

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich wünsche Ihnen ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr 2018.

Das vergangene Jahr war ziemlich turbulent. Das neue Begutachtungsverfahren, der Bestandsschutz auf den übergeleiteten Pflegegrad und der Bestandsschutz sorgten für viel Verunsicherung. Betroffen davon waren nicht nur Ihre pflegebedürftigen Klienten und deren Angehörige. Auch die Sachbearbeiter bei den Pflegekassen konnten ein Lied davon singen.

Ich selbst habe im vergangenen Jahr viele Fragen zu diesen und vielen anderen Themen per E-Mail bekommen. Leider ließen einige Anfragen erkennen, dass die Fragesteller den „Beraterbrief Pflege“ nie gelesen haben konnten. In diesem Zusammenhang habe ich eine große Bitte an Sie. Bitte schreiben Sie in E-Mails an beraterbrief-pflege@walhalla.de mit Ihren Fragen immer auch den Abonnenten des „Beraterbriefes Pflege“ dazu, z. B. die Anschrift Ihres Pflegestützpunktes. So kann ich gewährleisten, dass die exklusiv den Beziehern des „Beraterbriefes Pflege“ vorbehaltene Möglichkeit, mir Fragen zu stellen auch exklusiv bleibt. Zudem kann ich dadurch auf ggf. zu berücksichtigende regionale Besonderheiten eingehen und Ihnen so noch besser helfen.

Doch genug der Vorrede: Wussten Sie, dass die MDK im Bundesgebiet mit Stand 30.11.2017 einen Bestand von 220.443 unerledigten Aufträgen für Pflegebegutachtungen hatten? Das sind über 61.000 mehr als Ende 2016 und sogar über 128.000 mehr als Ende 2015.

Selbst wenn sich der Auftragsstau bis Ende Dezember 2017 noch verringert hat, bedeutet das für zahlreiche Klienten, dass sie lange auf den ihnen zustehenden Pflegegrad und die entsprechenden Leistungen warten müssen. Ohne Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfes ist im Bundesdurchschnitt mit einer Bearbeitungsdauer von 30,6 Arbeitstagen zu rechnen. Das sind etwas mehr als 6 Wochen, (ohne Feiertage, die auf Arbeitstage fallen). Klienten in NRW warten sogar 46,1 Arbeitstage, also über 9 Wochen auf den Bescheid.

Umso unverständlicher ist es für mich, weshalb Pflegekassen trotz dieser angespannten Situation Wiederholungsbegutachtungen durchführen lassen, die laut Gesetz so gar nicht vorgesehen sind. Auf der nächsten Seite erfahren Sie mehr dazu.

Ihre Carmen P. Baake

Herausgeberin



*Carmen P. Baake
Diplom-Ökonomin
(Volkswirtschaft), Sozial-
versicherungsexpertin,
Fachautorin zu Themen
rund um Pflege- und
Krankenversicherung*

Inhalt dieser Ausgabe

Recht einfach

Dauerstreitpunkt Wiederholungsbegutachtung: Wie Klienten mit Bestandsschutz reagieren können!2

Entlastungsbetrag: Warum einige Pflegedienste Ihre Klienten falsch beraten!3

Ihre Frage kurz beantwortet

Darf die Pflegekasse den Wohngruppenzuschlag verweigern?4

Besteht bei akuter Erkrankung des Pflegebedürftigen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld?5

Was Sie diese Woche erledigen sollten

Achtung: MDK Hessen warnt vor falschen Gutachten!7

Arbeitshilfe

Musterbrief Wiederholungsbegutachtung8

Dauerstreitpunkt Wiederholungsbegutachtung: Wie Klienten mit Bestandsschutz auf den Pflegegrad reagieren können!

Die Nachfragen von Klienten, die am 01.01.2017 automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, zur Zulässigkeit von Wiederholungsbegutachtungen reißen nicht ab. Betroffen sind vor allem Eltern, die ein oder mehrere pflegebedürftige Kinder oder Jugendliche zu Hause versorgen. Als wäre diese Pflegearbeit nicht bereits kräftezehrend genug, gängeln einige Pflegekassen diese Eltern mit Wiederholungsbegutachtungen. Dabei gibt es dazu klare gesetzliche Vorgaben. Lesen Sie selbst.

Voraussetzung: Bestandsschutz auf den übergeleiteten Pflegegrad nach § 140 SGB XI

Nach § 142 Abs. 1 SGB XI werden bei pflegebedürftigen Klienten, die am 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden (vgl. § 140 SGB XI) keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Das gilt auch dann, wenn der MDK im Gutachten zur Feststellung der Pflegestufe einen Termin für eine Wiederholungsprüfung empfohlen hatte.

Regelfall: Keine Wiederholungsbegutachtung bis 01.01.2019

Voraussetzung: Pflegekasse begründet, weshalb eine Verbesserung angenommen wird

Die Pflegekassen dürfen nur im Ausnahmefall Wiederholungsbegutachtungen veranlassen. Der Gesetzgeber hat dafür konkrete Vorgaben festgelegt. Danach können Wiederholungsbegutachtungen veranlasst werden, wenn eine Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist. Der Gesetzgeber nennt beispielhaft zwei Situationen, in denen eine solche Annahme gerechtfertigt sein könnte:

Ausnahmefall: Wiederholungsbegutachtung bei begründeter Annahme einer Verbesserung

- nach einer Operation oder
- nach Rehabilitationsmaßnahmen

Neben diesen im Gesetz beispielhaft genannten Gründen kommen weitere Gründe in Betracht, die jedoch ähnlich konkret und wirkungsvoll sein müssen. Das kann bei Kindern z. B. sein:

- Besuch einer Frühfördereinrichtung
- Teilnahme am Rehasport
- Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie
- Versorgung mit Hilfsmitteln, die zum Ausgleich körperlicher Beeinträchtigungen gedacht sind.

Hinweis auf allgemeine Entwicklung nicht ausreichend

Teilt die Pflegekasse Ihrem pflegebedürftigen Klienten (bzw. bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen den Eltern) mit, dass eine Wiederholungsbegutachtung durchgeführt werden soll, muss sie konkrete Gründe nennen, weshalb sie von einer verbesserten Selbständigkeit bzw. besseren Fähigkeiten ausgeht. Ein pauschaler Hinweis auf z. B. eine allgemeine Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu höherer Selbständigkeit mit zunehmendem Lebensalter genügt nicht.

Konkrete Gründe für den Einzelfall erforderlich

Gibt die Pflegekasse gar keine Gründe an, empfehlen Sie betroffenen Klienten, gegen die Wiederholungsbegutachtung vorzugehen. Als Arbeitshilfe finden Sie auf der letzten Seite des Beraterbriefes einen Musterbrief für diesen Fall.

Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI: Warum einige Pflegedienste Ihre Klienten falsch beraten!

Es ist noch nicht so lange her, da rissen sich Pflegedienste ein Bein aus, um neue Kunden zu gewinnen. Der zunehmende Mangel an Fachkräften und die mickrigen Vergütungen, die in einigen Bundesländern z. B. für hauswirtschaftliche Leistungen mit den Pflegekassen vereinbart wurden, haben das grundlegend geändert. Inzwischen informieren einige Pflegedienste Klienten bewusst falsch, um Klienten abzuwehren, die sich für sie in wirtschaftlicher Hinsicht nicht lohnen. Lesen Sie hier was Pflegedienste dürfen und was nicht.

Pflegedienste lehnen Versorgung von Klienten ab

Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI für hauswirtschaftliche Leistungen verwendbar

Wie oben geschrieben, sind die mit den Pflegekassen für hauswirtschaftliche Pflegesachleistungen vereinbarten Vergütungen in einigen Bundesländern sehr niedrig. So bekommen z. B. Pflegedienste in Sachsen pro Leistungskomplex – also unabhängig von der erforderlichen Zeit – knapp 6 € pro Tag.

Unzulässig: Falsche Informationen zu § 45b SGB XI

Ganz im Vertrauen und unter uns: Ich kann gut nachvollziehen, wenn diese Pflegedienste sich nicht um Kunden reißen, die ausschließlich diese Leistung buchen und über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI abrechnen wollen.

Was aber nicht geht, sind Informationen wie diese:

„Bei Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag für hauswirtschaftliche Versorgung genutzt werden. Ab Pflegegrad 2 (Kombinationspflege mit Pflegedienst) ist das nicht möglich. Da läuft die hauswirtschaftliche Versorgung über Pflege und der Entlastungsbetrag ist z. B. für „Spazierengehen“ oder „Arztbesuche“ (mit dem zu Pflegenden) gedacht.“

„Rosinenpickerei“ widerspricht dem Versorgungsauftrag

Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit jedem Pflegedienst einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. In diesem Versorgungsvertrag ist u. a. festgelegt

Unzulässig: Auswahl der Klienten nach Gewinnpotenzial

- die Region, in der der Pflegedienst Klienten zu versorgen hat,
- das Personal, das mindestens vorhanden sein muss und
- die Art und Weise wie der Pflegedienst Pflegesachleistungen zu erbringen hat.

Der Versorgungsvertrag beinhaltet aber auch Sachverhalte, die dem Pflegedienst verboten sind. Dazu gehört, dass der Pflegedienst die Versorgung von Klienten in der Region, in der er tätig ist, nicht ablehnen darf, obwohl er die Kapazität hätte, sie zu versorgen. Ebenso wenig darf er nur Klienten mit einem bestimmten Pflegegrad aufnehmen und alle anderen ablehnen.

Ablehnung der Versorgung nur bei fehlender Kapazität möglich

Ist das Personal des Pflegedienstes mit der Versorgung vorhandener Kunden so ausgelastet, dass ein neuer Kunde Überstunden bedeuten würde, kann der Pflegedienst die Versorgung ablehnen. Das gilt auch, wenn der Pflegedienst keine Möglichkeit hat, den Kunden zu versorgen, weil z. B. die vorhandenen Fahrzeuge verplant sind.

Zulässig: Keine Kapazität – keine neuen Kunden

Leider haben inzwischen viele Pflegedienste derartige Kapazitätsprobleme. Leider gibt es aber auch Pflegedienste, die fehlende Kapazitäten vorgeben, um Kunden abzuwehren. Diesen Pflegediensten können Ihre Klienten ganz einfach auf die Spur kommen.

Meine Empfehlung: Bei der ersten Beratung durch den Pflegedienst können sich Ihre Klienten ein umfangreiches Leistungsangebot inklusive Betreuungsleistungen, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung erstellen lassen. Ist der Pflegedienst ohne „wenn und aber“ bereit, diese umfangreichen Leistungen zu erbringen, kann er später schlecht einen geringeren Versorgungsumfang, z. B. nur Hauswirtschaft, ablehnen, weil er keine Kapazitäten hat.

Ihre Frage kurz beantwortet

Darf die Pflegekasse den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI verweigern?

Frage: Meine Mutter lebt seit Anfang Oktober in einem Seniorenhaus in einer Wohngemeinschaft.

Es wurde von den Planern und Verantwortlichen exakt drauf geachtet, dass alle Vorschriften eingehalten wurden. Selbst die Vertragstexte wurden mit den Behörden abgestimmt. Dennoch weigert sich die Pflegekasse meiner Mutter, den Wohngruppenzuschlag zu zahlen. Wir brauchen den Zuschlag. Ich habe für meine Mutter Sozialhilfe beantragt, ihr Schonvermögen wurde schon aufgebraucht.

Antwort: Der Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 € wird von der Pflegekasse gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es muss sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig drei und maximal zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern handeln,
- es werden von mindestens drei Bewohnerinnen und Bewohnern ambulante Pflegeleistungen bezogen,
- die Mitglieder der Wohngruppe haben gemeinschaftlich eine Person beauftragt, die Hilfeleistungen unabhängig von der pflegerischen Versorgung erbringt,
- die Pauschale wird zweckgebunden eingesetzt,
- der Zweck ist die gemeinschaftliche Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung oder einem Haus mit häuslicher Versorgung und
- der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter bietet keine Leistungen an, mit denen praktisch eine Versorgung sichergestellt wird, die einer stationären Einrichtung (Pflegeheim) oder einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tagespflege) entspricht.

Voraussetzungen für den Wohngruppenzuschlag

Ich habe die Punkte unterstrichen, die häufig nicht erfüllt sind.

Häufig nicht erfüllt

1. Aufgaben der Präsenzkraft zusätzlich zur pflegerischen Versorgung

Der Wohngruppenzuschlag ist kein zusätzlicher Betrag, mit dem die individuell beim Wohngruppenbewohner notwendige ambulante Pflege bezahlt werden kann. Der Wohngruppenzuschlag ist dazu gedacht, dass die Bewohner der Wohngruppe gemeinsam eine sogenannte Präsenzkraft bezahlen. Diese Präsenzkraft muss für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten eingesetzt werden oder hauswirtschaftliche Unterstützung leisten. So heißt es im Gesetz. Dabei kommt es darauf an, dass diese Aufgaben zusätzlich zur Pflege und Betreuung der einzelnen Wohngruppenbewohner anfallen. Sobald die Präsenz-

kraft eingesetzt wird, um z. B. die bei einem Bewohner notwendige Grundpflege (etwa Waschen, Anziehen) zu leisten, läuft das nicht mehr über den Wohngruppenzuschlag, sondern über die Pflegesachleistung.

2. Anbieter der Wohngruppe darf keine Leistungen anbieten, die inhaltlich denen eines Pflegeheimes oder einer Tagespflege entsprechen

Als ambulante betreute Wohngruppe werden nur Wohngruppen anerkannt, deren Bewohner selbst die pflegerische Versorgung organisieren und ggf. selbst sicherstellen (sie helfen sich gegenseitig). Bei der Organisation und Verwaltung können sie sich durch die eigens dafür bezahlte Präsenzkraft unterstützen lassen.

Sie können am besten einschätzen, ob diese Knackpunkte in der Wohngemeinschaft Ihrer Mutter zutreffen. Ich empfehle, den Anbieter des Seniorenhauses um Unterstützung zu bitten. Sie können sich auch an die Fachstellen bzw. die Heimaufsicht wenden, die für die Qualität der Pflegeeinrichtungen in Ihrer Region zuständig sind. Hier gibt es z. B. eine allgemeine Beschwerdestelle. Diese ist zwar dazu gedacht, dass man sich über die Pflegeeinrichtung beschweren kann. Vielleicht helfen Ihnen die Mitarbeiter dort aber auch, indem sie Ihnen z. B. schriftlich bestätigen, dass die Wohngruppe keine Versorgungsform ist, die Leistungen im Umfang der Leistungen eines Pflegeheimes oder einer Tagespflege anbietet. Zudem können Sie sich an einen Sozialverband wenden, der Rechtsberatungen durchführen darf (z. B. der VdK oder der SozVD).

Besteht bei akuter Erkrankung des Pflegebedürftigen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI?

Frage: Wann genau kann man eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nehmen? Es heißt immer „in akut auftretenden Pflegesituationen“. Ich habe nun einen Fall bei dem eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung in Anspruch genommen werden müsste, wenn die Pflegebedürftige aufgrund von Erkrankung etc. nicht in der Lage ist, wie gewohnt, die Tagespflege zu besuchen. Der Ehemann, voll berufstätig, hat dann ein echtes Betreuungssproblem, da er seine Frau nicht alleine zu Hause lassen kann. Ich habe nun jedoch die Auskunft erhalten, dass es in diesem Fall, obwohl in meinen Augen eine akute Pflegesituation besteht, nicht möglich sei die kurzzeitige Arbeitsverhinderung in Anspruch zu nehmen. Ist das so korrekt?

Antwort: Die Frage, wann eine akut auftretende Pflegesituation vorliegt, ist nicht einfach zu beantworten.

In § 2 Abs. 1 PflegeZG steht:

„Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.“

Die Pflegesituation ist akut, wenn sie plötzlich, also unerwartet und unvermittelt aufgetreten ist.

In dem von Ihnen beschriebenen Fall könnte man annehmen, dass der Ehemann aufgrund der akuten Erkrankung seiner pflegebedürftigen Ehefrau die Pflege sicherstellen muss, da sie vorübergehend nicht in die Tagespflege kann. Alternativ dazu müsste er einen Pflegedienst organisieren, der die Pflege und Betreuung anstatt der Tagespflege übernimmt.

Akute Erkrankung ist nicht gleich akute Pflegesituation

Allerdings ist das Pflegeunterstützungsgeld lt. Gemeinsamem Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI bei einer akuten Erkrankung wie z. B. Magen-Darm-Infekt oder Grippe ausdrücklich ausgeschlossen.

Auch die Begründung zum o.g. § 2 Abs. 1 PflegeZG hilft nicht weiter. Dort wird auf ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 15. November 2011 (Aktenzeichen 9 AZR 348/10) verwiesen, das u. a. folgende Definition für akut eingetretene Pflegesituation liefert.

„Denn „akut“ ist die Pflegesituation nur, wenn sie plötzlich, also unerwartet und unvermittelt aufgetreten ist (Freihube/Sasse DB 2008, 1320). Nur in diesen Fällen besteht für die nahen Angehörigen das rechtlich anzuerkennende Bedürfnis, ihrer Tätigkeit fernzubleiben, ohne dies zuvor dem Arbeitgeber anzukündigen (Müller BB 2008, 1058, 1059). Ist die Person, die der Arbeitnehmer pflegen will, bereits pflegebedürftig und ändert sich die Pflegesituation nicht wesentlich, greift § 2 Abs. 1 PflegeZG nicht ein (vgl. Linck BB 2008, 2738, 2739).“

Die spannende Frage ist nun, ob sich durch die akute Erkrankung die Pflegesituation wesentlich geändert hat. Auf jeden Fall ist mit starkem Gegenwind zu rechnen.

Begründen könnte der Ehemann den Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld mit diesen Punkten:

- Pflegerische Versorgung wird seit ... sichergestellt durch z. B. Ehemann morgens und abends sowie an den Wochenenden, Tagespflege montags bis freitags in der Zeit von ... bis ...
- Am ... erkrankt die pflegebedürftige Ehefrau plötzlich und unerwartet an ...
- Dadurch war die Versorgung in der Tagespflege nicht mehr möglich
- Ehemann musste sich von der Arbeit freistellen lassen, um die durch die akute Erkrankung verursachte Versorgungslücke zu schließen und die Pflege selbst sicherzustellen.

Vorsorglich könnte er die Pflegekasse auffordern, ihm die gesetzliche Grundlage zu nennen, wenn sie der Auffassung ist, die geschilderte Pflegesituation sei nicht akut sicherzustellen gewesen. Hilfreich ist hier, dass im Gesetz selbst die akute Pflegesituation nicht definiert wird. Beziehen Sie sich im Schreiben ausdrücklich auf die gesetzliche Grundlage und nicht auf einen Verweis auf das o.g. Rundschreiben. Dieses hat lediglich den Zweck das Verwaltungshandeln der Pflegekassen bundesweit zu vereinheitlichen, kann jedoch den Versicherten nicht schlechter stellen, als die Vorgaben des Gesetzes.

Aber: Zu klären wäre, ob der Ehemann Pflegegeld bekommt. Anders als Leistungen eines Pflegedienstes (z. B. bei Kombileistung) führt die Tagespflege ja nicht zur anteiligen Kürzung des Pflegegeldes. Falls ja, könnte die Pflegekasse darauf hinweisen, dass das Pflegegeld dazu vorgesehen ist, die Pflege in geeigneter Weise selbst sicherzustellen und zwar im erforderlichen Umfang.

Vorsicht bei Pflegegeldbezug

Pflegeunterstützungsgeld + 100 % Pflegegeld + Rentenversicherungsbeiträge und Unfallversicherung für den pflegenden Ehemann, das ist aus meiner Sicht schwer durchsetzbar. Der Ehemann müsste bei seinem Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld darauf verweisen, dass die Pflege nicht sichergestellt ist – trotz Pflegegeldbezug. Sie sehen: das passt irgendwie nicht ganz zusammen (Juristen sehen das vielleicht anders).

Achtung: MDK Hessen warnt vor falschen Gutachtern!

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Hessen warnt auf seinen Internetseiten vor einer neuen Betrugsmasche: in mehreren Fällen hätten sich unbekannte Personen als MDK-Gutachter ausgegeben und sich so Zutritt in Privathaushalte von Pflegebedürftigen verschafft, um Wertgegenstände zu entwenden.

Neue Betrugsmasche

Gut informierte Klienten sind vor dieser Betrugsmasche geschützt

Sie können Ihre Klienten vor diesen vermeintlichen MDK-Gutachtern und dem Schaden schützen. Diese Informationen helfen Ihnen dabei:

Informieren Sie Ihre Klienten

- Die Kranken- oder Pflegekasse schickt nicht einfach so „aus Sorge um den Versicherten“ einen Gutachter vorbei, damit dieser prüft, ob die Pflegekasse zahlen darf. Oder anders gesagt: ohne vorherigen Antrag bei der Pflegekasse kein Gutachter.
- Der MDK kündigt den Gutachterbesuch schriftlich an, Terminverschiebungen werden rechtzeitig abgeklärt (z. T. telefonisch).
- MDK-Gutachter haben einen MDK-Gutachteraussweis, den sie auf Verlangen vorzeigen müssen.
- Vom MDK beauftragte Gutachter können den Auftrag vorweisen.

Kann sich Ihr Klient nicht erinnern, dass er einen Antrag bei der Pflegekasse gestellt hat und/oder hat er die Terminankündigung verlegt, besteht immer noch die Möglichkeit, beim MDK nachzufragen, ob der Begutachtungstermin korrekt ist.

Wichtig: Schärfen Sie Ihren Klienten ein, Gutachter, die sich nicht ausweisen können bzw. Gutachter, die erscheinen, obwohl keine Leistungen der Pflegekasse beantragt wurden, nicht in die Wohnung bzw. das Haus zu lassen. Das höfliche in die Wohnung bitten, Kaffchen anbieten und erst dann klären, wäre hier absolut fehl am Platze. Stattdessen sollten sich Pflegebedürftige bzw. deren Betreuer an die nächste Polizeidienststelle wenden und den Vorfall melden. Hilfreich ist dazu, dass Sie Ihren Klienten die Rufnummer der für sie nächsten Polizeidienststelle an die Hand geben.

Impressum

Verlag | Redaktion | Kundenbetreuung:
Walhalla Fachverlag
Haus an der Eisernen Brücke, 93042 Regensburg
Tel.: 0941/56 84-0, Fax: 0941/56 84 111
E-Mail: WALHALLA@WALHALLA.de

Redaktionsleitung:
Barbara Bayer (v.i.S.d.P.)
E-Mail: Barbara.Bayer@WALHALLA.de

Autorin:
Carmen P. Baake

Erscheinungsweise:
Der Beraterbrief Pflege erscheint zweimal im Monat in elektronischer Form (PDF-Datei)

Bezugsbedingungen:

Bestellungen über jede Buchhandlung und beim Verlag.
Der Jahresbezugspreis im Abonnement beträgt 149,00 Euro; die Einzelausgabe kostet 7,50 Euro. Das Jahresabonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, sofern es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird.

Copyright, Hinweise zum Urheberrecht:

© Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg
Die Inhalte dieses Beraterbriefes wurden mit erheblichem Aufwand recherchiert und bearbeitet. Sie sind für den Käufer/Abonnenten zur ausschließlichen Verwendung für interne Zwecke bestimmt. Die Weitergabe oder Vervielfältigung der Daten ist untersagt. Ausgenommen sind die Archivierung, die Erstellung einer Sicherheitskopie und das Ausdrucken für den

eigenen Gebrauch. Eine schriftliche oder elektronische Verbreitung oder Veröffentlichung der Informationen aus diesem Beraterbrief darf nur unter vorheriger schriftlicher Zustimmung durch den Walhalla Fachverlag erfolgen. In einem solchen Fall ist der Walhalla Fachverlag als Quelle zu nennen. Ausgenommen davon sind die Arbeitshilfen und Muster, die für die eigene Tätigkeit verwendet werden dürfen. Es ist nicht gestattet, den Beraterbrief im Rahmen einer gewerblichen Tätigkeit Dritten in elektronischer oder ausgedruckter Form zur Verfügung stellen, zu verbreiten oder zu veröffentlichen.

ISSN 2367-4210

www.FOKUS-pflegerecht.de

www.WALHALLA.de

Pflegekasse der
Name der Krankenkasse
Straße
PLZ Ort

Ort, Datum

**Betreff: Name, Vorname, Geburtsdatum, KV-Nummer des pflegebedürftigen Klienten
Wiederholungsbegutachtung – Ihr Schreiben vom ...**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe (alternativ: Vorname Name des pflegebedürftigen Klienten hat) seit dem
(Datum der letzten Begutachtung vor dem 01.01.2017) Pflegestufe ... (ggf. mit erheblich
eingeschränkter Alltagskompetenz). Am 01.01.2017 wurde ich (alternativ: sie/er) gem.
§ 140 SGB XI in den Pflegegrad ... übergeleitet.

Nach § 142 Absatz 1 SGB XI werden bei Versicherten, die nach § 140 SGB XI von einer
Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, bis zum 1. Januar 2019 keine Wie-
derholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 SGB XI durchgeführt. Das gilt auch
dann, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen
Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen
wurde.

Abweichend davon können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn
eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit
oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, insbesondere aufgrund von durchgeführten Opera-
tionen oder Rehabilitationsmaßnahmen.

Da bei mir (alternativ: bei Vorname Name des pflegebedürftigen Klienten) keine der
vorgenannten Maßnahmen oder ähnlich wirksame Behandlungen durchgeführt wurden
und auch in Ihrer Ankündigung keine konkreten Gründe genannt wurden, weshalb Sie
von einer verbesserten Selbständigkeit bzw. von weniger beeinträchtigten Fähigkeiten
ausgehen, bitte ich Sie, die Wiederholungsprüfung abzusagen.

Teilen Sie mir bitte unverzüglich mit, wann Sie die Wiederholungsprüfung abgesagt
haben.

Mir freundlichen Grüßen