

ANSPRUCH IM AUSNAHMEFALL

Die neue Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege ist in Kraft. Besondere Behandlungspflege ist im Ausnahmefall nun auch im Heim möglich. Eine Chance für Heimbetreiber.

Die Behandlungspflege bezahlt die Krankenkasse, Grundpflege die Pflegekasse. Was für ambulante Pflegedienste selbstverständlich ist, gilt in Pflegeheimen seit Einführung der Pflegeversicherung nicht. Heime müssen die Behandlungspflege mit erbringen und bekommen sie nicht gesondert vergütet.

Patient hat nur ausnahmsweise Anspruch

Bereits das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 1. April 2007 hat die räumlichen Möglichkeiten der ambulanten Pflege erweitert und diesen Systemfehler teilweise korrigiert. Häusliche Krankenpflege kann seither auch an „anderen geeigneten“ Orten erbracht werden. Welche Orte geeignet sind, konkretisieren nun endlich die zum 1. Juni 2008 geänderten Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien (HKP), sodass hier mehr Rechtssicherheit eintritt. Allgemeine Behandlungspflege im Pflegeheim ist als ambulante Leistung aber nach § 84 Absatz 1 SGB XI weiterhin ausgeschlossen. **Krankenkassen müssen zahlen:** Wichtigste Neuerung ist

der neue Anspruch auf Häusliche Krankenpflege im Heim. Er besteht ausnahmsweise dann, wenn

1. die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft, oder
2. ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

Als Beispielfälle zählen die neuen Richtlinien die folgenden auf:

- Maßnahmen der Behandlungspflege müssen, in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar, am Tag und in der Nacht erfolgen, oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes ist am Tag und in der Nacht erforderlich.

In diesen Fällen können die Krankenkassen die Leistung nicht verweigern (§ 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI i. V. m. § 37 SGB V).

Heime können profitieren, mit neuer Struktur: Heimträger, die sich bereits etwa auf die Betreuung von Dauerbeatmungspatienten spezialisiert haben, können auf zwei Wegen erreichen, dass sie

angemessene Vergütungen für ihre Behandlungspflegeleistungen erhalten.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat zum 1. Juli 2008 eine der wichtigsten bisherigen Änderungen des Leistungserbringerrechts der Pflegeversicherung überhaupt eingeführt: den Gesamtversorgungsvertrag. Er ermöglicht, unter dem Dach ein und desselben Trägers ein oder mehrere Pflegeheime, teilstationäre Einrichtungen und auch ambulante Pflegedienste zu führen und diese mit einem Gesamtversorgungsvertrag zu verbinden.

Sogar übergreifender Personaleinsatz ist möglich, wenn einige Regeln beachtet werden. Der ambulante Pflegedienst kann dann im Heim die besonderen SGB V-Leistungen erbringen und der Träger die ambulanten Sätze abrechnen.

Voraussetzung ist, dass der Träger für den Pflegedienst einen Zulassungsvertrag für die Krankenversicherung (§ 132a SGB V) abschließt. Beim übergreifenden Personaleinsatz ist zu beachten, dass die Arbeitsverträge den Einsatz im Heim und Pflegedienst auch zulassen. Außerdem müssen für Heim und Pflegedienst jeweils eigene Kostenstellen geführt und die Leistungen des „Fremdpersonals“ dem Einsatzbereich – Heim oder ambulant – berechnet werden.

Es geht aber auch einfacher – jedenfalls dann, wenn die Krankenkassen im eigenen Interesse zu handeln bereit sind. Seitdem der Anspruch auf Behandlungspflege im Heim besteht, bezahlen näm-

lich die Sozialhilfeträger ohne Not Leistungen der Krankenversicherung. Wenn ein Heim bisher spezialisierte Beatmungspflege erbracht hat, musste der Sozialhilfeträger ergänzend für die besonderen Leistungen aufkommen. Diese sind jedoch nicht mehr Bestandteil der Pflegesätze nach dem SGB XI.

Wie verhält sich künftig der Sozialhilfeträger?

Die Sozialhilfeträger werden nach der Rechtsänderung früher oder später die Pflegebedürftigen auf die Krankenkassen verweisen und unter Umständen sogar die weitere Leistung ablehnen. Die Krankenkassen sollten in dieser Situation bereit sein, auch mit rein stationär ausgerichteten Einrichtungen Vereinbarungen für die Beatmungspflege abzuschließen. Das kann auch durch mit der Krankenkasse zu vereinbarenden Zuschläge für die besonders intensive Behandlungspflege geschehen (Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V). ▀

Rechtsanwalt Sascha Iffland von Iffland Wischnewski, Darmstadt

> Die Richtlinie finden Sie unter: www.vincentz.net/ahdownload/downloads_ambulant.cfm#Richtlinienpapiere; der Gesamtversorgungsvertrag ist Thema der **Altenheim Jahresgespräche in Berlin am 3. und 4. Dezember 2008**. Infos unter: www.vincentz.net/veranstaltungen

DAS MÜSSEN SIE BEACHTEN →

- Prüfen Sie, ob Bewohner regelmäßig tagsüber und nachts nicht fest planbar Behandlungspflege, insbesondere Beatmungspflege, benötigen. Verhandeln Sie mit den Krankenkassen gesonderte Vergütungen.
- Je nach Marktumfeld kann eine spezialisierte Beatmungsstation in der Einrichtung Potenziale erschließen.
- Mit einem Gesamtversorgungsvertrag kann bei effizientem Personaleinsatz eine Vollversorgung – von der Pflege in der Häuslichkeit bis zum Leben im Heim – angeboten werden. Für besonders intensive Behandlungspflege, die der eigene ambulante Dienst im Heim erbringt, sind attraktive ambulante Vergütungen zu vereinbaren.