

Richtlinien
des GKV-Spitzenverbandes
zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren
(Dienstleistungs-Richtlinien – Die-RiLi)
nach § 18b SGB XI
vom 10.07.2013 ¹

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen

auf der Grundlage von § 18b SGB XI

am 10.07.2013 die nachstehenden Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien – Die-RiLi) beschlossen.

¹ Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Richtlinien mit Schreiben vom 10.09.2013 zugestimmt.

1. Präambel

Ziel der Dienstleistungs-Richtlinien ist es, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken. Wenn Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, beauftragen die Pflegekassen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt (§ 18 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die Gutachter² sind analog § 275 Abs. 5 SGB V bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und nur ihrem Gewissen verpflichtet.

Für die Versicherten und ihre Angehörigen bedeuten der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und das Begutachtungsverfahren eine große Belastung. Die Medizinischen Dienste führen die Begutachtung in respektvoller und wertschätzender Weise durch, um die Belastungen durch das Begutachtungsverfahren für die Versicherten so gering wie möglich zu halten. Die Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren stellen verpflichtende, bundesweit einheitliche Verhaltensgrundsätze auf und erhöhen die Transparenz des Begutachtungsverfahrens für die Versicherten.

2. Geltungsbereich

(1) Personeller Geltungsbereich

Die Dienstleistungs-Richtlinien sind für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie des Sozialmedizinischen Dienstes - im Folgenden als Medizinische Dienste bezeichnet - am Begutachtungsverfahren Beteiligten verpflichtend. Sie sind nach den Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. § 53b Abs. 2 Nr. 3 SGB XI auch von anderen unabhängigen Gutachtern entsprechend anzuwenden.

(2) Sachlicher Geltungsbereich

Die Dienstleistungs-Richtlinien gelten für die Durchführung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe

² Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

im Sinne des § 18 Abs. 1 SGB XI. Rechtsgrundlagen für das Begutachtungsverfahren sind die §§ 14, 15, 18, 45a SGB XI, die §§ 60 ff SGB I, die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, die Richtlinien zur Feststellung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, die Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit und die Härtefall-Richtlinien, die für die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verbindlich sind.

3. Allgemeine Verhaltensgrundsätze bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens

- (1) Die Mitarbeiter der Medizinischen Dienste informieren die/den Versicherten vor der Begutachtung in geeigneter Weise schriftlich über den vorgesehenen Begutachtungstermin und das Begutachtungsverfahren oder vereinbaren den Begutachtungstermin mündlich. Die Medizinischen Dienste bieten den Versicherten die Möglichkeit zur schriftlichen oder telefonischen Kontaktaufnahme für Terminverschiebungen oder Terminabsprachen. Falls ein Bevollmächtigter/Betreuer bekannt ist, muss auch dieser von den Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes benachrichtigt werden.
- (2) Die Mitarbeiter der Medizinischen Dienste sehen die Begutachtung der Versicherten in der Regel von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 18:00 Uhr vor. Hausbesuche außerhalb dieser Zeiten sind in Absprache mit dem Versicherten möglich.
- (3) Die Gutachter der Medizinischen Dienste beachten bei der Durchführung der Begutachtung, dass diese im privaten Bereich der Versicherten und ihrer Angehörigen stattfindet und eine respektvolle und sensible Vorgehensweise mit Achtung der Privatsphäre erfordern. Bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens werden die Wünsche und Bedürfnisse (z.B. bei Hör-, Sehschwäche) der Versicherten oder ihrer Angehörigen berücksichtigt, soweit sie die Begutachtung nicht beeinträchtigen.
- (4) Sach- oder Geldgeschenke dürfen von den Mitarbeitern und Gutachtern der Medizinischen Dienste nicht angenommen werden. Die Annahme von Speisen und Getränken während der Begutachtung durch Gutachter der Medizinischen Dienste ist zulässig.
- (5) Die Gutachter der Medizinischen Dienste führen das Begutachtungsverfahren für alle Versicherten auf der Grundlage der unter Ziffer 2 (2) Satz 2 genannten Rechtsgrundlagen unabhängig von der Herkunft oder Nationalität der Versicherten durch. Sie sind analog § 275 Abs. 5 SGB V bei der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit er-

füllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt (§ 18 Abs. 1 SGB XI) unabhängig und nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die Pflege oder ärztliche Behandlung einzugreifen. Das Begutachtungsverfahren erfordert in der Regel eine körperliche Untersuchung der Versicherten. Zum Schutz der Privatsphäre der Versicherten dürfen die Gutachter der Medizinischen Dienste körperliche Untersuchungen der Versicherten nur alleine oder in Anwesenheit von der gewünschten Vertrauensperson oder den gewünschten Vertrauenspersonen durchführen.

- (6) Sollte es im Rahmen der Begutachtung für die Gutachter der Medizinischen Dienste zu einer bedrohlichen Situation kommen, die sie an der Durchführung der Begutachtung hindert oder ist eine sprachliche Verständigung nicht möglich, haben die Gutachter der Medizinischen Dienste dies zu dokumentieren. Sie können - wenn notwendig und unter Angabe der Gründe - die Begutachtung abbrechen.
 - (7) Bestehen verwandtschaftliche oder andere Beziehungen zwischen dem Gutachter und dem Versicherten, die zur Befangenheit des Gutachters führen könnten, hat der Gutachter den Medizinischen Dienst darüber zu informieren und die Durchführung der Begutachtung abzulehnen.
 - (8) Die Gutachter dürfen neben ihrer Tätigkeit für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung keine Tätigkeiten ausüben, die ihre Objektivität oder Neutralität bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens beeinträchtigen könnten.
 - (9) Die Gutachter der Medizinischen Dienste dokumentieren ihre Feststellungen im Pflegegutachten und leiten diese an die Pflegekasse weiter. Im Übrigen sind sie zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet.
4. Individuelle und umfassende Information der - / des Versicherten über das Begutachtungsverfahren
- (1) Um die Transparenz des Begutachtungsverfahrens zu verbessern und die Erhebungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erleichtern, ist der Versicherte vom Medizinischen Dienst individuell und umfassend über das Begutachtungsverfahren zu informieren.
 - (2) Der Versicherte bzw. der eingesetzte Betreuer erhält in der Regel bereits mit der Terminankündigung in geeigneter Weise schriftliche umfassende Informationen über

- die Aufgabe des Gutachters des Medizinischen Dienstes im Begutachtungsverfahren,
 - die Rechtsgrundlagen des Begutachtungsverfahrens, vergleiche Ziffer 2 (2),
 - den Auftraggeber der Begutachtung
 - den Namen der Gutachterin bzw. des Gutachters,
 - den Grund der Begutachtung und die Gutachtenart,
 - das Datum und die voraussichtliche Uhrzeit der Begutachtung mit einer Zeitspanne von 2 Stunden,
 - die voraussichtliche Dauer der Begutachtung,
 - die für die Begutachtung bereitzulegenden Unterlagen (wie z.B., vorhandene Befunde, Krankenhausberichte, Berichte von Rehabilitationseinrichtungen u. ä.)
 - die Teilnahmemöglichkeit der von ihm gewünschten Vertrauenspersonen sowie die ggf. erforderliche Anwesenheit der überwiegend pflegenden Pflegeperson,
 - die Sachdienlichkeit der Information eines ggf. eingesetzten Betreuers durch den Versicherten,
 - die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Gebärdendolmetschers,
 - die Servicezeiten und Kontaktdaten des Medizinischen Dienstes und
 - die telefonischen oder schriftlichen Beschwerdemöglichkeiten bei einem konkret benannten Mitarbeiter, die insbesondere das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen (vgl. Ziffer 6).
- (3) Wurde der Begutachtungstermin mündlich vereinbart, sind dem Versicherten bzw. dem eingesetzten Betreuer die schriftlichen Informationen über das Begutachtungsverfahren in der Regel vorab brieflich zuzusenden. In Absprache mit dem Versicherten bzw. dem eingesetzten Betreuer können diese Informationen auch beim Hausbesuch ausgehändigt werden.
- (4) Die Gutachter können grundsätzlich davon ausgehen, dass die Versicherten, ihre Angehörigen oder Betreuer mit der deutschen Sprache vertraut sind. Ist für den Medizinischen Dienst erkennbar, dass der Versicherte die umfassenden schriftlichen Informationen zum Begutachtungsverfahren in deutscher Sprache nicht versteht, sind dem Versicherten die Terminankündigung und die weiteren schriftlichen Informationen in einer Fremdsprache zu übermitteln, die er beherrscht.

5. Versichertenbefragungen

- (1) Jeder Medizinische Dienst ist verpflichtet, jährlich eine Versichertenbefragung bei 2,5 % der Antragsteller durchzuführen. Die Bezugsgröße ist 2,5 % der Begutachtungen aller Versicherten mit persönlicher Befunderhebung des Vorjahres. Die Versichertenbefragung erfolgt durch einen bundesweit einheitlich strukturierten Fragenkatalog anonym innerhalb von zwei Monaten nach der Begutachtung.
- (2) Jeder der im Rahmen der Zufallsstichprobe nach Absatz 1 ausgewählte Versicherte erhält einen bundesweit einheitlich strukturierten Fragenkatalog mit einer für den Versicherten kostenfreien Antwortmöglichkeit, der keine Rückschlüsse auf die Person des Versicherten zulässt, sowie ein erläuterndes Anschreiben. In dem Anschreiben ist darauf hinzuweisen, dass
 - die Beteiligung an der Versichertenbefragung freiwillig ist,
 - die Erhebung und Auswertung anonym erfolgt und
 - die Ergebnisse der Versichertenbefragung auf der Homepage des Medizinischen Dienstes und auf Nachfrage in schriftlicher Form zugänglich sind.
- (3) Der bundesweit einheitlich strukturierte Fragenkatalog umfasst Fragen über
 - die Zufriedenheit mit der Information über das Begutachtungsverfahren (Ziff. 4 Abs. 2),
 - den Ablauf der Begutachtung,
 - das persönliche Auftreten des Gutachters (Ziff. 3),
 - die Beratung durch den Gutachter und
 - sonstige Anregungen.
- (4) Der konkrete Inhalt des bundesweit einheitlich strukturierten Fragenkatalogs, die bundesweit einheitlichen Ausfüllhinweise sowie die bundesweit einheitlichen Kriterien für die Auswertung der Versichertenbefragung werden vom GKV-Spitzenverband, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten bis zum 1. Januar 2014 unter wissenschaftlicher Beteiligung entwickelt und eingeführt.
- (5) Die Medizinischen Dienste sind verpflichtet, die Versichertenbefragung bundesweit einheitlich durch eine externe wissenschaftliche Stelle gemeinsam auswerten zu lassen. Antworten, die nach dem 15. März eingehen, werden in der Auswertung nicht berücksichtig.

sichtigt. Jeder Medizinische Dienst hat bis zum 15. April eines jeden Jahres einen Bericht unter Angabe

- der Anzahl der in dem o.g. Erhebungszeitraum begutachteten Versicherten,
- der Anzahl der Versicherten, die an der Versichertenbefragung teilgenommen haben,
- der Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Fragen des strukturierten Fragenkatalogs,
- der Erkenntnisse aus den Ergebnissen der Versichertenbefragung und
- der daraus abgeleiteten Maßnahmen

auf seiner Homepage allgemeinzugänglich zu veröffentlichen und in elektronischer Form und auf Nachfrage auch schriftlich dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund und dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund wird die Berichte der Medizinischen Dienste auf seiner Homepage allgemeinzugänglich veröffentlichen.

6. Beschwerdemanagement

- (1) Jeder Medizinische Dienst hat ein Beschwerdemanagement zu unterhalten und dafür mindestens einen verantwortlichen Mitarbeiter und einen Vertreter zu benennen. Das Beschwerdemanagement ist für die Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Kundenbeschwerden stehen, verantwortlich.
- (2) Alle Beschwerden sind vom Beschwerdemanagement zu erfassen. Mündliche oder telefonische Beschwerden sind vom aufnehmenden Mitarbeiter schriftlich unter Angabe des Beschwerdeführers, seiner Kontaktdaten und ggf. des Versicherten zusammenzufassen und dem Beschwerdemanagement spätestens am Tag nach der telefonischen oder mündlichen Beschwerde weiterzuleiten.
- (3) Werden Beschwerden von einer Pflegekasse an das Beschwerdemanagement weitergeleitet, ist die Pflegekasse über die Antwort an den Beschwerdeführer unverzüglich zu informieren. Die Pflegekasse ist bei berechtigten Beschwerden auch über die im Einzelfall getroffenen Maßnahmen des Beschwerdemanagements zu informieren.
- (4) Das Beschwerdemanagement ist verpflichtet, jedem Beschwerdeführer eine Eingangsbestätigung zu erteilen. Bei mündlichen oder telefonischen Beschwerden ist dem Beschwerdeführer mit der Eingangsbestätigung die schriftliche Zusammenfassung mit der Möglichkeit zur Korrektur oder Ergänzung innerhalb von einer Woche zu übersenden.

- (5) Das Beschwerdemanagement leitet die Beschwerde mit der Eingangsbestätigung spätestens am Tag nach Eingang beim Beschwerdemanagement an den jeweiligen Gutachter bzw. Mitarbeiter und seinen Vorgesetzten bzw. Teamleiter weiter. Bei mündlichen oder telefonischen Beschwerden gibt das Beschwerdemanagement die schriftlichen Zusammenfassungen mit der Eingangsbestätigung spätestens am Tag nach Eingang beim Beschwerdemanagement an den jeweiligen Gutachter bzw. Mitarbeiter und seinen Vorgesetzten bzw. Teamleiter weiter; Korrekturen bzw. Ergänzungen der schriftlichen Zusammenfassungen durch die Beschwerdeführer sind vom Beschwerdemanagement spätestens am Tag nach dem Eingang an den jeweiligen Gutachter bzw. Mitarbeiter und seinen Vorgesetzten bzw. Teamleiter weiterzureichen.
- (6) Der Vorgesetzte bzw. Teamleiter wertet die Beschwerde gemeinsam mit dem jeweiligen Gutachter bzw. Mitarbeiter aus und entscheidet unter Berücksichtigung der jeweiligen Organisationsstrukturen des Medizinischen Dienstes über die inhaltliche Beantwortung und ggf. Weiterleitung der Beschwerde (z.B. Richtigstellung, Erläuterung, Erklärung, Einschalten der Pflegekasse).
- (7) Der Beschwerdeführer erhält innerhalb von 4 Wochen nach Eingang seiner Beschwerde eine individuelle schriftliche Antwort vom Vorgesetzten bzw. Teamleiter des Gutachters bzw. Mitarbeiters. Die Antwort ist gleichzeitig und für den Beschwerdeführer ersichtlich dem Beschwerdemanagement und ggf. der Pflegekasse (s. Abs. 3) zur Kenntnis zu geben.
- (8) Bei berechtigten Beschwerden initiiert das Beschwerdemanagement Maßnahmen wie z.B. Mitarbeitergespräche, Schulungen für den / die jeweiligen Mitarbeiter oder Veränderungen von Prozessen. Das Beschwerdemanagement prüft spätestens 4 Wochen nach Versand des Antwortschreibens den Stand des Verfahrens durch Rücksprache mit dem Vorgesetzten bzw. Teamleiter des Gutachters bzw. Mitarbeiters. Die Prüfung ist bis zum Abschluss des Beschwerdeverfahrens (z.B. Richtigstellung, Erläuterung, Erklärung, Einschalten der Pflegekasse, Umsetzung von beschlossenen Maßnahmen) in regelmäßigen Abständen aber spätestens alle 4 Wochen zu wiederholen.
- (9) Das Beschwerdemanagement hat jeweils zum 31.12. eines jeden Jahres einen Bericht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Beschwerden und die jeweiligen Maßnahmen zum Umgang mit den Beschwerden zu erstellen. Der Bericht darf keine Rückschlüsse auf die jeweilige Person des Beschwerdeführers zulassen. Der Bericht ist gemeinsam mit den

Geschäftsführern der Medizinischen Dienste spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres auszuwerten. Aus der Auswertung der Beschwerden mit den Geschäftsführern der Medizinischen Dienste werden Maßnahmen wie z.B. Veränderung der Prozesse, Schulungsangebot für Mitarbeiter oder Mitarbeitergespräche abgeleitet. Die Geschäftsführer der Medizinischen Dienste berichten dem jeweiligen Verwaltungsrat über die Erkenntnisse aus den Beschwerden und die ergriffenen Maßnahmen.

7. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 10.07.2013 in Kraft.