Antrag an den Sozialhilfeträger „auf den Weg zu bringen“. Das geschieht leider sehr selten.

Auch bei den vielen

wichtigen und guten Leistungen der Pflegeversicherung gilt der formlose Antragsweg. Leider haben die Kassen oftmals sehr komplizierte Formulare und Antragswege formatiert, entgegen der Gesetzeslage. Doch auch im allgemeinen KassensachbearbeiterInnen stehen so wunderbare Sätze wie: „(2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.“ Dieser Satz regelt die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, wenn die zu Hause pflegenden Angehörigen oder andere Helfer eine Auszeit benötigen.

In der täglichen Praxis wird es den Menschen zu Hause von den Kassen oftmals sehr erschwert ihr Recht zu bekommen, trotz so klarer Aussagen.

Wichtig ist immer zu wissen, dass wir Versicherten uns bei Fragen oder konkretem Bedarf formlos an die Kassen oder den Sozialhilfeträger wenden können. Die Fachleute der Hilfeträger müssen uns dann beraten und bei der Antragstellung individuell unterstützen.

Der Autor Stefan Block ist Geschäftsführer beim: Arbeiter-Samariter-Bund Ambulante Pflege GmbH Elisabeth-Selbert-Straße 3 28307 Bremen

Reiszeit - Ausgabe 6/2011