

Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG): die kleinen Änderungen in der Praxis - Teil 4

In dieser Serie werden die kleineren Änderungen des PNG für die Praxis aufbereitet.

Teil 4: Wichtige Änderungen bei der Pflege-Einstufung

Fünf Wochen, dann steht das Ergebnis fest!

Bei der letzten Pflegereform 2008 hatte der Gesetzgeber schon versucht, das Begutachtungsverfahren zu beschleunigen. Allerdings lautete bis dahin die Formulierung, das die Pflegekasse das Ergebnis innerhalb von fünf Wochen (oder kürzer) mitteilen soll. Nun hat der Gesetzgeber den Text weiter verschärft: nun muss die Pflegekasse dem Antragssteller das Ergebnis spätestens nach fünf Wochen mitgeteilt haben, ansonsten muss die Pflegekasse für jede Woche Verzögerung 70,- € an den Antragssteller zahlen.

Darüber hinaus gelten verkürzten Fristen in folgenden Fällen:

Befindet sich der Antragssteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung (also im Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung) erforderlich ist (beispielsweise weil der Versicherte ohne Pflegestufe nicht im Pflegeheim aufgenommen wird) oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb von einer Woche nach Eingang des Antrags durchzuführen.

Die verkürzte Frist von einer Woche gilt auch, wenn sich der Antragssteller in einem Hospitz

befindet oder (in häuslicher Umgebung) ambulant palliativ versorgt wird.

Befindet sich der Antragssteller in häuslicher Umgebung und wurde Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt, hat die Begutachtung innerhalb von zwei Wochen zu erfolgen.

Die beauftragten Gutachter haben den Antragssteller unverzüglich über das Ergebnis schriftlich zu informieren. Dabei reicht es im verkürzten Verfahren zunächst mitzuteilen, ob mindestens die Pflegestufe 1 erreicht wird.

Um diese kurzen Fristen zu gewährleisten, können die Pflegekassen ab Juni 2013 nun abweichend nicht nur den MDK mit der Begutachtung beauftragen, sondern auch andere unabhängige Gutachter. Da auch schon der MDK teilweise mit Honorargutachtern arbeitet, könnten die Pflegekassen aus diesem Pool auch direkte Aufträge an die Gutachter vergeben. Die Pflegekasse muss dann andere Gutachter (als den MDK) benennen, wenn der MDK nicht innerhalb von 4 Wochen ab Antragsstellung die Begutachtung durchgeführt hat. Dann muss die Pflegekasse drei unabhängige Gutachter nennen, von denen sich der Pflegebedürftige einen aussuchen kann. Erfolgt nicht innerhalb von einer Woche eine Auswahl, schickt die Pflegekassen einen von ihr ausgewählten Gutachter.

Damit die Pflegekassen diesen Zeitrahmen auch einhalten, hat der Gesetzgeber zwei Sanktionen vorgesehen: einmal werden pro Woche 70,- € fällig, wenn die Zeitüberschreitung der Pflegekasse zuzurechnen ist. Das dürfte dann nicht der Fall sein, wenn der Pflegebedürftige beispielsweise einen Begutachtungstermin absagt oder verschiebt. Aber die Pflegekassen sind dann in der Zahlungspflicht, wenn sie nicht mitbekommen, dass der MDK die Vier-

Wochenfrist nicht eingehalten hat. Neben der Zahlungspflicht müssen die Pflegekassen einmal im Jahr, zum 31. März jeweils eine Statistik zur Einhaltung der Fristen veröffentlichen. Hier dürfte dann auch hervorgehen, wie oft die Zeit überschritten und die Pflegekassen Geld zahlen mussten. Gerade die Veröffentlichung der Zeitüberschreitung dürfte für viele Pflegekassen schmerzhafter sein als die Zahlung der Prämie bei Überschreitung.

Durch die Öffnung der Personengruppe, die begutachtet darf, wird tatsächlich auch der MDK geschwächt. Denn er hat nun nicht mehr allein (gemeinsam mit den Gutachtern der privaten Pflegekassen) die Aufgabe der Begutachtung. Die vom Gesetzgeber angestrebten schnelleren Begutachtungen dürften mit diesen Instrumenten umzusetzen sein.

Dazu hat der Gesetzgeber auch die Organisationsabläufe und damit die Qualität der Begutachtung im Auge gehabt und deshalb eine neue „Richtlinie zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren“ (§ 18b) auf den Weg gebracht. Allein schon der Umstand, dass man die Dienstleistungsorientierung der Begutachtung in einer gesetzlichen Richtlinie regelt oder regeln muss, zeigt deutlich, dass der Gesetzgeber dies nicht mehr dem MDK allein überlassen will. Die Richtlinie soll zum 31. März verabschiedet sein, sie ist aber offensichtlich noch immer in der Diskussion und noch nicht (Stand 6. Mai) veröffentlicht. Der Gesetzgeber hat jedoch klare Vorstellungen, was in der Richtlinie wie zu regeln ist, zumindest hat er dies in der Begründung des Gesetzentwurfes so formuliert: der Termin soll mit einer Zeitspanne von maximal 2 Stunden angekündigt werden, es sollen schriftliche Informationen über den Ablauf, auch für Migranten in ihrer Muttersprache vorliegen, es soll eine Versichertenbefragung sowie ein Beschwerdemanagement eingeführt werden.

Veröffentlicht in:

Als letzter wichtiger Baustein der Qualitätssicherung ist zu werten, dass jeder Pflegebedürftige schon bei der Antragsstellung (siehe § 7) sowie bei der Begutachtung durch die Gutachter aufzuklären ist, dass er das Gutachten über die Einstufung jederzeit bekommen kann. Wenn er bei der Begutachtung zustimmt, wird ihm das Gutachten mit dem Einstufungsbescheid automatisch zugeschickt. Damit haben nun alle Beteiligten einen besseren und schnelleren Überblick über die tatsächlichen Feststellungen und Empfehlungen, die zum Bescheid der Pflegekasse geführt haben.

Tipp:

Jeder Pflegebedürftige sollte auch sein Gutachten anfordern. Dann hat der Pflegedienst eine bessere Grundlage für die weitere Beratung und selbst für die Übersicht der eigentlich notwendigen Leistungen, die der Kunde lt. Gutachten benötigt. Auch weiß der Pflegedienst dann, ob eine Einstufung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz vorliegt. Selbst die Frage, ob ein Widerspruchsverfahren sinnvoll ist, kann so viel besser eingeschätzt werden. Ein letzter wichtiger Aspekt ist die Bindungswirkung des Einstufungsgutachtens auf die nachrangige Sozialhilfe. Da nach § 62 SGB XII das Gutachten und die darin beschriebenen Defizite auch für die Sozialhilfe gelten, kann diese nicht abweichend vom Gutachten Leistungen streichen: wenn der Gutachter in der Einstufung von 5 Toilettengängen ausgeht, bei dem ein Hilfebedarf besteht, dann müssen auch 5 Toilettengänge durchgeführt bzw. von der Sozialhilfe übernommen werden.

Weiter geht es in der nächsten Ausgabe!

PDL Praxis 06/2013

in: „Häusliche Pflege“ / Vincentz network

PDL Praxis, Häusliche Pflege,

Ausgabe 06/2013

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-Mail: info.heiber@SysPra.de; www.SysPra.de