

Was gilt eigentlich und wo steht das?

Wesentliche Gesetze 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!!!

Was gilt eigentlich und wo steht das?

Wesentliche Gesetze und Vorschriften für den ambulanten Dienst, Teil 2

Krankenversicherung SGB V

Das Sozialgesetzbuch V umfasst die komplette gesetzliche Krankenversicherung.

Es wurde zuletzt wesentlich geändert durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Auch wenn es sich formal ein eigenständiges Gesetz handelt, ist es inhaltlich ein Änderungsgesetz zum SGB V. Die wesentlichen Änderungen sind inzwischen wohlbekannt:

- die Klarstellung zu den Kompressionsstrümpfen in § 37 Abs. 2 Satz 2,
- die (fast) generellen Zuzahlungsregelungen, vor allem zu finden in §§ 61 und 62,
- die Veränderungen bezüglich der Inhalte der Verträge nach 132a SGB V, hier in Bezug auf die Fortbildung sowie die Schiedsperson (in Absatz 2),
- die integrierte Versorgung nach 140 ff.

Grundlage zur Erbringung von Behandlungspflege bleibt weiterhin der Vertrag nach **132a SGB V**, der mit den **einzelnen** Krankenkassen geschlossen wird. Das heißt, es kann einen Vertrag mit der AOK des Bundeslandes geben und einen inhaltlich anderen Vertrag beispielsweise mit dem VdAK. Dabei können sowohl inhaltliche Beschreibungen wie auch das Preissystem und/oder die Preise für Leistungen voneinander abweichen. Die Frage, wer was wo erbringen darf, ist somit in erster Linie über den Vertrag nach 132a pro Kasse geregelt. Erst danach können weitere Fragestellungen wie formale Qualifikation, Prüfungswissen, etc. interessant sein.

Dazu ein aktuelles Beispiel: in Sachsen-Anhalt legt der neue Vertrag nach 132a mit der AOK sowie der IKK fest, dass jegliche Behandlungspflege (einschließlich Medikamentengabe und Kompressionsstrümpfe ausziehen) nur durch Pflegefachkräfte erbracht werden kann. Der Vertrag mit den anderen Krankenkassen regelt jedoch, dass die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden und die PDL hierüber zu entscheiden hat. Praktisch bedeutet dies: der abendliche Kombieinsatz Grundpflege und das Ausziehen von Kompressionsstrümpfen kann bei AOK-Versicherten in Sachsen-Anhalt nur noch durch Pflegefachkräfte, bei VdAK-Versicherten jedoch auch von einer anderen geeigneten Pflegekraft durchgeführt werden.

Unabhängig von einer inhaltlichen Betrachtung hat der Pflegedienst die personellen Voraussetzungen / Festlegungen zu berücksichtigen, die im Vertrag auch vom Dienst unterschrieben und damit dem Vertragspartner zugesagt sind. Wird vertragswidrig anderes Personal eingesetzt, so ist der Pflegedienst zumindest dem Vorwurf der Falschabrechnung ausgesetzt.

Praktisch heißt das: alle Verträge mit den verschiedensten Krankenkassen müssen der PDL bekannt sein und die höhere Anforderung bestimmt weitgehend die Einsatzpraxis. Denn jedes Mal zusätzlich zu prüfen, welche Regelung denn nun zutrifft, dürfte praktisch zu Fehlern führen.

Alle Verträge nach 132a müssen durch die neue Rechtslage (siehe oben) geändert werden und zukünftig Regelungen zur Fortbildung, zu Sanktionen bei nicht erfolgter Fortbildung und zur Schiedsperson enthalten.

Die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V wird inhaltlich beschrieben in den **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der nun seit 2. März 2005 gültigen aktuellen Fassung**. Entgegen der bisher gültigen Fassung vom 9.7.2003 hat sich zum einen die Vorlagefrist bei der Krankenkasse verändert. In Ziffer 23 ist nun geregelt, dass die Verordnung spätestens am dritten (nicht mehr am zweiten) der Ausstellung folgenden Arbeitstag bei der Krankenkasse eingereicht wird. Damit dürfte sich der Verordnungsablauf deutlich entspannen. Auch wurden die Verpflichtung zur Erbringung der pflegerischen Prophylaxen, die unmittelbar auf die Wirksamkeit der verordneten Leistungen beschränkt.

Für die praktische Arbeit von Bedeutung sind noch folgende Paragraphen:

- die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 (in Fällen, in denen die

Kasse die Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder zu unrecht ablehnt)

- Hilfsmittel §§ 33 bis 36
- die Soziotherapie nach § 37a
- die Haushaltshilfe nach § 38,
- stationäre und ambulante Hospizdienste nach § 39a und
- die Regelungen über die Arbeit des MDK in den §§ 275 bis 277 von Bedeutung.

Die aktuellen Gesetze und Richtlinien finden sie teilweise im Downloadbereich von www.Vincentz.net oder komplett bei www.carehelix.de. Die Verträge nach 132a SGB V müssen im Dienst vorhanden sein, Kopien zumindest bei den eigenen Landesverbänden.

Ältere Gesetzestexte sind sinnvollerweise umweltgerecht zu entsorgen! Sie sorgen regelmäßig nur für überflüssige Irritationen und vermeidbare Mehrarbeit.

Was gilt eigentlich und wo steht das?

Wesentliche Gesetze und Vorschriften für den ambulanten Dienst, Teil 3

Ein Nachtrag zum Bereich Pflegeversicherung

Nicht angesprochen sind bisher **landesrechtliche Regelungen** zur Investitionskostenförderung sowie zur Altenpflegeausbildungsfinanzierung.

Die **Investitionskostenfinanzierung** oder oft auch „Nicht-Finanzierung“ ist auf Landesebene über Ausführungsgesetze zur Pflegeversicherung geregelt. Sie sind meist unter dem Namen ‚Landespflegegesetz ...‘ zu finden. Die Detailregelungen zur Förderung werden oft zusätzlich über entsprechende Rechtsverordnungen geregelt. Diese

Landesregelungen sind oft über die Homepages der Landessozialministerien zu finden, die hier oft auch die Rechtsaufsicht ausüben.

Auch die Finanzierung der **Altenpflegeausbildung** ist auf Landesebene (natürlich unterschiedlich) geregelt über entsprechende Verordnungen zur Umlage nach dem Altenpflegegesetz. Ebenfalls hier sind die **Schiedsstellen** nach SGB XI angesiedelt, deren Aufgaben und Arbeit über Schiedsstellenverordnungen nach § 76 SGB XI geregelt sind.

Sozialhilfe SGB XII

Der nächste große Rechtsbereich in der Pflege ist die Sozialhilfe, früher geregelt durch das Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Dieses ist inzwischen weitgehend in das SGB XII – Sozialhilfe – überführt worden. Dabei ist das SGB XII zuständig für Personen über 65 Jahre oder dauerhaft erwerbsgeminderte Personen, während das neu geschaffene SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende – alle anderen Personengruppen umfasst.

Das SGB XII hat die Regelungen zur Hilfe zur Pflege nach den §§ 68 ff. übernommen in den Paragraphen 61 ff. SGB XII. Hier wurde inhaltlich kaum etwas geändert. Auch das Vertragsrecht mit den Leistungserbringern aus den §§ 93 BSHG wurden nur in die §§ 82 ff SGB XII übertragen. Wesentlich neu ist allerdings die Änderung der Gerichtsbarkeit. Nicht mehr die Verwaltungsgerichte, sondern die Sozialgerichte sind nun bei Streitigkeiten zuständig. Ronald Richter hat eine gute Übersicht in der Häuslichen Pflege, Ausgabe 10/2004 veröffentlicht. Das vollständige SGB XII finden Sie unter www.Carehelix.de.

Der Vollständigkeit halber sind hier noch einmal alle jetzt vorhandenen Sozialgesetze aufgeführt:

- SGB I - Allgemeiner Teil
- SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende
- SGB III - Arbeitsförderung
- SGB IV - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- **SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung Sozialgesetzbuch**
- SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung

- SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe
- SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
- **SGB XI - Soziale Pflegeversicherung**
- **SGB XII - Sozialhilfe**
- Sozialgerichtsgesetz

Alle Gesetzestexte sind auch unter dem Angebot des Bundesjustizministeriums unter:
http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/GESAMT_index.html zu finden.

Weitere Gesetze

Natürlich sind auch das Gesetz über die Berufe der Altenpflege (**Altenpflegegesetz**) in der Fassung vom 01.08.2003 und das **Krankenpflegegesetz** in der Fassung vom 16. Juli 2003 für die Pflege von Bedeutung. Aber eine Aufklärung, wer beispielsweise was in der Behandlungspflege darf, findet sich nur in den abgeschlossenen Verträgen zur Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V.

Das **Infektionsschutzgesetz** (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen) in der Fassung vom 06.08.2002 regelt den Infektionsschutz sowie die dazu zu ergreifenden Schutzmaßnahmen und notwendigen Meldepflichten.

Das **Gesetz über Medizinprodukte** in der Fassung vom 07.08.2002 regelt den Umgang mit allen Medizinprodukten. Die bekannteste Verordnung aus diesem Gesetz ist hier die **Medizinproduktebetriebersverordnung** (zu finden beim Bundesgesundheitsministerium unter www.bmgs.de), die den Betrieb und die Betriebssicherheit der Medizinprodukte regelt. Praktisch wird ein

Pflegedienst hiermit wenig zu tun haben, da heutzutage alle technischen Hilfsmittel für die Pflegekunden direkt über die Kooperationspartner der Kranken- und Pflegekassen gestellt werden. Die Pflegedienste sind hier vor allem im Bereich der Messgeräte angesprochen. Der eigene Verleih von Hilfsmitteln sollte vor allem auch in

Hinblick auf das Haftungsrisiko (siehe Gesetze und Verordnungen) stark reduziert sein.

Diese Artikelserie ist auch mit den direkten Verknüpfungen unter www.syspra.de/organisation zu finden.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgaben 03/2005 - 05/2005

© **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