

Mehr als eine ungeliebte Pflicht

Die kleinen Leistungen, Teil 1 - Beratungsbesuche nach dem PflEG

Es gibt eine Reihe von Leistungen der Pflegeversicherung, die eher nebenbei erbracht werden oder deren Möglichkeiten oft nicht erkannt und entsprechend eingesetzt werden. Hier und in den nächsten Ausgaben sollen diese Leistungen vorgestellt werden.

Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Etwas unbemerkt wurde auch dieser Paragraf im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) zum 1.1.2002 verändert (den aktuellen Gesetzestext gibt es bei www.carehelix.de).

Der Gesetzgeber wollte mit der Änderung mehrere Ziele verfolgen: zum einen wollte er die Gruppe der Pflegebedürftigen mit besonderem Betreuungsbedarf (die in §§ 45 a ff definiert ist und zusätzliche Leistungen beziehen kann) auch im Rahmen der Beratungsbesuche unterstützen. Pflegebedürftige dieses Personenkreises können nun doppelt so viele Beratungsbesuche wie bisher (je nach Pflegestufe dann 4 (statt 2) bzw. 8 (statt 4)) abrufen. Dies macht für alle Beteiligten aber nur Sinn, wenn die Qualität und der Charakter dieser Beratungsbesuche sich weiter verändert. Steht bisher vermehrt der Kontrollcharakter im Vordergrund, soll zukünftig nach dem Willen des Gesetzgebers viel mehr die Beratung und Unterstützung in den Vordergrund rücken. Das soll durch eine Reihe von Maßnahmen erreicht werden.

1. Das Qualifikationsniveau der Mitarbeiter, die diese Besuche durchführen, ist genauer beschrieben (Abs. 4): es sollen Pflegekräfte (also nicht nur Pflegefachkräfte) eingesetzt werden, die „spezifisches Wis-

sen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird“. Der Gesetzgeber stellt sich hier vor, dass sogar ansatzweise ein Case-Management übernommen werden kann.

2. Das bisherige Formular mit der klaren Aussagemöglichkeit: „Pflege nicht sicher gestellt“ soll durch ein Neues ersetzt werden, das lt. Kommentierung „den Charakter einer Einsatzdokumentation bekommen soll, in der positiv aufgezählt wird, welche Vorschläge den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen zur Erleichterung oder Verbesserung der Pflege gemacht wurden.“ Dazu sollen die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung des MDK Empfehlungen zur Qualitätssicherung dieser Beratungsbesuche verabschieden (beides ist allerdings noch nicht geschehen, es soll wohl bis zum Sommer kommen).

Was bedeutet das für die Praxis?

Beratungsbesuche können mehr sein als die ungeliebte und schlecht finanzierte Pflicht. Gerade durch die Tatsache, dass eben alle Pflegebedürftigen diese Leistungen abrufen müssen, könnten auch frühzeitig Pflegesituationen entschärft werden, die später es-

kalieren können. Dazu bedarf es allerdings sehr viel mehr als nur eine pflegefachliche Ausbildung. Die Beratungskräfte – es können auch Pflegekräfte sein, die sich in bestimmten Fallsituationen besonders gut eingearbeitet haben und auskennen – müssen im Regelfall sehr individuell und sensibel die häusliche Pflegesituation wahrnehmen. Sie müssen sich auch ihrer Rolle klar sein, um nicht von der einen oder anderen Seite (dem Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen) negativ instrumentalisiert zu werden. Dazu gehört auch, unangenehme Fragen zu stellen und ungewünschte Perspektiven aufzuzeigen: Die Familie, die ihren Großvater vor allem wegen des Pflegegeldes im Haus aufgenommen hat, wird nicht gerne hören, das sie gleichzeitig mit der Pflege überfordert ist und doch zumindest zum Teil auch profes-

sionelle Pflege einschalten sollte. Beratungskräfte sollten demnach sowohl pflegefachlich als auch im kommunikativen Bereich zusätzlich geschult werden. Nicht zu vergessen ist ein profundes Wissen über die gesetzlichen Möglichkeiten des SGB V, SGB XI, der Sozialhilfe und ggf. der Rehabilitationskostenträger.

Im krassen Widerspruch zu der Erhöhung der Qualitätsanforderungen steht die weiterhin festgeschriebene Höchstgrenze für die Vergütung (bis 16 bzw. bis 26 €). Neu ist auch, dass die Pflegekassen auch andere Pflegefachkräfte mit diesen Besuchen beauftragen können, die nicht zu einem Pflegedienst gehören, aber auch nicht bei den Pflegekassen angestellt sein dürfen.

Kontinuität und Kompetenz

Die kleinen Leistungen, Teil 2 - Beratungsbesuche

Oftmals werden die Beratungsbesuche nach § 37,3 SGBX als lästige Pflicht wahrgenommen: sowohl von den Pflegediensten als auch wohl von den Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen.

Mindestens alle halbe Jahre muss ein Pflegedienst geholt werden, um weiter Pflegegeld beziehen zu können. Kommt dann die Pflegekraft vom letzten Termin oder eine andere? Muss die Pflegeperson dann alles wieder von Beginn an erzählen? Bringt der Besuch denn überhaupt was?

Chancen und Möglichkeiten dieser Beratungsbesuche liegen in der Art und Weise der Ausgestaltung. Dazu gehört zunächst einmal, dass die Pflegedienste diese Besuche nicht als lästige Pflicht verstehen, sondern als Chance,

Pflegebedürftige und Pflegepersonen kennen zu lernen, die vielleicht einmal ihre Kunden werden können.

Tatsache ist, dass die Angehörigen den mit Abstand größten Anteil an Pflege in Deutschland übernehmen. Immer noch ca. 75 % der ambulanten Pflegebedürftigen beziehen Pflegegeld und nicht Sachleistungen. Diese Gruppe soll nach dem Willen des Gesetzgebers durch die externe Beratung gestärkt und unterstützt werden. Das funktioniert allerdings nur mit Kontinuität und kompetenter Beratung.

Kontinuität: da die Besuche relativ gut planbar sind (i.d.R. nicht man nächsten Tag erfolgen müssen), könnte in Bezug auf den Mitarbeiter eine sehr große Kontinuität erreicht werden. Unabhängig davon hilft eine stichhaltige Do-

kumentation der jeweiligen Besuche, diese Kontinuität zu gewährleisten. Auch ein anderer Mitarbeiter muss dann nicht mehr nach den Gründen der Pflegebedürftigkeit, nach der letzten Einstufung oder nach den Pflegepersonen fragen.

Kompetenz: Sind die Gründe der Pflegebedürftigkeit bekannt, ist es auch einfacher, die Versorgungssituation sachgerechter zu beurteilen. Allerdings nur, wenn der Mitarbeiter auch in diesen Pflegesituationen ‚fit‘ ist bzw. sich entsprechend vorbereitet hat.

Welche Themen sollten regelmäßig überprüft werden?

Die **Pflegestufe:** wie kann im Rahmen eines relativ kurzen Besuches eingeschätzt werden, ob die bisher bewilligte Pflegestufe zutreffend ist oder ob eine andere Pflegestufe angezeigt wäre? Mit Sicherheit nicht durch einfache Fragen wie: „Geht es Ihnen schlechter als damals, als der MDK da war?“ Die aus der Versorgung resultierende Belastung für die Pflegepersonen führt oft zu Aussagen, die keinen sachgerechten Bezug zu den Einstufungskriterien bringen. Einzig mit Hilfe des Pflegetagebuches lassen sich gesetzeskonform die Versorgungszeiten ermitteln. Dies kann auch musterhaft im Rahmen eines kurzen Interviews geschehen, in dem der Tagesablauf besprochen wird. Ergibt sich aus diesen ersten Zeiten der Hinweis, dass eine neue Pflegestufe zu erreichen ist, sollte das Tagebuch dann für weitere Tage (in der Regel für eine Woche) geführt werden. Die damit geschaffene Aktenlage muss mit Grundlage des MDK-Gutachtens bzw. Folgegutachtens sein. Das ausgefüllte Tagebuch kann mit dem Höherstufungsantrag direkt an die Pflegekasse geschickt werden, selbst eine Einstufung nach Aktenlage wäre möglich.

Pflegehilfsmittel ermöglichen oft erst die häusliche Versorgung. Es sind dann aber nicht nur die großen Dinge wie ein Pflegebett, sondern oft Kleinigkeiten, die die häusliche Situation erleichtern: sei es ein passender Badewannengriff, ein Stuhl an der richtigen Stelle oder ein veränderter Wasserhahn. Die Pflegekräfte sollten sich nicht scheuen, hier regelmäßig gemeinsam die verschiedenen Versorgungsbereiche durchzugehen und nachzufragen. Vorausgesetzt ist natürlich, dass die Pflegekräfte sich mit dem aktuellen Stand der Hilfsmittel auskennen, ebenso mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der Kranken- und Pflegeversicherung zu diesem Bereich bis hin zu den Möglichkeiten des BSHG.

Die **Pflegeperson** ist die zentrale Person, ohne die eine häusliche Pflege generell nicht möglich ist (selbst bei vollen Sachleistungen): Wie geht es ihr mit der Pflege? Wie ist deren ‚Zustand‘ einzuschätzen. Wie ist das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson? Oft ist es sinnvoll, gezielt Möglichkeiten der ungestörten Wortwechsel zu nutzen, beispielsweise bei der Besichtigung des Badezimmers, um einmal ungestört und ungeschminkt nach dem Wohlbefinden zu fragen. Wie aber kann die Pflegekraft mit möglicherweise vorhandenen Konflikten umgehen? Hier sind kommunikative Fähigkeiten gefragt, die oftmals in der Grundausbildung nicht gelehrt wurden und die deshalb gerade in der Weiterbildung gezielt geschult werden sollten.

Übrigens: wer sich gut beraten fühlt, wird, falls er einen Pflegedienst sucht, sicherlich eher den bekannten als den unbekannteren Pflegedienst wählen.

Entlastung der Pflegeperson

Die kleinen Leistungen, Teil 3 - Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI – Abschnitt 1

Erst langsam rückt eine sehr wichtige Leistung der Pflegeversicherung in den Vordergrund: die Verhinderungspflege.

Schon beim ‚Vorläufer‘ der Pflegeversicherung, den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach § 55 alter Fassung SGB V, gab es Leistungen der Verhinderungspflege.

Trotz der Leistungen der Pflegeversicherung und der vielen Pflegedienste übernehmen die Angehörigen/Pflegepersonen den weitaus größten Teil der Versorgung. Da die Pflegeversicherung von den Leistungsmengen grundsätzlich nur als Ergänzung dieser Pflegehilfen verstanden werden kann, ist es konsequent, die Pflegepersonen auch besonders mit Leistungen zu unterstützen. Die Verhinderungspflege geht davon aus, dass auch Pflegepersonen einmal verhindert sind und dann ersetzt werden müssen, sonst würde nur noch stationäre Pflege möglich sein. Die Verhinderung der Pflegepersonen ist nicht vom Bezug von Pflegegeld abhängig: auch bei der Ausschöpfung der vollen Sachleistungen sind Pflegepersonen notwendig. Ambulante Pflege allein mit Pflegeversicherungsleistungen kann es nicht geben: die Einstufungsvoraussetzungen sind immer deutlich höher als durch Pflegesachleistungen abgedeckt werden können.

„Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr.“ (§ 39 Abs. 1)

Warum eine Pflegeperson verhindert ist, spielt nach dem Wortlaut des Ge-

setzes keine Rolle, es muss also kein wichtiger Grund vorliegen. „Keine Lust“ dürfte kein Grund sein, den man angeben sollte, aber Einkaufen, Besorgungen, Termine sind alles akzeptierbare Gründe. Ein Nachweis (Flugkarten, etc.) ist auch nicht vorgesehen.

Aus der Tatsache, dass die Pflegeperson ersetzt wird, ergibt sich auch das mögliche Leistungsspektrum der Verhinderungspflege. Die Pflegeperson erbringt alle notwendigen Leistungen für und mit dem Pflegebedürftigen, unabhängig vom eingeschränkten Leistungsspektrum der Pflegeversicherung. Die Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege gehen somit weit über die üblichen Leistungskomplexe hinaus: genauso kann Betreuung, Beaufsichtigung (außerhalb der täglich wiederkehrenden Verrichtungen) oder Spazieren gehen im Rahmen der Verhinderungspflege erbracht und abgerechnet werden. Welche Preise die Einrichtung abrechnen kann, müsste eigentlich in der Vergütungsvereinbarung nach § 89 stehen, beispielsweise ein Stundensatz für Betreuungsleistungen. In den uns bekannten Verträgen gibt es solche Regelungen jedoch (noch) nicht. In der Praxis wird man den Pflegekassen den Satz mitteilen, den man abzurechnen denkt. Dabei sollte man beachten, dass die Betreuungsleistungen in der Regel nicht über Pflegefachkräfte erbracht werden, der Stundensatz dies in der Kalkulation berücksichtigt.

Die Verhinderungspflege muss als Leistung erst beantragt werden, bevor sie abgerechnet werden kann. Die Pflegekasse hat dann zu prüfen, ob die so genannte ‚Wartezeit‘ erfüllt ist: Vor Abruf der ersten Verhinderungspflege

muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens 12 Monate zuvor gepflegt haben. Diese Gesetzesformulierung ist eigentlich ungenau und praxisfern, da oft nicht nur eine einzelne Pflegeperson die Versorgung übernommen hat, sondern öfter auch zwei oder drei. In der Praxis überprüfen die Pflegekassen, ob Pflegeleistungen schon seit mindestens einem Jahr abgerufen werden. Ist die erste Wartezeit ‚vorbei‘, kann jedes Jahr die Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden ohne erneute Wartezeiten. Die Verhinderungspflege ist zwar eine der wenigen Leistungen der Pflegeversicherung mit Kostenerstattung, aber in der Praxis wird die Rechnung nicht erst an den Pflegebedürftigen geschickt, der sie dann weiterreicht, sondern meist direkt an die Pflegekasse. Wichtig ist nur, dass dies eine separate Rechnung ist, auf der nicht noch weite-

re Sachleistungen nach § 36 abgerechnet werden.

Die Verhinderungspflege hat lt. Gesetztext zwei Obergrenzen: in nicht mehr als 28 Tagen bis zu 1432 €. Die Begrenzung auf maximal 28 Tage bedeutet nicht, dass daraus ein maximaler Tagessatz errechnet werden kann, also pro Tag nur 51 € abgerechnet werden können. Die gesamte Leistung kann auch in 10 Tagen genommen werden, so dass hier nur der Höchstbetrag zählt. Die zeitliche Begrenzung schließt auch nicht aus, dass in der Praxis die Leistungen Stundenweise abgerufen werden (3 Stunden Betreuung immer am Mittwochabend, während die Pflegeperson einen Pflegekurs besucht). Praktisch kann die Verhinderungspflege sehr flexibel und zielgerichtet eingesetzt werden, um Pflegepersonen so zu entlasten, wie diese es brauchen.

Heraus aus dem Schattendasein

Die kleinen Leistungen, Teil 4 - Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI – Abschnitt 2

Wird die Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder Nachbarn erbracht gilt folgende Regelung: **„Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten.“**

Wer die Verhinderungspflege nicht erwerbsmäßig ausübt, kann auch nur in Höhe des Pflegegeldes entschädigt werden. Neben den Kindern und deren

Ehegatten gehören dazu auch Großeltern, Enkel sowie Geschwister der Ehepartner. Der klassische Fall: Der pflegebedürftige Vater wohnt inzwischen bei der Tochter. Einmal im Jahr, zur Urlaubszeit, wird der Vater in dieser Zeit vom Sohn versorgt. Dann übernimmt der Sohn die Ersatzpflege (anstelle seiner Schwester). Dafür steht im (gerechterweise) auch nur das gleiche Geld zu wie der Tochter. Schwieriger wird es bei Nachbarn oder entfernten Verwandten. Diese könnten die Pflege zwar übernehmen, es stellt sich aber die Frage, ob sie die Pflege auch erwerbsmäßig ausüben. Nur dann könnten sie im Rahmen der Verhinderungspflege auch mehr Geld erhalten als die Pflegepersonen ersten oder zweiten Grades. Der Gesetzgeber

geht in diesem Zusammenhang davon aus, dass eine erwerbsmäßige Pflege vorliegen kann, wenn die entsprechende Pflegeperson mehr als vier Wochen pflegt oder mehr als einen Pflegebedürftigen pflegt (beispielsweise zwei verschiedene in der Nachbarschaft). Zwar könnte über diese einfache Prüfung ein höheres Entgelt für die Verhinderungspflege möglich sein, aber damit eröffnet sich ein anderer Problemkreis vor allem in Bezug auf Sozialversicherungsbeiträge und Steuern. Zusätzlich kommt hinzu, dass lt. Gesetzestext die Pflegekassen nur Leistungen von solchen Leistungserbringern finanzieren dürfen, mit denen sie Verträge nach § 72 ff. SGB XI geschlossen haben. Dies sind aber nur Pflegedienste oder einzelne Pflegekräfte gemäß § 77, mit denen die Pflegekassen einen Vertrag abgeschlossen haben, der vergleichbar mit den zugelassenen Pflegediensten Inhalte, Qualität und Vergütung der Leistungen regelt.

In der Praxis bezahlen einige Pflegekassen beispielsweise Studenten im Rahmen der Verhinderungspflege, obwohl dies der Gesetzeswortlaut nicht (mehr) zulässt. Ist geplant, die Verhinderungspflege durch Verwandte zu erbringen, ist es in der Regel sinnvoller, einfach das Pflegegeld weiter zu geben, anstatt die Verhinderungspflege zu beantragen, da ja im Verhinderungszeitraum gleichzeitig das Pflegegeld gekürzt wird. Aber es gibt hier eine Ausnahme: **„Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.“**

Darunter sind klassischerweise Fahrtkosten oder auch Verdienstaufschlag gemeint, die jedoch im Einzelfall immer nachzuweisen sind. Da die Gesamtkosten auf den Höchstbetrag der Leistung von 1.432,00 € beschränkt sind, sind die Erstattungsbeträge je nach Pflegestufe unterschiedlich. Beispielsweise bei Pflegestufe 1 können zusätzliche Kosten in Höhe von 1.227€ (1.432€ – 205€), in Pflegestufe 3 aber nur 767€ (1.432€ – 665€) geltend gemacht werden.

Der Ort der Ersatzpflege ist (durch den erweiterten Häuslichkeitsbegriff der Pflegesachleistung § 36 SGB XI) nicht festgelegt: in unserem Beispiel könnte der Vater für die Urlaubswochen auch zu seinem Sohn ziehen und dort die Verhinderungspflege auch als Sachleistung durch einen Pflegedienst oder eben durch den Sohn bekommen. Die Verhinderungspflege kann aber auch in der Kurzzeitpflege erfolgen, ebenso wie in Eineinrichtungen der Behindertenhilfe, nur nicht in Pflegeheimen. Die Tochter könnte auch den Vater mit in den Urlaub nehmen und am Urlaubsort über die Verhinderungspflege eine Betreuung durch einen dort ansässigen Pflegedienst organisieren.

Warum die Verhinderungspflege noch ein relatives Schattendasein führt, ist weder vom Grundgedanken des Gesetzgebers (Entlastung der Pflegeperson) noch von den vielfältigen Möglichkeiten dieser Leistung erklärbar. Oft ist es wahrscheinlich allein ein Wissens- und Beratungsproblem. Dabei kann die Verhinderungspflege auch ein Einstieg in Kombileistungen oder noch mehr Betreuung sein. Allerdings nur, wenn die Anbieter auch entsprechend flexible Pakete und Leistungen anbieten können: von der wöchentlichen Stunde bis zur 24-Stundenbetreuung am Wochenende.

Von der Geld zur Sachleistung

Die kleinen Leistungen, Teil 5 - Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI

Die Kombinationsleistung nach § 38 ist eigentlich keine eigenständige Leistung, regelt sie doch nur das Zusammenspiel von Sach- und Geldleistungen. Das jedoch macht die Kombinationsleistung so wertvoll.

Die Bedingungen der Sach- und Geldleistungen sind unterschiedlich: während für die Sachleistungen ein Anspruch definiert ist, der **bis zu 384 €** (Pflegestufe 1) reicht, ist der Geldleistungsanspruch **ein absoluter Anspruch**: 205 € (und nicht etwa: bis zu 205 €). Soll der Sachleistungsanspruch nicht ausgeschöpft werden, regelt die Kombinationsleistung das Zusammenspiel (die Verrechnung) dieser beiden Leistungen.

Der Rechenweg erklärt sich aus den unterschiedlichen rechtlichen Ansprüchen:

da der Pflegegeldanspruch nicht begrenzt ist, wird dieser Anspruch (nur) durch den Bezug von Sachleistungen reduziert. Als Umrechnungsgröße gilt das prozentuale Verhältnis:

Beispiel Pflegestufe 1:

Der Pflegegeldanspruch beträgt 205,- €. Der Sachleistungsanspruch bis zu 384,- €.

Werden Sachleistungen im Wert von 200 € abgerufen, sind dies nur 52 % der Sachleistungen. Damit wird der Pflegegeldanspruch um 52 % gekürzt, es bleiben dann noch 48 % Pflegegeld ‚übrig‘, also 98,40 €.

Bekommt eigentlich jeder Versicherter auch dann das anteilige Pflegegeld ausgezahlt, wenn er sich im Antrag nur für Sachleistungen entschieden hat? Formal gesehen nein, er hätte Kombinationsleistungen beantragen müssen. Allerdings sind die Anträge bei vielen

Pflegekassen schon so formuliert, dass der Versicherte vom Prinzip her immer die Kombinationsleistung beantragt, auch wenn er die Sachleistungen vollständig ausschöpfen will.

Sind die Anträge nicht so formuliert, sollte man den Versicherten dahin gehend beraten, dass er immer Kombinationsleistungen beantragt. Auch wenn der volle Sachleistungsbezug geplant ist, kann es sein, dass es durch monatliche Schwankungen und Leistungsabgaben zu einem Kombinationsanteil kommen kann. Beim Bezug von reinen Sachleistungen verfällt dieser, ansonsten würde er als anteiliges Pflegegeld ausgezahlt.

Im Gesetzestext der Kombinationsleistung ist festgeschrieben, dass die Höhe der Kombinationsleistung für 6 Monate festzulegen ist. Diese erst 1996 eingefügte zeitliche Festlegung soll verhindern, dass Pflegebedürftige jeden Monat mit dem Pflegedienst eine andere Betreuung vereinbaren und dieser damit keinerlei Planungsfähigkeit hat. Trotzdem kann in der Praxis die Kombinationsleistung jederzeit verändert werden, wenn sich die Pflegesituation ändert oder die Pflegeperson nicht mehr kann. Für die schnelle und reibungslose Auszahlung der anteiligen Pflegegelder ist es wichtig, dass der Pflegedienst seine Sachleistungen schnell und zeitnah in Rechnung stellt. Erfahrungsgemäß forschen die Pflegekunden recht schnell nach, wo denn ihr anteiliges Pflegegeld bleibt.

In der Praxis fragen die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen immer wieder, warum denn der Unterschiedsbetrag nicht voll ausgezahlt wird, sondern nur anteilig als Pflegegeld: oder kurz gesagt: warum ist die Arbeit der

Pflegeperson weniger Wert sei als die Arbeit der Pflegekräfte? Wer jetzt mit der unterschiedlichen Qualität der Pflege argumentiert, begibt sich meiner Meinung nach in eine falsche Richtung: was ist, wenn die Pflegeperson von der Ausbildung her eine Pflegefachkraft ist? Der generelle Unterschied ist ein anderer: Sachleistungen vergüten Dienstleistungen, die allein von Pflegediensten erbracht werden können. Diese Organisationseinheiten müssen eine ganze Reihe formaler Bedingungen erfüllen. Mit der Vergütung sind sowohl die Lohnkosten, die Lohnnebenkosten (wie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge), die Ausfallkosten (bei Krankheit der Pflegefachkraft kommt eine andere), die Fahrtkosten und die Organisationskosten bezahlt.

Pflegepersonen bekommen für im Einzelfall sicherlich pflegerisch gleichwertige Arbeit keine Vergütung, sondern lediglich eine Anerkennung. Nichts an-

deres ist das Pflegegeld im Sinne des Gesetzgebers, ansonsten müsste es beispielsweise auch versteuert werden und es müssten davon Sozialabgaben bezahlt werden. Schon allein deshalb sind weder die Beträge noch die Leistungen direkt vergleichbar.

Im Regelfall erfolgt der Umstieg von reinem Pflegegeld zu Sachleistungen über die Kombinationsleistung. Dazu gehört die Beratung durch den Pflegedienst, beispielsweise im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Klassisch ist der Einstieg über das Baden. Da viele Pflegepersonen sich an das (zusätzliche) Geld gewöhnt haben, ist es anfangs sinnvoll, über die konkrete Umrechnung zu zeigen, was beispielsweise trotz des Badens pro Woche dann immer noch als Pflegegeld übrig bleibt.

Zur einfacheren Umrechnung gibt es im Downloadbereich von Vincentz.net wieder eine kostenlose Arbeitshilfe.

Verzeichnis enthält nur einen Teil

Die kleinen Leistungen, Teil 6 - Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI

Obwohl die Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI keine Leistungen sind, die der Pflegedienst erbringt, spielen diese doch für eine gute Versorgung eine wichtige Rolle. Der Einsatz der Pflegehilfsmittel hat drei verschiedene oder miteinander verbundene Ziele:

- die Erleichterung der Pflege
- Das Lindern von Beschwerden
- Das Unterstützen einer selbständigeren Lebensführung.

Vom Einsatz profitieren damit sowohl die Pflegekräfte als auch der Pflegebedürftige selber: Die Pflegekräfte schonen ihre Gesundheit, ihre Arbeit wird erleichtert (klassische Beispiele: Rückenschonendes Arbeiten durch

Pflegebett oder Lifter), Beschwerden können gelindert werden (beispielsweise Wechseldruckmatrizen) oder/und eine selbständigere Lebensführung wird ermöglicht (beispielsweise über Gehhilfen). Oft ermöglicht nur ein qualifizierter Hilfsmiteleininsatz die ambulante Pflege.

Schon bei Beginn der Leistungspflicht der Pflegeversicherung, also mit der Einstufungsprüfung durch den MDK, soll das Thema eine wichtige Rolle spielen. Der MDK muss einen möglichen Bedarf prüfen und festhalten. Im Einzelfall kann ein qualifizierter Hilfsmiteleininsatz auch die Höhe der Pflegestufe beeinflussen. Wenn ein Hilfs-

mittel zumutbar ist, kann der Pflegebedürftige es auch nicht verweigern mit dem Argument, er hätte sonst eine höhere Pflegestufe: beispielsweise wird die mögliche Nutzung einer Gehhilfe abgelehnt und ist das Gehen eigenständig nicht (mehr) möglich, kann diese Zeit nicht bei der Pflegestufe berücksichtigt werden. Unzumutbar dürfte aber auch der Verweis auf Inkontinenzmaterial sein, wenn dadurch nur ein nächtlicher Toilettengang vermieden werden soll.

Die Versorgung mit Pflegehilfsmittel ist im Grunde von einer ganzen Reihe von Kostenträgern zu gewährleisten, so von der Krankenkasse, der Pflegekasse, aber auch vom Sozialhilfeträger. Die Grenzen zwischen Krankenkasse und Pflegekasse sind im Einzelfall durchaus fließend. In der Praxis dürfte sich dies aber nicht negativ auswirken, da Kranken- und Pflegeversicherung unter einem Dach organisiert sind und diese damit eigenständig zu prüfen haben, wer zuständig ist.

Schon durch die Definition der Pflegeversicherung wird deutlich, dass es schwer ist, eine abschließende Liste der Pflegehilfsmittel zu definieren. Im Pflegeversicherungsrecht gibt es das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI. Dieses zählt nur die Pflegehilfsmittel auf, die

1. in den Bereich der Pflegeversicherung fallen und
2. nicht schon im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung nach § 128 SGB V aufgeführt sind.

In einer ganzen Reihe von Ratgebern wird immer wieder zwar das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegeversicherung abgedruckt, gleichzeitig aber versäumt festzustellen, dass dieses nur den Teil enthält, der im Verzeichnis der Krankenversicherung nicht enthalten ist. Will man wissen, ob ein be-

stimmtes Hilfsmittel zu Lasten der Pflegekasse möglich ist, reicht es also nicht nur das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu studieren.

Unabhängig von der Frage, ob ein gesuchtes Hilfsmittel in den Verzeichnissen steht, können diese nicht den Rechtsanspruch auf eine Hilfsmittelversorgung beschränken. Im Zweifelsfall hat die zuständige Kasse den Rechtsanspruch anhand des Gesetzes zu überprüfen.

Die Leistungspflicht der Krankenkasse besteht, wenn Hilfsmittel erforderlich sind, um

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Am Beispiel der Inkontinenzversorgung wird der unterschiedliche Auftrag der Kranken- und Pflegeversicherung deutlich: Die Windelhose dient zwar auch (vielleicht) der Erleichterung der Pflege, ist aber primär dazu notwendig, eine Gesundheitsschwäche (Blasenschwäche) so auszugleichen, dass daraus keine Folgeerkrankungen (Hautdefekte) entstehen. Eine Windel allein zur Erleichterung der Pflege dürfte nur ausnahmsweise zu den Pflegehilfsmitteln/Verbrauchsmitteln der Pflegeversicherung zu zählen sein, wenn sie allein aus Sicherheitsgründen getragen wird, weil das WC sehr weit weg ist. Dient eine Windel dazu, den möglichen Toilettengang eines eigentlich kontinenten Pflegebedürftigen komplett zu ersetzen, wäre dies zumindest eine defizitäre Pflege!

Pflegehilfsmittel sind immer zu beantragen. Gerade bei Pflegehilfsmitteln zu Lasten der Pflegeversicherung ist keine ärztliche Vorordnung notwendig, auch wenn dies einige Pflegekassen fordern. § 40 Abs. 1 letzter Satz sagt eindeutig, dass die Pflegekassen die Notwendigkeit der Versorgung unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MDK prüfen. Der MDK soll bei der Überprüfung der Pflegebedürftigkeit Aussagen zu notwendigen Pflegehilfsmitteln machen. Gleichwertig können auch Pflegefachkräfte Aussagen zu notwendigen Pflegehilfsmitteln

machen, beispielsweise im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37. Abs. 3 SGB XI. Es sollte kurz das notwendige Hilfsmittel sowie der Grund dafür beschrieben werden. Auch sollte aus der Stellungnahme erkennbar sein, dass diese von einer Pflegefachkraft erstellt worden ist.

Literaturhinweis:

„Hilfsmittel – Ihre Rechte bei Krankheit, Behinderung und Pflege, von Georg Vogel; Verbraucherzentrale NRW, ISBN 3-933705-26-6

Drei strukturelle Gruppen

Die kleinen Leistungen, Teil 7 - Bei der Beratung von Hilfsmitteln mit Wissen unterstützen

Die Pflegehilfsmittel der Pflegeversicherung ambulant (§ 40 SGB XI) lassen sich in drei strukturellen Gruppen zusammenfassen:

- Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
- Hilfsmittel und technische Hilfen
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Gemeint sind Hilfsmittel, die aufgrund ihrer Beschaffenheit und/oder aus hygienischen Gründen nur einmal zu verwenden sind wie beispielsweise Einmalhandschuhe oder Bettschutzeinlagen, aber auch Desinfektionsmittel. Die Pflegeverbrauchsmittel sind allein für den Pflegebedürftigen bzw. die Pflegepersonen bestimmt. Das Verbrauchsmaterial der Pflegefachkräfte ist durch die Pflegevergütung finanziert. Die Verbrauchsmittel werden von der Pflegekasse pro Monat bis zu einem Höchstbetrag von max. 31 Euro in Form einer Kostenerstattung finanziert, die Kosten sind durch Belege nachzu-

weisen. Wenn regelmäßig die 31 Euro überschritten werden, kann die Pflegekasse auf zukünftige Belege verzichten und pauschal überweisen. Gerade bei Pflegegeldbeziehern dürften oft Pflegeverbrauchsmittel benötigt werden, die einerseits die Pflegepersonen nicht kennen, andererseits aber auch nicht über die Möglichkeiten der Finanzierung informiert sind. Daher sollten diese in Beratungsbesuchen ausdrücklich angesprochen werden.

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sind da schon wesentlich bekannter. Hilfreich sind hier vor allem die kleinen Dinge wie beispielsweise ein notwendiger Griff an der Badewanne oder Dusche zum leichteren Ein- und Ausstieg. Auch hier sollten die Beratungsbesuche einen besonderen und regelmäßigen Schwerpunkt haben. Oftmals kann die Pflegekraft vor Ort einfache Hilfen sehen, die die Pflegesituation entspannen können, auf die die Angehörigen jedoch nicht kommen.

Bei Pflegehilfsmitteln gibt es immer dann eine Zuzahlung von 10 %, max. pro Hilfsmittel 25 Euro, wenn das Hilfsmittel nicht nur leihweise zur Verfügung gestellt wird. Die Hilfsmittel werden in der Regel durch von den Pflegekassen beauftragte Lieferanten angeliefert und installiert. Dabei ist auch immer eine Schulung im Umgang des Hilfsmittels vorgesehen. Mögliche Zuzahlungen werden bei der Auslieferung direkt vom Lieferanten abgerechnet. Der Lieferant ist auch für Reparaturen oder Wartungsarbeiten anzusprechen.

Wer sich bestimmte Hilfsmittel selbst besorgen will, sollte dies nur in Absprache mit der Pflegekasse tun. Nur dann kann sichergestellt werden, dass eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse möglich ist bzw. wie diese zu regeln ist.

Unter **Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung** versteht man Umbaumaßnahmen innerhalb der Wohnung bzw. beim Aufgang/Zugang zur Wohnung. Klassisch ist der Rollstuhlgerichte Umbau einer Wohnung bzw. des Zugangs. Oft führt auch der Umbau einer Badewanne zu einem Duschbad dazu, dass der Pflegebedürftige überhaupt weiter in seiner Wohnung bleiben kann.

Umbaumaßnahmen können natürlich nur in Absprache mit dem Hauseigentümer oder Vermieter (falls dies die Pflegebedürftigen nicht selbst sind) durchgeführt werden. Die Pflegekassen bezuschussen pro Maßnahme bis zu 2.557 Euro, ein Eigenanteil auch bei niedrigeren Kosten ist immer vom Versicherten zu tragen. In der Regel gibt es örtliche Einrichtungen, die sich auf die Beratung zur Wohnraumanpassung spezialisiert haben. Daher reicht es aus, wenn der Pflegedienst in der Beratung zwar diese Möglichkeiten aufzeigt, aber die weitere Beratung den anderen Beratungsstellen überlässt.

Die Veränderung einer Wohnsituation ist immer ein Eingriff in eine bisher funktionierende Lebenswelt. Wenn die Pflegekraft ein Pflegebett befürwortet, sollte sie berücksichtigen, dass das noch genutzte Bett eine eigene Geschichte hat und dass die endgültige Aufgabe des alten Schlafzimmers auch viel Überwindung kostet. Daher sollte mit allen Empfehlungen zur Veränderung der Wohnsituation sensibel umgegangen werden: selbst wenn es nicht anders geht: wer findet es persönlich gut, wenn nun das Pflegebett auf einmal in das bisherige Wohnzimmer kommen soll! Es ist immer noch eine Wohnung und nicht nur der Arbeitsplatz der Fachpflege, der optimal einzurichten ist.

Regeneration und Entspannung

Die kleinen Leistungen, Teil 8 - Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege entlasten Angehörige

Tages- und/oder Nachtpflege nach § 41 sowie Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sind von der Versorgungsform her stationäre Leistungen. Ausgehend von der gesetzlichen Intention: „Ambulant vor stationär“ gehören sie vom

Vorrang her zur ambulanten Versorgung. Durch diese Ausweichmöglichkeit kann Häusliche Pflege oft nur dauerhaft sichergestellt werden. Oft genug sind Angehörige bzw. Pflegepersonen zeitweise überfordert oder mit anderen

Problemen beschäftigt, so dass selbst bei vollem Sachleistungsbezug eine Überlastung droht. Hier können Betreuungsangebote außerhalb der Wohnung des Pflegebedürftigen sehr viel zur Regeneration bzw. Entspannung beitragen.

Tages- und Nachtpflege

Diese Versorgungsform dient der zeitlichen Entlastung innerhalb eines Tages, sei es am Vormittag, Tagsüber oder allein für die Nacht. Viele Situationen sind vorstellbar: von dem betreuungsfreien Tag für die Tochter über die tägliche Betreuung am Vormittag, während die Pflegeperson wieder eine Berufstätigkeit aufnehmen kann bis zur Nachtversorgung am Wochenende, damit die Familie wenigstens an einigen Tagen durchschlafen kann. Die Tages- und Nachtpflege wird in der gleichen Höhe von den Pflegekassen bezuschusst wie die ambulante Pflege. Da beide Leistungen (Sachleistung und Tagespflege) nebeneinander stehen können, ergibt sich in der Praxis immer die Schwierigkeit, wer „zuerst“ abrechnet und damit direkt über die Pflegekasse und wer dann nur oder mehrheitlich über den Eigenanteil abrechnen soll. Oft wurde berichtet, dass die Pflegekassen nach Rechnungseingang bezahlen, wer also schnell ist, bekommt sein Geld von der Pflegekasse. „Durch die Regelung des § 41 Abs. 3 SGB XI, dass die Leistungen der Tages-/Nachtpflege **neben** den Leistungen der ambulanten häuslichen Pflege zu erbringen sind, wird der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege unterstrichen. Dies bedeutet, dass die Pflegekasse zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) zu erfüllen hat“ (Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 10.01.02, zitiert nach: www.carehelix.de; ekommentar zu § 41). Erst wenn die Sachleistungen nicht ausgeschöpft sind, kann vom

Restbetrag die Tagespflege finanziert werden.

Da die Tagespflege genauso wie die Kurzzeitpflege von der Versorgungsform stationäre Leistungen sind, gelten die Vergütungsregelungen der vollstationären Versorgung: Die Kosten gliedern sich in drei Bereiche: die allgemeinen Pflegeleistungen umfassen die notwendigen pflegebedingten Aufwendungen, die Soziale Betreuung sowie die Kosten für die (hier unter Umständen zeitlich notwendige) Behandlungspflege. Die weiteren Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind generell privat zu tragen, für Investitionskosten je nach Landesförderung. Verglichen mit der eigenen Häuslichkeit und der dortigen ambulanten Pflege fallen also zusätzliche ‚Hotelkosten‘ an. Trotz dieser doppelten Kosten (die eigene Wohnung bleibt ja bestehen) kann die zeitweise Entlastung erheblich zur Stabilisierung von kritischen Pflegesituationen beitragen. Gerade bei der Betreuung von dementen Pflegebedürftigen kann ein regelmäßiger freier Tag, allein in der eigenen Wohnung sehr viel Kraft bringen für die weitere Betreuung. Es gibt für die Tagespflege keinerlei zeitliche Beschränkung, sie kann also für kürzere oder längere Zeiträume in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitpflege

Neben der punktuellen, stundenweisen Entlastung gibt es über die Kurzzeitpflege die zusammenhängende Entlastung für maximal 28 Tage im Jahr. Wichtig ist, dass alle drei Leistungen, die besonders zur Entlastung der Pflegeperson beitragen können, also die Verhinderungspflege nach § 39, die Tagespflege und die Kurzzeitpflege nebeneinander stehen und nebeneinander im Laufe eines Jahres abgerufen werden bzw. kombiniert werden können. Die Kurzzeitpflege ist besonders gedacht als Übergangspflege bei-

spielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn die häusliche Versorgung noch nicht sicher gestellt ist. Sie kann aber auch gewählt werden, wenn die Pflegeperson ausfällt und daher eine häusliche Versorgung zeitweise nicht möglich ist. Zwar spricht der Gesetzestext von „sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist“, aber auch der notwendige Erholungsurlaub der Pflegeperson ist hier gemeint. Nur wenn die Pflegeperson dauerhaft ‚fit‘ bleibt, ist häusliche Pflege

möglich; daher sind diese Regelungen für ‚Auszeiten‘ die logische Ergänzung bzw. Abrundung der ambulanten Pflege.

Oft werden Pflegebedürftige ins Heim gegeben, weil die vorhandenen niederschwelligeren Angebote entweder nicht bekannt sind (das beste Beispiel ist die Verhinderungspflege, die noch immer ein Schattendasein führt) oder nicht sinnvoll genutzt werden. Hier sollten die Pflegedienste schon im eigenen Interesse gezielt beraten.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgaben 05/2003 - 12/2003

© **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