99106001146000

Pflegeversicherung, Leistungsantrag bei der Pflegekasse stellen

Heruntergeladen am 17.07.2025
https://fimportal.de/xzufi-services/6000223-99106001146000/L100009

Modul	Sachverhalt
Leistungsschlüssel	99106001146000
Leistungsbezeichnung I	Pflegeversicherung, Leistungsantrag bei der Pflegekasse stellen
Leistungsbezeichnung II	Pflegeversicherung, Leistungsantrag bei der Pflegekasse stellen
Typisierung	2/3 - Bund: Regelung (2 oder 3), Land/Kommune: Vollzug
Quellredaktion	Sachsen
Freigabestatus Katalog	unbestimmter Freigabestatus
Freigabestatus Bibliothek	unbestimmter Freigabestatus
Begriffe im Kontext	
Leistungstyp	
Leistungsgruppierung	
Verrichtungskennung	

Modul	Sachverhalt
SDG-Informationsbereich	
Lagen Portalverbund	
Einheitlicher Ansprechpartner	
Fachlich freigegeben am	
Fachlich freigegen durch	
Handlungsgrundlage	• § 18 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
Teaser	Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen, müssen Sie bei der Pflegekasse der oder des versicherten Pflegebedürftigen einen Antrag stellen. Voraussetzung ist die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Die Pflegekasse wird dann einen sogenannten Pflegegrad für die pflegebedürftige Person festlegen.
Volltext	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Beantragung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen, müssen Sie bei der Pflegekasse der oder des versicherten Pflegebedürftigen einen Antrag stellen. Voraussetzung ist die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Die Pflegekasse wird dann einen sogenannten Pflegegrad für die pflegebedürftige Person festlegen. Leistungen Die Pflegekassen zahlen entsprechend der Einstufung für: • Pflegegeld • Pflegeleistungen (häusliche Pflegehilfe durch ambulanten Pflegedienst) • Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Sachleistungen • Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Modul	Sachverhalt
	• Tages- und Nachtpflege • Kurzzeitpflege • Ersatz- oder Verhinderungspflege • Zuschüsse zu Umbau und Wohnungsanpassung • Pflegehilfsmittel und technische Hilfen • Unterstützungsleistungen im Alltag • Soziale Absicherung der Pflegepersonen • Pflegekurse für Pflegepersonen • vollstationäre Pflege Hinweis: Das Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz (PUEG) bewirkt Änderungen an der Beitragshöhe zur Pflegeversicherung, beim Pflegeunterstützungsgeld sowie der Höhe der Pflegeleistungen. Ansprechstellen • Pflegekasse der pflegebedürftigen Person (angesiedelt bei der Krankenkasse) • Verbandsmitglieder der Privaten Krankenversicherungen
Erforderliche Unterlagen	Pflegegutachten
Voraussetzungen	• Pflegebedürftigkeit Antragsberechtigte • die versicherte Person • eine andere, von der versicherten Person bevollmächtige Person • der oder die gesetzlichen Vertreter oder Betreuer der versicherten Person • bei Minderjährigen die Eltern Weitere Voraussetzungen Leistungen der Pflegeversicherung bekommt, wer mindestens zwei Jahre Beiträge eingezahlt hat oder familienversichert war.
Kosten	keine
Verfahrensablauf	Reichen Sie einen formlosen Antrag bei der Pflegekasse der versicherten Person ein oder nutzen

Modul	Sachverhalt
	Sie – so verfügbar – das entsprechende Antragsformular. Allgemein gilt: • Die Pflegekasse ist verpflichtet, Ihnen einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen anzubieten (auf Wunsch auch bei Ihnen zu Hause). Sollte dies nicht möglich sein, muss sie Ihnen einen Gutschein für eine Beratung bei einer anderen geeigneten Beratungsstelle ausstellen. • Die Pflegekasse erhebt Ihre spezifischen Daten und leitet Ihren Antrag unverzüglich an den Medizinischen Dienst (MD) oder bei knappschaftlich Versicherten an den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) weiter. • MD oder SMD erstellen ein Pflegegutachten, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand festzustellen. Das geschieht im Rahmen eines zuvor angemeldeten Hausbesuchs. • Die Pflegekasse muss grundsätzlich innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang Ihres Antrages entscheiden, sofern nicht die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche gilt. Sie erhalten hierüber einen schriftlichen Bescheid. Trifft die Pflegekasse innerhalb dieser Frist keine Entscheidung, erhalten Sie EUR 70,00 für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung. Die Fristenregelung gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder die pflegebedürftige Person sich in vollstationärer Pflege befindet und bereits Pflegegrad 2 anerkannt ist. Die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragen als Gutachterin oder Gutachter die eigens dafür gegründete Medicproof GmbH, für die die gleichen Maßstäbe wie für den MD gelten.
Bearbeitungsdauer	
Frist	Begutachtung allgemein: • Bescheid über die Entscheidung: spätestens 25 Arbeitstage nach Antragseingang bei der Pflegekasse • erstmalige Leistungen: frühestens ab Beginn des Antragsmonats Begutachtung bei Anmeldung einer Pflegezeit: • bei stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder

Modul	Sachverhalt
	einer Rehabilitationsklinik: innerhalb einer Woche nach Antragseingang • bei Aufenthalt in häuslicher Umgebung: innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang Der MD muss den oder die Antragstellende unverzüglich schriftlich darüber informieren, welche Empfehlung er an die Pflegekasse weiterleitet.
weiterführende Informationen	
Hinweise	
Rechtsbehelf	Widerspruch (Näheres im Bescheid)
Kurztext	
Ansprechpunkt	
Zuständige Stelle	
Formulare	
Ursprungsportal	