

## **Zu § 18 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

**Titel:** Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI

**Normgeber:** Bund

**Redaktionelle Abkürzung:** RdSchr. vom 20.12.2022

**Gliederungs-Nr.:** [keine Angabe]

**Normtyp:** Rundschreiben

### **Zu § 18 SGB XI Tit. 2 RdSchr. vom 20.12.2022 – Untersuchungsort/-ergebnis**

(1) Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit ist ein komplexer Begutachtungsvorgang, der aus einer zielorientierten Untersuchung besteht. Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat den Versicherten im Wohnbereich zu untersuchen. Durch die Untersuchung soll die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Antragstellers in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden. Für besondere Fallgestaltungen, in denen Leistungsentscheidungen zur Sicherstellung der Weiterversorgung kurzfristig erforderlich sind, ist die Begutachtung auch in der Einrichtung, in der sich der Versicherte im Zeitpunkt der Antragsstellung befindet, durchzuführen. Mit der Einwilligung des Versicherten schließt die Begutachtung in Einrichtungen im Einzelfall auch die Begutachtung der häuslichen Situation mit ein, um ein möglichst reibungsloses Anlaufen der Leistungen der Pflegekasse (z. B. Kurzzeitpflege im direkten Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung) zu gewährleisten. Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, erfolgt die Begutachtung im stationären Bereich.

(2) Steht das Ergebnis der Begutachtung aufgrund eindeutiger Aktenlage bereits fest, kann die Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten ausnahmsweise unterbleiben. Das Gutachten nach Aktenlage hat nach den Bestimmungen der Begutachtungsrichtlinien zu erfolgen. Erforderliche andere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) können dennoch einen Hausbesuch erfordern.

(3) Lässt der Versicherte sich nicht in seiner häuslichen Umgebung begutachten, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern (§§ 62, 66 SGB I gelten). Lebt der Versicherte in der Wohnung eines Dritten (z. B. eines Angehörigen) gilt dies ebenfalls, und zwar selbst dann, wenn nur der Wohnungsinhaber die Begutachtung in der Wohnung verhindert. Verweigert ein bereits anerkannter Pflegebedürftiger eine Begutachtung, die für die Feststellung eines höheren Pflegegrades erforderlich ist, führt die Verweigerung nicht zum Wegfall der Leistungen des niedrigeren, bereits anerkannten Pflegegrades, es sei denn, am Fortbestehen dieses Pflegegrades bestehen Zweifel.

(4) Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter teilt der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung in dem verbindlichen Formulargutachten (vgl. Punkt 6.2 "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit" der Begutachtungs-Richtlinien) unverzüglich mit. In dem Gutachten ist differenziert unter anderem zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,
- Pflegegrad,
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

Des Weiteren hat der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter, soweit erforderlich, über die derzeitige Versorgungssituation hinausgehend in einem Empfehlungsteil (individueller Pflegeplan) Aussagen

- über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,

- über notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel ( § 33 SGB V , § 40 SGB XI ),
- zu dem Ergebnis der Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind,
- über das Bestehen eines Beratungsbedarfs zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V sowie
- zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Die Stellungnahme des MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters hat sich auch darauf zu erstrecken, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Im Weiteren hat der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter den Antragsteller in der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI , das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Aufgrund der besonderen Bedeutung ist das Gutachten daher dem Antragsteller grundsätzlich mit der Zusendung des Bescheids der Pflegekasse zu übersenden. Dies darf jedoch nicht gegen den Wunsch des Antragstellers erfolgen, so dass der Antragsteller in der Begutachtung vom MD oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf sein Widerspruchsrecht hinzuweisen ist. Dies umfasst auch den Hinweis auf eine Übersendung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt. In dem Formulargutachten ist zu erfassen, ob der Antragsteller der Übersendung widerspricht.

Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 SGB XII das Gutachten des MD oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters benötigt, kann die Pflegekasse dieses zur Verfügung stellen, wenn der Versicherte von der Pflegekasse in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hingewiesen wurde und nicht widersprochen hat ( § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X ).