



MICHAEL B. BARNES

BÜRGERANLIEGEN • STELLUNGNAHMEN • KORRESPONDENZ



Hengelorstraße 1

49565 Bramsche



mbarnes61@outlook.com

2026-08-15

Pflegebedürftig – was jetzt? Die ersten Schritte zu Pflegegrad und Pflegekasse



EINLEITUNG FÜR TEIL 1

Drei Ratgeber – ein Ziel: Wissen, was zu tun ist

Krankheit und Pflegebedürftigkeit können ein Leben verändern. Manchmal geschieht das langsam, manchmal innerhalb kürzester Zeit. Tätigkeiten, über die man früher überhaupt nicht nachdenken musste, werden plötzlich schwierig oder sind ohne Hilfe nicht mehr möglich.



Und ausgerechnet dann beginnt für viele Menschen eine zweite Herausforderung.

Pflegekasse. Pflegegrad. Medizinischer Dienst. Begutachtung. Pflegegeld. Hilfsmittel. Bescheide. Fristen. Widerspruch.

Wer damit vorher nichts zu tun hatte, steht schnell vor einem System, dessen Regeln er erst verstehen muss – zu einem Zeitpunkt, an dem gesundheitlich häufig schon genug zu bewältigen ist.

Genau deshalb gibt es diese KLARTEXT-Reihe.

„Pflege verstehen – Rechte kennen – Ansprüche durchsetzen“ besteht aus drei Teilen.

Teil 1 beginnt ganz vorne: Wann kann Pflegebedürftigkeit vorliegen? Wo wird ein Pflegegrad beantragt? Was geschieht anschließend? Wie funktioniert die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst? Wie kann man sich darauf vorbereiten? Und was geschieht, wenn der Bescheid kommt?

Teil 2 beschäftigt sich mit der Situation, in der ein Pflegegrad abgelehnt oder aus Sicht des Betroffenen zu niedrig festgestellt wurde. Wir erklären, wie ein Gutachten geprüft wird, wie ein Widerspruch aufgebaut werden kann und welche Möglichkeiten bis hin zum Sozialgericht bestehen.

Teil 3 behandelt die nächste große Hürde: Ein notwendiges Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel wird nicht bewilligt oder das Verfahren zieht sich immer weiter hin. Von Antrag und Widerspruch führt dieser Teil bis zum Sozialgericht und – wenn eine Entscheidung tatsächlich keinen weiteren Aufschub duldet – zum gerichtlichen Eilverfahren.

Warum mache ich das?

Weil ich aus eigener Erfahrung weiß, wie schnell ein Mensch durch gesundheitliche Einschränkungen plötzlich auf Unterstützung angewiesen sein kann – und wie schwierig es sein kann, sich gleichzeitig auch noch das notwendige Wissen über Anträge, Begutachtungen und Verfahren selbst zusammensuchen zu müssen.

Im Laufe der Zeit sammelt man Erfahrungen. Man lernt, welche Fragen wichtig sind, welche Dinge man dokumentieren sollte und an welchen Stellen man genauer hinschauen muss.

Aber persönliche Erfahrung allein reicht für einen solchen Ratgeber nicht.

Deshalb verbindet KLARTEXT dieses Erfahrungswissen mit recherchierten Informationen, gesetzlichen Grundlagen, offiziellen Richtlinien und überprüfbaren Quellen. Wo Muster, Checklisten oder praktische Hilfen sinnvoll sind, stellen wir sie zur Verfügung.

Kostenlos.

Nicht jeder hat die Möglichkeit oder die Kraft, sich selbst stundenlang durch Gesetze, Behördeninformationen und Fachtexte zu arbeiten. Und nicht jeder nutzt digitale Hilfsmittel oder künstliche Intelligenz so selbstverständlich, dass er sich die benötigten Informationen innerhalb weniger Minuten selbst zusammenstellen kann.



Deshalb soll dieser Ratgeber das Wissen dorthin bringen, wo es gebraucht wird.

Und er richtet sich ausdrücklich **nicht nur an Pflegebedürftige selbst**.

Wenn Sie einen Angehörigen unterstützen, geben Sie diesen Ratgeber weiter oder lesen Sie ihn gemeinsam. Gerade Angehörige übernehmen häufig längst zahlreiche Aufgaben, ohne überhaupt noch darüber nachzudenken: Medikamente werden vorbereitet, Termine organisiert, Einkäufe erledigt, beim Anziehen geholfen, an Dinge erinnert oder in schwierigen Situationen unterstützt.

Was innerhalb einer Familie irgendwann selbstverständlich geworden ist, kann trotzdem **notwendige Hilfe** sein.

Und genau darum geht es bei der Feststellung eines Pflegegrades.

Nicht allein der Name einer Krankheit ist entscheidend. Entscheidend ist, **was ein Mensch aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen im täglichen Leben noch selbstständig bewältigen kann – und wobei er Unterstützung benötigt**.

Dieser Unterschied ist für das Verständnis des gesamten Verfahrens wichtig.

Die Reihe soll niemandem zeigen, wie man etwas vortäuscht. Sie soll das Gegenteil erreichen: **Der tatsächliche Alltag soll vollständig und nachvollziehbar sichtbar werden**.

Denn ein guter Tag ist nicht automatisch der normale Alltag. Ein freundliches Gespräch sagt nicht alles über die Selbstständigkeit eines Menschen aus. Und eine Unterstützung, die ein Angehöriger seit Jahren selbstverständlich leistet, verschwindet nicht deshalb, weil niemand mehr darüber spricht.

Mein Ziel mit dieser Reihe ist deshalb ziemlich einfach:

Nutzen Sie die Erfahrungen, die andere bereits gemacht haben. Nutzen Sie die Informationen, die wir für Sie zusammengetragen haben. Verstehen Sie das Verfahren. Bereiten Sie sich vor. Und kennen Sie Ihre Möglichkeiten, wenn etwas nicht so läuft, wie es nach den geltenden Voraussetzungen laufen sollte.

Krankheit verändert vieles. Sie sollte aber nicht bedeuten, dass ein Mensch seine Möglichkeiten auf ein möglichst selbstbestimmtes und würdevolles Leben einfach aufgeben muss.

Dazu möchte KLARTEXT mit dieser Reihe einen Beitrag leisten.

Sie lesen Teil 1 von 3: „Pflegebedürftig – was jetzt?“

Hier beginnen wir ganz am Anfang.

Inhalt

Pflegebedürftig – was jetzt? Die ersten Schritte zu Pflegegrad und Pflegekasse	1
EINLEITUNG FÜR TEIL 1.....	1



Drei Ratgeber – ein Ziel: Wissen, was zu tun ist	1
Der wichtigste Grundsatz: Diagnose ≠ Pflegegrad.....	5
Die schleichenden Anzeichen.....	5
Die „unsichtbare“ Hilfe der Angehörigen.....	6
3. Wo bekomme ich Hilfe und Beratung?	6
Ihre Anlaufstellen.....	6
Das 5-Punkte-Raster: Ihr Recht auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI).....	6
4. Pflegegrad beantragen – Der formelle Startschuss	7
Wie und wo stelle ich den Antrag?	7
Das 5-Punkte-Raster: Die Antragstellung und gesetzliche Fristen	8
Die wichtigsten Fristen im Überblick (nach § 18 und 18c SGB XI)	9
5. Der Medizinische Dienst (MD) – Gutachter, nicht Entscheider.....	9
Begutachtungsformen	9
Ihre Rechte bei der Begutachtung – Was der Gutachter darf und wo Grenzen liegen.....	10
Das 5-Punkte-Raster: Der Begutachtungstermin	10
6. Was wird überhaupt begutachtet?	11
7. Vorbereitung beginnt nicht erst am Tag vorher.....	12
Sammeln Sie Beweise!.....	12
8. Das Pflege- und Alltagsprotokoll	12
Wie führt man ein gutes Protokoll?	12
9. Angehörige vorbereiten – Die heimlichen Pfleger.....	13
10. Der Begutachtungstag – Bitte keine künstliche Show.....	13
● WICHTIGER HINWEIS:	14
11. Das scheinbar harmlose Gespräch – Die versteckte Prüfung.....	14
12. Demenz, psychische und kognitive Erkrankungen	15
● WICHTIGER HINWEIS:	15
13. Häufige Fehler bei der Begutachtung (Checkliste)	16
14. Nach dem MD-Termin – Sichern Sie die Fakten!	16
15. Gutachten und Bescheid – Das Urteil der Kasse.....	17
Das 5-Punkte-Raster: Der Bescheid	17
16. Bewilligt – was nun?	17



17. Abgelehnt oder zu niedrig eingestuft – Vorsicht vor der Falle!	18
SERVICEBEREICH (Teil 1) – Die KLARTEXT-Checklisten	19
📄 Checkliste 1: Die Antragstellung	19
📄 Checkliste 2: Die Beweissicherung (Die MD-Mappe)	19
📄 Checkliste 3: Der Gutachterttag.....	19
18. Musterbriefe und Vorlagen.....	19
→ Zu den kostenlosen Musterbriefen und Widerspruchsvorlagen von KLARTEXT	20
Impressum / Kontakt:	20
Rechtlicher Hinweis	20
Impressum:	21

2. Wann beginnt Pflegebedürftigkeit?

Viele Menschen haben beim Wort „Pflegebedürftigkeit“ sofort ein bestimmtes Bild im Kopf: Jemand ist bettlägerig, muss gefüttert und rund um die Uhr gewaschen werden. Dieses veraltete Bild hält viele Familien davon ab, überhaupt rechtzeitig Unterstützung zu beantragen.

Die rechtliche Realität sieht heute völlig anders aus. Pflegebedürftigkeit beginnt nicht erst, wenn gar nichts mehr geht. Sie beginnt genau dort, wo ein Mensch seinen Alltag nicht mehr allein und sicher bewältigen kann.

Der wichtigste Grundsatz: Diagnose ≠ Pflegegrad

Machen Sie sich eines sofort bewusst: **Der Medizinische Dienst (MD) vergibt keine Punkte für bestimmte Diagnosen.** Ob auf dem Arztbrief Arthrose, Demenz, Parkinson oder schwere Depression steht, ist für den Pflegegrad erst einmal zweitrangig.

Entscheidend ist ausschließlich die Auswirkung der Krankheit auf den Alltag: Wie stark ist die Selbstständigkeit eingeschränkt? Welche Fähigkeiten sind verloren gegangen? Zwei Menschen mit exakt derselben Diagnose können völlig unterschiedliche Pflegegrade haben, weil der eine den Alltag noch gut meistert, während der andere ständige Unterstützung braucht.

Die schleichenden Anzeichen

Pflegebedürftigkeit kommt oft nicht über Nacht durch einen Schlaganfall oder Unfall. Oft schleicht sie sich leise ein. Achten Sie auf diese ersten Anzeichen – sowohl körperlich als auch geistig:



- **Körperliche Einschränkungen:** Das Treppensteigen wird zur Qual, das Duschen aus Angst vor Stürzen vermieden. Das Anziehen dauert plötzlich extrem lange oder Knöpfe können nicht mehr geschlossen werden.
- **Demenz und kognitive Einschränkungen:** Termine werden vergessen, Medikamente falsch oder gar nicht eingenommen. Der Herd bleibt an, die Orientierung im eigenen Viertel fällt schwer oder der Tag hat keine Struktur mehr.
- **Psychische Erkrankungen:** Schwere Depressionen oder Angststörungen können dazu führen, dass ein Mensch den Antrieb verliert, aufzustehen, sich zu waschen oder die Wohnung sauber zu halten. Auch das ist ein Verlust von Selbstständigkeit!
- **Schwankende Erkrankungen:** Bei Krankheiten wie Multiple Sklerose (MS) oder Rheuma gibt es oft gute und extrem schlechte Tage. Auch hier zählt der Hilfebedarf an den schlechten Tagen, wenn die Einschränkungen regelmäßig wiederkehren.

Die „unsichtbare“ Hilfe der Angehörigen

Das größte Hindernis auf dem Weg zum Pflegegrad ist oft die Liebe und Fürsorge der eigenen Familie. Ehepartner oder Kinder übernehmen im Alltag schleichend immer mehr Aufgaben: Sie richten die Tablettenbox für die ganze Woche her, sie erinnern ans Trinken, sie helfen beim Sockenanziehen, sie kochen oder fahren zu jedem Arzttermin mit, weil die Mutter sonst die Hälfte vergisst.

Klartext: Was für Sie als Angehöriger „selbstverständlich“ ist, ist im Sinne des Gesetzes harte Pflegearbeit! Es ist ein direkter Ausgleich für eine verlorene Fähigkeit. Wenn diese Hilfe wegfiel, würde der Alltag des Betroffenen zusammenbrechen. Machen Sie diese unsichtbare Hilfe sichtbar!

3. Wo bekomme ich Hilfe und Beratung?

Wer den Entschluss gefasst hat, einen Pflegegrad zu beantragen, fühlt sich vom Formularwald oft erst einmal erschlagen. Sie müssen das nicht allein schaffen. Der Gesetzgeber hat genau für diese Überforderung einen rechtlichen Schutzmechanismus eingebaut: den Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Ihre Anlaufstellen

- **Die Pflegekasse:** Sie ist organisatorisch an Ihre Krankenkasse angegliedert. Rufen Sie dort an, teilen Sie mit, dass Sie Hilfe im Alltag benötigen, und bitten Sie um Antragsunterlagen sowie eine Pflegeberatung.
- **Pflegestützpunkte:** Diese gibt es in vielen Städten und Landkreisen. Sie arbeiten unabhängig und neutral. Hier sitzen Experten, die Ihnen beim Ausfüllen der Anträge helfen und das Netz der regionalen Hilfsangebote kennen.
- **Angehörige und Bevollmächtigte:** Sorgen Sie frühzeitig dafür, dass eine **Vorsorgevollmacht** vorliegt. Die Pflegekasse und der Medizinische Dienst dürfen mit Angehörigen aus Datenschutzgründen nur sprechen oder verhandeln, wenn diese offiziell bevollmächtigt sind.

Das 5-Punkte-Raster: Ihr Recht auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)

Bevor Sie den Antrag überhaupt ausfüllen, haben Sie rechtliche Ansprüche auf Unterstützung. So sieht die Gesetzeslage aus:



1. Was muss die Kasse tun? Die Pflegekasse muss Ihnen (oder Ihren bevollmächtigten Angehörigen) nachweislich eine individuelle, umfassende und kostenlose Pflegeberatung anbieten. Wenn Sie zum ersten Mal Leistungen beantragen oder erkennbar einen Beratungsbedarf haben, muss die Kasse von sich aus aktiv werden. Zudem muss sie Ihnen innerhalb von **zwei Wochen** nach Antragstellung einen konkreten Beratungstermin anbieten (entweder zu Hause, in einer Beratungsstelle oder telefonisch).

2. Was darf die Kasse tun? Die Kasse darf die Beratung selbst durchführen oder unabhängige Beratungsstellen (wie Pflegestützpunkte oder externe Pflegeberater) damit beauftragen. Sie darf die Beratung auch digital oder telefonisch anbieten, **sofern** Sie dem ausdrücklich zustimmen.

3. Was müssen Sie tun? Sie müssen den Bedarf anmelden. Greifen Sie zum Hörer, rufen Sie die Pflegekasse an und sagen Sie den entscheidenden Satz: *"Ich möchte Leistungen der Pflegeversicherung beantragen und fordere hiermit meinen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ein."*

4. Was müssen Sie NICHT tun? Sie müssen für diese gesetzliche Erstberatung **niemals** bezahlen. Sie müssen auch keine kostenpflichtigen Verträge mit Agenturen abschließen, die Ihnen versprechen, "garantiert den höchsten Pflegegrad herauszuholen". Und Sie müssen eine telefonische Beratung nicht akzeptieren, wenn Sie auf einen Berater bestehen, der sich die Situation vor Ort bei Ihnen zu Hause oder im Pflegestützpunkt ansieht.

5. Was können Sie tun, wenn die Kasse blockiert oder Fristen reißt? Wenn die Kasse Ihnen nicht innerhalb von zwei Wochen einen Beratungstermin anbietet, hat das Gesetz einen klaren Hebel: Die Pflegekasse muss Ihnen dann einen **Beratungsgutschein** ausstellen. Mit diesem Gutschein können Sie selbst zu einem zugelassenen, unabhängigen Pflegeberater Ihrer Wahl gehen – und die Kasse muss die Rechnung dafür bezahlen. Setzen Sie der Kasse bei Fristüberschreitung sofort schriftlich eine kurze Nachfrist und fordern Sie den Gutschein ein.

4. Pflegegrad beantragen – Der formelle Startschuss

Der größte Fehler, den viele Familien machen: Sie warten zu lange. „Wir schauen erst einmal, wie es sich entwickelt.“ Das Problem an dieser Zurückhaltung ist das Gesetz. Pflegeleistungen werden fast nie rückwirkend gezahlt. **Es gilt der Monat, in dem Sie den Antrag stellen.** Stellen Sie den Antrag am 31. Oktober, haben Sie Anspruch auf Leistungen für den gesamten Oktober. Stellen Sie ihn am 1. November, ist das Geld für den Oktober für immer verloren.

Wie und wo stelle ich den Antrag?

Zuständig ist die **Pflegekasse**. Diese ist organisatorisch immer an Ihre reguläre Krankenkasse angegliedert.

Der Antrag an sich ist an keine strenge Form gebunden (er ist „formlos“ gültig). Ein kurzer Zweizeiler reicht für den Fristbeginn völlig aus:

„Hiermit beantrage ich Leistungen der Pflegeversicherung ab sofort. Bitte senden Sie mir die entsprechenden Antragsformulare zu.“



Wichtig: Der Nachweis!

Rufen Sie nicht einfach nur an. Wenn die Akte bei der Kasse später verloren geht, haben Sie keinen Beweis. Schicken Sie den Antrag per Fax (mit qualifiziertem Sendebericht!), als Einwurfeinschreiben oder geben Sie ihn persönlich gegen eine Eingangsbestätigung ab.

Legen Sie dem Antrag sofort eine **Vollmacht** bei, falls Sie als Angehöriger für die betroffene Person handeln. Ohne Vollmacht darf die Kasse mit Ihnen nicht kommunizieren.

Das 5-Punkte-Raster: Die Antragstellung und gesetzliche Fristen

Das Gesetz (§ 18 und § 18c SGB XI) setzt der Pflegekasse extrem strenge Fristen, sobald Ihr Antrag nachweislich eingegangen ist.

1. Was muss die Kasse tun?

Sie muss Ihnen den Eingang des Antrags bestätigen und Ihnen unverzüglich die detaillierten Antragsformulare zusenden. Die Kasse muss den Gutachterauftrag zudem innerhalb von **drei Arbeitstagen** nach Antragseingang an den Medizinischen Dienst (MD) weiterleiten. Insgesamt muss die Kasse Ihnen spätestens nach **25 Arbeitstagen** einen schriftlichen Bescheid über den Pflegegrad schicken.

2. Was darf die Kasse tun?

Die Kasse darf Sie auffordern, fehlende Unterlagen nachzureichen. **Achtung:** Wenn Sie bei der Mitwirkung trödeln und zwingend notwendige Formulare nicht zurückschicken, darf die Kasse die 25-Tage-Frist so lange pausieren ("hemmen"), bis die Unterlagen da sind.

3. Was müssen Sie tun?

Senden Sie das offizielle Antragsformular, das Ihnen die Kasse zuschickt, zügig, vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Legen Sie medizinische Vorbefunde bei, falls Sie diese bereits zur Hand haben.

4. Was müssen Sie NICHT tun?

Sie müssen keine ärztlichen Gutachten auf eigene Kosten anfertigen lassen, um den Antrag zu stellen. Die Beweislast für die Pflegebedürftigkeit liegt durch die Begutachtung beim System, nicht bei Ihrem Hausarzt.

5. Was können Sie tun, wenn die Kasse Fristen reißt?

Hier wird das Gesetz scharf: Reißt die Kasse die Entscheidungsfrist von 25 Arbeitstagen (ohne dass Sie daran schuld sind), muss sie Ihnen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung **70 Euro** Strafe zahlen! Sie müssen das nicht einklagen, die Kasse muss das unaufgefordert überweisen. (Ausnahme: Befindet



sich der Antragsteller bereits in stationärer Pflege und hat mindestens Pflegegrad 2, greift die 70-Euro-Regel unter bestimmten Umständen nicht).

Die wichtigsten Fristen im Überblick (nach § 18 und 18c SGB XI)

Vorgang	Gesetzliche Frist	Fristbeginn	Rechtsfolge bei Überschreitung
Auftrag an den MD	3 Arbeitstage	Eingang des Antrags	–
Entscheidung (Bescheid)	25 Arbeitstage	Eingang des Antrags	70 Euro für jede begonnene Woche Verzögerung (sofern Kasse schuld ist)
Beschleunigtes Verfahren (z.B. bei Krankenhausaufenthalt oder Hospiz)	1 Woche (Begutachtung)	Eingang des Antrags / Meldung der Klinik	Kasse muss externe unabhängige Gutachter beauftragen, wenn MD es nicht schafft
Verkürzte Frist bei häuslicher Pflege (mit Ausfall der Pflegeperson)	2 Wochen	Eingang des Antrags	–

5. Der Medizinische Dienst (MD) – Gutachter, nicht Entscheider

Sobald der Antrag läuft, kommt der Medizinische Dienst (MD) ins Spiel. Wichtig zum Verständnis: Der MD und die Pflegekasse sind nicht dasselbe. Die Pflegekasse verwaltet das Geld und trifft am Ende die rechtliche Entscheidung. Der MD ist der (theoretisch) unabhängige Gutachterdienst, der im Auftrag der Kasse prüft, wie hoch der Pflegebedarf ausfällt.

Begutachtungsformen

Die Regel und der absolute Standard ist der **Hausbesuch**. Der Gutachter kommt zu Ihnen nach Hause, um das tatsächliche Wohnumfeld zu sehen. Nur in Ausnahmefällen (z.B. während Pandemien oder bei extrem eindeutiger Aktenlage bei Höherstufungen) darf der MD auch **nach Aktenlage oder per Telefon** begutachten.



Wenn Sie sich durch ein Telefoninterview benachteiligt fühlen, können Sie in der Regel auf einen Hausbesuch bestehen.

Ihre Rechte bei der Begutachtung – Was der Gutachter darf und wo Grenzen liegen

Viele Betroffene fühlen sich bei einem MD-Besuch wie bei einem Verhör und haben Angst, etwas falsch zu machen. Das müssen Sie nicht. Für die Gutachter gelten nach den verbindlichen Begutachtungs-Richtlinien (BRi) strenge Verhaltensregeln.

- **Zutritt zur Wohnung:** Der Gutachter darf Ihre Wohnung betreten, aber **nur die Räume, die für die Pflege relevant sind** (z.B. Bad, Schlafzimmer, Treppenhaus). Das Wohnzimmer, in dem sich die Pflege abspielt, ist relevant. Der Hobbykeller oder das Büro gehen den Gutachter nichts an, wenn dort keine pflegerischen Handlungen stattfinden.
- **Schweigepflicht und Auskünfte:** Der Gutachter darf **nicht** einfach hinter Ihrem Rücken Ihre behandelnden Ärzte anrufen. Gemäß § 18a Abs. 9 SGB XI muss er dafür Ihre ausdrückliche, schriftliche Einwilligung (Schweigepflichtsentbindung) einholen!
- **Zulässige Fragen:** Der Gutachter darf alles fragen, was zur Ermittlung des Pflegegrades (den sechs Modulen) dient. Er darf nach dem Tagesablauf, der Medikamenteneinnahme oder Toilettengängen fragen. Er darf **nicht** nach Ihren finanziellen Verhältnissen, intimen Details abseits der direkten Körperpflege oder sachfremden Dingen fragen.
- **Medizinische Einmischung:** Ein MD-Gutachter darf Ihre ärztlichen Diagnosen dokumentieren, er darf aber **niemals in die ärztliche Behandlung eingreifen**. Er darf Ihnen nicht vorschreiben, welche Medikamente Sie nehmen sollen oder dass Ihr Hausarzt „falsch“ behandelt. Er ist Gutachter, kein behandelnder Arzt.
- **Das Recht auf Begleitung:** Sie haben jederzeit das Recht, dass eine Vertrauensperson, ein Angehöriger oder Ihr Pflegedienst bei der Begutachtung anwesend ist und Sie unterstützt. Der Gutachter darf diese Personen nicht aus dem Raum schicken.

Das 5-Punkte-Raster: Der Begutachtungstermin

1. Was muss der MD tun?

Der MD muss Ihnen den Begutachtungstermin rechtzeitig (in der Regel mindestens eine Woche vorher) schriftlich oder telefonisch ankündigen. Der Gutachter muss sich bei Ihnen ausweisen. Er muss die Begutachtung respektvoll, objektiv und unter Wahrung Ihrer Würde durchführen.

2. Was darf der MD tun?

Der Gutachter darf Sie bitten, bestimmte Alltagshandlungen vorzumachen (z.B. einmal aufstehen und zur Tür gehen), um Ihre Motorik und Selbstständigkeit real einschätzen zu können.

3. Was müssen Sie tun?



Sie haben eine gesetzliche Mitwirkungspflicht. Sie müssen den Gutachter zum vereinbarten Termin in Ihre Wohnung lassen und die pflegerelevanten Fragen wahrheitsgemäß beantworten.

4. Was müssen Sie NICHT tun?

Sie müssen keine Handlungen ausführen, die Ihnen Schmerzen bereiten oder bei denen eine akute Sturz- oder Verletzungsgefahr besteht. Wenn der Gutachter Sie bittet, sich zu bücken, und das schmerzt massiv, sagen Sie klar: *"Das geht aufgrund von Schmerzen nicht."* Niemand darf Sie zu Bewegungen zwingen, die Ihre Gesundheit gefährden.

5. Was können Sie tun, wenn der Gutachter Grenzen überschreitet?

Fühlen Sie sich herablassend behandelt, unter Druck gesetzt oder massiv unsachlich befragt? Brechen Sie im schlimmsten Fall die Begutachtung ab. Lassen Sie sich den Namen des Gutachters geben. Schreiben Sie direkt im Anschluss ein **Gedächtnisprotokoll** und reichen Sie umgehend eine offizielle Dienstaufsichtsbeschwerde beim MD (mit Kopie an Ihre Pflegekasse) ein. Verlangen Sie einen neuen Gutachter.

6. Was wird überhaupt begutachtet?

Vergessen Sie alles, was Sie vielleicht früher einmal über „Pflegestufen“ und „Minutenzählen“ gehört haben. Seit 2017 zählt nicht mehr, wie viele Minuten das Waschen dauert. Es gibt ein völlig neues System (das sogenannte Neue Begutachtungsassessment, kurz NBA).

Der Gutachter prüft nur noch zwei Dinge: **Selbstständigkeit** und **Fähigkeiten**. Die Kernfrage lautet bei jeder einzelnen Handlung: *Kann die Person diese Handlung allein, sicher und zielgerichtet durchführen – oder braucht sie personelle Hilfe?*

Der Medizinische Dienst bewertet den Alltag anhand von **sechs Modulen** (Lebensbereichen). Diese werden am Ende unterschiedlich stark gewichtet, um den Pflegegrad zu berechnen.

1. **Mobilität (zählt 10 %):** Kann die Person sich allein im Bett umdrehen? Allein aufstehen? Treppen steigen? Sich in der Wohnung sicher bewegen?
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (zählt 15 %*):** Versteht die Person, was um sie herum passiert? Weiß sie, welcher Tag heute ist? Erkennt sie Risiken? Kann sie Bedürfnisse mitteilen?
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (zählt 15 %*):** Gibt es nächtliche Unruhe? Ängste? Aggressives Verhalten? Wehrt sich die Person gegen die Pflege? *(Hinweis: Von den Modulen 2 und 3 fließt am Ende nur der höhere Wert in die Gesamtbewertung ein).*
4. **Selbstversorgung (zählt 40 %):** Das ist der wichtigste Bereich! Kann die Person sich selbst waschen, anziehen, essen, trinken und zur Toilette gehen? Hier geht es auch um das Thema Inkontinenz.
5. **Umgang mit Krankheit und Therapie (zählt 20 %):** Wer richtet die Medikamente? Wer gibt die Insulinspritze? Wer fährt mit zum Arzt oder zur Physiotherapie? Kann die Person das allein organisieren und durchführen?



6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (zählt 15 %):** Kann die Person ihren Tagesablauf selbst strukturieren? Kann sie sich allein beschäftigen oder den Kontakt zu Freunden aufrechterhalten?

Jedes Modul bringt Punkte. Je unselbstständiger jemand ist, desto mehr Punkte gibt es. Die Gesamtpunktzahl entscheidet am Ende über den Pflegegrad (Pflegegrad 1 bis Pflegegrad 5).

7. Vorbereitung beginnt nicht erst am Tag vorher

Wenn der Gutachter an der Tür klingelt, ist es zu spät, um nach dem aktuellen Arztbrief zu suchen. Ein Gutachter hat für den Hausbesuch meist nur etwa eine Stunde Zeit. In dieser Zeit müssen Fakten auf den Tisch. Je besser Sie vorbereitet sind, desto reibungsloser und fairer läuft die Begutachtung.

Sammeln Sie Beweise!

Legen Sie eine Mappe an. Der Gutachter benötigt Kopien (geben Sie niemals Originale aus der Hand!), um seinen Bericht zu untermauern. Was gehört in die Mappe?

- **Medizinische Unterlagen:** Aktuelle Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassungsberichte (nicht älter als zwei Jahre) und Berichte von Fachärzten (z. B. Neurologe, Psychiater, Orthopäde).
- **Der aktuelle Medikamentenplan:** Der offizielle Plan vom Hausarzt. (Wer sortiert die Tabletten? Schreiben Sie das direkt dazu!)
- **Therapieberichte:** Berichte von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden, falls vorhanden.
- **Hilfsmittelliste:** Welche Hilfsmittel sind bereits vorhanden? (z. B. Rollator, Pflegebett, Duschstuhl, Inkontinenzmaterial).
- **Pflegedokumentation:** Falls bereits ein ambulanter Pflegedienst ins Haus kommt, bitten Sie diesen, die Pflegedokumentation für den Gutachter bereitzulegen.

Klartext: Der Gutachter ist kein Detektiv. Was er nicht sieht oder nicht schriftlich vorliegen hat, existiert für sein Gutachten oft nicht. Dokumentieren Sie deshalb vor allem die **tatsächliche Hilfe durch Angehörige**. Wenn die Tochter jeden zweiten Tag kommt, um die Mutter zu duschen, weil diese Angst vor dem Ausrutschen hat, muss das klipp und klar gesagt und notiert werden.

8. Das Pflege- und Alltagsprotokoll

In der Aufregung des Gutachterbesuchs vergisst man leicht die Hälfte. Vor allem die Dinge, die nachts passieren, oder die "Kleinigkeiten", die längst zur Routine geworden sind. Der beste Schutz dagegen ist ein eigenes Pflege- oder Alltagsprotokoll.

Führen Sie dieses Protokoll idealerweise **für etwa ein bis zwei Wochen** vor dem Begutachtungstermin.

Wie führt man ein gutes Protokoll?



Es geht nicht um einen Roman, sondern um klare, nachvollziehbare Fakten. Beachten Sie folgende Regeln:

- **Der komplette Tagesablauf:** Notieren Sie alles vom Aufwachen bis zum Schlafengehen.
- **Tag und Nacht:** Vergessen Sie die Nacht nicht! Muss die Person nachts auf die Toilette begleitet werden? Gibt es nächtliche Unruhe oder Verwirrtheit? Nachtpflege wiegt bei der Begutachtung besonders schwer.
- **Gute und schlechte Tage:** Wenn es schwankende Erkrankungen gibt (z. B. bei Rheuma, Parkinson oder MS), dokumentieren Sie ausdrücklich, wie der Alltag an einem *schlechten* Tag aussieht.
- **Konkrete Situationen statt pauschaler Angaben!**

Falsch (zu pauschal): *"Mutter braucht Hilfe beim Anziehen."* **Richtig (konkret):** *"Mutter kann das T-Shirt allein überziehen, aber sie kann sich nicht bücken, um Hosen und Socken anzuziehen. Auch Knöpfe kann sie wegen der Arthrose in den Fingern nicht mehr selbst schließen. Dauer der täglichen Hilfe: ca. 15 Minuten."*

Falsch (zu pauschal): *"Vater isst schlecht."* **Richtig (konkret):** *"Das Fleisch muss mundgerecht zerkleinert werden. Vater vergisst zu trinken und muss bei jeder Mahlzeit mehrfach verbal dazu aufgefordert und motiviert werden, das Glas in die Hand zu nehmen."*

*Hinweis: Im Servicebereich am Ende dieses Dossiers (Teil 1) finden Sie eine **kostenlose Vorlage für ein solches Alltagsprotokoll**, die Sie einfach ausdrucken und ausfüllen können.*

9. Angehörige vorbereiten – Die heimlichen Pfleger

Angehörige sind bei der Begutachtung oft der entscheidende Faktor. Sie kennen den Alltag besser als jeder Arzt und jeder Gutachter. Das Problem: Viele Angehörige haben sich so an die Einschränkungen des Betroffenen gewöhnt, dass sie die geleistete Hilfe gar nicht mehr als Pflege wahrnehmen.

So bereiten Sie sich gemeinsam vor:

- **Lesen Sie diesen Ratgeber gemeinsam:** Geben Sie dieses Dossier an alle weiter, die in die Pflege eingebunden sind. Jeder muss verstehen, worauf der Gutachter achtet.
- **Den tatsächlichen Alltag durchgehen:** Setzen Sie sich vor dem Termin zusammen. Gehen Sie einen fiktiven, normalen Tag im Kopf durch.
- **Das Selbstverständliche sichtbar machen:** Notieren Sie sich konkrete Beispiele für Hilfen, die längst zur Routine geworden sind. (Beispiel: „*Ich lege meinem Mann jeden Morgen die Kleidung in der richtigen Reihenfolge aufs Bett, weil er sonst den Pullover über die Jacke zieht.*“)
- **Begleiten Sie die Begutachtung!** Lassen Sie den Pflegebedürftigen beim MD-Termin niemals allein. Viele Betroffene können (oder wollen) ihre Defizite nicht mehr realitätsnah einschätzen. Ihre Aufgabe als Angehöriger ist es, beim Termin anwesend zu sein und Aussagen ruhig, respektvoll, aber absolut sachlich zu ergänzen, falls etwas vergessen oder beschönigt wird.

10. Der Begutachtungstag – Bitte keine künstliche Show



Der Tag der Begutachtung löst oft großen Stress aus. Man möchte einen guten Eindruck machen, räumt die Wohnung penibel auf, zieht sich das beste Hemd an und setzt sich ordentlich an den Kaffeetisch. **Genau das ist der größte Fehler, den Sie machen können!**

Der Gutachter kommt nicht zu einem Kaffeebesuch. Er kommt, um Ihren normalen, ungeschönten Alltag zu bewerten.

- **Normaler Alltag statt künstlicher Vorführung:** Wenn Sie normalerweise im Jogginganzug auf dem Sofa liegen, weil das Anziehen von normalen Hosen zu schmerzhaft und anstrengend ist, dann empfangen Sie den Gutachter exakt so im Jogginganzug.
- **Nichts übertreiben:** Spielen Sie dem Gutachter nichts vor. Simulieren Sie keine Schmerzen oder Krankheiten, die nicht da sind. Gutachter sind medizinisch geschult und erkennen Übertreibungen (sogenannte Aggravation) sehr schnell. Das zerstört sofort Ihre Glaubwürdigkeit.
- **Nichts beschönigen:** Das ist das weitaus häufigere Problem. Wenn Sie aus falschem Stolz versuchen, Zähne zusammenzubeißen und etwas ohne Hilfe vormachen, was Sie im echten Alltag niemals allein schaffen würden, dann steht im Gutachten: „*Handlung wird selbstständig durchgeführt.*“
- **Erklären Sie den Weg zum Ziel:** Wenn der Gutachter sieht, dass Sie am Tisch sitzen und frühstücken, erklären Sie ihm, wer das Frühstück zubereitet hat, wer das Brot geschmiert hat und wer Sie aus dem Bett an den Tisch begleitet hat. Das Ergebnis (Sie essen) ist nur die halbe Wahrheit. Der Weg dorthin ist die Pflege!

● WICHTIGER HINWEIS:

ENTSCHEIDEND IST NICHT NUR, WIE ES AUSSIEHT – SONDERN WIE ES DAZU GEKOMMEN IST.

Nicht allein eine Diagnose entscheidet über einen Pflegegrad. Entscheidend ist, wie stark Selbstständigkeit und Fähigkeiten tatsächlich beeinträchtigt sind. Deshalb sollte die Begutachtung ein realistisches Bild des normalen Alltags vermitteln.

Eine gepflegte Person und eine ordentliche Wohnung bedeuten nicht automatisch, dass kein Hilfebedarf besteht. Entscheidend kann beispielsweise sein, ob die betroffene Person diesen Zustand **selbstständig** herstellen und erhalten kann – oder ob sie dafür regelmäßig Unterstützung durch Angehörige oder einen Pflegedienst benötigt.

Die goldene Regel: Nicht schlechter darstellen. Nicht besser darstellen. Den tatsächlichen Alltag ungeschönt erklären!

11. Das scheinbar harmlose Gespräch – Die versteckte Prüfung

Viele Antragsteller glauben, die Begutachtung beginnt erst, wenn der Gutachter seinen Laptop aufklappt und Formularfragen stellt. Das ist ein fataler Irrtum. Die Begutachtung beginnt in der Sekunde, in der Sie oder Ihr Angehöriger die Tür öffnen.



Der „Smalltalk“ ist ein Assessment: Die scheinbar harmlosen Plaudereien zu Beginn oder während des Termins sind oft die wichtigsten Prüfinstrumente für die Module 2, 3 und 6 (Kognition, Verhalten, Alltagsgestaltung).

- **„Wie geht es Ihnen heute?“** – Wer hier aus reiner Höflichkeit mit *„Ach, ganz gut, man darf nicht klagen!“* antwortet, hat das erste Eigentor geschossen. Antworten Sie wahrheitsgemäß: *„Ich habe heute wieder starke Schmerzen beim Aufstehen gehabt und bin sehr erschöpft.“*
- **Gespräche über den Alltag:** Wenn der Gutachter fragt: *„Was kochen Sie denn heute Schönes?“*, *„Was kommt heute Abend im Fernsehen?“* oder *„Wie oft sehen Sie Ihre Enkelkinder?“*, dann macht er das nicht aus privater Neugier. Er prüft Ihre zeitliche Orientierung, Ihr Gedächtnis, Ihre Planungsfähigkeit und Ihre sozialen Kontakte.
- **Gefahr durch Höflichkeit:** Menschen der älteren Generation haben gelernt, Schwächen nicht nach außen zu tragen. Es fällt ihnen schwer, vor einem Fremden zuzugeben, dass sie den Weg zum Supermarkt nicht mehr finden oder Probleme beim Toilettengang haben. Hier ist das offene und ehrliche Wort der Angehörigen zwingend notwendig, um die Einschränkungen klar zu benennen.

12. Demenz, psychische und kognitive Erkrankungen

Lange Zeit war die Pflegeversicherung sehr ungerecht: Wer körperlich fit war, aber stark dement, bekam kaum Leistungen. Das hat sich mit dem neuen System geändert. Heute wird (insbesondere in den Modulen 2 und 3) berücksichtigt, wenn jemand kognitiv oder psychisch eingeschränkt ist.

Trotzdem scheitern hier bei der Begutachtung die meisten Anträge. Warum? Weil psychische und geistige Einschränkungen oft unsichtbar sind und Betroffene meisterhaft darin sind, sie zu verbergen (die sogenannte „Fassade aufrechterhalten“).

Worauf kommt es hier an?

- **Fehlende Krankheitseinsicht und Überschätzung:** Viele Menschen mit beginnender Demenz sind fest davon überzeugt, alles noch perfekt zu können. Sie erzählen dem Gutachter fließend, dass sie täglich kochen und einkaufen – obwohl der Kühlschrank leer ist und der Herd längst vom Stromnetz genommen wurde. Hier müssen Angehörige zwingend (aber respektvoll) korrigieren!
- **Anleitung und Beaufsichtigung = Pflege!** Auch wenn jemand körperlich in der Lage ist, sich die Schuhe zuzubinden: Wenn er nicht weiß, *dass* er Schuhe anziehen muss, oder sie in den Kühlschrank stellt, ist er unselbstständig. Die ständige Aufforderung (Motivation), Anleitung (Erklären, wie es geht) und Beaufsichtigung (Aufpassen, dass nichts passiert) sind im Sinne des Gesetzes voll anerkannte Pflegeleistungen.
- **Tagesform und Erinnerungslücken:** Betonen Sie, wenn gute Momente die absolute Ausnahme sind. Wenn die Mutter sich heute an den Namen des Gutachters erinnert, aber gestern nicht wusste, wie sie zur Toilette kommt, ist das gestrige Bild der Maßstab für den Pflegealltag.
- **Tagesstruktur:** Fehlt der Antrieb bei schweren Depressionen? Ist der Tag-Nacht-Rhythmus völlig gestört? Muss der Betroffene ständig an Mahlzeiten erinnert werden? Das sind massive Einschränkungen der Alltagskompetenz.

● WICHTIGER HINWEIS:



EINE GUTE HALBE STUNDE IST NOCH KEIN SELBSTSTÄNDIGER ALLTAG

Ein Mensch kann freundlich sprechen, lachen, gepflegt erscheinen und während eines kurzen Besuchs einen hervorragenden Eindruck machen – und trotzdem im täglichen Leben regelmäßig erhebliche Unterstützung benötigen.

Der Gutachter sieht oft nur einen Moment, oft sogar einen extrem guten Moment, weil der Besuch alle Reserven mobilisiert. Entscheidend für den Pflegegrad ist aber nicht dieser eine Moment, sondern der **tatsächliche Alltag über längere Zeit**. Lassen Sie sich von einem scheinbar fitten Auftreten während der Begutachtung nicht blenden und stellen Sie die reale Pflegesituation klar.

13. Häufige Fehler bei der Begutachtung (Checkliste)

Wenn Sie die bisherigen Kapitel gelesen haben, wissen Sie schon viel. Hier ist zur Sicherheit die kurze, harte Liste der Fehler, die Sie am Tag X unbedingt vermeiden müssen:

- **Aus falscher Scham schweigen:** Wer Probleme beim Toilettengang oder bei der Hygiene aus Scham verschweigt, bekommt dafür keine Punkte.
- **Das „Das schaffe ich schon“-Syndrom:** Zähne zusammenbeißen und Schmerzen ignorieren, nur um etwas allein vorzumachen.
- **Diagnosen statt Auswirkungen schildern:** Den Gutachter mit lateinischen Krankheitsnamen bombardieren, statt zu erklären, dass man deshalb die Treppe nicht mehr herunterkommt.
- **Angehörigenhilfe vergessen:** Die ständige Präsenz und Vorarbeit von Partnern oder Kindern als "normale Familienhilfe" abtun und nicht erwähnen.
- **Nur den guten Tag präsentieren:** Verschweigen, dass der Betroffene an vier von sieben Tagen in der Woche das Bett vor Schmerzen nicht verlassen kann.
- **Nächtliche Probleme vergessen:** Wer tagsüber fit ist, aber nachts dreimal Hilfe beim Toilettengang oder beim Umlagern braucht, hat einen massiven Pflegebedarf!
- **Psychische/kognitive Einschränkungen nicht benennen:** Demenz, Ängste oder Antriebslosigkeit nicht als Pflegegrund verstehen.
- **Keine konkreten Beispiele:** Dem Gutachter nur sagen "Es geht schlecht", statt zu sagen: "Er ist am Dienstag in der Küche gestürzt und kam allein nicht mehr hoch."
- **Keine Unterlagen:** Den Gutachter ohne Arztbriefe, Medikamentenplan oder Pflegeprotokoll im Regen stehen lassen.
- **Unvorbereitete Angehörige:** Wenn Angehörige sich beim Termin widersprechen oder den Betroffenen aus Höflichkeit besser darstellen, als er ist.

14. Nach dem MD-Termin – Sichern Sie die Fakten!

Der Gutachter ist zur Tür hinaus. Viele atmen jetzt erst einmal durch und warten wochenlang auf den Bescheid. **Stopp! Ihre Arbeit ist hier noch nicht ganz beendet.**

- **Das Gedächtnisprotokoll:** Setzen Sie sich *sofort*, wenn die Tür ins Schloss gefallen ist, an den Tisch. Schreiben Sie auf, wie lange der Gutachter da war (von wann bis wann?). Welche Fragen hat er gestellt? Hat er bestimmte Dinge ignoriert, die Sie angesprochen haben? Gab es Situationen, in denen Sie abgewürgt wurden? Dieses



Protokoll ist im Falle eines späteren Widerspruchs Gold wert! Wer drei Wochen später versucht, sich an Details zu erinnern, wird scheitern.

- **Unterlagen sichern:** Heften Sie das Pflege- und Alltagsprotokoll sowie alle Kopien der medizinischen Dokumente, die Sie dem Gutachter vorgelegt haben, ordentlich in einem Ordner ab. Sie brauchen exakt diese Unterlagen wieder, falls die Pflegekasse Ihren Antrag ablehnt.
- **Den Verlauf dokumentieren:** Tritt in den Wochen zwischen Begutachtung und Bescheid eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein (z. B. durch einen Sturz oder einen weiteren Schlaganfall)? Teilen Sie dies der Pflegekasse umgehend schriftlich mit!

15. Gutachten und Bescheid – Das Urteil der Kasse

Nachdem der MD sein Gutachten geschrieben hat, schickt er es an die Pflegekasse. Jetzt fällt die eigentliche Entscheidung. Ganz wichtig: **Der Gutachter entscheidet nicht über den Pflegegrad!** Er gibt lediglich eine Empfehlung ab. Die rechtlich bindende Entscheidung (der Bescheid) kommt immer von der Pflegekasse.

Das 5-Punkte-Raster: Der Bescheid

1. Was muss die Kasse tun? Die Kasse muss Ihnen innerhalb der gesetzlichen Frist (meist 25 Arbeitstage) einen schriftlichen Bescheid schicken. Zudem ist sie gesetzlich verpflichtet, Ihnen das komplette MD-Gutachten **automatisch und unaufgefordert** in Kopie mitzuschicken. Tut sie das nicht, hat sie einen Verfahrensfehler begangen.

2. Was darf die Kasse tun? Die Kasse darf in Ausnahmefällen von der Empfehlung des MD abweichen, wenn diese rechtlich fehlerhaft ist. (In der Praxis schließt sich die Kasse dem MD jedoch fast immer zu 100 % an). Sie darf den Pflegegrad bewilligen, ablehnen oder niedriger einstufen als von Ihnen erhofft.

3. Was müssen Sie tun? Prüfen Sie sofort zwei Dinge: Welches Datum steht auf dem Umschlag/Bescheid? (Das ist extrem wichtig für rechtliche Fristen!) Und: Wurde das Gutachten beigelegt? Wenn das Gutachten fehlt, rufen Sie sofort an und fordern Sie es nach!

4. Was müssen Sie NICHT tun? Sie müssen den Bescheid nicht als unumstößliches Gesetz akzeptieren. Auch Gutachter und Kassen machen massenhaft Fehler. Etwa ein Drittel aller Widersprüche ist erfolgreich!

5. Was können Sie tun, wenn das Gutachten falsch ist? Lesen Sie das MD-Gutachten Zeile für Zeile. Wurden Ihre ärztlichen Befunde erwähnt? Steht bei Modul 4 (Selbstversorgung) plötzlich „vollständig selbstständig“, obwohl Sie klipp und klar gesagt haben, dass Sie beim Duschen Hilfe brauchen? Wenn Fakten fehlen oder verdreht wurden, müssen Sie sofort in den Widerspruch gehen.

16. Bewilligt – was nun?

Wenn der Bescheid kommt und der gewünschte Pflegegrad bewilligt wurde: Herzlichen Glückwunsch! Der Aufwand hat sich gelohnt.



Der Pflegegrad gilt ab dem Monat der Antragstellung. Das bedeutet, Sie erhalten oft eine Nachzahlung für die Zeit der Bearbeitung. Sie müssen der Kasse nun mitteilen, wie Sie die Leistungen nutzen möchten. Die wichtigsten Grundpfeiler zur ersten Orientierung:

- **Pflegegeld:** Bekommen Sie, wenn Sie die Pflege zu Hause durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn selbst sicherstellen. Das Geld wird Ihnen frei zur Verfügung gestellt.
- **Pflegesachleistungen:** Wenn ein professioneller ambulanter Pflegedienst ins Haus kommt, rechnet dieser direkt mit der Kasse (bis zu einem festgelegten Höchstbetrag) ab.
- **Kombinationsleistungen:** Sie können beides mischen! Kommt der Pflegedienst z. B. nur einmal pro Woche zum Duschen, bekommen Sie das restliche Budget als anteiliges Pflegegeld ausgezahlt.
- **Entlastungsbetrag (131 Euro):** Steht jedem zu (ab Pflegegrad 1). Das Geld gibt es nicht bar auf die Hand, sondern es kann für anerkannte Alltagsbegleiter (z. B. Haushaltshilfe, Einkaufsdienst) abgerechnet werden.
- **Wohnumfeldverbesserung:** Die Kasse zahlt auf Antrag bis zu 4.180 Euro pro Maßnahme für Umbauten (z. B. Rollstuhlrampe oder barrierefreier Umbau des Badezimmers).

17. Abgelehnt oder zu niedrig eingestuft – Vorsicht vor der Falle!

Ihr Antrag wurde komplett abgelehnt? Oder Sie haben nur Pflegegrad 1 bekommen, obwohl der Alltag ohne massive Hilfe völlig unmöglich geworden ist?

Atmen Sie tief durch. Und akzeptieren Sie diesen Bescheid nicht vorschnell!

In genau dieser Situation versuchen einige Sachbearbeiter am Telefon, Betroffene zu einer fatalen Entscheidung zu überreden: *"Nehmen Sie den Antrag doch einfach zurück und stellen Sie in ein paar Monaten einen neuen, wenn es schlimmer geworden ist."* Warum tun sie das? Weil der Kasse durch eine Antragsrücknahme Arbeit (ein teures Widerspruchsverfahren) erspart bleibt und sie kein Geld für die vergangenen Monate nachzahlen muss.

Ziehen Sie einen Antrag niemals zurück, bevor Sie das Gutachten nicht detailliert geprüft haben! Wenn Sie jetzt aufgeben, verfällt Ihr ursprüngliches Antragsdatum. Wenn Sie stattdessen fristgerecht (innerhalb eines Monats!) Widerspruch einlegen, wird das Verfahren offengehalten. Bekommen Sie im Widerspruchsverfahren doch noch Recht, muss die Kasse rückwirkend ab dem Tag Ihres ersten Antrags jeden Cent nachzahlen.

Genau an diesem Punkt endet Teil 1 dieser Serie. Wenn Sie einen Ablehnungsbescheid auf dem Tisch liegen haben, beginnt jetzt der wichtigste Teil der rechtlichen Gegenwehr. Wie Sie ein fehlerhaftes Gutachten systematisch zerlegen, warum Sie erst einen „leeren“ Widerspruch einlegen sollten und wie Sie Ihre Ansprüche bis hin zum Sozialgericht durchsetzen, lesen Sie im zweiten Teil unserer Reihe.

Weiterlesen in Teil 2: *„Pflegegrad abgelehnt oder zu niedrig – Gutachten prüfen, Widerspruch einlegen und Rechte durchsetzen.“*



SERVICEBEREICH (Teil 1) – Die KLARTEXT-Checklisten

Nutzen Sie diese Listen, um den Überblick zu behalten. Haken Sie jeden Schritt ab.



Checkliste 1: Die Antragstellung

- ☐ Pflegekasse (Krankenkasse) angerufen und Antragstellung formlos mitgeteilt.
- ☐ Gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eingefordert.
- ☐ Formulare der Kasse vollständig ausgefüllt und unterschrieben.
- ☐ Ggf. unterschriebene Vorsorgevollmacht beigelegt, falls ich als Angehöriger handle.
- ☐ Antrag NACHWEISBAR (Einschreiben, Fax mit Sendebericht oder Abgabe mit Stempel) verschickt.
- ☐ Ablauf der 25-Arbeitstage-Frist im Kalender markiert.



Checkliste 2: Die Beweissicherung (Die MD-Mappe)

- ☐ Aktuelle Arztbriefe und Krankenhausentlassungsberichte kopiert.
- ☐ Offizieller Medikamentenplan vom Hausarzt liegt bei.
- ☐ Pflegedokumentation des ambulanten Dienstes (falls vorhanden) liegt bereit.
- ☐ Liste aller im Haushalt vorhandenen Hilfsmittel (Rollator, Pflegebett etc.) erstellt.
- ☐ Eignes Pflege- und Alltagsprotokoll für 7 bis 14 Tage geführt. (Gute und schlechte Tage dokumentiert!)



Checkliste 3: Der Gutachtertag

- ☐ Angehörige/Pflegeperson sind anwesend.
- ☐ Der Betroffene ist normal gekleidet (kein künstliches „Aufhübschen“).
- ☐ Die Wohnung spiegelt den normalen Alltag wider (nicht alles künstlich wegräumen).
- ☐ Keine falschen Antworten aus Höflichkeit oder Scham.
- ☐ Die unsichtbare Hilfe der Angehörigen (Erinnern, Motivieren, Vorbereiten) wurde vom Gutachter notiert.
- ☐ Unmittelbar nach dem Termin: Eigenes Gedächtnisprotokoll (Dauer, Ablauf, Besonderheiten) geschrieben.

18. Musterbriefe und Vorlagen

Sie müssen nicht jedes Schreiben selbst von Grund auf formulieren. KLARTEXT stellt Ihnen kostenlose Musterbriefe und Vorlagen zur Verfügung, die Sie an Ihren persönlichen Fall anpassen können.



→ Zu den kostenlosen Musterbriefen und Widerspruchsvorlagen von KLARTEXT

Mit freundlichen Grüßen

Michael B. Barnes

Michael B. Barnes

Impressum / Kontakt:

Michael B. Barnes

Hengeloer Str.1

49565 Bramsche

 E-Mail: info@klartext-info.online

Rechtlicher Hinweis

Dieses Dokument ist Teil des privaten Informations- und Aufklärungsprojekts **KLARTEXT** von Michael B. Barnes.

Der Bericht dient ausschließlich der Information sowie der öffentlichen Meinungs- und Diskussionsbildung. Er enthält eine Kombination aus dokumentierten Tatsachen, öffentlich zugänglichen Quellen, rechtlichen Einordnungen sowie persönlichen Bewertungen, Schlussfolgerungen, Vermutungen und Hypothesen des Autors. Diese sind entsprechend im Gesamtzusammenhang des jeweiligen Dossiers zu verstehen.

Alle Inhalte wurden nach bestem Wissen und Gewissen auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung verfügbaren Informationen erstellt. Trotz sorgfältiger Recherche kann keine Gewähr für Vollständigkeit, Aktualität oder die fortdauernde Richtigkeit sämtlicher Angaben übernommen werden. Neue Erkenntnisse oder spätere Entwicklungen können eine Überarbeitung oder Neubewertung einzelner Inhalte erforderlich machen.

Eine unveränderte Weitergabe des vollständigen Dokuments über den offiziellen Veröffentlichungsweg ist ausdrücklich erwünscht. Veränderungen, Kürzungen, aus dem



Zusammenhang gerissene Zitate oder Bearbeitungen, die den Sinn oder die Aussage des Dokuments verfälschen, sind ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet.

Stand der Quellen und Rechtslage: Veröffentlichungsdatum des jeweiligen Dossiers.

Version: 1.0

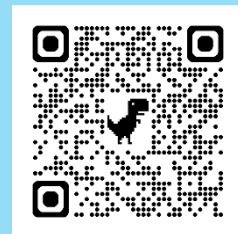
© Michael B. Barnes – Alle Rechte vorbehalten.

Impressum:

<https://www.klartext-info.online/impressum/>

Zur Klartext-Info-Website

QR-Code



Weitere Beiträge, Aktualisierungen und Quellen:

www.klartext-info.online

Michael B. Barnes

Stand: 15.08.2026

