

Nicht alles ist „Verhinderungspflege“

Die Leistung der Verhinderungspflege existiert, wie der aufmerksame Leser weiß, bereits seit 1991, also vor der Pflegeversicherung (damals im Rahmen der Leistungen zur „Schwerpflegebedürftigkeit“ der §§ 55 ff. der Krankenversicherung). Trotzdem ist der Ausschöpfungsgrad immer noch relativ gering. Wenn man die 2013'er Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Pflegeversicherung als Basis nimmt, stellt man fest, dass von den 1.739.337 Pflegebedürftigen die 2013 ambulant versorgt wurden, nur Leistungen der Verhinderungspflege im Umfang von 590.000.000 € in Anspruch genommen wurden, das entspricht einer aktuellen Nutzungsquote von ca. 23 %. Grund genug, dass auch die Pflegedienste diese Leistung besser erklären und erbringen.

Allerdings gibt es inzwischen immer mehr Pflegekassen, die misstrauisch bei den Pflegepersonen nachfragen, warum sie denn die Verhinderungspflege nutzen. Die Nachfragen erfolgen öfter per Telefon, nicht jeder genannte Grund wird als „wichtig“ genug anerkannt, um die Leistung zu übernehmen.

An diesem Verhalten ist zweierlei problematisch: der Gesetzgeber sieht im Gesetzestext keine besondere Begründung vor, die sogenannten „anderen Gründe“ sind weder konkretisiert noch definiert. Auch kann man bei der Historie der Leistung davon ausgehen, dass eigentlich jeder Grund, der zu einer „Abwesenheit“ einer Pflegeperson führt, wichtig genug ist, um die Leistung der Verhinderungspflege zu erstatten.

Es gibt aber in der Praxis auch andere Tendenzen zu beobachten. Pflegedienste nutzen die Verhinderungspflege auch dann, wenn die Finanzierung der Sachleistungen nicht ausreicht. Manche Pflegedienste rechnen in Beispielen auf ihren Internetseiten schon gleich das Geld der Verhinderungspflege zu den Zuschüssen der Pflegekasse dazu.

Beispielsweise werden die geplanten Einsätze am Morgen in den ersten drei Wochen nach Sachleistungen abgerechnet, in der vierten Woche dann über die Verhinderungspflege. Das hört sich nicht nur komisch an, es ist mutmaßlich auch rechtswidrig: die Leistung der Verhinderungspflege setzt voraus, dass zu dem Zeitpunkt normalerweise die Pflegeperson da ist, sie aber nun ausfällt und deshalb der Pflegedienst die Verhinderungspflege übernimmt. Ist die Pflegeperson aber sowieso

nie zu diesem Zeitpunkt da (der Pflegedienst übernimmt ja die Leistung), kann sie auch nicht verhindert sein. Deshalb hätte die Pflegekasse in diesem Fall zu Recht nachgefragt und müsste diese Leistung auch nicht erstatten. Nur wenn die Pflegeperson normalerweise da ist und zu diesem Zeitpunkt Leistungen übernimmt, nun aber für einen begrenzten Zeitraum ausfällt, ist die Voraussetzung für die Verhinderungspflege gegeben.

Ein weiterer „Tipp“, der in der Branche kursiert, will dann Verhinderungspflegeleistungen nutzen, wenn die Grundpflege (beispielsweise am Morgen) länger dauert als sich aus der Leistung refinanzieren lässt. Dann nimmt man noch beispielsweise 15 Minuten über die Verhinderungspflege dazu. Dieser „Tipp“ ist zweifach falsch und rechtswidrig:

- Ist keine Pflegeperson temporär verhindert (aber ansonsten da), dann kann keine Leistung übernommen werden
- Aus dem Preis einer Leistungspauschale kann nicht auf die maximal verfügbare Zeit geschlossen werden („erlösorientierte Einsatzplanung“), denn die Leistungen sind als Durchschnittspreis definiert und müssen nicht jeden Einzelfall refinanzieren

Wenn zu dem Zeitpunkt keine ‚Verhinderung‘ vorliegt, dann ist das keine Verhinderungspflege. Um es mit einem

übertriebenen Beispiel darzustellen: natürlich ist die Ehefrau, die bisher auch Pflegeperson für ihren Mann war, durch ihren eigenen Tod verhindert. Aber nicht kurzfristig, sondern auf ewig.

Auf Seiten der Pflegekassen gibt es andere merkwürdige Aussagen, um keine Leistungen zu übernehmen:

Bei Pflegegeld- oder Kombileistungsbeziehern wird darauf verwiesen, dass diese erst einmal auf Sachleistungen umzustellen hätten, bevor sie Leistungen der Verhinderungspflege bekommen könnten. Der Gesetzgeber sieht aber keine solche Vorbedingung zum Bezug der Verhinderungspflege; das bisherige Pflegearrangement bleibt bestehen, wie es ist. Zudem: warum sollte es bei Pflegegeldbezug und Nutzung der Verhinderungspflege nun die Weiterzahlung des Pflegegeldes geben, wenn man doch immer erst auf Sachleistungen umstellen müsste?

Sind mehrere Pflegepersonen angegeben, kommen Kassenmitarbeiter auf die Idee, dass diese sich zunächst selbst untereinander vertreten müssten. Auch für diese Idee gibt es keinerlei rechtliche Verankerung. Denn das Pflegearrangement ist so schon kompliziert genug. Und jede Pflegeperson kann gerade dann, wenn sie die Versorgung übernimmt, aber nicht unbedingt an anderen Tagen. Es muss also keine interne Vertretung organisiert werden, bevor man die Verhinderungspflege nutzen kann.

Nicht jeder MDK-, aber auch Pflegekassenmitarbeiter kann sich vorstellen, dass ein Pflegebedürftiger auch gleichzeitig eine Pflegeperson sein kann. Als Beispiel dient ein Ehepaar: der Mann, mit Pflegestufe 1 und mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie die Ehefrau, aufgrund körperlicher Einschränkungen ebenfalls Pflegestufe 1. Allerdings ist die Ehefrau in der Lage, ihren dementen Mann bei den Toilettengängen anzuleiten („bitte geh jetzt“) und die Mahlzeiten zu beaufsichtigen. Würde sie selbst beispielsweise zum Arzt müssen,

könnte sie im Rahmen der Verhinderungspflege vertreten werden. Gleiches könnte für Nachbarn im Betreuten Wohnen gelten: der geistig Fitte nimmt den dementen Pflegebedürftigen mit zum gemeinsamen Mittagessen und begleitet ihn wieder zurück zur Wohnung.

Die Verhinderungspflege ist eine wichtige Leistung, die auch mehr und intensiver genutzt werden sollte. Sie ist aber nicht dafür da, finanzielle Lücken in der Regelversorgung auszugleichen oder allein den Umsatz des Pflegedienstes zu steigern. Wird sie gesetzeskonform eingesetzt, haben sowohl der Pflegebedürftige als auch der Pflegedienst ihren Nutzen!

Tipp:

Vor der Nutzung/Abrechnung der Verhinderungspflege sollte geklärt werden, was vom Budget noch vorhanden ist (nicht dass schon andere, wie die Nachbarin oder die Kurzzeitpflege, das Budget aufgebraucht haben). Falls die Pflegekassen dem Pflegedienst diese Auskunft am Telefon verweigern, sollte die Pflegekasse dies ihrem Versicherten schriftlich mitteilen können.

Literatur:

Das SGB XI - Beratungshandbuch

Gut beraten - Vertrauen erwerben - Nachfrage erhöhen

Reihe PDL Praxis, Bd. 3; Vincentz Network
2. überarbeitete Auflage, November 2013

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 07/2014

© **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