

**Richtlinien
des GKV-Spitzenverbandes
zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren
(Dienstleistungs-Richtlinien – Die-RiLi)
nach § 18b SGB XI
vom 10.07.2013 geändert durch Beschluss vom 05.12.2016¹**

Der GKV-Spitzenverband² 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 05.12.2016 die nachstehenden Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien – Die-RiLi) beschlossen.

¹ Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Richtlinien mit Schreiben vom 20.12.2016 zugestimmt.

² Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 18b SGB XI.

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 Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt (§ 18 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die Gutachterinnen und Gutachter 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 Gutachterinnen und Gutachtern (Unabhängige Gutachter-Richtlinien – UGu-RiLi) gem. § 53b SGB XI auch von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, sofern die Pflegekassen diese im Verfahren zur Feststellung der Pflegedürftigkeit beauftragt, entsprechend anzuwenden.

(2) Sachlicher Geltungsbereich

Die Dienstleistungs-Richtlinien gelten für die Durchführung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades im Sinne des § 18 Abs. 1 SGB XI. Rechtsgrundlagen für das Begutachtungsverfahren sind die §§ 14, 15, 18 SGB XI, die §§ 60 ff SGB I und die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRI), die für die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verbindlich sind.

3 Allgemeine Verhaltensgrundsätze bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens

- (1) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste informieren die Versicherte oder 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 eine Bevollmächtigte/Betreuerin oder ein Bevollmächtigter/Betreuer bekannt ist, muss auch dieser von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes benachrichtigt werden.
- (2) Die Mitarbeiterinnen und 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 der oder dem Versicherten möglich.

- (3) Die Gutachterinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste nicht angenommen werden. Die Annahme von Speisen und Getränken während der Begutachtung durch Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste ist zulässig.
- (5) Die Gutachterinnen und 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 erfüllt sind und welcher Grad 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 Untersuchung und Inaugenscheinnahme der Versicherten. Zum Schutz der Privatsphäre der Versicherten dürfen die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste körperliche Untersuchungen der Versicherten nur alleine oder in Anwesenheit der gewünschten Vertrauensperson oder den gewünschten Vertrauenspersonen durchführen.
- (6) Sollte es im Rahmen der Begutachtung für die Gutachterinnen und 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 Gutachterinnen und 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 der Gutachterin oder dem Gutachter und der oder dem Versicherten, die zur Befangenheit der Gutachterin oder des Gutachters führen könnten, hat die Gutachterin oder der Gutachter den Medizinischen Dienst darüber zu informieren und die Durchführung der Begutachtung abzulehnen.

- (8) Die Gutachterinnen und 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 Gutachterinnen und 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 Versicherten über das Begutachtungsverfahren

- (1) Um die Transparenz des Begutachtungsverfahrens zu verbessern und die Erhebungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erleichtern, ist die oder der Versicherte vom Medizinischen Dienst individuell und umfassend über das Begutachtungsverfahren zu informieren.
- (2) Die oder der Versicherte bzw. die eingesetzte Betreuerin oder der eingesetzte Betreuer erhält in der Regel bereits mit der Terminankündigung in geeigneter Weise schriftliche umfassende Informationen über
 - die Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters des Medizinischen Dienstes im Begutachtungsverfahren,
 - die Rechtsgrundlagen des Begutachtungsverfahrens, vergleiche Ziffer 2 (2),
 - den Auftraggeber der Begutachtung
 - den Namen und die berufliche Qualifikation 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,
 - die Sachdienlichkeit der Information einer ggf. eingesetzten Betreuerin oder eines Betreuers durch die oder den Versicherten,
 - die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Gebärdendolmetscherin oder eines Gebärdendolmetschers,
 - die Servicezeiten und Kontaktdaten des Medizinischen Dienstes und

- die telefonischen oder schriftlichen Beschwerdemöglichkeiten bei einer konkret benannten Mitarbeiterin oder einem konkret benannten Mitarbeiter, die insbesondere das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen (vgl. Ziffer 6).
- (3) Wurde der Begutachtungstermin mündlich vereinbart, sind der oder dem Versicherten bzw. der eingesetzten Betreuerin oder dem Betreuer die schriftlichen Informationen über das Begutachtungsverfahren in der Regel vorab brieflich zuzusenden. In Absprache mit der oder dem Versicherten bzw. der eingesetzten Betreuerin oder dem Betreuer können diese Informationen auch beim Hausbesuch ausgehändigt werden.
- (4) Die Gutachterinnen und Gutachter können grundsätzlich davon ausgehen, dass die Versicherten, ihre Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuer mit der deutschen Sprache vertraut sind. Ist für den Medizinischen Dienst erkennbar, dass die oder der Versicherte die umfassenden schriftlichen Informationen zum Begutachtungsverfahren in deutscher Sprache nicht versteht, werden der oder dem Versicherten die Terminankündigung mit weiteren schriftlichen Informationen in folgenden Sprachen angeboten:
- Englisch
 - Französisch
 - Griechisch
 - Italienisch
 - Kroatisch
 - Polnisch
 - Russisch
 - Türkisch

Die Medizinischen Dienste überprüfen in regelmäßigen Abständen den Katalog der Fremdsprachen. Da die antragstellende Person sicherzustellen hat, dass während der Begutachtung eine Verständigung in der Amtssprache (deutsch) möglich ist, ist sie durch den Medizinischen Dienst zu informieren, dass sie sich bei Verständigungsschwierigkeiten Unterstützung durch Angehörige, Bekannte mit ausreichenden Deutschkenntnissen oder durch eine Übersetzerin bzw. einen Übersetzer für den Zeitraum der Begutachtung heranziehen sollte.

5 Versichertenbefragungen

- (1) Jeder Medizinische Dienst ist verpflichtet, jährlich eine Versichertenbefragung bei 2,5 % der Antragstellerinnen und 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 einem Monat nach der Begutachtung.
- (2) Jeder oder jede im Rahmen der Zufallsstichprobe nach Absatz 1 ausgewählte Versicherte erhält einen bundesweit einheitlich strukturierten Fragenkatalog mit einer für die Versicherte oder den Versicherten kostenfreien Antwortmöglichkeit, der keine Rückschlüsse auf die Person der oder 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 der Gutachterin oder des Gutachters (Ziff. 3),
 - die Beratung durch die Gutachterin oder 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 unter wissenschaftlicher Beteiligung entwickelt..
- (5) Die Medizinischen Dienste sind verpflichtet, die Versichertenbefragung bundesweit einheitlich durch eine externe wissenschaftliche Stelle gemeinsam auswerten zu lassen. Antworten, die nach dem 15. Februar eingehen, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt. 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
- (6) auf seiner Homepage allgemein zugänglich 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 allgemein zugänglich veröffentlichen.

6 Beschwerdemanagement

- (1) Jeder Medizinische Dienst hat ein Beschwerdemanagement zu unterhalten und dafür mindestens eine verantwortliche Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter und eine Vertreterin oder 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 von der aufnehmenden Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter schriftlich unter Angabe der Beschwerdeführerin oder des Beschwerdeführers, ihrer oder seiner Kontaktdaten und ggf. der oder des Versicherten zusammenzufassen und dem Beschwerdemanagement spätestens am Arbeitstag nach der telefonischen oder mündlichen Beschwerde weiterzuleiten.
- (3) Werden Beschwerden von einer Pflegekasse an das Beschwerdemanagement weitergeleitet, ist die Pflegekasse über die Antwort an die Beschwerdeführerin oder 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, jeder Beschwerdeführerin oder jedem Beschwerdeführer eine Eingangsbestätigung zu erteilen. Bei mündlichen oder telefonischen Beschwerden ist der Beschwerdeführerin oder 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 die jeweilige Gutachterin oder den Gutachter bzw. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter und ihren oder seine Vorgesetzte oder Vorgesetzten bzw. Teamleiterin oder Teamleiter weiter. Bei mündlichen oder telefonischen Beschwerden gibt das Beschwerdemanagement die schriftlichen Zusammenfassungen mit der Eingangsbestätigung spätestens am Arbeitstag nach Eingang beim Beschwerdemanagement an die jeweilige Gutachterin oder den Gutachter bzw. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter und ihren oder seine Vorgesetzte oder Vorgesetzten bzw. Teamleiterin oder Teamleiter weiter; Korrekturen bzw. Ergänzungen der schriftlichen Zusammenfassungen durch die Beschwerdeführerin oder den Beschwerdeführer sind vom Beschwerdemanagement spätestens am Tag nach dem Eingang an die jeweilige Gutachterin oder den Gutachter bzw. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter und ihren oder seine Vorgesetzte oder Vorgesetzten bzw. Teamleiterin oder Teamleiter weiterzureichen.
- (6) Die oder der Vorgesetzte bzw. die Teamleiterin oder der Teamleiter wertet die Beschwerde gemeinsam mit der jeweiligen Gutachterin oder dem Gutachter bzw. Mitarbeiterin oder 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) Die Beschwerdeführerin oder der Beschwerdeführer erhält innerhalb von 4 Wochen nach Eingang ihrer oder seiner Beschwerde eine individuelle schriftliche Antwort von der Vorgesetzten oder dem Vorgesetzten bzw. der Teamleiterin oder dem Teamleiter der Gutachterin oder des Gutachters bzw. Mitarbeiterin oder Mitarbeiters. Die Antwort ist gleichzeitig und für die Beschwerdeführerin oder 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 die jeweilige Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter oder Veränderungen von Prozessen. Das Beschwerdemanagement prüft spätestens vier Wochen nach Versand des Antwortschreibens den Stand des Verfahrens durch Rücksprache mit der Vorgesetzten oder dem Vorgesetzten bzw. der Teamleiterin oder dem Teamleiter der Gutachterin oder des Gutachters bzw. Mitarbeiterin oder 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 vier 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 der Beschwerdeführerin oder des Beschwerdeführers zulassen. Der Bericht ist gemeinsam mit der Geschäftsführung der Medizinischen Dienste spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres auszuwerten. Aus der Auswertung der Beschwerden mit der Geschäftsführung der Medizinischen Dienste werden Maßnahmen wie z.B. Veränderung der Prozesse, Schulungsangebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Mitarbeitergespräche abgeleitet. Die Geschäftsführung der Medizinischen Dienste berichtet dem jeweiligen Verwaltungsrat über die Erkenntnisse aus den Beschwerden und die ergriffenen Maßnahmen.

7 Inkrafttreten

Die durch den Beschluss vom 05.12.2016 geänderten Richtlinien treten am 01.01.2017 in Kraft.