

HEIME

PFLLEGEBEGUTACHTUNG: IN HEIMEN DAUERT ES DEUTLICH LÄNGER ALS IN DER AMBULANTEN PFLEGE

„Wartezeiten von bis zu 26 Wochen“

96 Prozent aller Anträge auf eine Pflegestufe werden innerhalb der gesetzlichen Frist von vier Wochen begutachtet – so lautete jüngst die Erfolgsmeldung des MDS. In der stationären Pflege macht man da ganz andere Erfahrungen. CAREkonkret sprach mit dem Pflegesachverständigen Klaus-Peter Buchmann.

VON STEVE SCHRADER

Die jüngste Erfolgsmeldung des MDS hat auch Schattenseiten – und zwar für die stationäre Pflege, sagen Sie. Warum?

Die Meldung des MDS habe ich auch gelesen und mich sehr darüber gewundert. Fragt man in stationären Pflegeeinrichtungen, wie lange die Bewohner dort nach einem Höherstufungsantrag auf eine erneute Begutachtung warten müssen, kann von der Einhaltung der gesetzlichen Frist nicht mehr die Rede sein.

Ich habe in ganz Sachsen Pflegeeinrichtungen nach der gegen-

Gibt es dazu auch konkrete Zahlen, die das belegen?

Fragen Sie in den Einrichtungen nach: Es gibt weder regionale, noch trügerspezifische Tendenzen in Sachsen, die erkennen ließen, dass es sich um Einzelfälle handeln würde. Meine Nachfrage in mehreren Einrichtungen ergab, dass bei Höherstufungsanträgen, die nach den Begutachtungsrichtlinien durch die Pflegekassen wie Neuansprüche zu behandeln sind, derzeit – und das meint seit Beginn des Jahres 2013 – durchschnittlich etwa zehn Wochen (10,52) von der Antragstellung bis zur Begutachtung durch den MDK vergehen. Dabei wurde von einer enormen Spanne aufgetretener Wartezeiten berichtet, die im Einzelfall zwischen vier und 26 Wochen lag. Wenn das auch der Extremfall war, aber es handelte sich in diesem Fall um ein halbes Jahr.

Woran liegt das?

Die Mitarbeiter der Medizinischen Dienste antworten mehr oder minder offen, dass Begutachtungen im ambulanten Bereich vorrangig zu bearbeiten sind. Der Grund: Zwar gilt die Bearbeitungsfrist des § 18 Absatz 3 SGB XI sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Da die Sanktionen der Fristüberschreitung jedoch nur im ambulanten Bereich zum Tragen kommen, werden Leistungsanträge ambulanter Antragsteller vorrangig bearbeitet. Denn die Pflegekassen sind nach § 18 Absatz 3b verpflichtet, für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die jeweilige Antragstelle zu zahlen.

Mit den Zahlen, die durch den MDS genannt worden sind ergibt sich – grob überschlagen – folgendes Bild: insgesamt werden durch die MDK monatlich ca. 125 322 versicherte Antragsteller begutachtet. Zu fristgerechten Begutachtungen – im ambulanten Bereich – kommt es nach diesen Angaben in 120 310 Fällen. Demnach werden 5 013 Antragsteller nicht fristgerecht begutachtet. Rechnet man für jeden nicht fristgerecht begutachteten Fall nur eine einmalige Zusatzzahlung, er-



Einer Umfrage des Pflegesachverständigen Peter Buchmann zufolge warten Pflegebedürftige in Heimen im Schnitt zehn Wochen auf eine Begutachtung durch den MDK.

gäbe sich ein zusätzlicher Aufwand der Pflegekassen von 351 000 Euro je Woche. Das tut auf Dauer auch den Pflegekassen weh.

Die Priorisierung ambulanter Begutachtungen wird dadurch zwar verständlich, ist deswegen aber noch lange nicht gesetzeskonform.

Und was sind die Probleme für die Heime?

Die Einrichtungen finanzieren die hier entstehenden Kosten vor. Das ist ein generell nicht geklärtes Problem. Wengleich die Einrichtungen unter bestimmten Umständen die Möglichkeit haben, den höheren Zahlungsbetrag zu fordern, zahlen

DAS SAGT DER MDS

Uwe Brucker, Leiter des Bereichs „Pflegerische Versorgung“ beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in Essen, ist sich der Problematik durchaus bewusst. „Das Phänomen, dass vorrangig ambulante Anträge bearbeitet werden, gibt es“, räumt er gegenüber CAREkonkret ein. Letztlich sei dies dem Interesse der Auftraggeber, sprich den Pflegekassen, geschuldet, „dem ambulant gepflegten Versicherten zügig eine Pflegestufe mitteilen zu können und selbst keine Strafzahlungen an den Versicherten zahlen zu müssen“.

Brucker wirbt aber auch für Verständnis für diese Regelung. „Wer zum ersten Mal für seine häusliche Pflege eine Pflegestufe beantragt hat, braucht nach der Begutachtung rasch eine Leistungsmittelteilung der Pflegekasse, um Planungssicherheit für die erst noch zu organisierende Pflege zu bekommen. Das ist im Pflegeheim anders: Dort ist der Versicherte bei einem Höherstufungsantrag ja nicht unversorgt, die Höherstufung erfolgt auch rückwirkend. Eine Schädigung des Versicherten ist hier nicht zu befürchten.“ Ohnehin geht Brucker davon, dass es sich um ein Übergangproblem handelt. „Wir haben für die Begutachtungen neues Personal eingestellt, das derzeit eingearbeitet wird“, sagt er. „Das Problem sollte in den nächsten drei bis sechs Monaten weitgehend ausgeräumt sein.“

Welche Nachteile entstehen den Bewohnern?

Stellen Sie sich vor, Ihnen wurde die Pflegestufe II zuerkannt und Sie müssen die Pflegestufe III beantragen. In der Pflegestufe III ist der zu entrichtende Zahlungsbetrag etwa um 250 Euro höher als in der Pflegestufe II. Je länger es also bis zur Begutachtung und damit bis zur Bescheiderteilung und der Anerkennung der höheren Pflegestufe dauert, umso größer wird die Differenz, die Sie nachzahlen müssen, da die Leistungen – bei Vorliegen der Voraussetzungen – vom Tag der Antragstellung an zu genehmigen sind. In stationären Pflegeeinrichtungen wird etwa jeder zweite Höherstufungsantrag auch bewilligt. Mussten Sie zwei Monate auf den Bescheid warten und es ist vielleicht schon der dritte Abrechnungsmonat angebrochen, stellt Ihnen dann die Pflegeeinrichtung eine Abrechnung allein des Differenzbetrages über 750 Euro in Rechnung. Das zu bezahlen dürfte den wenigsten Pflegebedürftigen leicht fallen und führt in Einzelfällen auch auf den Weg zum Sozialamt.

sie ihn aber verzinst zurück, wenn dem Höherstufungsantrag durch die Pflegekassen nicht zugestimmt wird.

Ein wesentliches Problem für die Pflegeeinrichtungen besteht zudem darin, dass sich der Anteil des Personals in der Pflege danach berechnet, wie viele Bewohner mit welcher Pflegestufe versorgt werden. So kann auf einen erhöhten Pflegebedarf personell immer erst reagiert werden, wenn die höhere Pflegestufe genehmigt wurde – obwohl der höhere Pflegeaufwand ja bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung gegeben ist.

Das Gesetz sieht zudem den Einsatz von unabhängigen Gutachtern vor. Wie sind da Ihre Erfahrungen?

Nach § 18 Absatz 3a SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, den Versicherten drei unabhängige Gutachter zu benennen, wenn eine Begutachtung innerhalb von vier Wochen nicht erfolgt ist. Aus Sachsen ist mir kein Fall bekannt, in dem durch die gesetzlichen Pflegekassen entsprechend verfahren wurde.

NEWSTICKER

Azubi Award 2013

Auszubildende des „Kursana Domizils“ im baden-württembergischen Aalen (Ostalbkreis) und des Seniorenzentrums „Haus Edelberg“ im baden-württembergischen Neulußheim (Rhein-Neckar-Kreis) haben beim Wettbewerb um den „Azubis Pro Pflege Award 2013“ die ersten Preise gewonnen. Der Pflegenachwuchs aus Aalen wurde in der Kategorie „Bester Clip“ für sein Video „Altenpflege – ein toller Beruf“ prämiert, die angehenden Altenpflegerinnen aus Neulußheim bekamen die Auszeichnung in der Kategorie „Beste Anzeige“ für ihr Projekt „Durchstarten“. Der Wettbewerb wird von der Landesgruppe Baden-Württemberg des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) veranstaltet.

Mit kleinen Dingen Großes erreichen

Oft sind es nicht die großen Entwürfe und Konzepte, sondern die kleinen einfachen Dinge, die den Lebensalltag von Pflegeheimbewohnern bereichern und den Arbeitsalltag der Mitarbeiter aufwerten. Der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen (BKSB) schreibt daher zum vierten Mal den bundesweiten Qualitätswettbewerb der „Low-Hanging-Fruits in der kommunalen Altenhilfe“ aus. Prämiert werden sollen gute Umsetzungs- und Anwendungsbeispiele, die Kunden begeistern, Mitarbeiter stolz und die Einrichtung unterscheidbar machen. Teilnehmen können sämtliche kommunale Pflegeeinrichtungen, Frist für die Einreichung der Projekte ist der 15. September 2013. Infos unter: www.die-kommunalen.de

Demenzkranker erschlägt Mitbewohner

in 85-jähriger Demenzkranker hat in einem Münchener Altenheim des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK) eine 89-jährige Mitbewohnerin erschlagen. Kurz vor der Tat war der Mann nach Polizeiangaben bereits ausgerastet. In seinem Zimmer schlug er einen Pfleger mit einer Glasflasche auf den Unterarm. Als dieser Hilfe holte, ging der Mann offenbar in das gegenüberliegende Zimmer der Frau und erschlug sie. BRK-Geschäftsführer Stärk wies eine Schuld des Altenheims zurück. „Es ist ein schwerer Unglücksfall, ein Verbrechen“, sagte er der „Abendzeitung“. Den Plänen zufolge habe das Altenheim aber nichts falsch gemacht. „Es waren so viele Nachtwachen da, wie es die Heimaufsicht vorschreibt“, betonte er. Es sei aber ein „Systemfehler, eine Sauererei“, dass die Mindestbegrenzung so niedrig sei. Mehr Personal könne aber nur eingestellt werden, wenn die mehr Geld in die Hand genommen werde. sagte er dem Blatt. Der Personalschlüssel sei seit mehr als 15 Jahren unverändert, obwohl in den Heimen immer mehr Demenzkranke lebten.

ZITAT



Foto: privat

// Das tut auf Dauer auch den Pflegekassen weh. //

KLAUS-PETER BUCHMANN,
DIPLOM-PFLEGEWIRT UND FREIER
PFLLEGESACHVERSTÄNDIGER IN
LEIPZIG

wärtig durchschnittlichen Dauer von der Antragstellung bis zur Begutachtung gefragt und bekam erstaunliche Antworten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bewohner der stationären Pflege – zumindest in Sachsen – seit Beginn dieses Jahres zirka zehn Wochen auf eine Begutachtung durch den MDK warten müssen. Sehr wahrscheinlich spricht der MDS von 96 Prozent der ambulanten Begutachtungen. Diese Einschränkung hätte aus meiner Sicht zu einer ehrlichen Berichterstattung des MDS gehört.

DIE GESETZESLAGE

Im § 18 SGB XI (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit) heißt es in Absatz 3a: „Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, [...] wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.“

Zu den Strafzahlungen heißt es in Absatz 3b: „Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags [...], hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn [...] sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.“