

Die richtigen Einstufungen

Alle Welt redet nur noch vom PSG II sowie der neuen Pflegebedürftigkeitsdefinition und dem NBA als Einstufungsinstrument. Dabei wird dies erst ab 2017 angewandt. Und da alle Bestandskunden bzw. alle Versicherten, die bis zum 31.12.2016 einen Antrag gestellt haben, nach bisherigem Recht eingestuft werden, werden gerade in der ambulanten Pflege die ersten Begutachtungen nach neuem Recht erst im Frühjahr 2017 zu sehen sein. Dazu kommt, dass im Rahmen der Überleitung alle Eingestuften einen dauerhaften Bestandsschutz auf ihren übergeleiteten Pflegegrad haben. Daher werden sie auch keine von den Kassen beauftragte Wiederholungsprüfung mehr erleben, da eine Pflegegradabsenkung so gut wie unmöglich ist.

Andererseits ist die Überleitung so großzügig ausgestaltet, dass es viel wichtiger ist, die aktuellen Einstufungen zu überprüfen. Dazu kommen die Erfahrungen aus der Praxis, die in letzter Zeit von zunehmend strengeren Einstufungsprüfungen berichten.

Wie bisher sollte ein Pflegedienst dauerhaft seine Kunden in Bezug auf die Einstufung beraten und auch selbst regelmäßig prüfen, ob ein Höherstufungsantrag oder eine zusätzliche Einstufung nach § 45a angezeigt wäre. Auch vor dem Hintergrund der günstigen Überleitung sollte man aber auf Anträge verzichten, die offensichtlich unbegründet sind. Das gilt auch bei der Beratung von Pflegegeldbeziehern. Was sind für die Einstufung die wesentlichen Stellschrauben und Hilfsmittel?

Pflegeeinstufung:

- Das Pfl egetagebuch ist für die bisherige Einstufung das Hilfsmittel der Wahl, um einfach und schnell einschätzen zu können, wie hoch der Zeitbedarf ist. Dabei ist weniger die Dauer der Hilfe wichtig, vielmehr die Häufigkeit. In der Prüfung kann es

vorkommen, dass die Versicherten und ihre Angehörigen hierfür notwendige Fragen nicht richtig beantworten: wer kann schon spontan sagen, wie oft er im Laufe des Tages auf die Toilette geht? Daher ist die Führung eines Tagesbuches auf der Basis der täglich wiederkehrenden Verrichtungen eine praktische Hilfe.

- Die oft hilfsweise genutzten sogenannten Zeitkorridore aus der Begutachtungsanleitung sind zwar nur für den Spezialfall „vollständige Übernahme“ zutreffend, werden aber oftmals unabhängig von der Hilfeart verwendet, was meist jedoch kein Nachteil darstellt. Wichtiger ist die sachgerechte Darstellung der einzelnen Schritte: ein Toilettengang besteht eben nicht nur aus „Wasser lassen“ und „Kleidung richten“, sondern oft aus „Stehen/Transfer“, „Gehen“, „Wasser lassen“, „Vorlagen wechseln“, „Kleidung richten“, „Hände waschen“, „Gehen“, „Transfer (Hinsetzen)“.
- Der für die Pflegestufe 3 notwendige nächtliche Hilfebedarf (zwischen 22.00 und 6.00 Uhr) ist ein K.O.-Kriterium, das erfüllt sein muss, unabhängig vom sonstigen Zeitbedarf.

§ 45a: erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

- Es gibt drei Zugangsvarianten, von denen eine erfüllt sein muss: demenzbedingte Fähigkeitsstörung (dabei muss die Diagnose „Demenz“ nicht von einem Facharzt gestellt worden sein, wie es manchmal von Prüfern verlangt wird. Jeder Arzt darf diagnostizieren, auch gerontopsychiatrische Diagnosen feststellen), geistige Behinderungen

(hierzu gehört jede Art von Einschränkungen der Gehirnfunktion, also auch durch einen Gehirntumor oder einen Schlaganfall) sowie psychischen Erkrankungen (hier bedarf es einer dauerhaften Erkrankung, nicht ‚nur‘ beispielsweise einer kurzfristigen Depression).

- Das aus 8 Punkten bestehende Assessment enthält in der Begutachtungsanleitung keinerlei Hinweise, wie der Gutachter die einzelnen Punkte auszulegen hat. Er muss nur feststellen, ob zumindest bei einem der Punkte eine dauerhafte Beeinträchtigung vorliegt: hier ist also ein großer Ermessensspielraum.
- Auch bei den 13 Items ist der Einschätzungsspielraum sehr groß: zwar gibt es hier konkrete Beispiele, aber eine Begründung oder konkrete Einschätzung (wie im NBA) hat der Gutachter nicht abzugeben.

Im Bereich der eingeschränkten Alltagskompetenz kommt es in der Praxis daher in erster Linie auf die ‚richtige‘ Diagnose an.

Man kann die Einstufung nach § 45a auch allein beantragen. Dann beschränkt sich der Prüfauftrag nur auf diese Fragestellung. Hat man dazu eine konkrete und vom Arzt bestätigte Diagnose, kann es sein, dass gerade bei älteren Versicherten mit schon länger

vorliegender Pflegebedürftigkeit auch eine Entscheidung nach Aktenlage getroffen wird. Vor allem dann, wenn die Anträge zum Jahresende zunehmen werden.

Tipp:

Man sollte dann von einem Höherstufungsantrag abraten, wenn auch fachlicher Sicht kaum Chancen bestehen. Denn einerseits sind sonst die Versicherten bei Nichterfolg enttäuscht und werden dies dem Pflegedienst anlasten, andererseits werden auch die MDK-Mitarbeiter registrieren, wenn ständig nicht zutreffende Anträge von Kunden eines Pflegedienstes gestellt werden und dauerhaft hier strenger/formaler prüfen als sonst.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 08/2016

© **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