

Leistungsträger im Fall einer schweren Verletzung (III):

Die Sozialversicherungsträger

Haftet weder eine Haftpflichtversicherung und ist auch keine Berufsgenossenschaft eintrittsverpflichtet, so bleiben als Leistungsträger noch die Krankenkassen, die Pflegeversicherung und zuletzt die Sozialämter übrig, die dafür Sorge tragen, dass jeder behinderte Mensch, der in Deutschland lebt, dies mit Würde tun kann.



Mittlerweile bekanntestes Hilfemodell ist die Pflegeeinstufung nach SGB XI, die Soziale Pflegeversicherung. Jeder gesetzlich Krankenversicherte ist gleichzeitig auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert, jeder anderweitig privat Krankenversicherte muss gleichzeitig auch eine private Pflegeversicherung abschließen. Da seit 2009 Krankenversicherungspflicht besteht, ist mittlerweile quasi jeder auch in der Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung wiederum zahlt pauschalierte Beträge entweder als Pflegegeld oder Pflegesachleistung, je nach Pflegestufe. Die Pflegestufe wiederum hängt vom individuellen Pflegebedarf ab. Es gibt hier 3 Einstufungen plus Sonderzahlungen für Demenz sowie einer Sonderstufe für sog. Härtefälle, wobei die Krankenkasse, die die Pflegegeld- oder -Sachleistungen (oder eine Kombileistung aus beidem) erbringt, sich hier des Medizinischen Dienstes

der Krankenkassen (MDK) bedient, um eine Einstufung vorzunehmen.

Die Mitarbeiter des MDK haben hier feste Minutensätze für jede Verrichtung; sei es zu Bett bringen, Abführen oder Rasieren, die oft weit von der Realität eines Querschnittgelähmten entfernt sind, da die ursprüngliche Idee hinter der Pflegeversicherung die Absicherung einer zunehmend älteren gebrechlichen und demenzgefährdeten Bevölkerung war und nicht die Pflege von Gelähmten. Aus diesem Grund empfiehlt es sich zu den (anzukündigenden) MDK-Begutachtungsterminen stets fachliche Hilfe mitzubringen (es gibt hier spezielle Pflegeberater) und ein eigenes Pfl egetagebuch zu führen. Erfolgt dann dennoch eine zu niedrige Einstufung, empfiehlt es sich, dies gerichtlich überprüfen zu lassen. Interessanterweise hat man im Sozialgerichtsverfahren das Recht nach § 109 SGG die Anhörung eines ▶

Anzeige

Entdecken Sie die neue Generation
Robot R11.
Ab sofort bei unseren Einbaupartnern.

"Der neue Robot R11 ist anwenderfreundlich und platzsparend!"



**"Unsere Produkte
gibt es in Ihrer
Nähe."**

TMN Europe GmbH

Stubenrauchstraße 121
12357 Berlin
Telefon: 030 - 453 05 144
Telefax 030 - 453 05 161
kontakt@tmneurope.de
www.TMNEurope.de

bestimmten Gutachters zu fordern, d.h. man kann einen fachkundigen Arzt eigener Wahl zum Beteiligten des Gerichtsverfahrens machen und so meist das MDK-Gutachten widerlegen.

Behandlungspflege bei Beatmung

Schwerstpflegebedürftige Querschnittgelähmte, die künstlich beatmet werden müssen, haben ein Recht darauf, dass ihre Krankenkasse nach § 37 SGB V die Behandlungspflege zu Hause durch einen professionellen Pflegedienst rund um die Uhr übernimmt. Dies ist jedoch problembehaftet. Zum einen berufen sich Krankenkassen in aller Regel darauf, dass ja ein Teil der 24stündigen Versorgung durch die Pflegesachleistung aus SGB XI abgedeckt ist. Dass dem nicht der Fall ist, soll folgendes Fallbeispiel belegen:

Es beatmungspflichtiger Tetraplegiker ist in Pflegestufe 3+ eingestuft, da der MDK einen Grundpflegebedarf von 6 Stunden sieht. Er bekommt hier also die maximal mögliche Pflegesachleistung von 1 918 € zugesprochen. Die 24-Stunden-Versorgung durch Fachkräfte (nur diese dürfen beatmungspflichtige Patienten versorgen) kostet 31 €/h x 24h x 30 Tage, also 22 320,00 €. Nunmehr wenden die Krankenkassen hier stets ein, nur für 18 Stunden täglich zuständig zu sein, 6 Stunden seien ja von der Pflegekasse abgedeckt. Die Krankenkasse wird daher nur 31€/h x 18h x 30 Tage zahlen, also 16 760 €. Rechnet man die 1 918 € Pflegesachleistung hinzu, stehen 18 658 € an Einnahmen 22 320 € an Ausgaben entgegen, eine signifikante Deckungslücke.

Die Rechtsprechung hat dies mittlerweile erkannt und geht davon aus, dass von den sechs Stunden, die die Pflegekasse übernimmt, zumindest die Hälfte Behandlungspflege ist, so dass die Krankenkassen mittlerweile oft 21 Stunden übernehmen. Dennoch bleibt immer noch eine gewisse Deckungslücke.

Das zweite Problem ist, dass jedweder gesundheitliche Fortschritt, der die Notwendigkeit der Beatmung teilweise oder ganz entfallen lassen würde, finanziell fatal ist, da die Krankenkassen dann nicht mehr nach § 37 SGB V zur Leistung verpflichtet wären, da es dann nicht mehr um Behandlungs-, sondern vielmehr um Grundpflege geht. D.h. selbst wenn weiterhin 24stündiger Betreuungsbedarf (ohne Beatmung) besteht, zahlt die Krankenkasse diesen nicht mehr. Vielmehr muss eigenes Vermögen eingesetzt werden. Erst wenn dieses verbraucht ist, kommt als ultima ratio ein Anspruch aus SGB XII in Betracht.

Freiraum durch Persönliches Budget?

Das SGB XII deckt hier sämtliche Bereiche ab, die nicht von Dritter Seite übernommen werden. So gibt es Teilhabeleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft genauso wie Hilfe zur Rehabilitation. Klappt es mit der Wiedereingliederung nicht, so gibt es Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung, reichen die Leistungen nach SGB XI nicht aus – was besonders bei hochgradig Gelähmten oft der Fall ist – gibt es Hilfe zur Pflege, die sogar bis zur Pflege zu Hause reichen kann und die nicht unbedingt Heimunterbringung bedeutet.

All diesen Leistungen ist gemein, dass es Minimalleistungen sind, die darüber hinaus erst dann bezahlt werden, wenn das eigene Vermögen bis zu geringen Freigrenzen aufgebraucht ist und auch der jeweilige Ehepartner oder nachrangig andere Unterhaltsverpflichtete wie Eltern oder Kinder nicht mehr herangezogen werden können.

Seit 2008 besteht zudem die Möglichkeit, sämtliche Sozialleistungen in einem sogenannten Persönlichen Budget zu bündeln. Dies bedeutet zum einen eine Verfahrenserleichterung, da ein Sozialträger die Budgetierung übernimmt und zum anderen mehr Freiraum für den Betroffenen, da er das Budget, dass die Summe der ansonsten einzeln bezahlten Sozialleistungen nicht übersteigen soll, zur freien Verfügung hat und sich damit schneller auf jeweilige Einzelsituationen einstellen kann. ■

Gern steht der Autor in Einzelfragen im Rahmen seiner Beratungstätigkeit für die FGQ (und im Rahmen seiner zeitlichen Belastungsgrenzen) zur Verfügung, am liebsten per eMail. Der Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verkehrsrecht Oliver Negele, Mitarbeiter der AG-Recht der FGQ, bearbeitet derzeit ca. 30 Fälle aus dem Bereich Großpersonenschaden im Jahr.

Kontakt:
Rechtsanwalt u. Fachanwalt für Verkehrsrecht
Oliver Negele
Bgm.-Fischer-Str. 12
86150 Augsburg
tel 08 21-32 79 88-10, Fax: -20
kontakt@arge-recht.de

