

Vorschläge zur Entbürokratisierung in der Pflege Teil III, 5. Sept. 2011

(Teil I mit den Vorschlägen 1 und 2 bereits am 26.08.2011 und Teil II mit den Vorschlägen 3 bis 5 am 01.09.2011 an Ombudsfrau Frau Beikirch versandt)

6. Vertrauensschutz bei Eilbegutachtungen gewähren

Vorschlag:

Werden Patienten aus dem Krankenhaus bzw. einer stationären Anschlussheilbehandlung entlassen und hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen einer sogenannten Eilbegutachtung grundsätzlich festgestellt, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist dem Pflegebedürftigen Vertrauensschutz wie folgt zu gewähren:

1. Er erhält bis zur endgültigen Entscheidung der Pflegekasse Leistungen, die für die jeweils beantragten Leistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, vollstationäre Pflege) der Pflegestufe III entsprechen bzw. den Betrag für die Kurzzeitpflege.
2. Sollte der MDK im Ausnahmefall bei der abschließenden Begutachtung zu der Empfehlung gelangen, dass wider Erwarten keine Pflegestufe vorliegt, können die Leistungen der Pflegekasse nur für die Zukunft versagt werden, d.h. frühestens ab dem Zeitpunkt, an welchem der Patient Kenntnis von der Entscheidung der Pflegekasse erhält. Sofern der Patient im betreffenden Zeitraum Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten hat, ist die Pflegekasse in diesem Fall berechtigt, intern mit der Krankenkasse ganz oder teilweise eine Erstattung der Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung über § 37 Abs. 1 SGB V zu vereinbaren bzw. über § 37 Abs. 2 SGB V, soweit die betreffende Krankenkasse über eine entsprechende Satzungsregelung verfügt. Die Ergänzung der ärztlichen Verordnung über die Behandlungspflege um die Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist in diesen Fällen nicht erforderlich, da der Bedarf bereits im Eilgutachten durch den MDK festgestellt wurde.

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Begründung:

Zu 1.

Unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung ist der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bedingt durch die zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig abgeschlossene Genesung in der Regel erhöht.

Nimmt der Patient Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch, wird diesem erhöhten Bedarf Rechnung getragen, indem für die Kurzzeitpflege unabhängig von der tatsächlichen Pflegestufe immer ein Betrag in Höhe von momentan 1.510 € abgerechnet werden kann. Dieser Betrag entspricht der Höhe nach dem für die ambulante Pflegesachleistung sowie für die vollstationäre Pflege für die Pflegestufe III zu zahlenden Betrag.

Hingegen werden bei Patienten, die zu Hause oder vollstationär gepflegt werden, vorläufig nur Kosten übernommen, die der Höhe nach Pflegestufe I entsprechen. Hinzu kommt, dass der MDK häufig bei der abschließenden Begutachtung im Wohnumfeld des Patienten aufgrund der inzwischen fortgeschrittenen Genesung einen geringeren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung feststellt, als er unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung tatsächlich gegeben war und aus diesem Grund eine Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe als Pflegestufe III empfiehlt.

Für Pflegebedürftige, die vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gepflegt wurden, bedeutet diese Vorgehensweise ein überschaubares finanzielles Risiko, da für die Kurzzeitpflege unabhängig von der Pflegestufe für 28 Tage im Kalenderjahr 1.510 € gegenüber der Pflegekasse abgerechnet werden können.

Anders sieht das jedoch bei Pflegebedürftigen aus, die zu Hause gepflegt werden oder direkt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht werden. Für diese Pflegebedürftigen zahlt die Pflegekasse nach endgültiger Einstufung in eine Pflege-

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.
Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

stufe rückwirkend nur die Leistungen, die der festgestellten Pflegestufe entsprechen, obwohl in der Regel auch diese Pflegebedürftigen bei Beginn der Pflege einen höheren Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung hatten und dementsprechend mehr Leistungen in Anspruch genommen haben.

In Abhängigkeit von der endgültigen Pflegestufe, müssen diese Pflegebedürftigen bei der ambulanten Pflege die Differenz zwischen der für ihre Pflegestufe festgelegten Sachleistungspauschale und den Kosten für die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen selbst tragen. Je niedriger die abschließend festgestellte Pflegestufe ist, umso größer ist der vom Pflegebedürftigen zu zahlende Eigenanteil. Damit wird der ambulant gepflegte Pflegebedürftige schlechter gestellt als der in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gepflegte Pflegebedürftige. Dies ist mit Blick auf den Grundsatz ambulant vor stationär nicht nachvollziehbar. Der vorliegende Vorschlag soll dieser Ungleichbehandlung abhelfen. (Anzumerken ist an dieser Stelle, dass für die ambulante Pflege fast immer eine Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen erforderlich ist, da die gesetzlich festgelegten Sachleistungspauschalen häufig nicht ausreichen, um den tatsächlichen Pflegebedarf zu finanzieren. Allerdings ist in dem hier vorliegenden Fall der Pflegebedarf zu Beginn der ambulanten Pflege erhöht.)

Die Alternative, dass alle Patienten, bei denen der MDK im Rahmen der Eilbegutachtung grundsätzlich Pflegebedürftigkeit festgestellt hat, zunächst in die Kurzzeitpflege gehen, scheitert zum einen an den fehlenden Kurzzeitpflegekapazitäten und widerspricht zum anderen dem Grundsatz ambulant vor stationär. Unabhängig davon wollen die meisten Patienten nach längeren stationären Aufenthalten im Krankenhaus bzw. der Anschlussheilbehandlung endlich wieder nach Hause.

Zu 2.

In Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass der MDK bei der abschließenden Begutachtung feststellt, dass der Patient sich entgegen der in der Eilbegutachtung festgestellten Pflegebedürftigkeit inzwischen so gut erholt hat, dass er nicht mehr die Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe erfüllt. Das führt momentan

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

dazu, dass die Pflegekasse dem Patienten rückwirkend ab dem Tag der Antragstellung die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung versagt.

Das bedeutet, dass der Patient selbst für die Kosten der Kurzzeitpflege, der ambulanten Pflege oder der voll- und teilstationären Pflege aufkommen muss.

Auch wenn die Pflegekassen im Normalfall dem Patienten das Ergebnis der Eilbegutachtung nicht mitteilen, führt die Eilbegutachtung dennoch dazu, dass der Patient z.B. in die Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen werden kann bzw. dass der ambulante Pflegedienst die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung übernimmt.

Der Patient kann jedoch bei der gegenwärtigen Verfahrensweise nicht darauf vertrauen, dass die Pflegekasse tatsächlich für die Kosten aufkommt. Dies stellt für ihn ein erhebliches finanzielles Risiko dar. Mit dem o.g. Vorschlag soll für die Betroffenen ein Vertrauensschutz hergestellt werden, wie er in der Sozialgesetzgebung allgemein üblich ist. So muss der Patient zum Beispiel nicht selbst für eine Krankenhausbehandlung aufkommen, wenn die Krankenkasse im Nachhinein feststellt, dass die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich gewesen wäre.

Sofern die gegenwärtige Verfahrensweise beibehalten werden soll, muss hinterfragt werden, welchen Sinn die Eilbegutachtung durch den MDK tatsächlich hat.

PRO und CONTRA

PRO

Der Grundsatz ambulant vor stationär wird gestärkt, da Pflegebedürftige, die nach einer Krankenhausbehandlung bzw. einer stationären Anschlussheilbehandlung zu Hause gepflegt werden genauso behandelt werden, wie die Pflegebedürftigen, die vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gepflegt werden.

Dem unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung erhöhten Bedarf insbesondere an grundpflegerischen Leistungen wird Rechnung getragen.

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.
Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Die Pflegebedürftigen erhalten durch das Ergebnis der Eilbegutachtung einen Vertrauensschutz dahingehend, dass die Pflegekasse Leistungen der Pflegeversicherung nach der endgültigen Begutachtung nur für die Zukunft versagen bzw. einschränken kann.

Die Pflegeeinrichtungen, insbesondere die ambulanten Pflegedienste, können darauf vertrauen, dass die Pflegekasse die Kosten bis zur Höhe der Pflegesachleistung für Pflegestufe III zumindest bis zur Bekanntgabe ihrer endgültigen Entscheidung übernimmt. Dadurch reduziert sich für die Pflegeeinrichtung das Ausfallrisiko bzw. entfällt der Verwaltungsaufwand, den die Pflegeeinrichtung sonst für die Durchsetzung ihrer Ansprüche gegenüber dem Patienten oder dem Sozialamt hätte.

Die Pflegekassen werden zeitlich entlastet, da in den entsprechenden Fällen durch die neue Verfahrensweise mit einem Rückgang der Widerspruchsverfahren zu rechnen ist.

Die Motivation der Pflegekassen, schnellstmöglich über die endgültige Einstufung in eine Pflegestufe zu entscheiden, wird gestärkt.

Die Krankenkassen werden an den Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beteiligt, wenn zugleich eine Behandlungspflege notwendig war und die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, belegt durch MDK-Gutachten, krankheitsbedingt erforderlich waren.

CONTRA

Der Pflegekasse entstehen höhere finanzielle Aufwendungen dadurch, dass auch für Pflegebedürftige, die zu Hause oder vollstationär gepflegt werden, zunächst Leistungen gezahlt werden, die der Höhe nach Leistungen der Pflegestufe III entsprechen.

Der Krankenkasse entstehen höhere finanzielle Aufwendungen durch die Kostenerstattung an die Pflegekasse in den Fällen, in denen gleichzeitig eine Behandlungspflege erforderlich war und keine Pflegestufe festgestellt wird.

7. Häusliche Krankenpflege – Konsequente Einhaltung der den Krankenkassen gesetzlich vorgegebenen Befugnisse

Vorschlag:

Den Krankenkassen wird untersagt, die medizinische Notwendigkeit und Dauer der ärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V durch eigene Mitarbeiter prüfen zu lassen und auf der Grundlage dieser Prüfungen die verordneten Leistungen ganz oder teilweise abzulehnen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, das Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der verordneten Leistungen im Einzelfall zu prüfen und hierzu die erforderlichen Informationen vor der Entscheidung einzuholen (Die Prüfung der medizinisch zu bewertenden Aspekte ist davon ausgenommen s.o.).

Begründung:

Das Genehmigungsverfahren in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V hat sich bei den gesetzlicher Krankenkassen inzwischen zu einem Verfahren entwickelt, bei dem offenbar die Verhinderung der ärztlich verordneten Leistungen im Vordergrund steht bzw. es den Patienten so schwer wie möglich gemacht wird, die Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die ambulanten Pflegedienste werden dadurch in eine untragbare Situation gebracht. Sie stehen sozusagen „zwischen Baum und Borke“.

Die Pflegedienste kümmern sich um die Verordnung, holen die Angaben des Patienten ein, sorgen dafür, dass die Verordnung rechtzeitig bei der Krankenkasse ist, erbringen vom Verordnungsbeginn an die verordneten Leistungen und können doch nicht sicher sein, dass die Krankenkasse die Kosten für die verordneten Leistungen übernimmt.

Dazu kommt der Aufwand, der dadurch entsteht, dass die Krankenkassen die Angaben, die vom verordnenden Arzt auf der Verordnung „vergessen“ wurden, nicht vom Arzt einholen, sondern vom Pflegedienst (Falls die Krankenkasse diese Angaben

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

überhaupt einholt und nicht gleich ablehnt!). Setzen die Krankenkassen eigene Pflegekräfte für die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und Dauer ein, kommt noch der Aufwand dazu, mit diesen Pflegekräften ggf. „Vor-Ort-Termine“ zu vereinbaren und durchzuführen.

Unabhängig von den finanziellen Einbußen entsteht der personelle Aufwand, dass die Patienten im Falle einer Ablehnung oder Teilgenehmigung beraten werden müssen, unter Umständen der verordnende Arzt wegen einer ergänzten Verordnung angegangen werden muss, mehrfach Gespräche mit den Krankenkassen geführt werden, Unterlagen zu kopieren und versenden sind etc.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die Pflegedienste manchmal den vermeintlich einfacheren Weg gehen und ihre Patienten auffordern, die abgelehnten Leistungen selbst zu bezahlen. Da viele der vornehmlich älteren Patienten keinen Widerspruch gegen die Entscheidung ihrer Krankenkasse einlegen, bezahlen sie.

Die Rechnung der Krankenkassen geht auf! Sie sparen zu Lasten ihrer Versicherten!

Ob die Krankenkasse im Genehmigungsverfahren die gesetzlichen Vorgaben 100 – prozentig beachtet hat, spielt keine Rolle – denn wo kein Kläger, da kein Richter!

Ein untragbarer Zustand – sowohl für die Patienten als auch für die Pflegedienste.

Trotzdem Rechtsexperten mehrfach die Zulässigkeit der Einschränkung ärztlich verordneter Leistungen durch die bei Krankenkassen angestellten Pflegekräfte verneint haben, fahren insbesondere AOK's und andere große Krankenkassen damit fort, die Notwendigkeit und Dauer der beantragten Leistungen durch ihre eigenen Mitarbeiter prüfen zu lassen. Das dies mit Wissen und Zustimmung der jeweils für die Prüfung der Krankenkassen zuständigen Behörden erfolgt, ist umso unverständlicher.

Dabei sind die Kompetenzen der Krankenkassen gesetzlich eindeutig festgelegt. So wird in § 275 Abs. 2 SGB V geregelt:

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

„(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung),

2. (entfällt),

3. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),

4. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),

5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2).“

Sowie in § 275 Abs.1 SGB V

„(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. bei Arbeitsunfähigkeit

a)
zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder

b)
zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen. „

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Es steht den gesetzlichen Krankenkassen demnach nicht frei, den MDK einzuschalten, sondern sie sind dazu verpflichtet, die Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen durch den MDK begutachten zu lassen, sofern dies erforderlich ist.

Im Umkehrschluss bedeutet das, sofern die Begutachtung durch den MDK nicht erforderlich ist, sind die Leistungen so zu genehmigen, wie sie verordnet und beantragt wurden.

Eine Einschränkung, dass gesetzliche Krankenkassen den MDK nur dann mit einer Begutachtung beauftragen müssen, wenn das bei ihnen angestellte medizinische Personal nicht dazu in der Lage ist, findet sich im Gesetz nicht.

Hinzu kommt, dass die Krankenkassen Leistungen der häuslichen Krankenpflege häufig ablehnen bzw. einschränken, ohne die tatsächlich bei dem jeweiligen Patienten zutreffenden Begleitumstände in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen.

So wird zum Beispiel die Medikamentengabe pauschal mit der Begründung abgelehnt, dass bei einem pflegebedürftigen Patienten eine Pflegeperson benannt wurde, ohne das von der Krankenkasse vorher geklärt wurde, ob die Pflegeperson tatsächlich zu genau dem Zeitpunkt im Haushalt des Patienten tätig ist, an welchem die Medikamente verabreicht werden müssen bzw. ob sie dazu in der Lage ist, die Medikamente zuverlässig zu verabreichen. Das gleiche gilt bei Ablehnungen für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, für Injektionen s.c. und ähnliche Leistungen, die von sogenannten Laien übernommen werden können.

Ein anderes Beispiel sind Teilgenehmigungen, wenn die ärztliche Verordnung rückwirkend ausgestellt wurde. Diese werden häufig damit begründet, dass die rückwirkende Ausstellung von Verordnungen gesetzlich oder nach den HKP-Richtlinien nicht möglich ist und die Krankenkassen demzufolge erst ab dem Tag, an welchem die Verordnung ausgestellt wurde, die Kosten übernehmen dürften. Tatsächlich ist in

§ 3 Abs. 4 der HKP-Richtlinien jedoch geregelt, dass rückwirkende Verordnungen grundsätzlich nicht möglich sind und Ausnahmefälle gesondert zu begründen sind. Das bedeutet jedoch, dass die Krankenkasse auch bei rückwirkenden Verordnungen die Kosten übernehmen kann, wenn die Notwendigkeit der rückwirkenden Verordnung begründet ist. Die entsprechende Begründung muss die Krankenkasse im Zweifelsfall beim verordnenden Arzt erfragen, bevor sie eine Entscheidung trifft.

Weiter gibt es – trotz mehrfach anderslautender Rechtsprechung durch das BSG – immer noch Krankenkassen, die Kostenübernahmen pauschal mit der Begründung ablehnen, die verordnete Leistung bzw. der Leistungsumfang entspräche nicht den HKP-Richtlinien und darum sei eine Kostenübernahme nicht bzw. nur teilweise möglich.

Derartige pauschale Ablehnungen widersprechen nicht nur der gängigen BSG-Rechtsprechung sondern auch dem in § 20 SGB X u.a. für gesetzliche Krankenkassen verbindlich festgelegten Untersuchungsgrundsatz

„§ 20 Untersuchungsgrundsatz

(1) Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden.

(2) Die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen.

(3) Die Behörde darf die Entgegennahme von Erklärungen oder Anträgen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, nicht deshalb verweigern, weil sie die Erklärung oder den Antrag in der Sache für unzulässig oder unbegründet hält.“

Es kommt für die Entscheidung der Krankenkasse über die Kostenübernahme demnach gar nicht darauf an, ob ein gestellter Antrag bereits vollständig ist, wenn er bei der Krankenkasse eingeht. Die Krankenkasse ist vielmehr verpflichtet, fehlende Angaben vor ihrer Entscheidung einzuholen bzw. Unstimmigkeiten zu klären. Vor dem Hintergrund, dass der Patient nicht wissen kann, ob die Angaben des Arztes auf der

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.
Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Verordnung vollständig sind, ist dieses Vorgehen patientenfreundlich und nachvollziehbar.

Anzumerken ist, dass viele gesetzliche Krankenkassen die gesetzlichen Vorgaben einhalten. Allerdings ist die Tendenz zunehmend, den Vorbildern der großen Krankenkassen – wie zum Beispiel der AOK - zu folgen, so dass im Zuge der Entbürokratisierung in der Pflege eine Klarstellung erfolgen sollte, verbunden mit angemessenen Sanktionen gegen die Krankenkassen, die weiterhin gegen die vorgenannten gesetzlichen Vorgaben handeln. Darüber hinaus sollten die Verwaltungskosten der betreffenden Krankenkassen um die Kosten der bei ihnen angestellten Pflegekräfte gekürzt werden.

Vor dem Hintergrund der für die häusliche Krankenpflege geregelten vorläufigen Kostenübernahme, ist das Bestreben der Krankenkassen insoweit nachvollziehbar, dass diese den Zeitraum zwischen Tag der Verordnung und ihrer eigenen Entscheidung so kurz wie möglich halten wollen. Dies kann jedoch nicht dazu führen, dass sie gesetzliche Vorgaben umgehen und dadurch sowohl ihre Versicherten als auch die ambulanten Pflegedienste in absolut unzulässiger Weise belasten.

PRO und CONTRA

PRO

Erhebliche Zeitersparnis für ambulante Pflegedienste, da der bürokratische Aufwand aus dem gegenwärtigen Hin und Her mit gesetzlichen Krankenkassen auf das erforderliche Maß reduziert wird.

Zeitliche Entlastung der Pflegedienste, da die Krankenkassen fehlende ärztliche Angaben diese beim behandelnden Arzt einholt.

Stärkung des MDK als unabhängige medizinische Kompetenz der gesetzlichen Krankenkassen.

Schutz der Patienten vor pauschalen Ablehnungen der Krankenkassen. Die Berücksichtigung der tatsächlichen Umstände im Einzelfall wird gewährleistet.

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.
Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Zeitliche und personelle Entlastung der Krankenkassen, da die Begutachtung der medizinischen Voraussetzungen dem MDK übertragen wird und mit weniger Widerspruchsverfahren zu rechnen ist.

Reduzierung der Verwaltungskosten in den betreffenden Krankenkassen.

Bislang bei Krankenkassen angestellte Pflegekräfte stehen wieder der Pflege zur Verfügung.

Gesetzliche Vorgaben werden eingehalten, dadurch Entlastung der Sozialgerichte.

...

CONTRA

Die Ausgaben der Krankenkassen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V steigen. (und übersteigen unter Umständen die vom BVA vorgegebenen standardisierten Leistungsausgaben, die für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfond maßgebend sind)

Vorübergehend ist mit einem erhöhten Arbeitsaufwand bei gesetzlichen Krankenkassen zu rechnen, da die betreffenden Prozessbeschreibungen, Arbeitsanweisungen etc. geändert werden müssen.

Durch die Prüfung der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben und die Ahndung bei Nichteinhaltung entsteht ein erhöhter Arbeitsaufwand bei den mit der Prüfung der Krankenkassen beauftragten Behörden.