

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial und Kulturwissenschaften
Blockseminar „Alterssicherung und Pflege in der Sozialen Arbeit“
vom 3.2.2020 bis 7.2.2020

Donnerstag 6.2.2020

Belastung intensivpflegebedürftiger Menschen und
Ihrer Angehörigen, je nach Versorgungsform

Prof. Dr. Harry Fuchs

Sachverhalt des Fallbeispiels
wird schriftlich vorgelegt

Versorgung über SGB V

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

Versorgung über SGB V

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege, Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Umfang der Leistungen

- Es gilt dabei die Kosten für die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung zu unterscheiden. Die **Behandlungspflege** des Beatmungspatienten umfasst beispielsweise das Absaugen über die Trachealkanüle, die Überwachung der Beatmungsmaschine und die Wundversorgung durch den Intensivpflegedienst. Insbesondere die Anerkennung der notwendigen Überwachungszeiten durch geschultes Pflegepersonal ist entscheidend, um in kritischen Situationen, die das Leben der Beatmungspatienten gefährden, fachgerecht eingreifen zu können.
- Im besten Fall werden 21 Stunden pro Tag für Ihren Angehörigen als häusliche Krankenpflege anerkannt.
- Die fehlenden 3 Stunden gehen über die Pflegeversicherung. Für die Abrechnung der **Grundpflege** wird ein Antrag auf **Sachleistungen aus der Pflegeversicherung** gestellt. Sollten Sie und weitere Familienangehörige die Grundpflege Ihres Angehörigen übernehmen, erhalten Sie Pflegegeld.

Zuzahlung

Gemäß § 37 SGB V hat der Versicherte demnach einen Anspruch auf die vollen Leistungen der [Behandlungspflege](#).

Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Prozent der Kosten in den ersten 28 Tagen pro Kalenderjahr sowie 10 Euro je Verordnung.

Zur Behandlungspflege zählen alle medizinischen Maßnahmen wie z. B. Überwachung der Beatmung oder das Absaugen bei Patienten mit Tracheostoma.

Versorgung über das SGB XI

Nach § 43 Abs. 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Zuzahlung

- Da der Zuschuss der Pflegekasse nur Kosten der medizinisch-pflegerischen Versorgung selbst deckt, muss der Betroffene die
 - Kosten der Unterbringung und Verpflegung, aber auch die
 - Kosten der durch den Zuschuss der Kosten Pflegekassen nicht gedeckten pflegerischen Versorgung selbst zahlen. Nach Einsatz seines gesamten Einkommens und Vermögens kann der als Bedürftiger ggfls. ergänzende Hilfe zur Pflege beim Sozialamt beantragen.
- Die Krankenbehandlung in den Pflegeeinrichtungen wird durch die niedergelassenen Ärzte durchgeführt und von diesen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen abgerechnet. Der Berechtigte muss deshalb auch alle im Rahmen der Krankenbehandlung anfallenden Zuzahlungen für Arzneimittel, Heilmittel usw. selbst leisten.

Herzlichen Dank
für
Ihre Aufmerksamkeit