

Was gilt eigentlich und wo steht das?

Wesentliche Gesetzte und Vorschriften für den ambulanten Dienst, Teil 1

Immer wieder gibt es Fragen aus der Praxis, die einen erstaunen können wie: „Ich suche das PQSG! Wo finde ich das?“ oder „Die Krankenkassen lehnt ab, weil sie sagt, dies sei keine Leistung der Krankenversicherung.“ Oft genug würde ein Blick in das Gesetz oder die Richtlinie Häuslicher Krankenpflege helfen. Aber wo ist nachzusehen und vor allem: welche Fassung ist richtig? Beeindruckend ist es immer wieder, wenn man nach dem Gesetzestext fragt und dann ein Gesetzestext aus dem Regal genommen wird, der tatsächlich nicht mehr gültig bzw. an wesentlichen Stellen schon geändert worden ist.

Hier sollen nun alle wesentlichen Gesetzestexte und Vorschriften, die ambulant in der praktischen Arbeit relevant sind, dargestellt werden. Begonnen wird mit:

Pflegeversicherung SGB XI

Das **Pflegeversicherungsgesetz** ist letztmalig wesentlich geändert worden durch das (so genannte) **Pflege-Qualitätssicherungsgesetz** (PQsG) und das **Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz** (PflEG), die beide zum 1.1.2002 in Kraft traten. Dabei handelt es sich nicht um neue Gesetze, sondern um Ergänzungen und Veränderungen am Pflegeversicherungsgesetz. Gesetzestexte mit einem Stand von **2002** sind daher im Wesentlichen aktuell. Zwar hat das PQsG einige Regelungen zu Leistungs- und Qualitätsnachweisen in die Pflegeversicherung eingeführt, diese sind aber praktisch nicht umgesetzt, weil eine dazu notwendige Rechtsverordnung fehlt.

Jede Einrichtung, die nach SGB XI pflegt, hat einen **Versorgungsvertrag nach § 72** oder **Bestandsschutz nach § 73 SGB XI** (was inhaltlich gleichbedeutend ist). In jedem Fall ist der Pflegekasse damit gemeldet worden, wer aktuell die verantwortliche Pflegefachkraft ist einschließlich Stellvertretung und wie das Einzugsgebiet definiert ist. Der Versorgungsvertrag verweist dann auf drei weitere grundlegende Verträge oder Vereinbarungen:

1. **Die Gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege** vom 10. Juli 1995 in der Fassung vom 31. Mai 1996 sind auch weiterhin nicht überarbeitet und daher Grundlage.
2. **Die Rahmenverträge nach § 75** zur ambulanten pflegerischen Versorgung werden auf Landesebene geschlossen, ein Überblick, welche Fassung in welchem Land gerade gültig ist, würde diesen Rahmen sprengen. Zumindest bei den Landesverbänden der Pflegeverbände ebenso wie bei den Landesverbänden der Pflegekasse liegen diese Verträge vor und können sicherlich dort auch abgefordert werden.
3. Die **Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI** schließt (zumindest gemäß dem Gesetzestext) jede Einrichtung selbst ab, daher muss dieser Vertrag in der Einrichtung vorliegen. Er enthält auch einen differenzierten Leistungskatalog der SGB XI – Leistungen einschließlich der genauen Beschreibung und Abgrenzung dieser Leistungen.

Daneben sind folgende Verordnungen von Bedeutung:

1. Die **Pflegebuchführungsverordnung** mit Stand vom 21. Oktober 2001 (hier wurden nur die DM-Beträge in Euro umgestellt), die die Buchhaltungsverpflichtungen regelt,
2. Die **Pflege-Statistik-Verordnung** vom 24. November 1999 als Grundlage für die regelmäßigen Statistikanfragen der Statistischen Landesämter.

Für die praktische Pflege sind die Richtlinien und Verordnungen bezüglich der Einstufung bedeutend:

1. **Pflegebedürftigkeitsrichtlinien** mit Stand vom 22. August 2001: Sie bestimmen die Merkmale der Pflegebedürftigkeit, die Pflegestufen sowie das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.
2. Die **Begutachtungs-Richtlinien** mit Stand vom 22. August 2001 enthalten die konkreten Arbeitsanweisungen für den MDK einschließlich der Definition und Anwendung der sogenannten Zeitkorridore.
3. Die **Härtefallrichtlinien** mit Stand vom 03. Juli 1996 regeln die Feststellung des besonderen Härtefalls gemäß § 36 bzw. 43 SGB XI. Allerdings muss diese Regelung aufgrund des Bundessozialgerichts-Urteils vom 30.10. 2001 überarbeitet werden, weil mit der bisherigen Regelung und Anwendung die gesetzlich vorgesehene Quote (3 %) in der Praxis nicht erreicht wird. Bis zur Veröffentlichung einer neuen Fassung gilt zwar die bisherige fort, ablehnende Entscheidungen auf dieser Basis wären aber rechtlich angreifbar.

Die **Pflegehilfsmittel der Pflegeversicherung** finden sich in zwei verschiedenen Verzeichnissen wieder:

1. **Pflegehilfsmittelverzeichnis** nach § 78 enthält alle die Hilfsmittel, die
 1. regelmäßig in die Leistungspflicht der Pflegekasse fallen und
 2. nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung aufgeführt sind.

2. Das **Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung**

Damit kann nicht allein durch ein Blick in das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegeversicherung geklärt werden, ob ein Hilfsmittel von der Pflegekasse finanziert werden kann (wie oft irrtümlich angenommen wird). Selbst gemeinsam mit dem Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung ergibt sich unter Umständen kein vollständiges Bild, weil es durchaus Hilfsmittel geben kann, die die Bedingungen des § 40 SGB XI erfüllen (Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder eigenständige Lebensführung ermöglichen), aber nicht oder noch nicht aufgeführt sind. Daher ist auch von den Pflegekassen der Einzelfall auch über den ‚Listenblick‘ hinaus zu prüfen. Die Hilfsmittelverzeichnisse findet man z.B. bei der IKK unter www.ikk.de, dort unter „Für Medizinberufe“.

Alle hier aufgeführten Texte finden Sie teilweise unter dem Downloadbereich von www.Vincnetz.net oder komplett bei www.carehelix.de unter Gesetze

Am Schluss noch ein praktischer Tipp: Gesetzestexte, die alt sind, sollte man am Besten dem Recycling zuführen, und zwar konsequent!!!

Weiter in der nächsten Ausgabe.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgabe 03/2005

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de