

Das merkwürdige Leistungsverständnis

Die Pflegeversicherung ist finanziell in einer schwierigen Lage, da erscheint es erst mal verständlich, wenn Pflegekassen mit ihren Ausgaben haushalten und genauer hinschauen. Man könnte zum Beispiel erwarten, dass Pflegekassen bei der Verhinderungspflege mehr nachfragen oder prüfen, wenn zum Beispiel eine Nachbarin die gesamten Leistungen erbracht hat und den vollen Leistungsbetrag abrechnet, ohne das geklärt ist, ob die Leistungen tatsächlich stattgefunden haben und ob die Nachbarin bei dieser Erwerbstätigkeit auch entsprechend versichert war. Oder wenn über den Entlastungsbetrag die komplette Gartenpflege vom Landschaftsgärtner abgerechnet wird, weil der Pflegebedürftige dabei angeblich „stärkend und stabilisierend alltagsunterstützend entlastet wird“ (Originalzitat aus dem Flyer eines Gartenbaubetriebs zur Abrechnung nach § 45b).

Unstreitig ist jedoch, dass gerade die stetige Beratung des Pflegebedürftigen und seiner ihn mit betreuenden Pflegepersonen nicht nur die Versorgung stabilisiert, sondern dauerhaft auch finanziell vorteilhaft ist. Die Wichtigkeit der Beratungsleistungen hat der Gesetzgeber durch weitere Ergänzungen der Aufgaben bei Beratungsbesuchen nach § 37.3 betont: mit dem neuen Absatz 3a, eingeführt durch das BEEP 2026 wird die regelmäßige Hilfestellung und praktische pflegefachliche Unterstützung der häuslich Pflegenden durch die Beratungsbesuche betont. Und natürlich können Pflegebedürftige, die Kombinations- oder Sachleistungen beziehen, einmal im Halbjahr eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen, ohne dass sie vorher einen Antrag stellen oder diese Beratungsnotwendigkeit besonders begründen müssen.

In der Roadmap für die zukünftige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird ein wesentlicher Schwerpunkt auf die unterschiedlichsten Beratungsleistungen gelegt.

Und dann klingelt bei einem Pflegedienst im Februar dieses Jahres das Telefon, eine freundliche Mitarbeitende einer Betriebskrankenkasse ist am Telefon mit folgendem kurzen (weitgehend wörtlich wieder gegebenen) Hinweis: die Versicherte Frau x bezieht Kombinationsleistungen, demzufolge sei kein Beratungseinsatz erforderlich. Der Pflegedienst habe im letzten Jahr bereits zwei Beratungseinsätze erbracht. Wenn es besondere Gründe gibt, warum ein Beratungseinsatz erforderlich ist, solle der Pflegedienst das der BKK gerne mitteilen. Ansonsten möchte die BKK den Pflegedienst bitten, von weiteren Beratungen Abstand zu nehmen (Namen sind dem Autor bekannt).

Also der Reihe nach: diese BKK meint, mit zwei Beratungen im letzten Jahr sei es doch genug mit Beratung und deshalb soll der Pflegedienst damit aufhören! Das die Versicherte einen Rechtsanspruch hat, losgelöst von den Einschätzungen ihrer Pflegekasse, spielt offensichtlich keine Rolle. Und das eine Beratung eben nicht nebenbei beim Rückenwaschen, also während der Leistungserbringung durch den Pflegedienst stattfinden kann, ist auch egal.

Wie wird der Pflegedienst mit diesem Hinweis umgehen? Wenn er den nächsten Beratungsbesuch durchführt und abrechnet, könnte es sein, dass die Kasse die Finanzierung verweigert mit dem Hinweis, es hätte ja vom Pflegedienst keine besonderen Gründe gegeben, warum noch eine Beratung nötig sei!

Dieses merkwürdige Verständnis von Leistungsrechten wäre nicht der Kolumne wert, wenn es in der Praxis nicht viel öfter vorkommt und sich Pflegedienste davon tatsächlich ‚einschüchtern‘ lassen. Dabei werden hier willkürlich die Versichertenrechte eingeschränkt, ohne jede Grundlage und allein anhand der Menge der bisherigen Beratungen. Die zuständigen Aufsichtsbehörden sollten den Pflegekassen wieder einmal erklären, welche Leistungsansprüche ihre Versicherten haben und das solche ‚Informationen‘ an die Pflegedienste zu unterbleiben haben! Und Pflegedienste dürfen sich nicht durch solche Falschinformationen einschüchtern lassen, denn keinen anderen Grund hatte der Anruf dieser BKK.