

BKK Ratgeber

Häusliche Pflege

Ausgabe
NRW



BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG



Vorwort

Die Pflegeversicherung soll allen Pflegebedürftigen Hilfe leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Durchgeführt wird die Pflegeversicherung von den Pflegekassen. Aus Gründen der Kostenersparnis werden die Aufgaben der Pflegekassen von den für die jeweiligen Versicherten zuständigen Krankenkassen übernommen. **Für alle BKK-Versicherten ist ihre BKK gleichzeitig auch ihre Pflegekasse.**

Die Pflegekasse bezahlt sowohl Pflegeleistungen der vollstationären (siehe Broschüre „BKK Ratgeber Vollstationäre Pflege“) als auch der häuslichen Pflege. Nach den Grundsätzen der Pflegeversicherung hat die Pflege des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung Vorrang vor der Unterbringung in einem Pflegeheim. Und auch die meisten Pflegebedürftigen haben den verständlichen Wunsch, so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld versorgt und gepflegt zu werden. Deshalb bildet der Bereich der häuslichen Pflege einen Schwerpunkt innerhalb der Pflegeversicherung.

Angehörige, Freunde und andere nahestehende Personen erbringen in der Pflege Leistungen, die oftmals an die Belastungsgrenzen gehen. Ab einem bestimmten Zeitpunkt ist es dann sinnvoll und empfehlenswert, die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Im Bereich der häuslichen Pflege gibt es eine große Zahl von Anbietern – das Angebot ist vielfältig aber auch unübersichtlich.

Hier setzt der „BKK Ratgeber Häusliche Pflege“ an. Er beleuchtet das gesamte Thema häusliche Pflege aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Neben Informationen über die Pflegeversicherung und die Leistungen der häuslichen Pflege, einschließlich der finanziellen Aspekte und der notwendigen Formalitäten, gibt er Hinweise, die die Wahl eines geeigneten Pflegedienstes erleichtern. Der Ratgeber spricht nicht nur Pflegebedürftige an, sondern auch die Personen in ihrem persönlichen Umfeld. Er ist nicht nur für konkret Ratsuchende da, sondern für alle, die sich grundlegend informieren möchten. Alles in allem ist der „BKK Ratgeber Häusliche Pflege“ eine fundierte Entscheidungsgrundlage, die auch im Einzelfall weiterhilft.

Herausgeber:

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Tel. 02 01/179 - 15 09, Fax 02 01/179 - 02
www.bkk-nrw.de

in Zusammenarbeit mit ip inside partner

Stand: April 2007

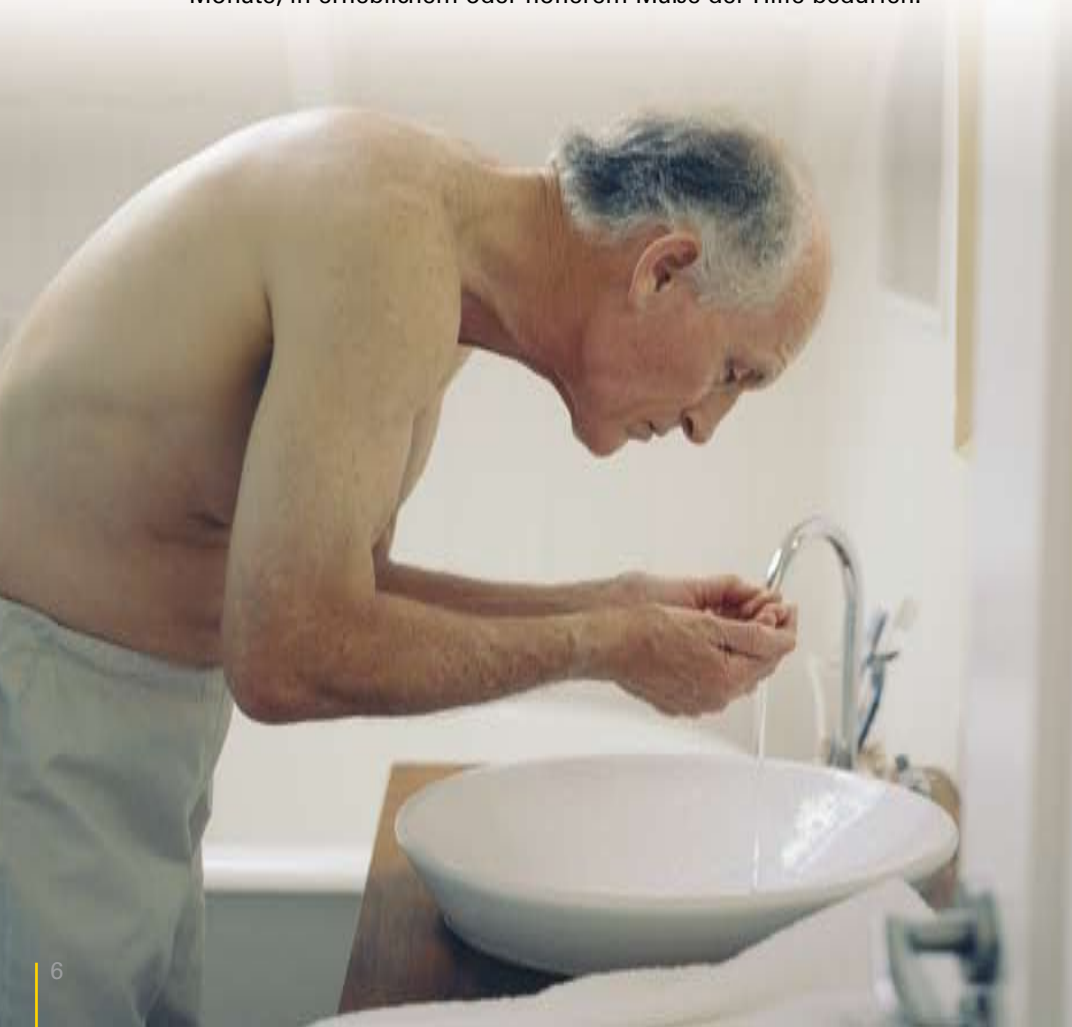
Inhalt

| | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| Leistungen der Pflegeversicherung | 6 | Der Ablauf der Begutachtung | 19 |
| Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung? | 6 | Was bei der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird | 20 |
| Hilfebedarf/Pflegestufen | 8 | Worauf es besonders ankommt | 20 |
| Die häusliche Pflege | 10 | Wie es nach der Begutachtung weitergeht | 21 |
| Pflege-Sachleistungen oder Geldleistung | 10 | Der direkte Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege | 22 |
| Pflegegeld | 11 | Die Begutachtung im Rheinland | 23 |
| Zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf | 12 | Die Begutachtung in Westfalen-Lippe | 23 |
| Pflege-Sachleistungen | 13 | Der Einsatz von Pflegediensten | 24 |
| Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung | 13 | Wie erkennt man den individuell „am besten geeigneten“ Pflegedienst? | 25 |
| Die Leistungen und Preise der häuslichen Pflege | 14 | Was ist beim Abschluss eines Pflegevertrages zu beachten? | 30 |
| Kombinationsleistung | 16 | Das Betreuungsrecht | 32 |
| Der Antrag auf Leistungen | 17 | Hinweis in eigener Sache | 33 |
| Häusliche Krankenpflege als Leistung der Krankenversicherung | 18 | Anhang | 34 |
| Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit | 19 | Anforderungs-Coupon | 42 |
| Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit | 19 | | |

Leistungen der Pflegeversicherung

Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung soll allen Pflegebedürftigen Hilfe leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Pflegebedürftig im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei den „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (siehe rechte Seite), voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.



Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens:

1. Im Bereich der Körperpflege

- das Waschen,
- das Duschen,
- das Baden,
- die Zahnpflege,
- das Kämmen,
- das Rasieren,
- die Darm- und Blasenentleerung

2. Im Bereich der Ernährung

- das mundgerechte Zubereiten,
- die Aufnahme der Nahrung

3. Im Bereich der Mobilität

- das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
- das An- und Auskleiden,
- das Gehen,
- das Stehen,
- das Treppensteigen,
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

4. Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung

- das Einkaufen,
- das Kochen,
- das Reinigen der Wohnung,
- das Spülen,
- das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung,
- das Beheizen der Wohnung



Hilfebedarf/Pflegestufen

Um der unterschiedlichen Schwere der Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden, wird sie in drei Pflegestufen eingeteilt. Ob Pflegebedürftigkeit und ggf. in welcher der drei Stufen sie vorliegt, entscheidet die Pflegekasse aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Die Gutachter des MDK begutachten die Pflegebedürftigkeit des Versicherten in seinem Wohnbereich. Für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen ist der Umfang des Hilfebedarfs entscheidend.

Die drei Stufen der Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und **zusätzlich** mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere, nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen: Hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen. Ein Hilfebedarf, der nur aus der hauswirtschaftlichen Versorgung herrührt, reicht zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nicht aus.

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und **zusätzlich** mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere, nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden betragen: Hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen. Ein Hilfebedarf, der nur aus der hauswirtschaftlichen Versorgung herrührt, reicht zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nicht aus.

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, **auch nachts**, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere, nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden betragen: Hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen. Ein Hilfebedarf, der nur aus der hauswirtschaftlichen Versorgung herrührt, reicht zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nicht aus.



Die häusliche Pflege

Bevor Pflegebedürftige die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen, werden sie oftmals von Angehörigen und Bekannten gepflegt. Deshalb sieht die Pflegeversicherung einen Anspruch auf Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen vor. Die Pflege von Angehörigen und Freunden geht oftmals über die Leistungsfähigkeit der Pflegenden hinaus. Dann ist es sinnvoll, die Hilfen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Für diese Fälle hat der Gesetzgeber den Anspruch Pflege-Sachleistungen in die Pflegeversicherung mit aufgenommen.

Das Pflegegeld und die Pflege-Sachleistungen können miteinander kombiniert werden, sodass ein Teil des Pflegegeldes an den Pflegebedürftigen ausgezahlt wird und gleichzeitig ein Pflegedienst seine Leistungen mit der BKK-Pflegekasse abrechnet. Hierbei handelt es sich um die so genannte Kombinationsleistung.

Die Leistungen im Einzelnen:

Pflege-Sachleistungen oder Geldleistung

Pflegebedürftige können selbst entscheiden, ob sie die Pflege-Sachleistungen (Pflegeeinsätze der Pflegedienste, die von den Pflegekassen im Rahmen bestimmter Höchstgrenzen direkt bezahlt werden) oder Pflegegeld, das den Pflegebedürftigen von den Pflegekassen ausgezahlt wird, in Anspruch nehmen möchten.

Der Umfang der Leistungen richtet sich nach der jeweiligen Stufe der Pflegebedürftigkeit:

| Pflegestufe | Pflege-Sachleistungen (monatlich) | Pflegegeld (monatlich) |
|------------------------------|---|------------------------|
| I erheblich Pflegebedürftige | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384,00 € | 205,00 € |
| II Schwerpflegebedürftige | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921,00 € | 410,00 € |
| III Schwerstpflegebedürftige | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.432,00 € (in besonders schweren Fällen auch bis zu 1.918,00 €) | 665,00 € |



Pflegegeld

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht nur, wenn der Pflegebedürftige selbst seine Pflege durch eine Pflegeperson seines Vertrauens sicherstellt. Mit dem Pflegegeld sollen die Eigenverantwortlichkeit und die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen gestärkt werden. Es soll ihm ermöglicht werden, seine Pflege einem Verwandten oder nahe stehenden Menschen zu übertragen und dessen Leistung auch materiell anzuerkennen.

Zur Sicherung der Pflegequalität muss jeder, der ausschließlich Pflegegeld erhält, mindestens einmal halbjährlich (Pflegestufen I und II) bzw. mindestens einmal vierteljährlich (Pflegestufe III) eine Beratung durch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen. So sollen mögliche pflegerische Defizite in der häuslichen Pflege frühzeitig entdeckt und beseitigt werden. Eine Fachkraft, die beispielsweise rechtzeitig eine Überforderung der Pflegeperson bemerkt, kann durch Beratung und Hilfestellung, durch Hinweise auf Pflegekurse, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen usw.

eine Entlastung bewirken. Auf diese Weise wird die häusliche Pflege unterstützt und die Aufnahme in ein Pflegeheim vermieden oder zumindest verzögert. Der Pflegebedürftige beauftragt selbst einen Pflegedienst seiner Wahl mit dem Beratungseinsatz. Er kann auch seine Pflegekasse bitten, für ihn einen Berater auszuwählen. Die Kosten für die Beratung rechnet der Pflegedienst direkt mit der BKK-Pflegekasse ab. Sie werden nicht auf das monatliche Pflegegeld angerechnet. Wird der Beratungseinsatz durch einen professionellen Pflegedienst nicht durchgeführt, muss die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen bzw. streichen.

Wichtig!

Der Beratungseinsatz wird zwischen den Pflegekassen und den ambulanten Pflegediensten direkt abgerechnet. Sofern der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen dafür eine gesonderte Rechnung ausstellt, sollte er sich mit seiner BKK-Pflegekasse in Verbindung setzen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf

Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit dauerhafter, erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz (z. B. bedingt durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen) können unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460,- € je Kalenderjahr.

Das Nähere zu den Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsinhalten erläutert Ihnen gern Ihre BKK-Pflegekasse.

Pflege-Sachleistungen

Wird die Pflege von Fachkräften eines ambulanten Pflegedienstes übernommen, besteht Anspruch auf Pflege-Sachleistungen. Im Rahmen der Pflege-Sachleistungen werden Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht. Der Anspruch umfasst je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I:
Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384,00 €
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II:
Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921,00 €
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III:
Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.432,00 €.

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen (sog. Härtefälle) der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918,00 € monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Hierbei kann es sich beispielsweise um Krebserkrankungen im Endstadium handeln, wenn regelmäßig mehrfach in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung zahlt nicht alle Leistungen, die im Einzelfall in der ambulanten Pflege erforderlich sein können. Lediglich Leistungen, die im Zusammenhang mit den „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ (siehe auch Seite 7) stehen, sind Gegenstand der Pflegeversicherung. Hierbei handelt es sich um eine abschließende Aufzählung.

Darüber hinausgehende Leistungen sind somit keine Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung.

Die Leistungen und Preise der häuslichen Pflege

In Nordrhein-Westfalen wurden einheitlich 30 Leistungskomplexe mit den ambulanten Pflegediensten vereinbart.

Eine vollständige Übersicht dieser Leistungskomplexe finden Sie unter „Anhang“ ab Seite 34. Aus diesen Leistungskomplexen können Sie die erforderlichen Leistungen auswählen und über die Pflege-Sachleistungen finanzieren. Der letztendliche Preis für einen Leistungskomplex ergibt sich aus der Multiplikation der festen Punktwertzahl dieses Komplexes mit dem individuell vereinbarten Punktwert. Die Systematik wird am Beispiel der Ganzwaschung verdeutlicht:

| Muster Leistungskomplex „Ganzwaschung“ | | | Punktwert 4 Cent* | |
|--|--------------|--|----------------------|---------|
| Leistungs- komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte | Preis |
| 1 | Ganzwaschung | 1 Waschen, Duschen, Baden 2 Mund-, Zahn- und Lippen- pflege 3 Rasieren 4 Hautpflege 5 Haarpflege (Kämmen, ggf. Waschen) 6 Nagelpflege 7 An- und Auskleiden inkl. An- und Ablegen von Körperersatzstücken 8 Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches | 410 | 16,40 € |

*Cent-/Euro-Beträge nur beispielhaft, ohne Gewähr

Für den Leistungskomplex „Ganzwaschung“ ist generell eine Punktwertzahl von 410 Punkten festgesetzt. In dem Beispiel wurde ein Punktwert von 4 Cent pro Punkt vertraglich vereinbart. Der Preis für eine Ganzwaschung beträgt somit:

410 Punkte x 4 Cent = 16,40 €



Maßgeblich für die Abrechnung eines Leistungskomplexes ist die Erbringung der jeweils wesentlichen Leistungsinhalte. So reicht z. B. das Rasieren des Pflegebedürftigen alleine nicht aus, um den Leistungskomplex 1 (Ganzwaschung) abzurechnen. Das Rasieren ist für sich alleine betrachtet nur ein kleiner Bestandteil des Leistungskomplexes. Wesentliches Merkmal für die Abrechnung wäre hier das Waschen, Duschen oder Baden des Pflegebedürftigen. Insoweit sind die Inhalte der Leistungskomplexe grundsätzlich vollständig zu erbringen.

Das folgende Beispiel verdeutlicht die Abrechnung von Pflege-Sachleistungen:

Ein Pflegebedürftiger mit der Pflegestufe II beauftragt einen Pflegedienst, die Leistungskomplexe 1 (Ganzwaschung) und 5 (Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) an sechs Tagen in der Woche jeweils 1 x täglich zu erbringen. Der Pflegedienst hat eine Vergütungsvereinbarung über 4 Cent pro Punkt geschlossen; der Pflegebedürftige hat einen gesetzlichen Höchstanspruch auf Sachleistungen im Wert von 921,00 € pro Monat.

| | | | | |
|----------------|-----------------------------------|------------|----------|----------|
| Komplex 1 | Ganzwaschung | 410 Punkte | x 4 Cent | 16,40 € |
| Komplex 5 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | 250 Punkte | x 4 Cent | 10,00 € |
| Komplex 15 | Hausbesuchspauschale | | | 1,61 € |
| Preis pro Tag | | | | 28,01 € |
| Preis im Monat | (24 Tage x 28,01 €) | | | 672,24 € |




Der Pflegedienst rechnet Sachleistungen in Höhe von 672,24 € mit der BKK-Pflegekasse ab. Die Differenz zu den 921,00 € Höchstanspruch wird im Rahmen der Kombinationsleistungen berücksichtigt.

Kombinationsleistung

Wenn der Pflegebedürftige von Angehörigen oder anderen Pflegepersonen und zusätzlich von einem Pflegedienst gepflegt wird und die ihm zustehende Sachleistung nicht zu 100 % ausschöpft, steht ihm der verbleibende Prozentsatz des Pflegegeldes anteilig zu.

Das folgende Beispiel soll diese Berechnung erläutern:



| | |
|--|----------------------|
| Pflegestufe II | |
| Höchstbetrag für Sachleistungen: | 921,00 € |
| tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungen (Der Höchstbetrag für Sachleistungen wurde zu 73 % ausgeschöpft.) Anm.: gerundet | 672,24 € |
| <ul style="list-style-type: none">• Pflegegeld für die Pflegestufe II• 30 % vom Pflegegeld Pflegestufe II | 410,00 € 110,70 € |
| Neben der Pflege-Sachleistung in Höhe von besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von | 672,24 € 110,70 € |
| | je Kalendermonat. |

Bei der Ermittlung des individuellen anteiligen Pflegegeldes steht die BKK-Pflegekasse hilfreich zur Seite.

Tipp:

Es sollte stets ein Antrag auf Kombinationspflege gestellt werden, wenn zu erwarten ist, dass die Sachleistung nicht oder nicht immer ausgeschöpft wird.

Der Antrag auf Leistungen

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung ist ein Antrag bei der BKK-Pflegekasse. Der Antrag ist vom Pflegebedürftigen selbst zu stellen. Wenn dieser dazu nicht in der Lage ist, kann er auch von einem Betreuer oder vom gesetzlichen Vertreter gestellt werden. Hat der Pflegebedürftige eine Vollmacht erteilt, kann der Bevollmächtigte im Rahmen seiner Vollmacht handeln und ebenfalls die Leistungen beantragen. Unter Umständen gilt eine der BKK-Pflegekasse von Dritten (z. B. vom behandelnden Arzt) zugegangene Information als Antrag. Aus Gründen des Datenschutzes ist in diesen Fällen jedoch die Einwilligung des Pflegebedürftigen erforderlich. Zur Vermeidung von Nachteilen ist es wichtig, dass der Antrag rechtzeitig gestellt wird, da die Leistungen grundsätzlich frühestens ab dem Datum der Antragstellung gezahlt werden können, auch wenn die Voraussetzungen schon früher erfüllt waren. Wird ein Antrag zu spät gestellt, kann die BKK-Pflegekasse die Leistungen von Beginn des Monats an bezahlen, in dem der Antrag gestellt wurde. Als Zeitpunkt der Antragstellung gilt der Eingang des Antrags bei der BKK-Pflegekasse und nicht das Datum, an dem dieser vom Pflegebedürftigen unterschrieben wurde. Eine rückwirkende Zahlung von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist grundsätzlich nicht möglich.

Häusliche Krankenpflege als Leistung der Krankenversicherung

Neben den Leistungen aus der Pflegeversicherung haben sowohl Pflegebedürftige als auch nicht Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der Krankenversicherung.

Dieser Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht,

- wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder durch die häusliche Krankenpflege vermieden werden kann. In diesen Fällen besteht ein Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. (Der Anspruch ist grundsätzlich auf bis zu vier Wochen je Krankheitsfall begrenzt.)

oder

- wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlungspflege erforderlich ist. Dann besteht ein Anspruch auf behandlungspflegerische Maßnahmen.

Unter die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege fallen z. B. die Versorgung mit Wundverbänden oder Insulininjektionen bei Diabetikern, wenn dies nicht mehr selbst oder durch Angehörige sichergestellt werden kann.

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Rahmen der Krankenversicherung sind hier nur sehr verkürzt dargestellt. Pflegedienste, die diese Leistungen erbringen wollen, müssen einen Vertrag mit der jeweiligen BKK abgeschlossen haben.

Es wird geraten, bei der BKK nachzufragen, mit welchen Pflegediensten solche Verträge abgeschlossen wurden. Preisvergleichslisten der für die Pflegeversicherung zugelassenen Pflegedienste müssen nicht immer mit denen der Vertragspartner für die häusliche Krankenpflege der Krankenversicherung übereinstimmen.

Anmerkung:

Häusliche Krankenpflege muss vom Arzt verordnet und vor der ersten Inanspruchnahme von der BKK genehmigt werden.

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Wenn der Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung bei der BKK-Pflegekasse vorliegt, muss diese feststellen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Leistungen erfüllt sind und, sofern dies der Fall ist, welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Hierzu wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) den Pflegebedürftigen nach vorheriger Ankündigung besuchen und ein Gutachten erstellen. Es ist zu empfehlen, für den Besuch des Medizinischen Dienstes eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pfl egetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie andere Unterlagen, die für die Begutachtung wichtig sein können, bereitzuhalten. Auch sollte die Pflegeperson, z. B. ein Angehöriger, bei dem Besuch anwesend sein.

Der Ablauf der Begutachtung

Die vom Pflegebedürftigen und der Pflegeperson als notwendig dargestellten Hilfeleistungen werden vom Gutachter des MDK überprüft. Er stellt fest, ob sie der Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in den Angelegenheiten des täglichen Lebens dienen. Einzelne Hilfen, die dazu weder medizinisch noch pflegerisch notwendig sind, dürfen nicht berücksichtigt werden. Umgekehrt gilt: Wenn der Gutachter einen „Pflegemangel“ feststellt, wenn also beispielsweise die Körperpflege erkennbar nicht ausreichend ist, muss er von sich aus zusätzlich entsprechenden Pflegebedarf anrechnen.

Was bei der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird

Für die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe sind die Anzahl der notwendigen Hilfeleistungen und die dafür benötigte Zeit ausschlaggebend. Zu berücksichtigen sind nur Hilfeleistungen im Zusammenhang mit den im Gesetz aufgeführten „Verrichtungen“ (siehe Seite 7). Andere, dort nicht genannte Hilfen können nicht einbezogen werden. So ist z. B. die Schwere einer Krankheit oder Behinderung allein nicht maßgeblich für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Gleiches gilt für die Höhe einer Unfallrente oder den Grad einer Behinderung nach dem Schwerbehindertengesetz.

Fallen „dem Grunde nach berücksichtigungsfähige Verrichtungen“, wie das Baden aus dem Bereich der Körperpflege, nicht täglich an, sind sie bei der Anzahl der täglich notwendigen Hilfen nicht mitzuzählen, können aber bei der Ermittlung der „im wöchentlichen Tagesdurchschnitt“ aufgewendeten Zeit angerechnet werden.

Worauf es besonders ankommt

Ausgangspunkt für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit ist stets **der individuelle Hilfebedarf des Pflegebedürftigen**. In diesem Sinne kann die Hilfe sowohl in der Unterstützung oder Beaufsichtigung der „Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ bzw. einer Anleitung mit dem Ziel einer selbstständigen Durchführung dieser Verrichtungen liegen als auch in deren teilweiser oder vollständiger Übernahme durch die Pflegeperson. Deshalb ist es sehr wichtig, dem Gutachter des MDK bei seinem Besuch die tatsächliche Pflegesituation im häuslichen Bereich umfassend darzustellen. Denn von der tatsächlichen Hilfeleistung durch Angehörige oder Nachbarn (Pflegeperson) hat der Gutachter zunächst auszugehen, und zwar hinsichtlich der Anzahl der Hilfeleistungen und der dafür benötigten Zeit.

Alle „Hilfen zur Selbsthilfe“, die den Pflegebedürftigen bei den anrechenbaren Verrichtungen aktivieren – z. B. Unterstützung selbstständiger Nahrungsaufnahme statt „Füttern“ – sind nicht nur bei der Ermittlung der Anzahl anzurechnen. Es muss auch berücksichtigt werden, dass solche Hilfen oft mehr Zeit in Anspruch nehmen. Ebenfalls einzubeziehen sind Besonderheiten des gesamten sozialen Umfeldes, etwa Erschwer-

nisse, die sich aus der Wohnsituation eines Betroffenen ergeben. Dies trifft jedoch nicht zu für Belastungen und Erschwernisse, die in der Person des/der Pflegenden liegen. So müssen z. B. etwaige körperliche Beeinträchtigungen einer Pflegeperson schon aus Gründen der Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen außer Acht bleiben.

Dass ein Pflegebedürftiger bettlägerig ist, begründet für sich allein noch nicht die Anerkennung des größtmöglichen Hilfebedarfs nach der Pflegestufe III. Entscheidend ist, welche Hilfeleistungen hier im Einzelnen notwendigerweise erbracht werden und wie viel Zeit sie in Anspruch nehmen. Aktivierende Hilfen zur Verbesserung der Mobilität, z. B. beim selbstständigen Drehen und Hochrutschen im Bett, sind hier allerdings von besonderer Bedeutung. Das Umlagern im Bett wird ausdrücklich als Bestandteil der Grundpflege betrachtet und entsprechend bewertet.

Der für die Pflegestufe III erforderliche Rund-um-die-Uhr-Pflegebedarf liegt nur dann vor, wenn Tag und Nacht konkreter Hilfebedarf aus dem Bereich der Grundpflege besteht und entsprechende Hilfe auch tatsächlich geleistet, die Nachtruhe der Pflegeperson also in der Regel unterbrochen wird. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn in den letzten vier Wochen mindestens fünfmal wöchentlich nächtliche Hilfeleistungen angefallen sind und in diesem Umfang voraussichtlich auf Dauer anfallen werden.

Sofern ein Pflegebedürftiger zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr über eine eigene Wohnung verfügt, weil z. B. eine Betreuung in einem Pflegeheim vorgesehen oder schon eingeleitet ist, geht der Gutachter bei der Bemessung des zeitlichen Aufwandes für den festgestellten Hilfebedarf von einer durchschnittlichen häuslichen Pflegesituation aus.

Wie es nach der Begutachtung weitergeht

Im Anschluss an seinen Besuch wertet der Gutachter die erhobenen Befunde und die sonstigen Informationen aus und erstellt auf dieser Grundlage sein Gutachten für die Pflegekasse. Die Pflegekasse entscheidet – unter maßgeblicher Würdigung dieses Gutachtens –, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt und welcher der drei Pflegestufen sie ggf. zuzuordnen ist. Ihre Entscheidung teilt die Pflegekasse dem Antragsteller bzw. seinem Bevollmächtigten umgehend schriftlich mit.

Der direkte Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege

In vielen Fällen ist die Unterstützung durch einen professionell tätigen ambulanten Pflegedienst direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erforderlich. Um hier die notwendige nahtlose Versorgung des Pflegebedürftigen durch einen zugelassenen Pflegedienst zu gewährleisten, wurden die Einzelheiten des direkten Übergangs vom Krankenhaus in die ambulante Pflege zwischen den beteiligten Organisationen auf NRW-Landesebene vertraglich vereinbart. **Das im Folgenden beschriebene Verfahren gilt nur für die zugelassenen ambulanten Pflegedienste und die Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen.**

Sobald sich abzeichnet, dass direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine pflegerische Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung erforderlich ist, informiert das Krankenhaus – mit Zustimmung des Patienten – unverzüglich die jeweils zuständige BKK-Pflegekasse. Sofern der Patient noch nicht einer Pflegestufe zugeordnet ist und somit auch noch keine Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung erhält, gilt die Zustimmung des Patienten als Antrag auf diese Leistungen. Ein gesonderter Antrag bei der BKK-Pflegekasse muss dann nicht mehr gestellt werden.

Das Krankenhaus berät auch den Patienten und seine Angehörigen über die zugelassenen ambulanten Pflegedienste. Diese Beratung soll neutral sein, sodass die letzte Entscheidung für die Wahl eines bestimmten ambulanten Pflegedienstes in jedem Fall beim Pflegebedürftigen bzw. bei seinen Angehörigen liegt.

Bei der Durchführung der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gibt es in den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe unterschiedliche Vereinbarungen und Verfahren:



Die Begutachtung im Rheinland

Sobald der BKK-Pflegekasse die Informationen über die Notwendigkeit einer ambulanten Pflege (im Rahmen der Pflegeversicherung) vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt wurden, leitet sie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) alle Unterlagen zu, die zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit des Patienten erforderlich sind. Der MDK führt dann innerhalb von drei Tagen die Begutachtung im Krankenhaus durch. Das Ergebnis dieser Begutachtung wird der BKK-Pflegekasse umgehend durch eine Vorab-Mitteilung bekannt gegeben. Die BKK-Pflegekasse informiert das Krankenhaus und, soweit dieser bereits bekannt ist, den gewählten ambulanten Pflegedienst, damit eine reibungslose Versorgung mit Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung gewährleistet ist.

Die Begutachtung in Westfalen-Lippe

Im Gegensatz zum Rheinland findet die Begutachtung in Westfalen-Lippe grundsätzlich nicht im Krankenhaus statt. Der MDK prüft hier anhand der vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Unterlagen, ob ein zumindest „erheblicher Pflegebedarf“ (Pflegestufe I) anzunehmen ist, und informiert umgehend die BKK-Pflegekasse. Sobald der BKK-Pflegekasse diese Information vorliegt und ein Pflegebedarf bejaht wird, übernimmt sie die Leistungen der ambulanten Pflege in Höhe der für die Pflegestufe I vorgesehenen Beträge. Die Begutachtung des Pflegebedürftigen findet nach der Krankenhauserlassung im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen statt. Weicht das Begutachtungsergebnis von der ersten Einschätzung des Medizinischen Dienstes ab, wird bei einer höheren Pflegestufe der Differenzbetrag nachgezahlt. Wird dagegen festgestellt, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung nicht vorliegt, wird die Leistung „mit Wirkung für die Zukunft“ eingestellt. D. h.: Die bereits gezahlten Leistungen für die Pflegestufe I von der Zeit von der Krankenhauserlassung bis zum endgültigen Bescheid der BKK-Pflegekasse werden nicht zurückgefordert.

Der Einsatz von Pflegediensten

In den Kapiteln „Pflege-Sachleistungen oder Geldleistung“ (Seite 10) und „Kombinationsleistung“ (Seite 16) ist beschrieben, auf welche Art und Weise Pflegebedürftige die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes kann zum einen aus pflegerischer Sicht sinnvoll sein. Zum anderen gelangen Angehörige mit der zu leistenden Pflege oftmals an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit. Natürlich ist der Einsatz eines Pflegedienstes eine sehr weit reichende Entscheidung. Nicht nur, dass diesem die Pflege eines pflegebedürftigen Verwandten oder nahe stehenden Menschen anvertraut wird, häufig muss man ihm auch den Schlüssel zur eigenen Wohnung überlassen. Insofern sollte ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Pflegedienst und den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen bestehen.

Wer auf Pflegedienste zurückgreifen möchte, hat die Qual der Wahl: In Nordrhein-Westfalen sind zur Zeit knapp 2600 Pflegedienste durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages Vertragspartner der BKK-Pflegekassen. Dieses große Angebot erhöht einerseits die Chance, den individuell „am besten geeigneten“ Pflegedienst zu finden, kann aber andererseits auch zur Unübersichtlichkeit führen.

Pflegeversicherte können **bei ihrer BKK** – diese ist auch ihre BKK-Pflegekasse – eine Preisvergleichsliste anfordern (siehe Anforderungs-Coupon auf Seite 42), die eine Aufstellung der zugelassenen ambulanten Pflegedienste in der näheren Umgebung – mit Name, Anschrift, Telefonnummer für die schnelle Kontaktaufnahme sowie die vereinbarten Punktwerte (siehe 14 f. und 34 ff.) – enthält.

Wie erkennt man den individuell „am besten geeigneten“ Pflegedienst?

Für die Auswahl des „am besten geeigneten“ Pflegedienstes gibt es eine Vielzahl von Kriterien. **Zunächst ist natürlich zu klären, ob der Pflegedienst Vertragspartner der BKK-Pflegekassen ist.** Dann sollte Klarheit über den jeweiligen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen geschaffen werden. Hierbei kann ein Gespräch mit dem Hausarzt hilfreich sein und auch das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (siehe Seite 19 ff.) kann Aufschluss über die erforderlichen pflegerischen Leistungen und Hilfen geben. In diesem Zusammenhang sollte überlegt werden, welche Leistungen der ambulante Pflegedienst erbringen soll und welche Hilfestellungen von Angehörigen oder anderen Personen geleistet werden können.

Die im Folgenden aufgeführten Fragen und Merkmale sollen bei der Auswahl des „richtigen“ Pflegedienstes behilflich sein. Bei Gesprächen mit Pflegediensten, die in die engere Wahl kommen, können Sie so vorgehen: Sprechen Sie alle Punkte an und stellen Sie alle Fragen. Der Pflegedienst, der die meisten Fragen, die für Sie persönlich am wichtigsten sind, mit JA beantwortet, dürfte der individuell am besten geeignete sein.

Grundsätzliches

- Hat sich der Pflegedienst in einer bestimmten Art und Weise spezialisiert?
- Welche Pflegekräfte will der Pflegedienst bei Ihnen einsetzen? (Fragen Sie nach der Ausbildung!)
- Hat der ambulante Pflegedienst einen Zulassungsvertrag zur Durchführung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von Ihrer BKK?
- Gibt es einen konkreten Ansprechpartner für weiter gehende Fragen und mögliche Beschwerden?

Erreichbarkeit des Pflegedienstes

- Ist der ambulante Pflegedienst auch nachts, an den Wochenenden und an Feiertagen rund um die Uhr erreichbar?
- Wird die Pflege in der Regel von denselben Mitarbeitern erbracht? (Für eine gute Pflege ist eine gewisse Kontinuität der Pflegekräfte erforderlich. Es sollte nicht häufig wechselndes Personal eingesetzt werden.)
- Gibt es eine Regelung, wer in Notfällen zu informieren ist?

Durchführung der Pflege

- Erstellt der Pflegedienst einen Pflegeplan, der mit dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen besprochen wird? (Weisen Sie auf Ihren Wunsch hin, dass konkrete Ziele und Maßnahmen mit Ihnen besprochen und regelmäßig überprüft werden.)
- Werden persönliche Gewohnheiten und Vorlieben des Pflegebedürftigen bei der Durchführung der Pflege berücksichtigt?
- Werden die Angehörigen in regelmäßigen Abständen über den Zustand des Pflegebedürftigen informiert?
- Werden die Angehörigen vom Pflegedienst angeleitet und erhalten sie Tipps und Hinweise für den Fall, dass von ihnen pflegerische Tätigkeiten und Hilfestellungen erbracht werden?
- Nimmt der Pflegedienst regelmäßig Kontakt zu den behandelnden Ärzten auf?



- Führt der Pflegedienst eine schriftliche Dokumentation, die im Haushalt des Pflegebedürftigen verbleibt und jederzeit vom Pflegebedürftigen eingesehen werden kann?
- Stellt der Pflegedienst durch eine vollständige und ausführliche Dokumentation sicher, dass pflegerelevante Informationen – wie z. B. Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme oder aktuelle Medikation – im Falle einer Krankenhausaufnahme an das Krankenhaus weitergeleitet werden?
- Wird der Wohnungsschlüssel des Pflegebedürftigen in einem abgeschlossenen Schlüsselkasten aufbewahrt?
- Ist der Schlüssel durch eine Nummer oder auf eine andere Art und Weise gekennzeichnet, sodass der Name des Pflegebedürftigen Dritten gegenüber nicht erkennbar ist?
- Führt der Pflegedienst qualitätssichernde Maßnahmen, wie z. B. regelmäßige Mitarbeiterfortbildungen, durch?

Beratungsbesuche

- Führt der ambulante Pflegedienst Pflegeberatungsbesuche durch?
- Gibt er bei den Beratungsbesuchen Hilfen und Anleitungen für die Pflege im häuslichen Umfeld und bezieht er Angehörige oder andere Pflegepersonen mit ein?
- Informiert der ambulante Pflegedienst über andere Formen der Hilfen, z. B. über Tagespflege oder Kurzzeitpflege?
- Weist der ambulante Pflegedienst auf Pflegehilfsmittel hin, die zur Erleichterung der Pflege beitragen oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen?

Pflegeverträge

Die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes bedeutet auch eine Vielzahl von Absprachen und Regelungen, die erhebliche finanzielle Auswirkungen haben können. Daher ist es zwingend erforderlich, bei häuslicher Pflege einen Pflegevertrag zu schließen. In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der vereinbarten Leistungen einschließlich der damit verbundenen Vergütungen zu beschreiben. Der Pflegebedürftige muss eine Ausfertigung dieses Pflegevertrages erhalten.

Der Pflegebedürftige kann diesen Pflegevertrag innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz des Pflegedienstes ohne Angaben von Gründen und ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.

Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, so beginnt diese Zwei-Wochen-Frist erst mit der Aushändigung des Pflegevertrages. Die ordentliche Kündigungsfrist nach Ablauf der ersten zwei Wochen darf nicht länger als zehn Tage betragen.

- Wird das Thema „Vertrag“ vom Pflegedienst angesprochen/ werden Verträge erläutert?
- Gibt es eine Regelung über die Kosten, die auf Sie zukommen, wenn Sie einen Pflegeeinsatz kurzfristig absagen müssen?

Abrechnung

Die Abrechnung des Pflegedienstes (siehe auch „Die Leistungen und Preise“ auf Seite 14) erfolgt über den so genannten Leistungsnachweis, in dem die jeweils erbrachten Leistungen notiert werden. Dieser muss vom Pflegebedürftigen bzw. von dem Bevollmächtigten einmal im Monat mit einer Unterschrift quittiert werden. Die Abrechnung des Pflegedienstes muss mit dem unterzeichneten Leistungsnachweis und den tatsächlich erbrachten Leistungen übereinstimmen.

- Besteht die Möglichkeit, dass der Leistungsnachweis jederzeit eingesehen werden kann, bzw. wird eine Kopie zur Verfügung gestellt?
- Kann man genau nachvollziehen, für welche Leistungen man jeden Monat die Unterschrift leistet?

Das erste Gespräch mit dem Pflegedienst

- Ist der ambulante Pflegedienst beim ersten Gespräch insgesamt kompetent, sicher und sympathisch aufgetreten?
- Wurden die für Sie infrage kommenden Leistungen umfassend erläutert?
- Wurde beim Erstgespräch auf die Regelung der Kosten eingegangen? Wurde genau über die selbst zu tragenden Kosten informiert? Wurden ggf. Beispiele für die Eigenbeteiligung vorgerechnet? (Bestehen Sie auf einem Kostenvorschlag. Der Pflegedienst sollte mit Ihnen unterschiedliche Leistungskombinationen durchsprechen, damit Sie einen entsprechenden Vergleich vornehmen können. Holen Sie von mindestens zwei verschiedenen ambulanten Pflegediensten Kostenvorschläge ein.)
- Sind wirklich alle Ihre Fragen zufriedenstellend beantwortet worden?

Was ist beim Abschluss eines Pflegevertrages zu beachten?

Die folgenden Hinweise können hilfreich sein:

- Vertragspartner sollten nur der Pflegebedürftige bzw. der Betreuer und der Pflegedienst sein. Unterschreiben weitere Personen, z. B. Angehörige, den Vertrag mit, können auch auf sie Verpflichtungen zukommen. Hierzu zählt z. B. auch das Begleichen von Rechnungen.
- Wesentlicher Bestandteil des Pflegevertrages müssen alle Leistungen sein, die der Pflegedienst für den Pflegebedürftigen erbringt und letztlich abrechnet. Es sollte auch vertraglich geregelt werden, wie hoch die finanzielle Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen ist, wenn die Leistungsgrenzen der BKK-Pflegekasse überschritten werden.
- Sofern zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen neue Leistungen – etwa aufgrund eines gestiegenen Hilfebedarfes – vereinbart werden, muss der Pflegevertrag auf jeden Fall den neuen, tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden.
- Beim Punkt „Abrechnung der vereinbarten Leistungen“ sollte vertraglich festgehalten werden, dass der Pflegebedürftige bzw. die Angehörigen den Leistungsnachweis, auf dem die erbrachten Leistungen kalendertäglich zur Abrechnung mit der BKK-Pflegekasse eingetragen werden, jederzeit einsehen können.
- In diesem Zusammenhang sollte ebenfalls festgelegt werden, wann ein eventueller finanzieller Eigenanteil des Pflegebedürftigen an den Pflegedienst zu zahlen ist. Eine angemessene Frist sollte hier selbstverständlich sein.
- Der Pflegevertrag sollte eine Regelung darüber enthalten, wie kurzfristig abgesagte Pflegeeinsätze berechnet werden. Dabei sollte z. B. berücksichtigt werden, ob der Pflegeeinsatz wegen einer Krankenhausaufnahme oder aufgrund von Umständen nicht zu erbringen war, die der Pflegebedürftige selbst beeinflussen konnte. Im ersten Fall sollte der Pflegebedürftige generell nicht mit den Kosten belastet werden. Im zweiten Fall kann vereinbart werden, dass ein Teil der Kosten in Rechnung gestellt wird, wenn die Absage nicht bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgt ist. Hierbei ist zu beachten, dass die BKK-Pflegekasse sich nicht an diesen Kosten beteiligen kann.
- Die Rechnung sollte jeweils für den vergangenen Monat ausgestellt werden. Keinesfalls sollten im Pflegevertrag Voraus- oder Abschlagszahlungen vereinbart werden.



- Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Dabei handelt es sich ausschließlich um saugende Bettschutzeinlagen für den Einmalgebrauch, Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen und Desinfektionsmittel. Die Pflegekassen bezahlen die Aufwendungen für diese zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel bis zu 31,00 € im Monat. Bisherige Erfahrungen haben leider gezeigt, dass es Pflegedienste gibt, die versuchen, auch die Arbeitsmittel, die sie ihren Mitarbeitern zur Verfügung stellen müssen, gesondert zu berechnen. Es muss also eindeutig festgestellt werden, dass dies nicht zulässig ist.
- Im Rahmen des Pflegevertrages sollte vereinbart werden, dass der Pflegedienst für evtl. Schäden haftet, die durch seine Mitarbeiter verursacht werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein überlassener Wohnungsschlüssel verloren geht.
- Ein weiterer wesentlicher Punkt, der auf jeden Fall vertraglich geregelt werden sollte, sind die Kündigungsfristen. Wie auf Seite 28 bereits geschildert, kann der Pflegebedürftige diesen Pflegevertrag innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz des Pflegedienstes ohne Angaben von Gründen und ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, so beginnt diese 2-Wochen-Frist erst mit der Aushändigung des Pflegevertrages. Daneben sollte aber auch das beiderseitige Recht auf fristlose Kündigung in schwerwiegenden Fällen (gestörtes Vertrauensverhältnis, Leistungsverzug des Pflegedienstes, Zahlungsverzug des Pflegebedürftigen etc.) vertraglich vereinbart werden.

Das Betreuungsrecht

Die demografische Entwicklung in Deutschland zeigt, dass immer mehr Menschen immer älter werden. Auch bei einem Pflegebedürftigen, der in seiner eigenen häuslichen Umgebung ambulant gepflegt wird, kann es sein, dass er nicht in der Lage ist, für sich oder sein Vermögen angemessen zu sorgen und seine Interessen nach außen hin zu vertreten. Um eine Verschlechterung der Rechtssituation alter und gebrechlicher Menschen bzw. körperlich oder psychisch kranker oder geistig oder seelisch behinderter Personen zu verhindern, kann es daher sinnvoll sein, einen Dritten als Betreuer zu bestellen.

Die Betreuung wird entweder auf freiwilliger Basis oder – beim Vorliegen bestimmter Erkrankungen oder Behinderungen – von Amts wegen eingerichtet. Die Betreuung ist immer beim Amtsgericht zu beantragen. Das Gericht entscheidet über den Betreuer und den Umfang der Betreuung. Es kann z. B. festlegen, dass die Betreuung sich nur auf die Vermögensverwaltung erstreckt. Die Einrichtung einer Betreuung schränkt die bestehende Geschäfts- und Handlungsfähigkeit des betroffenen Menschen nicht prinzipiell ein. Vielmehr sollen der Wille und die Wünsche des Betroffenen berücksichtigt werden, soweit sie seinem Wohle nicht zuwiderlaufen.

Das Betreuungsrecht ist eine umfangreiche und zuweilen komplizierte Materie. Eine umfassende Darstellung oder eine Darstellung der Anwendung im Einzelfall ist hier nicht möglich. Bei individuellen Fragen helfen Fachleute, z. B. die Rechtspfleger beim zuständigen Amtsgericht, weiter.


Hinweis in eigener Sache

Der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen führt eine Datei über alle in Nordrhein-Westfalen zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste. Diese Datei ist die Quelle für die Preisvergleichslisten, die nur bei den jeweiligen BKK-Pflegekassen angefordert werden können. Gerade im Bereich der ambulanten Pflege kommt es sehr häufig vor, dass Pflegedienste schließen oder umziehen, ohne die Pflegekassen darüber zu informieren. Insofern kann es sein, dass die Preisvergleichslisten nicht immer zu 100% aktuell sind. Sofern Sie bei Ihrer Suche nach einem ambulanten Pflegedienst feststellen, dass eine Anschrift nicht mehr stimmt oder ein Pflegedienst nicht mehr existiert, möchten wir Sie bitten, Ihre BKK (diese ist auch Ihre Pflegekasse) kurz zu informieren. Sie tragen so dazu bei, dass die Preisvergleichslisten (siehe Anforderungs-Coupon auf Seite 42) ständig aktuell sind. Für Ihre Hilfe danken wir Ihnen im Voraus.



Anhang

| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|--|---|--|--------|
|  | 1 Ganzwaschung Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 2, 15a - 21, 23 - 29 | 1 Waschen, Duschen, Baden 2 Mund-, Zahn- u. Lippenpflege 3 Rasieren 4 Hautpflege 5 Haarpflege (Kämmen, ggf. Waschen) 6 Nagelpflege 7 An- u. Auskleiden inkl. An- u. Ablegen von Körperersatzstücken 8 Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches | 410 |
| | 2 Teilwaschung Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 1, 15a - 21, 23 - 29 | 1 Teilwaschung (z. B. Intimbereich) 2 Mund-, Zahn- u. Lippenpflege 3 Rasieren 4 Hautpflege 5 Haarpflege 6 Nagelpflege 7 An- u. Auskleiden inkl. An- u. Ablegen von Körperersatzstücken 8 Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches | 220 |
| | 3 Ausscheidungen Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16 - 21, 23 - 28 | 1 Utensilien bereitstellen, anreichen 2 Zur Toilette führen 3 Unterstützung u. allgem. Hilfestellung (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 4 Überwachung der Ausscheidung 5 Entsorgen, Reinigen des Gerätes u. des Bettes 6 Katheterpflege (insb. Wechseln von Urinbeuteln) Stomaversorgung bei Anus praeter (Wechsel u. Entleerung des Stomabeutels) 7 Empfehlung zum Kontinenztraining/ Kontinenzversorgung 8 Nachbereiten des Pflegebedürftigen ggf. Intimpflege | 100 |

| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|--|--|--|--------|
|  | 4 Selbstständige Nahrungsaufnahme Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 5; 16 - 18; 20; 24 - 28 | 1 Mundgerechtes Vorbereiten der Nahrung (auch angelieferte Warmspeisen) 2 Lagern und Vorbereiten des Pflegebedürftigen 3 Entsorgen der benötigten Materialien 4 Säubern des Arbeitsbereiches 5 Kenntnisvermittlung (keine Ernährungsberatung) über richtige Ernährung (z. B. Diabetiker) ausreichende Flüssigkeitszufuhr inkl. Beratung über Esshilfen | 100 |
| | 5 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 4, 15a - 18; 20; 24; 27, 28 | 1 Mundgerechtes Vorbereiten der Nahrung (auch angelieferte Warmspeisen) 2 Lagern und Vorbereiten des Pflegebedürftigen 3 Darreichung der Nahrung 4 Entsorgen der benötigten Materialien 5 Säubern des Arbeitsbereiches (z. B. Spülen) 6 Versorgung des Pflegebedürftigen (Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme) 7 Kenntnisvermittlung (keine Ernährungsberatung) über richtige Ernährung (z. B. Diabetiker) ausreichende Flüssigkeitszufuhr inkl. Beratung über Esshilfen | 250 |
| | 6 Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG) Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16, 17, 27, 28 | 1 Vorbereiten und Richten der Sondennahrung 2 Sachgerechte Verabreichen der Sondennahrung 3 Nachbereitung | 100 |



| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|-------------------|---|---|--------|
| 7 | Lagern/Betten Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16 -18; 20, 23 - 30 | 1 Richten des Bettes | 100 |
| | | 2 Wechseln der Bettwäsche | |
| | | 3 Körper- und situationsgerechtes Lagern | |
| | | 4 Vermittlung von Lagerungstechniken ggf. Einsatz von Lagerungshilfen | |
| 8 | Mobilisation Mindesteinsatzdauer 15 Minuten; nur als selbständige Leistung abrechnbar Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16 - 17; 27 - 29 | 1 Aufrichten des Pflegebedürftigen im Bett | 180 |
| | | 2 An-/Auskleiden inkl. An- und Ablegen von Körperersatzstücken | |
| | | 3 Aufstehen/Zubettgehen | |
| | | 4 Sitz-, Geh- und Stehübungen (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln) bei Bettlägerigen passives, assistiertes oder aktives, funktionsgerechtes Bewegen | |
| | | 5 Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | |
| | | 6 Hilfe beim Treppensteigen | |
| 9 | Behördengänge und Arztbesuche Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 15a -17 | 1 Begleiten des Pflegebedürftigen, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist | 360 |
| | | | |
| 10 | Beheizen des Wohnbereiches Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16 - 17 | 1 Besorgen, Entsorgen von Heizmaterial im Wohnumfeld 2 Inbetriebnahme des Heizofens (nicht Fernwärme, Gas- und Zentralheizung) 3 Leistungskomplex gilt nur für den Wohnbereich des Pflegebedürftigen | 60 |

| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|-------------------|---|---|--------|
| 11 | Einkaufen (Abrufempfehlung bis zu 2 x je Woche) Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 15a - 17 | 1 Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des tägl. Bedarfs | 150 |
| | | 2 Einkaufen (inkl. Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgung; (z. B. Bank- und Behördengänge) | |
| 12 | Zubereiten von warmen Speisen Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 16, 17, 27, 28 | 3 Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, | 150 |
| | | 4 Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmittel | |
| | | 5 Ggf. Wäsche zur Reinigung bringen und abholen | |
| | | 1 Anleitung zum Umgang mit Lebensmitteln und Vorbereitung der Lebensmittel | |
| | | 2 Zubereiten von warmen Speisen | |
| 13 | Reinigen der Wohnung (Abrufempfehlung alle 14 Tage) | 3 Säubern des Arbeitsbereiches (z. B. Spülen) | 540 |
| | | 4 Entsorgen des verbrauchten Materials | |
| | | 1 Reinigen des allgemeinüblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche) | |
| 14 | Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung (Abrufempfehlung 1 x wöchentlich) | 2 Trennung und entsorgen des Abfalls | 360 |
| | | 3 Keine Grundreinigung | |
| | | 1 Waschen und trocknen | |
| | | 2 Bügeln | |
| | | 3 Ausbessern | |
| | | 4 Sortieren und einräumen | |
| | | 5 Schuhpflege | |





| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|-------------------|--|--|--------|
| 15 | Hausbesuchspauschale (bis zu 2 x je Tag abrechenbar) Eine 3. Abrechnung ist nur in Verbindung mit LK 29 oder LK 30 möglich. Es besteht insgesamt eine Begrenzung auf max. 3 Hausbesuchspauschalen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Vertrag pro Tag. | 1 Anfahrt 2 Dokumentation | |
| 15a | Erhöhte Hausbesuchspauschale (bis 1 x je Tag; daneben ist Pos. 15 max. 1 x je Tag abrechenbar) Eine 2. Abrechnung ist nur bei solitärer Erbringung mit LK 27, 28, 29 oder 30 möglich. Es besteht insgesamt eine Begrenzung auf max. 2 erhöhte Hausbesuchspauschalen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Vertrag pro Tag; daneben ist Pos. 15 max. 1 x je Tag abrechenbar. | 1 Anfahrt 2 Dokumentation Bei Abruf von ausschließlich einem der Leistungskomplexe 03, 04, 06 bis 08, 10, 12, 27, 28, 29 oder 30 je Einsatz | |
| 16 | Erstgespräch (vor Aufnahme der Pflege) | 1 Feststellung der Pflegeprobleme 2 Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen 3 Planung der Pflegeeinsätze 4 Gespräche mit Angehörigen/Arzt 5 Informationen über weitere Hilfen 6 inkl. Hausbesuchspauschale | 500 |

| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|-------------------|---|---|---------|
| 17 | Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 1 Beratung und Unterstützung der Pflegepersonen 2 Pflegeeinsatz mit Beratung des Pflegebedürftigen 3 Prüfung von ggf. Pflegehilfsmitteln 4 Hinweise auf Pflegekurse 5 Erstellung einer Ergebnis-Kurzmitteilung 6 inkl. Hausbesuchspauschale | Stufe 1 |
| 17a | Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI nach Stufe 2 | 1 Beratung und Unterstützung der Pflegepersonen 2 Pflegeeinsatz mit Beratung des Pflegebedürftigen 3 Prüfung von ggf. Pflegehilfsmitteln 4 Hinweise auf Pflegekurse 5 Erstellung einer Ergebnis-Kurzmitteilung 6 inkl. Hausbesuchspauschale | Stufe 2 |
| 17b | Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI nach Stufe 3 | 1 Beratung und Unterstützung der Pflegepersonen 2 Pflegeeinsatz mit Beratung des Pflegebedürftigen 3 Prüfung von ggf. Pflegehilfsmitteln 4 Hinweise auf Pflegekurse 5 Erstellung einer Ergebnis-Kurzmitteilung 6 inkl. Hausbesuchspauschale | Stufe 3 |
| 18 | Große Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme | Leistungskomplexe: 01 Ganzwaschung (Waschen, Duschen, Baden) 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 04 Selbständige Nahrungsaufnahme 07 Lagern/Betten | 610 |





| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|-------------------|---|--|--------|
| 19 | Große Grundpflege | <u>Leistungskomplexe:</u> 01 Ganzwaschung (Waschen, Duschen, Baden) 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) | 450 |
| 20 | Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme | <u>Leistungskomplexe:</u> 02 Teilwaschung 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 04 Selbständige Nahrungsaufnahme 07 Lagern/Betten | 450 |
| 21 | Kleine Grundpflege | <u>Leistungskomplexe:</u> 02 Teilwaschung 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) | 290 |
| 22 | Große hauswirtschaftliche Versorgung | <u>Leistungskomplexe:</u> 13 Reinigen der Wohnung 14 Waschen und Pflegen der Wäsche u. Kleidung | 760 |
| 23 | Große Grundpflege mit Lagern/Betten | <u>Leistungskomplexe:</u> 01 Ganzwaschung (Waschen, Duschen, Baden) 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 07 Lagern/Betten | 520 |
| 24 | Große Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | <u>Leistungskomplexe:</u> 01 Ganzwaschung (Waschen, Duschen, Baden) 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 05 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme 07 Lagern/Betten | 740 |

| Leistungs-komplex | Leistungsart | Leistungsinhalte | Punkte |
|-------------------|---|--|--------|
| 25 | Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten | <u>Leistungskomplexe:</u> 02 Teilwaschung 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 07 Lagern/Betten | 350 |
| 26 | Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | <u>Leistungskomplexe:</u> 02 Teilwaschung 03 Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum, Erbrochenes) 05 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme 07 Lagern/Betten | 580 |
| 27 | Kleine pflegerische Hilfestellung 1 (Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 1 - 15, 16 - 30) | 1 Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes oder anderen Sitz- und Liegegelegenheiten 2 Reinigen von Gesicht und/oder Händen 3 Richten des Bettes | 100 |
| 28 | Kleine pflegerische Hilfestellung 2 (Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 1 - 15, 16 - 30) | 1 An- und/oder Auskleiden (inkl. An- und Ablegen von Körperersatzstücken) 2 Reinigen von Gesicht und/oder Händen 3 Richten des Bettes | 100 |
| 29 | Kleine pflegerische Hilfestellung 3 (Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 1, 2, 7, 8, 13, 14, 16 - 28) | <u>Leistungskomplexe:</u> 27 Kleine pflegerische Hilfestellung 1 28 Kleine pflegerische Hilfestellung 2 | 170 |
| 30 | Kleine pflegerische Hilfestellung 4 (Ist in einem Einsatz nicht abrechnungsfähig mit LK 7, 13, 14, 16 - 18, 20, 22, 23 - 28) | 1 Wechseln der Bettwäsche 2 Richten des Bettes | 80 |



Anforderungs-Coupon



An die

BKK-Pflegekasse

.....
.....
.....

Bitte schicken Sie mir die Preisvergleichslisten für ambulante
Pflegedienste in den folgenden Städten:

1.
2.
3.
4.

Absender:

.....
.....
.....

Datum

Unterschrift

BKK
PFLEGE
VERSICHERUNG

