

Ambulante Dienste

Privatversicherer wollen Abrechnung bei Ersatzpflege nach Leistungskomplexen Rechtsauffassung ohne Grundlage

Von Ralph Wißgott

Eine „interne Richtlinie“ der Privatversicherer sorgt für Irritationen bei der Abrechnung der Ersatzpflege. Die darin vertretene Rechtsauffassung ist nicht akzeptabel.

Celle (uw). Entgegen der gesetzlichen Regelung und der Praxis mit den gesetzlichen Pflegeversicherern vertreten die ARAG und die Deutscher Ring Versicherung die Auffassung: „Wird die Verhinderungspflege durch zugelassene Pflegedienste erbracht, reicht es nicht aus, wenn auf der Rechnung Verhinderungspflege vermerkt wird. Rechnungen zugelassener Pflegedienste über Verhinderungspflege müssen also Angaben über die Art und Dauer der erbrachten Leistungen enthalten. Sollte der ambulante Pflegedienst auch Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung durchführen, muss unter Beachtung der Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen nach den

entsprechenden Leistungskomplexen abgerechnet werden. Diese Leistungen sind keine Leistungen der Verhinderungspflege sondern Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.“

Das ist eine Rechtsauffassung, die jeglicher Grundlage entbehrt. Die Ersatzpflege nach § 39 SGB XI ist nicht Bestandteil der Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI und somit auch nicht Bestandteil der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Das Leistungskomplexsystem findet demnach hier keine Anwendung. Da der § 39 SGB XI ein eigenständiger Leistungsbereich ist, ist eine Vermischung mit § 36 SGB XI unzulässig. Zudem ist an die Erbringung der Ersatzpflege nach § 39 keine Zulassung geknüpft. Das bedeutet, dass Jeder Ersatzpflegeleistungen erbringen kann.

Die dadurch für den Pflegebedürftigen entstehenden Kosten hat die Pflegekasse bis zu 1 432 Euro im Kalenderjahr zu übernehmen, unabhängig davon wer

diese Leistungen erbringt. Nur bei Verwandten, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, dürfen die Kosten für die Ersatzpflege den Satz des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI nicht überschreiten.

Würde also eine nicht zugelassene Pflegeeinrichtung die Ersatzpflegeleistungen erbringen, könnte gar keine Abrechnung nach Leistungskomplexsystem erfolgen, da gar keine Zulassung und somit kein Vertrag und somit keine Vergütungsvereinbarung mit Leistungskomplexen existent wäre.

Eine Leistungsvereinbarung nach § 39 kommt zwischen Pflegebedürftigem und Leistungserbringer zustande. Da es keinen Vertrag mit der Pflegekasse gibt und das Gesetz hier keine Unterscheidung nach Leistungserbringern macht, haben die privaten Pflegeversicherer kein Recht die zugelassenen Pflegeeinrichtungen anders zu behandeln als jeden

anderen, der Ersatzpflegeleistungen erbringt.

In Telefonaten mit den zuständigen Sachbearbeitern beim Deutschen Ring und bei der ARAG wurde auf eine „interne Richtlinie“ des Verbandes der privaten Krankenversicherungen verwiesen. Bislang liegen keine näheren Informationen zu dieser Richtlinie vor. Auch eine Nachfrage beim Bundesverband der Privatversicherer brachte keine Klärung.

So bleibt nur an dieser Stelle den Verband der privaten Versicherungen aufzufordern, diese Richtlinie nochmals zu prüfen und zu überarbeiten. Den Pflegediensten und deren Interessensvertretern kann nur geraten werden, diese Willkür der privaten Versicherer nicht zu akzeptieren und den Versicherten rechtliche Schritte anzuraten. //

INFORMATION

Unternehmensberatung
Wißgott, Fachberatung für
die ambulante Pflege,
E-Mail: rw@uw-b.de,
Internet: www.uw-b.de