

Horst Marburger

WALHALLA

SGB XI

Soziale Pflege- versicherung

Textausgabe mit praxisorientierter
Einführung

10., aktualisierte Auflage



[Wissen für die Praxis]

Wichtig: Der Pflegegrad 1 entspricht nicht der früheren Pflegestufe 0. Ihm werden seit 1. 1. 2017 Personen zugeordnet, für die die Verbesserungen der Wohnsituation sowie Angebote allgemeiner Betreuung und gutes Eingebundensein in das Umfeld die wichtigste Hilfe in ihrem Alltag sind.

Sonderfall: Kinder

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die obigen Regeln.

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von Vorstehendem wie folgt eingestuft:

- in Pflegegrad 2 ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
- in Pflegegrad 3 ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten
- in Pflegegrad 4 ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
- in Pflegegrad 5 ab 70 bis 100 Gesamtpunkten

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegeversicherung zu beantragen. Beachten Sie zur Zuständigkeit der Pflegeversicherung auch die Ausführungen ab Seite 13.

In Zusammenhang mit dem Leistungsantrag ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit bestimmter Leistungen nicht erforderlich. Häufig ist aus den Unterlagen der Krankenkasse ersichtlich, dass eine Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit zur Erbringung bestimmter diesbezüglicher Leistungen besteht.

In vielen Fällen wird die Pflegekasse auf Initiative der Krankenkasse tätig. Ausreichend ist auch die mit Einwilligung des Versicherten erfolgte Unterrichtung der Pflegekasse durch Dritte, zum Beispiel Familienangehörige oder Nachbarn.

Die Pflegekasse trifft die Entscheidung über den Antrag. Dabei berücksichtigt sie das in Auftrag gegebene Gutachten.

Die Pflegekasse hat nämlich aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Regelung (§ 18 SGB XI) gutachterlich prüfen zu lassen, ob

- die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und
- welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Soweit unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, sind dem Antragsteller von der Pflegekasse in der Regel drei Gutachter zur Auswahl zu benennen. Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen der benannten Gutachter entschieden, wird diesem Wunsch Rech-

nung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche nach Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen. Geschieht dies nicht, bestimmt die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

2

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags, hat sie nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Allerdings gilt dies nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder beim Antragsteller mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt werden. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Die Feststellung, ob und ggf. in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist in angemessenen Abständen zu überprüfen (sog. Wiederholungsbegutachtung).

Liegt ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung vor, überprüft die Pflegeversicherung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Dazu gehört die Frage, ob

- der Pflegebedürftige pflegeversichert ist und
- er die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt hat.

Beachten Sie zur Versicherungszeit die Ausführungen ab Seite 100.

Mitwirkungspflichten des Pflegebedürftigen

Die Mitwirkungspflichten des Sozialgesetzbuchs gelten auch in der Pflegeversicherung. Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers insbesondere ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

Achtung: Kommt der Pflegebedürftige seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger (hier: Pflegekasse) ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

Wichtig: Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Nach den von den Spitzenverbänden der Pflegekassen aufgestellten Pflegebedürftigkeits-Richtlinien hat die Pflegekasse den Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung, über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung aufzuklären.

Gleichzeitig fordert sie den Antragsteller auf, dem MDK oder dem beauftragten Gutachter eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften bei seinen behandelnden Ärzten, den ihn betreuenden Pflegepersonen und den Pflegeeinrichtungen zu erteilen.

Eine solche Einwilligung zählt auch zu den oben besprochenen Mitwirkungspflichten.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Soweit für die vorstehend genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

Aus den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) ergibt sich, dass dann, wenn eine Untersuchung verweigert wird, der MDK bzw. der beauftragte Gutachter die Unterlagen mit einem entsprechenden Vermerk an die Pflegekasse zurückreicht. Die Verweigerung kann durch den Antragsteller, seinen Bevollmächtigten oder seinen Betreuer erfolgen.

Die Pflegekasse entscheidet anschließend, welche Maßnahmen zu treffen sind.

Aufgaben des Medizinischen Dienstes oder beauftragten Gutachters

Es wurde bereits erwähnt, dass der MDK oder der beauftragte Gutachter zu prüfen hat, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Für die Begutachtung sind die seit 1. 1. 2017 geltenden Begutachtungs-Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen vom 15. 4. 2016 zu berücksichtigen.

Im Rahmen dieser Prüfungen hat der MDK oder der beauftragte Gutachter auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Um-

fang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.

2

Wichtig: Insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des MDK oder des beauftragten Gutachters zu. Die Pflegekasse nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Zusätzlich hat die Pflegekasse den Antragsteller darüber zu informieren, dass eine Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auslöst. Voraussetzung ist, dass der Antragsteller zu diesem Verfahren einwilligt.

Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2018 jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung sowie über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen des MDK oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation.

Um die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für alle MDK verbindliche Richtlinien erlassen.

Der MDK oder der beauftragte Gutachter soll – soweit der Versicherte einwilligt – die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen. Er soll ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen.

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer (z. B. die Ärzte oder Lieferanten von Hilfsmitteln) sind verpflichtet, dem MDK oder dem beauftragten Gutachter die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Die Erstbegutachtung hat in der Regel im Wohnbereich des Antragstellers zu erfolgen. Dies gilt für Anträge auf häusliche und vollstationäre Pflege gleichermaßen. Erteilt der Versicherte zur Untersuchung in seinem Wohnbereich nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern.

Wichtig: Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen (Wiederholungsbegutachtung). Dies erfolgt wiederum im Wohnbereich des Pflegebedürftigen.

Der Besuch wird rechtzeitig angekündigt oder vereinbart. Mit dieser Ankündigung wird der Antragsteller gleichzeitig gebeten, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pfl egetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger – soweit sie für die Begutachtung erforderlich sind – bereitzulegen. Die Pflegeperson sollte beim Hausbesuch zugegen sein.

Praxis-Tipp:

Wird der Besuch eines Mitarbeiters des MDK oder eines beauftragten Gutachters angekündigt, scheuen Sie sich nicht, um eine Verlegung des Termins zu bitten, wenn beispielsweise Ihre Pflegeperson zu dem betreffenden Zeitpunkt nicht anwesend sein kann.

In stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) sollte die Pflegefachkraft, die am besten mit der Pflegesituation des Antragstellers vertraut ist, beim Besuch zugegen sein, um die im Zusammenhang mit der Begutachtung erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Praxis-Tipp:

Manche Pflegebedürftige, besonders ältere Menschen, sind oftmals der Auffassung, sie müssten dem untersuchenden Arzt beweisen, wie gut sie mit ihrer Lage fertig werden. Sie stellen das, was sie noch tun können, in den Vordergrund und lassen das, was die Pflegeperson für sie tut, manchmal ganz oder teilweise außer Betracht. Grundlage dieses Handelns ist die Auffassung, dass es zur Erlangung des Pflegegelds darauf ankommt, selbst so viel wie möglich zu tun. Das Gegenteil ist allerdings der Fall! Mithilfe der Untersuchung soll nämlich in erster Linie festgestellt werden, welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Selbstverständlich darf der Pflegebedürftige keine falschen Angaben machen, aber er sollte wissen, welche Priorität die Untersuchung des Arztes hat.

Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den MDK oder den beauftragten Gutachter weiter. Innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse hat diese ihre Entscheidung schriftlich mitzuteilen.

Befindet sich der Antragsteller in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen. Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.