

## **Neues, vereinfachtes Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades für die Beantragung von Pflegeleistungen**

### 1. Gegenstand und Zielsetzung des neuen Verfahrens

Sowohl die GKFS-Versicherten als auch die AIACE-DE-Vertreter haben in der Vergangenheit wiederholt auf folgendes Problem bei der Aufnahme in deutsche Pflegeheime hingewiesen:

- Voraussetzung für die Aufnahme ist eine Begutachtung des Grades der Pflegebedürftigkeit, d.h. des so genannten „Pflegegrades“.
- Die GKFS-Versicherten waren bisher aufgrund nationalspezifischer Regelungen außer Stande, diese Voraussetzung zu erfüllen, sprich eine Begutachtung einzureichen, die in Deutschland anerkannt wird.

Das deutsche Gesundheitssystem sieht vor, dass die o.g. Begutachtung von zugelassenen, als medizinische Dienste tätigen Ämtern bzw. Dienstleistern vorgenommen wird. Eine solche Begutachtung erfolgt auf Anfrage von deutschen Gesundheitsbehörden bzw. privaten Krankenkassen. Allerdings betrifft diese Regelung ausschließlich Patienten, die in Deutschland bei den gesetzlichen (GKV) bzw. privaten (PKV) Krankenkassen versichert sind. Das beim GKFS im Rahmen der Pflegebedürftigkeit eingesetzte Bewertungsverfahren basiert auf dem sogenannten Barthel-Index. Dieses Instrument, welches beim GKFS u.a. zur Feststellung des Erstattungssatzes für bestimmte Leistungen (etwa die Pflege in Pflegeheimen) dient, wird von deutschen Pflegeeinrichtungen häufig nicht anerkannt.

Um dieses Problem zu lösen, hat das GKFS mit MEDICPROOF – einem Dienstleister, der in Deutschland als medizinischer Dienst für private Krankenversicherungen tätig ist –, einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. Künftig prüft dieser Dienst, ob bei antragstellenden GKFS-Versicherten eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und welchem deutschen Pflegegrad diese zuzuordnen ist.

### 2. Das neue Verfahren in der Praxis für die Aufnahme in stationären Pflegeheimen

Im Falle der Pflegebedürftigkeit werden die Anträge von in Deutschland behandelten GKFS-Versicherten bzw. deren Vertretern wie folgt bearbeitet:

- Der/die GKFS-Versicherte bzw. dessen/deren Vertreter wendet sich an das GKFS, um den „Pflegegrad“ zu ermitteln.  
Hierbei empfiehlt es sich, alle erforderlichen Unterlagen – soweit möglich – bereits zusammen mit dem Formular „Antrag auf vorherige Genehmigung“ für die Erstattung der Pflege- und Aufenthaltskosten einzureichen, insbesondere das Formular, in dem die versicherte Person die ausdrückliche Zustimmung erteilt, dass das GKFS persönliche Daten an MEDICPROOF übermitteln darf.
- Nach erfolgter Zustimmung trägt das zuständige GKFS-Team die Daten des/der GKFS-Versicherten in die dafür vorgesehene MEDICPROOF-Datenbank ein.
- MEDICPROOF überprüft die Vollständigkeit der eingereichten Daten und veranlasst die Begutachtung des Pflegegrades. Hierbei beauftragt MEDICPROOF einen unabhängigen Gutachter aus seinem Netzwerk von ca. 1.100 als Gutachter tätigen Ärzten/-innen und Krankenpfleger/-innen. Der Gutachter als solcher hat keinen Kontakt mit dem GKFS. Es ist die Aufgabe von MEDICPROOF, als Schnittstelle zwischen GKFS und den Gutachtern zu fungieren und die Begutachtungsaufträge nach regionalen Kriterien, d.h. entsprechend dem Aufenthaltsort des/der Versicherten, zu vergeben.

- Der Gutachter muss den Pflegegrad innerhalb einer Frist von ca. 15 Tagen evaluieren. Innerhalb dieser Zeit wird der Gutachter Kontakt mit dem/der GKFS-Versicherten aufnehmen, einen Termin für den Hausbesuch vereinbaren, das Gutachten erstellen und es an MEDICPROOF übermitteln. Hierbei agiert der Gutachter als unabhängiger Sachverständiger, d.h. er ist gegenüber GKFS bzw. MEDICPROOF nicht weisungsgebunden. Für die Begutachtung beruft sich der Gutachter ausschließlich auf die geltenden medizinischen und deontologischen Richtlinien sowie auf seine ärztliche Kompetenz. Der vom MEDICPROOF-Gutachter erstellte Bericht dient als Empfehlung für die Entscheidung der Krankenkasse hinsichtlich der Feststellung des GKFS-spezifischen Pflegegrades. Vor allem aber informiert das Gutachten die anvisierte Pflegeeinrichtung über den nach deutschem System empfohlenen Pflegegrad, was für unsere Versicherten besonders wichtig ist. Daraus resultieren keine finanziellen Ansprüche an die Pflegeversicherung in Deutschland.
- Nach Einreichung des Gutachtens durch den unabhängigen Sachverständigen leitet MEDICPROOF den Bericht an GKFS weiter. Dies erfolgt anhand der dafür vorgesehenen Datenbank innerhalb einer Frist von max. 10 Tagen. Der Bericht wird unverzüglich vom GKFS dem/der Versicherten übermittelt.
- Das bedeutet, MEDICPROOF bearbeitet eine Anfrage innerhalb von max. 25 Tagen – ausgehend vom Tag der Anfrage des/der Versicherten beim GKFS und deren Eintragung in die MEDICPROOF-Datenbank.
- Die Begutachtungskosten belaufen sich auf max. 300 EUR. Diese Kosten werden direkt vom GKFS bei einem Erstattungssatz von 85% übernommen. Eventuell verbleibende Kosten (Eigenanteil) werden von den GKFS-Versicherten getragen. Bei einer anerkannten schweren Erkrankung gilt ein Erstattungssatz von 100%.

### 3. Das neue Verfahren in der Praxis für ambulante Pflegeleistungen

Bei Beantragung ambulanter (häuslicher) Pflegeleistungen kann das MEDICPROOF-Verfahren analog zu o.g. Vorgehensweise verwendet werden.

### 4. Kontaktstellen zur Feststellung des Pflegegrades im Rahmen der Pflegebedürftigkeit

Den GKFS-Versicherten bzw. deren Vertretern (oder zuständigen AIACE-DE-Betreuern) stehen verschiedene Optionen zur Wahl, um sich an das GKFS für Anfragen zu wenden:

- a) per E-Mail:  
**PMO-LUX-PFLEGE@ec.europa.eu**
- b) per Telefon:  
**Tel : + 352 4301 36100**
- c) per My IntraComm :  
**s. Staff Contact via JSIS online**

Bei allen diesbezüglichen Anfragen geben Sie bitte „PFLEGE“ als Betreff sowie Name und Personalnummer des/der Versicherten ein.

---

**Nouvelle procédure simplifiée pour l'évaluation du niveau de dépendance (*Pflegegrad*) en Allemagne**

Les affiliés et les représentants de l'AIACE DE ont signalé à plusieurs reprises les difficultés que certains pensionnés rencontrent pour être acceptés dans une maison de repos en Allemagne. La problématique est la suivante : les maisons de repos en Allemagne exigent une évaluation de leur niveau de dépendance, le « Pflegegrad », que nos affiliés ne sont pas tous en mesure de produire. En effet, ces évaluations sont effectuées sur demande des autorités sanitaires allemandes ou des assureurs privés par des organismes spécialement habilités à agir comme service médical mais cela ne concerne que les personnes qui sont couvertes par la sécurité sociale nationale ou par une assurance privée en Allemagne. Au RCAM, le système d'évaluation de l'état de dépendance utilisé pour déterminer le taux de remboursement de certaines prestations, dont les maisons de repos, se base sur l'échelle de Barthel, laquelle n'est pas (re)connue par les maisons de repos en Allemagne.

Afin de pouvoir faciliter l'accès aux maisons de repos pour les affiliés, un accord a été conclu avec MEDICPROOF qui fait office de service médical pour les assurances privées en Allemagne. Cet organisme fournit aux assureurs un service d'expertise médicale visant à la détermination du niveau de dépendance de leurs assurés. Ce service est maintenant disponible pour les affiliés du RCAM.

#### 1) Comment cela va-t-il se passer ?

Un affilié en situation de dépendance ou son représentant contacte le RCAM pour se voir délivrer le « Pflegegrad » et l'autorisation préalable pour les frais de séjour et de soins dans une maison de repos en Allemagne. L'équipe en charge de cette tâche contacte l'affilié et obtient de sa part son accord exprès moyennant un formulaire ad-hoc pour contacter MEDICPROOF et lui transmettre ses données à caractère personnel. Le RCAM introduit alors les coordonnées de l'affilié dans une plateforme informatique mise à disposition par MEDICPROOF.

MEDICPROOF vérifie si les données sont complètes et commande une expertise d'évaluation du degré de dépendance de l'affilié en question. MEDICPROOF mandate un expert indépendant parmi son réseau de 1.100 experts, constitué de médecins et d'infirmiers. L'expert lui-même n'a aucun contact avec le RCAM. C'est MEDICPROOF qui sert d'intermédiaire avec les experts, et répartit les missions en fonction des régions.

L'expert dispose d'une quinzaine de jours pour accomplir sa mission. Pendant cette période, l'expert doit prendre contact avec l'affilié, fixer le rendez-vous, effectuer la visite à domicile, finaliser l'expertise et la renvoyer à MEDICPROOF. L'expert reste indépendant et n'est pas lié par des instructions en provenance du RCAM ou de MEDICPROOF. Ils ne sont tenus que par les directives d'expertise médicale, leur conscience et leurs compétences professionnelles.

Le rapport de l'expert mandaté par MEDICPROOF fait office de recommandation pour la décision de la compagnie d'assurance compétente concernant la reconnaissance d'un degré de dépendance et, ce qui est le plus important pour nos affiliés, il constitue le document leur permettant d'accéder aux services d'une maison de repos.

MEDICPROOF transmet au RCAM l'évaluation réalisée et ce, dans un délai maximal de 10 jours, via la plateforme dédiée à cette fin. Celle-ci sera transmise immédiatement à l'affilié par le RCAM.

Au total, MEDICPROOF traite une demande en 25 jours maximum – à compter de la date de la demande faite par l’affilié auprès du RCAM et introduite dans la plateforme de MEDICPROOF.

Les frais d’expertise sont évalués à 300 € maximum. Ils seront pris en charge directement par le RCAM à concurrence de 85% ou de 100% en cas de maladie grave. Les éventuels frais restant à votre charge vous seront facturés.

2. Comment et qui contacter ?

a) par email:

[PMO-LUX-PFLEGE@ec.europa.eu](mailto:PMO-LUX-PFLEGE@ec.europa.eu)

b) par téléphone :

**Tel : + 352 4301 36100**

c) par My IntraComm :

**s. Staff Contact via RCAM online** (en indiquant « PFLEGE » dans le sujet du message)