

Neuerungen und Wissenswertes für 2018

Inhalt

1	Teil 1: Wissenswertes zu PSG II und den Folgen	1
1.1	Pflegebedürftigkeit - NBI	1
1.2	Das System Pflegeversicherung kann so nicht überleben	2
1.3	Fallstricke auf dem Weg zum richtigen Pflegegrad	4
1.3.1	Beachten Sie den Bestandsschutz bis 2019.....	5
1.3.2	Passen Sie die Pflegedokumentation nicht an.....	6
1.3.3	Die Eilbegutachtung nach Antragstellung	7
1.3.4	Die Fristen zur regulären Begutachtung	8
1.3.5	Eine telefonische Begutachtung ist nicht rechtskonform.....	8
1.3.6	Aktenlagebegutachtungen sind immer anfechtbar	9
1.3.7	Lassen Sie eine Begutachtung niemals unkommentiert laufen.....	10
2	PSG III – Wichtiges für 2018	11
2.1	Das Kapitel 7 wurde neu gefasst,	11
2.1.1	Leistungsanpassungen des SGB XII, analog SGB XI.....	11
2.1.2	Entlastungsbetrag von 125,- Euro lt. SGB XI für.....	11
2.1.3	Schnittstellenproblematik wurde erkannt	11
2.2	Ambulante Pflegedienste als Betrüger unter Generalverdacht	12

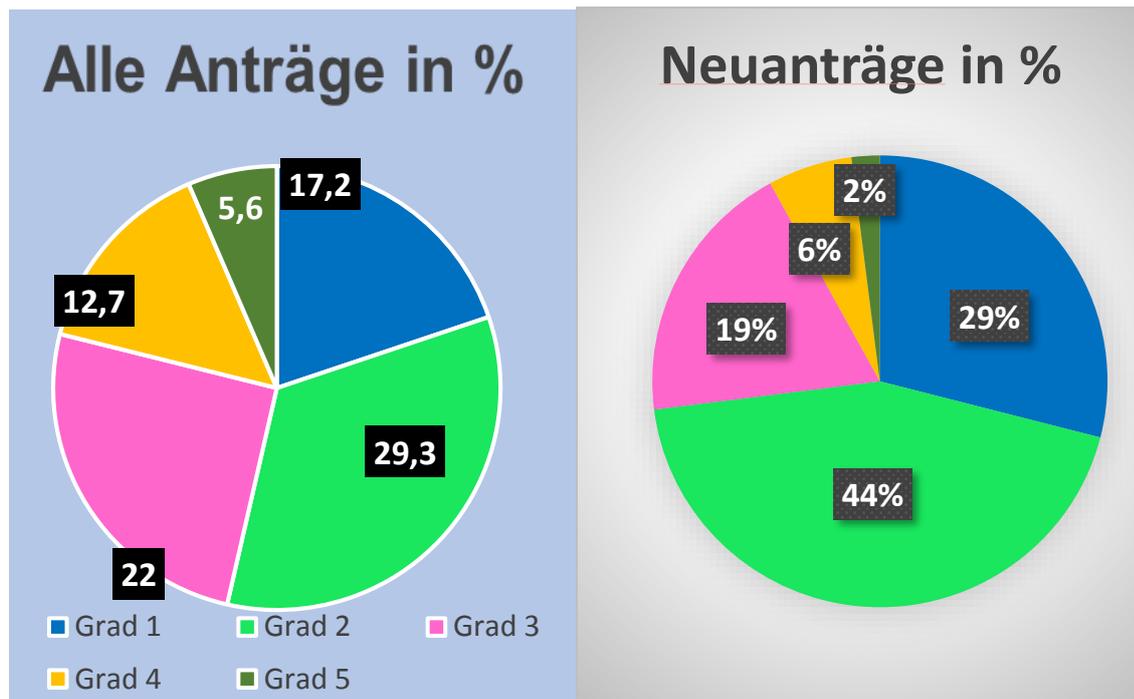
1 Teil 1: Wissenswertes zu PSG II und den Folgen

1.1 Pflegebedürftigkeit - NBI

Nur rund ein Jahr nach PSG II tritt Ernüchterung ein. Das NBI bringt nicht die erwartete Verbesserung für Pflegebedürftige. Sieht man sich die aktuellen Zahlen an wird deutlich, dass insgesamt nur 8 %der Antragsteller zusammen in Grad 4 und 5 kamen. 8% sind somit weniger Pflegebedürftige als in der Vergangenheit in die Stufe 3 eingestuft wurden.

Und zudem wird zumindest in Heimen der so genannte Zwillingeffect nun spürbar. D.h. wenn ein umgegradeter Pflegebedürftiger der aus 2016 verstorben ist, wird der Heimplatz nicht durch einen gleich hohen Pflegegrad wieder belegt. Man verliert einen Grad 4 oder 5 und es kommt kein entsprechend hoher Grad nach. Die Pflegegrade sinken, kaum dass sie eingeführt wurden. Im Folgenden die Zahlen für 2017¹:

¹ www.mds-ev.de/aktuelles



Anhand der genehmigten Pflegegrade gesamt und der Neuanträge wird deutlich, dass der Pflegegradmix jetzt schon sukzessive sinkt. Die positive Umgradung von Pflegestufen in Pflegegrade hatte eine Erhöhung der Personalzahlen zur Folge. Aber mit jedem Verstorbenen Pflegebedürftigen im Heim wurde der hohe Pflegegrad nicht wiederbesetzt, ein niedrigerer Pflegegrad zog ein. Und somit ist der hohe Pflegegradmix, der noch 2017 vorhanden war, im Jahr 2018 und darüber hinaus nicht mehr zu erreichen. Das bedeutet, weniger Einnahmen und weniger Mitarbeiter, bei gleichbleibender Arbeit. Denn das Klientel der Heimbewohner wird nicht einfacher.

Bei der Anwendung des NBI wird offenbar, dass es in der Praxis nicht so einfach anzuwenden ist, wie zunächst gedacht. Die Gutachter haben ihre Probleme und die Mitarbeiter ebenso. Es gibt noch sehr viele fehlerhafte Einschätzungen in ganz Deutschland.

1.2 Das System Pflegeversicherung kann so nicht überleben

Bei steigender Zahl der Pflegebedürftigen und somit steigenden Ausgaben kann das aktuelle System der Pflegeversicherung nicht mehr lange aufrechterhalten werden. Im Jahr 2016 wurden 31 Mrd. Euro² ausgegeben in der Pflegeversicherung. Im Jahr 2017 waren über 37 Mrd.³ Ausgaben hochgerechnet.

Im 1. Halbjahr 2017 bekamen 432.000 Menschen erstmals Leistungen aus der Pflegeversicherung, ein Zuwachs von 175.000 Menschen gegenüber 2016.

Es gab zu Ende Juni 2017 über 3,1 Mio. Pflegebedürftige in Deutschland. Das ist die Zahl, welche von der Bundesregierung und deren beauftragte Gutachter in den Vorjahren für das Jahr 2030 errechneten. Wir sind unserer Zeit somit mindestens 13 Jahre voraus.

Aber der Pflegeversicherung geht es aktuell nicht schlechter als in der Vergangenheit. Wir hatten schon Jahre, da hatte die Pflegeversicherung fast 1 Mrd. Defizit, das war 2004 und 2016 hatten wir satte Überschüsse von 1,03 Mrd. Euro⁴. Das war allerdings vor den Pflegegraden, vor dem Zuwachs von Pflegebedürftigen und vor dem Anstieg der Ausgaben für diese.

² Zahlen und Fakten des BMG vom 20.4.2017

³ „Teure Reform“ Care Konkret vom 1.9.2017

⁴ Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung vom BMG, 20.4.2017

Die Zeiten mit Überschüssen in der Pflegeversicherung sind immer nur künstlich hervorgehobenen Effekte.

	Überschüsse⁵	Folgemaßnahme
2004	- 820 Mio.	Vorverlagerung des Fälligkeitstermins des GSV-Beitrages
2005	- 380 Mio.	Erhebung des Kinderlosenzuschlages in Höhe von 0,25%
2006	+ 450 Mio.	keine
2007	- 320 Mio.	keine
2008	+ 620 Mio.	Beitragssatzanhebung von 1,70% auf 1,95% und Leistungsausweitung
2009	+ 990 Mio.	Keine bis 2013
2012	+ 10 Mio.	
2013	+ 630 Mio.	Beitragssatzanhebung von 1,95% auf 2,05%
2015	+ 1,68 Mrd.	Beitragssatzanhebung von 2,05% auf 2,35%
2017		Beitragssatzanhebung von 2,35% auf 2,55%

*grün gekennzeichnete Jahre sind Wahljahre

Wenn der Beitrag gemäß Herrn Gröhe´s gesetzlicher Vorgabe bis ins Jahr 2020 stabil bleiben soll, werden wir bis dahin wieder ein fettes Minus zu verzeichnen haben. Dann werden die Beiträge wieder erhöht um die Löcher zu stopfen. Aber wie soll das auf Dauer gehen. Die Beiträge die Sie heute zahlen, sind im übernächsten Monat ausgegeben.

Der Gutachter erspart das Rezept für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

Der Gesetzgeber hat mit dem PSG II im § 18 Absatz 6a SGB XI ein neues Verfahren festgelegt – und die Kassen fügten sich zähneknirschend. Seit 1. Januar 2017 müssen die Gutachter bei der Begutachtung auch die Notwendigkeit der Hilfsmittel prüfen: Wird das vorhandene Hilfsmittel durch den Pflegebedürftigen genutzt? Benötigt der Pflegebedürftige ein anderes oder ein weiteres Hilfsmittel, respektive Pflegehilfsmittel? So steht es in den Begutachtungs-Richtlinien:

„Wird ein vorhandenes Hilfs-/Pflegehilfsmittel, das unter Punkt F 1.3 „Hilfsmittel/Nutzung“ des Formulargutachtens beschrieben wurde, nicht oder nur unzureichend genutzt, ist zu prüfen, ob es die oder der Pflegebedürftige bedienen kann, und wenn nicht, ob eine erneute Anleitung

⁵ Jahrensbericht des BVA 2017

im Gebrauch erforderlich ist oder eventuell Ersatz, Änderungen oder Anpassungen erforderlich sind.

Wird zur Verbesserung der Versorgung eine Ausstattung mit (weiteren) Hilfs-/Pflegehilfsmitteln für erforderlich gehalten, ist dies hier zu empfehlen und zu konkretisieren:

- Produktart/Produktartnummer (Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche/04.40.01.1), wenn nicht möglich Produktgruppe (z. B. Badehilfen) oder Produktuntergruppe/Produktuntergruppennummer (z. B. Badewannenlifter/04.40.01),
- bei welchen Aktivitäten/zu welchem Zweck das vorgeschlagene empfohlene Pflege-/Hilfsmittel genutzt werden soll
- ob die Nutzung selbstbestimmt, selbstständig, oder mit Hilfe durch die Pflegeperson erfolgen kann.

Die im Gutachten abgegebenen Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln werden unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuordnung ausformuliert.

Bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen, gelten die Empfehlungen jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern die antragstellende Person, ihre Betreuerin bzw. ihr Betreuer oder ihre bevollmächtigte Person zustimmt.

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI entsprechen, sind:

Adaptionshilfen (z. B. Strumpfanziehhilfen, Greifhilfen),

- Badehilfen (z. B. Badewannenbretter, Badewannenlifter, Duschhocker, fahrbare Duschstühle),
- Gehhilfen (z. B. Gehböcke, Rollatoren, Deltaräder),
- Hilfsmittel gegen Dekubitus (z. B. Antidekubitussitzkissen, Antidekubitusauflagen, Antidekubitusmatratzen, aktive und passive Systeme),
- Inkontinenzhilfen (z. B. Inkontinenzvorlagen, Netzhosen, Inkontinenzpants, Bettschutzeinlagen),
- Kranken- oder Behindertenfahrzeuge (z. B. Rollstühle), Krankenpflegeartikel (z. B. behindertengerechte Betten, Stehbetten, Aufrichthilfen, Rückenstützen),
- Lagerungshilfen (z. B. Beinlagerungshilfen, Lagerungskeile),
- Mobilitätshilfen (z. B. Drehscheiben, Dreh- und Übersetzhilfen, Rutschbretter, Katapultsitze, Bettleitern),
- Stehhilfen,
- Stomaartikel,
- Toilettenhilfen (z. B. Toilettensitzerhöhungen, feststehende Toilettenstühle oder Toilettenstühle auf Rollen),
- Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, Pflegehilfsmittel zur Körperpflege oder Hygiene (z. B. Urinflaschen, Urinschiffchen, Steckbecken, saugende Bettschutzeinlagen, Kopfwaschsysteme),
- Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung oder zur Mobilität, Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel) sowie sonstige unmittelbar alltagsrelevante Pflegehilfsmittel.“⁶

1.3 Fallstricke auf dem Weg zum richtigen Pflegegrad

Für viele Pflegekräfte ist das Thema Eingradung gedanklich lediglich mit dem Besuch des Gutachters verbunden. Davor und danach stehen allerdings weitere Fragen im Raum, die geklärt werden müssen. Nur eine gute Vorbereitung garantiert den gewünschten Erfolg. Von der Antragstellung über die Anpassung der Pflegedokumentation, den Besuch des Gutachters bis zum Bescheid und womöglich Widerspruch. Überall lauern Fallstricke, die ein Pflegegrad-Manager kennen muss.

⁶ MDS & GKV 2016, S. 103

1.3.1 Beachten Sie den Bestandsschutz bis 2019

Der Gesetzgeber entschied im Dezember über das Pflegestärkungsgesetz (PSG) und damit auch über die Überführung von Pflegestufen in Pflegegrade. Natürlich wusste der Gesetzgeber, dass diese Überführung für einige Pflegebedürftige eine Besserstellung bedeuten würde.

Die durchaus positive Überführung von 2016 auf 2017 hatte zur Folge, dass rund 42,1%⁷ der Pflegebedürftigen in einen höheren Grad übergeleitet wurden, als ihnen nach reiner Berechnung der Module des NBI heute zustehen würde. Das weiß auch die Pflegekasse und möchte das mitunter ändern, indem sie Wiederholungsbegutachtungen in Auftrag gibt.

Diese Wiederholungsbegutachtungen seitens der Kassen sind aber bis zum 31. Dezember 2018 nicht möglich. Der Gesetzgeber regelte in § 140 SGB XI die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade und nahm in § 141 SGB XI den Bestandsschutz auf und in § 142 die Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren.

Bestandsschutz

Wer zum 31. Dezember 2016 eine Pflegestufe hatte, wurde entsprechend der vorgegebenen Regelungen des § 140 SGB XI in einen Pflegegrad überführt. Diesen Pflegegrad behält der Pflegebedürftige bis zum 1. Januar 2019. Es sei denn, er stellt einen Antrag auf einen anderen Pflegegrad.

Ausnahmen sind z. B. eine von vornherein kurzfristige Pflegebedürftigkeit, beispielsweise vor einer zielführenden Operation oder einer anstehenden Rehabilitation, die zur Verbesserung der Pflegesituation dienen soll.

Allerdings legen die Pflegekassen diese Paragraphen offensichtlich sehr eigenwillig aus und mahnen in dem ein oder anderen Falle eine Wiederbegutachtung an. Widerstehen Sie solchen Anforderungen! Für jeden Pflegebedürftigen, der nicht kurzfristig pflegebedürftig ist, der nicht mit einer Operation oder Rehabilitation wieder selbständiger werden soll, gilt die Übergangsregelung von Pflegestufe in Pflegegrad bis zum 31. Dezember 2018.

Erst ab dem 1. Januar 2019 können die Kassen wieder herunterstufen lassen. Wer auch immer Ihnen etwas anderes erzählen will – zeigen Sie ihm den aktuellen Paragraphen aus dem SGB XI:

„§ 142 die Übergangsregelung im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.“

Seien Sie wachsam

Sollte ein Pflegebedürftiger von der Kasse Post bekommen oder sollte sich der MDK anmelden, ohne dass ein Antrag von Ihrer Seite aus initiiert wurde, sollten Sie bei der Kasse nachfragen, mit welchem Auftrag der MDK betraut wurde.

Erhalten Sie die Antwort „Wiederholungsgutachten“, können Sie auf § 142 SGB XI hinweisen und darauf, dass eine Wiederholungsbegutachtung erst ab dem 1. Januar 2019 wieder stattfinden kann.

⁷ Kimmel, A.; Kowalski, I. & Pick, P. (2013). Umsetzung des NBA. Überleitung heutiger Leistungsempfänger. S. 8 Im Internet:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Materialien/Ueberleitung_heutiger_Leistungsempfaenger_Kimmel_Kowalski_Pick.pdf [Zugriff am 12.08.2016]

Lassen Sie sich durch nichts beeindrucken! Wird auf einen bestimmten Paragraphen Bezug genommen, lesen Sie im Gesetz nach. Glauben Sie diesbezüglich keinem Sachbearbeiter der Kassen oder MDK-Mitarbeiter.

1.3.2 Passen Sie die Pflegedokumentation nicht an

Versuchen Sie nicht, das NBI in der Pflegedokumentation abzubilden. Damit hätten Sie die unsinnige Aufgabe, insgesamt 64 Kriterien hinsichtlich der Eingradung zu beachten. Das wäre alles andere als eine Entbürokratisierung.

Lassen Sie sich auch nicht durch die Tatsache verführen, dass einige Überschriften der Themenfelder der SIS den Titeln der Module des NBI gleichen. Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist dazu da, die individuellen und persönlichen Bedürfnisse eines Menschen in seinem Alltag darzulegen. Das Neue Begutachtungsinstrument (NBI) betrachtet eher abstrakt, was ein Mensch kann oder nicht. Zum Beispiel wird das Treppensteigen, das An-/Auskleiden, die Nutzung der Toilette etc. nicht individuell betrachtet.

Achtung

Es geht bei der Begutachtung nicht darum, ob der Mensch eine Verrichtung wirklich benötigt, sondern ob er es könnte.

So geht es auch bei einem Bettlägerigen nur um die Frage, ob er Treppen steigen oder die Toilette nutzen könnte. Ob er das tatsächlich auch tut, ist unerheblich.

Ganz gleich, ob Sie das Strukturmodell (und damit die SIS) nutzen oder nach einem anderen Modell (etwa: AEDL) klassische Pflegeplanungen schreiben – Die Besonderheiten des Menschen, seine Fähigkeiten, Einschränkungen und Fehlhandlungen etc. werden sich in seiner Dokumentation mit Sicherheit widerspiegeln, ebenso wie die körperlichen Handicaps. Das müssen Sie keinesfalls über alle 64 Kriterien hinweg einzeln dokumentieren.

Die Kriterien der sechs Module finden sich sicherlich in der Pflegedokumentation wieder, wenn auch nicht im Originalwortlaut.

1. Modul 1: Hier wird die körperliche Fähigkeit abgefragt (in der SIS Themenfeld 2, in AEDL 2 „sich bewegen“).
2. Modul 2: Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Gedächtnisses und der Kommunikation (in der SIS Themenfeld 1, in AEDL 1).
3. Modul 3: Verhalten eines Pflegebedürftigen. Das Verhalten wird sich im entsprechenden Themenfeld der SIS oder den AEDL wiederfinden, in dem das Verhalten eine Rolle spielt. Ein Beispiel: Ein demenziell veränderter Mensch zeigt Abwehr beim Waschen, das gehört ins SIS-Themenfeld 4 oder in AEDL 4. Uriniert ein Pflegebedürftiger mit Korsakow-Syndrom in die Ecken, so ist dies in der SIS Themenfeld 4 zu lesen oder in AEDL 6.
4. Modul 4: Körpernahe Hilfen oder Grundpflege. Das ist in der SIS das Themenfeld 4 und in der AEDL 4 „sich pflegen können“, AEDL 5 „ernähren können“, AEDL 6 „ausscheiden können“, AEDL 7 „kleiden können“.
5. Modul 5: Hierzu müssen Sie in der Pflegedokumentation nichts anpassen, denn hier werden nur ärztlich verordnete Maßnahmen gewertet.
6. Modul 6: Alltagsgestaltung und soziale Beziehungen. Das findet sich in der Dokumentation bei SIS Themenfeld 5 oder in AEDL 9 „sich beschäftigen können“ und AEDL 12 „soziale Beziehungen“.

Fazit

Die Pflegedokumentation muss nicht auf die 64 Kriterien des NBI angepasst werden. Eine einigermaßen schlüssige Dokumentation lässt das Meiste erkennen.

1.3.3 Die Eilbegutachtung nach Antragstellung

Es kann dauern, bis ein Gutachter kommt. Es sei denn, es liegt ein dringender Entscheidungsbedarf zugrunde. Dieser ist in § 18 Abs. 2b SGB XI geregelt: als Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs und wird durch den GKV-Spitzenverband näher definiert⁸:

„Die verkürzten Begutachtungsfristen von 1 bzw. 2 Wochen nach § 18 Abs. 3 SGB XI ...gelten unverändert fort. Demnach ist eine unverzügliche Begutachtung spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

- Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.

Die Wochenfrist gilt auch, wenn

- sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder
- der Antragsteller ambulant palliativ versorgt wird.

Eine Begutachtung ist innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn der Antragsteller sich in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden, und

- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.“

Fazit

Die sogenannte Eilbegutachtung kann nur von einem Erstantragsteller beantragt werden, der sich im Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung befindet. Denn nur hier ist die Situation nach der Entlassung nicht sichergestellt, solange kein Pflegegrad vorliegt.

Wird kein Eilantrag gestellt, so erhält der Klient ambulant keine Leistungen, wie z.B. ein Pflegebett über die Kasse etc. und stationär würde er keinen Heimplatz bekommen.

Fazit

Befindet sich ein Antragsteller im Hospiz oder wird er ambulant palliativ versorgt, gilt die Wochenfrist ebenfalls.

Binnen zwei Wochen muss begutachtet sein, wenn ambulant Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt wird. Die Familienpflegezeit wurde 2014 in einem eigenen Gesetz geregelt: „Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPfZG). Demnach kann ein Arbeitnehmer seine Arbeitszeit für bis zu zwei Jahre auf wöchentlich 15 Stunden reduzieren. Er muss das seinem Arbeitgeber acht Wochen vorher anzeigen. Das Gehalt wird natürlich entsprechend angepasst und verringert sich.

Der Arbeitnehmer kann aber ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben in Anspruch nehmen. Dieses Darlehen soll die Lücke zwischen

⁸ Bundesweit einheitliche Kriterien des GKV-Spitzenverbandes¹ für das Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs nach § 18 Abs. 2b SGB XI und § 142 Abs. 2 SGB XI vom 06.09.2016

dem ursprünglichen Nettogehalt und dem verringerten Gehalt während der Pflege ausgleichen. Allerdings tut es dies nur zu 50%. Die Höhe des Darlehens beträgt lediglich die Hälfte der Differenz zwischen den monatlichen Nettoentgelten vor und während der Freistellung.

Hinweis

Das Darlehen während einer Familienpflegezeit muss binnen 48 Monate nach Beginn der Freistellung zurückgezahlt werden! Also nicht erst nach Beendigung der Familienpflegezeit, sondern binnen vier Jahren nach Beginn der Freistellung.

1.3.4 Die Fristen zur regulären Begutachtung

Erst seit dem 1. Januar 2018 dürfen zwischen Antrag und Bescheid nicht mehr als 25 Arbeitstage vergehen. § 18 Abs. 3 SGB XI: „Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.“

Was geschieht, wenn die Pflegekasse die Frist nicht einhält, ist in § 18 Abs. 3 SGB XI wie folgt definiert: „Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist.“

Im Klartext

Nach der Antragstellung sollte bei der Kasse direkt nachgefragt werden, ob der Antrag eingegangen ist. Die Frist beginnt.

Sollte nach 25 Arbeitstagen noch immer kein Bescheid vorliegen, muss die Pflegekasse darauf hingewiesen werden, dass die Frist abgelaufen ist. Außerdem sollte das Geld eingefordert werden.

Zugegeben, 70 Euro pro Woche sind keine üppige Entschädigung, aber bei Pflegekassen mit Tausenden von Versicherten ergibt das am Ende doch eine hohe Summe. Da für Heimbewohner mit Grad 2 oder mehr keine Fristen gelten, ist klar, dass die Pflegekassen bemüht sein werden, stets die Anträge der Versicherten zuerst zu bearbeiten, bei denen sie zahlen müssten, wenn sie in Verzug kämen.

1.3.5 Eine telefonische Begutachtung ist nicht rechtskonform

Sie lesen richtig: Es gibt MDK-Geschäftsstellen, die eine telefonische Begutachtung durchführen. Das macht der MDK Bayern. Dort scheint die telefonische Begutachtung eine gängige Praxis bei Höherstufungen oder Nachbegutachtungen zu sein.

Diese Praxis ist jedoch weder im Gesetz noch in den Begutachtungs-Richtlinien vorgesehen. In § 18 Abs. 2 SGB XI steht stattdessen: „Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen... Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.“

Fazit

Eine telefonische Begutachtung ist nicht rechtskonform. Entweder wird der Antragsteller vor Ort untersucht oder es wird eine Aktenlagebegutachtung durchgeführt. Mehr als diese beiden Varianten gibt es nicht.

Auch in den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) und dem Gutachten gibt es nur diese beiden Varianten.

Auf Seite 160 BRi sind zwei Möglichkeiten aufgeführt:

1. Gutachten nach Hausbesuch
2. Gutachten nach Aktenlage

Auf Seite 163 BRi ist das Gutachten abgebildet und der Gutachter kann folgende Möglichkeiten ankreuzen:

- Persönliche Befunderhebung
- Aktenlage, da antragstellende Person verstorben
- Aktenlage, da persönliche Befunderhebung nicht zumutbar
- Aktenlage aus sonstigen Gründen, Begründung

Was kreuzt der Gutachter denn bei einer telefonischen Begutachtung an? – Nichts, denn es gibt schlichtweg keine telefonische Begutachtung per Gesetz. Und alle Beteiligten, die einen entsprechenden Anruf erhalten, sollten sich standhaft weigern, Auskünfte zu erteilen. Schließlich ist laut Datenschutz eine Auskunft an eine Person, die man nicht eindeutig als berechnigte Person erkennen kann, unerlaubt.

1.3.6 Aktenlagebegutachtungen sind immer anfechtbar

Wenn eine Vorortbegutachtung unterbleibt, weil etwa der Antragsteller verstorben ist, oder weil sich der Gutachter den Weg ersparen wollte, wird eine Aktenbegutachtung durchgeführt. Diese ist immer anfechtbar. Das liegt in der Natur der Sache: Wenn der Antragsteller nicht untersucht werden kann, Pflegende nicht gehört werden können, muss alles aus den vorliegenden Unterlagen hervorgehen, was zum Pflegebedürftigen wichtig ist. Das ist bei medizinische Diagnosen und ärztlichen Anordnungen noch sehr einfach. Aber wenn es um die Abarbeitung der sechs Module geht, ist eine Aktenlagebegutachtung eine angreifbare Begutachtung. Denn eine Aktenlagebegutachtung muss eindeutig sein. So ist es im Gesetz gefordert (§ 18 SGB XI bzw. in den BRi, Seite 160): „Ausnahmsweise kann auch auf einen Hausbesuch verzichtet werden, ...die Informationslage eindeutig ist“.

Wird der Pflegebedürftige von Laien zu Hause versorgt, gibt es aber nicht einmal eine Pflegedokumentation, also auch keine eindeutige Aktenlage. Selbst wenn die Laien ein Formular geschickt bekommen, so ist dieses Formular für sie gar nicht korrekt auszufüllen, geschweige denn, dass sie lückenlos alle 64 Kriterien der sechs Module darlegen könnten. Wird der Pflegebedürftige von Profis versorgt, gibt es natürlich eine Pflegedokumentation, die in Teilen Aufschluss geben kann. Mehr aber auch nicht.

Fazit

Keine Pflegedokumentation wird alle 64 Kriterien der sechs Module des NBI enthalten. Müssen Sie einen Widerspruch einleiten, weil jemand per Aktenlage nicht korrekt eingestuft wurde, gibt es ein starkes Argument: Die Aktenlage war nicht eindeutig.

1.3.7 Lassen Sie eine Begutachtung niemals unkommentiert laufen

Der Gutachter wird mit einer Begutachtungszeit von maximal zwei Stunden avisiert, das Zeitfenster darf nicht größer sein. So kann man sich auf die Begutachtung gut vorbereiten. Und einer Vorbereitung bedarf es. Denn man muss sich Gedanken darübermachen, wie man den Pflegebedürftigen dem Gutachter gegenüber präsentiert. Der Gutachter soll mit seinen „fünf Sinnen“ begutachten und das bedeutet, er nimmt auf, was er sieht.

Wenn der Gutachter den Pflegebedürftigen beispielsweise auffordert, die Arme hinter dem Kopf zu verschränken oder vom Stuhl aufzustehen und zu gehen, so wertet er genau dies. Er sieht somit, dass der Pflegebedürftige körperlich durchaus dazu in der Lage ist, sich auf seinem Wohnbereich selbständig fortzubewegen. Oder dass er im Modul 4 (bei der Selbstversorgung) nicht viel Hilfe benötigt. Vielleicht registriert der Gutachter, dass der Pflegebedürftige „überwiegend selbständig“ ist, weil er auf Aufforderung hin diese oder jene Verrichtung vornehmen kann.

Was der Gutachter aber nicht sieht, ist, dass der Pflegebedürftige nur wenige Schritte gehen kann, keinesfalls aber die acht Meter, wie es in den Begutachtungs-Richtlinien steht. Oder dass der Pflegebedürftige zwar die Arme hinter den Kopf nimmt, aber weder den Waschvorgang noch das An-/Auskleiden versteht.

Auch kann die Aufforderung des Gutachters, der Pflegebedürftige solle doch etwas trinken, zur Fehlinterpretation führen. Wenn der Pflegebedürftige dieser Aufforderung folgt, so werden im Modul 4 unter dem Kriterium „Trinken“ nicht viele Punkte zu erwarten sein. Lediglich ein „überwiegend selbständig“ für die Impulsgabe zum Trinken wird gerechnet – das wären nur zwei Punkte. Gleich doppelt so viele, also vier Punkte, würde es geben, wenn anstatt einer Impulsgabe eine permanente Anleitung und Beaufsichtigung erforderlich wären.

Hinweis

Lassen Sie die Begutachtung nie einfach unkommentiert laufen. Alles, was der Gutachter fragt und sieht, soll den Grad der Selbständigkeit und die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen ermitteln. Wenn Sie wissen, dass der Pflegebedürftige permanente Anleitung und Beaufsichtigung braucht, so müssen Sie dies bei der Begutachtung auch dem Gutachter verdeutlichen!

Auch bei Fehlhandlungen eines Pflegebedürftigen zieren sich viele Beteiligten, diese Auffälligkeiten dem Gutachter offen zu zeigen oder zu schildern. Aber wie soll ein Gutachter glauben, dass sich jemand mehrfach täglich bis zu drei Pullis übereinander anzieht, wenn er einen adrett gekleideten Pflegebedürftigen vorfindet?

Was soll der Gutachter denken, wenn er hört, dass der Pflegebedürftige mehrfach täglich umherirre, doch bei der Begutachtung findet er den Pflegebedürftigen brav in seinem Zimmer sitzend vor? Diese und weitere „Verschönerungen“ der Alltagsfehlhandlungen führen nachvollziehbar zu Missverständnissen bei Begutachtungen.

Fazit

Jeder, der eine Begutachtung begleitet, braucht Mut. Den Mut, den Pflegebedürftigen so zu zeigen, wie er ist, nicht wie er sein sollte.

2 PSG III – Wichtiges für 2018⁹

2.1 Das Kapitel 7 wurde neu gefasst,

- ▶ Leistungsberechtigte nach § 61 (Hilfe zur Pflege) wurden neu definiert
- ▶ Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff findet im SGB XII § 61 a/61b ebenso Anwendung wie das neue Begutachtungsverfahren § 62/62a. Der Sozialhilfeträger hat eine Bindung, d.h. er muss die Kriterien zugrunde legen oder seinerseits den MDK beauftragen, wenn er das selbst nicht einschätzen kann.
- ▶ Die Schnittstellenproblematik (Vorrang/Nachrang) SGBXII § 63b und Leistungskonkurrenz zwischen Eingliederung und Pflege wurde geklärt
- ▶ Der Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege nach SGBXII § 64 a bis i/65/66 wurde angepasst
- ▶ Eine Sonderregelung zum Vermögenseinsatz SGBXII § 66a wurde geschaffen

2.1.1 Leistungsanpassungen des SGB XII, analog SGB XI

Neu im Leistungskatalog:

- ▶ Verhinderungspflege **§ 64 c**
- ▶ Verhinderungspflege gilt als „andere Leistung“ **§ 65 Abs. 1** SGB XII
- ▶ Pflegehilfsmittel im Rahmen Hilfe zur Pflege **§ 64 d** SGB XII
- ▶ Notwendig soll geprüft werden (Privatrezept) –Wirtschaftlichkeitsgebot
- ▶ Verbesserung des Wohnumfeldes § 64 e (technische Hilfen-Umbauten Modernisierungsmaßnahmen ganz oder Teilfinanzierung (Ermessensleist.))
- ▶ Rentenzahlung für die Pflegeperson (Hilfe)
- ▶ Tages- und Nachtpflege **§ 64 h**
- ▶ Entlastungsbetrag von 125.-€ bei Pflegegrad 2 bis 5 **§ 64 i, das ist neu**, bis dato blieben reine Sozialhilfeempfänger ohne diese Leistung

2.1.2 Entlastungsbetrag von 125,- Euro lt. SGB XI für

- ▶ teilstationäre Tagespflege oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege
- ▶ Leistungen für den ambulanten Pflegedienst im Bereich der Selbstversorgung für Personen in den Pflegegraden 2 – 5 *
- ▶ Leistungen für Pflegedienste im Bereich der Körperpflege für Personen mit dem Pflegegrad 1 *
- ▶ Sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI (niedrigschwellige Entlastungsleistungen)
- ▶ abgerechnet werden.

*Personen mit einem Pflegegrad 1 erhalten keine Pflegesachleistungen. Deshalb können diese pflegebedürftigen Menschen den Entlastungsbetrag auch für Körperpflege – ausgeführt durch einen Pflegedienst – verwenden.

2.1.3 Schnittstellenproblematik wurde erkannt

- ▶ SGB XII **§ 63b** definiert die Leistungskonkurrenz
- ▶ SGB XII **§ 64** hat Vorrang/ **§ 64 SGB XII Vorrang**
- ▶ Soweit häusliche Pflege ausreicht, soll der Sozialhilfeträger darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird. D.h. **Nachbarn übernehmen die Pflege - nicht der Pflegedienst.**
- ▶ Wenn die Kommune es durch ihre Pflegeberater schafft, dass die Pflege vom Nachbarn kostenlos erbracht wird, wird die Kostenübernahme (SGB XII) **abgelehnt**. Das gilt für die, die keine Pflegeversicherung haben oder über kein oder über kein ausreichendes Vermögen verfügen

⁹ Danke Herrn Friedhelm Rink für die freundliche Zuarbeit und Übersicht

2.2 Ambulante Pflegedienste als Betrüger unter Generalverdacht

- ▶ Neue Regeln gegen Abrechnungsbetrug erforderte eine Neuordnung in neue systematisierte Kontrollrechte durch Kassen und deren Prüfungsgremien
- ▶ Auch Pflegedienste die nur SGB V (reine Krankenpflege) Leistungen erbringen und abrechnen unterliegen den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen. Das bedeutet : *Für alle Kunden des Pflegedienstes ist jetzt eine Pflegedokumentation erforderlich, die entsprechend aussagefähig ist.*
- ▶ Zudem dürfen Krankenkassen nun Abrechnungen von Pflegediensten auch unabhängig vom MDK prüfen, haben also erstmals ein eigenes Prüfrecht ohne MDK

Die aktuellen QPR (Qualitätsprüfungsrichtlinien) finden Sie unter www.mds-ev.de.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne per Mail an koenig@pflege-prozess-beratung.de zur Verfügung.

Ihre Jutta König

Januar 2018