

Umsetzungsempfehlungen
zur Feststellung von Personen
mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und
zur Bewertung des Hilfebedarfs
im ambulanten Bereich
und
zur Feststellung eines erheblichen Bedarfs
an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bei Heimbewohnern
vom 10.06.2008

der Spitzenverbände der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband,
- BKK Bundesverband,
- IKK-Bundesverband,
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- Knappschaft,
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
- AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

und

des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.

und

des Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

1. Ausgangssituation

Mit Wirkung vom 01.07.2008 wird durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) gemäß § 45b SGB XI der zusätzliche Betreuungsbetrag für ambulant gepflegte bzw. versorgte Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz von bis zu 460 Euro jährlich auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) angehoben und der Kreis der Leistungsberechtigten auf die so genannten Pflegestufe-0-Fälle ausgedehnt.

Einheitliche Maßstäbe für die Höhe des jeweils im Einzelfall zu gewährenden Betrages haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in der Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs in der Fassung vom 10.06.2008 beschlossen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben gemäß § 87b Abs. 1 SGB XI für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von versicherten Heimbewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vergütungszuschläge sind auf der Grundlage zu vereinbaren, dass für jeden versicherten Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird.

Die nachfolgenden Umsetzungsempfehlungen dienen dem Ziel, in der Übergangszeit das Verwaltungsverfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs sowie zur Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bei versicherten Heimbewohnern effizient zu regeln.

Diese Umsetzungsempfehlung gilt zunächst bis zum 31.12.2009. Drei Monate vor Ablauf dieser Frist, werden die Beteiligten (Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) ihre Erfahrungen aus der Anwendung der Umsetzungsempfehlung einer Bewertung unterziehen und hierüber das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) informieren.

2. Umsetzungsempfehlungen zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs

- (1) Die Prüfung, ob bei einem Versicherten eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung gemäß § 45a SGB XI vorliegt, hat ab dem 01.07.2008 bei allen Antragstellern zu erfolgen.
- (2) Die Begutachtung und Prüfung, ob bei einem Versicherten eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vorliegt findet auf der Basis der „Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“ in der Fassung vom 10.06.2008 statt. Die Durchführung des PEA-Screenings und PEA-Assessments erfolgt nach der bisherigen Vorgehensweise.

2.1 Bewertung des Hilfebedarfs und Zuordnung zur Höhe des Leistungsanspruchs nach § 45b SGB XI

- (1) Die Bewertung des Hilfebedarfs und die damit verbundene Zuordnung zu einer der beiden Leistungsklassen (Grundbetrag bzw. erhöhter Betrag) wird anhand des PEA-Assessments des Formulgutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit seinen 13 Items gemäß § 45a SGB XI vorgenommen.

- (2) Den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich erhält jeder Antragsteller, bei dem im PEA-Assessment wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgestellt werden (bisheriges Verfahren).
- (3) Den erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro monatlich erhält jeder Antragsteller, bei dem im PEA-Assessment **zusätzlich** in mindestens einem weiteren Bereich aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

2.2 Bearbeitung von „Altfällen“

- (1) Bezieher des zusätzlichen Betreuungsbetrages von bisher bis zu 460 Euro jährlich, bei denen der MDK im Rahmen einer Pflegebegutachtung eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat („Altfälle“), erhalten ohne weiteres – sofern sie nicht den erhöhten Betrag beantragen – den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich ohne eine erneute Prüfung durch den MDK.
- (2) Wird der erhöhte Betrag von bis zu 200 Euro monatlich beantragt und liegt ein PEA-Assessment vor, prüft zunächst die Pflegekasse, ob in diesem PEA-Assessment zusätzlich zu den Mindestvoraussetzungen von 2 positiven Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, eines der Kriterien 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 positiv ist. Ist dies gegeben, gewährt die Pflegekasse, im Regelfall ohne Einschaltung des MDK, den erhöhten Betrag. In Zweifelsfällen erfolgt die Vorlage beim MDK der zunächst prüft, ob eine Entscheidung per Aktenlage möglich ist. Ist dies nicht der Fall, ist eine Begutachtung im häuslichen Umfeld zur Prüfung der Voraussetzungen des beantragten erhöhten Betreuungsbetrages erforderlich.

- (3) Wird der erhöhte Betrag von bis zu 200 Euro monatlich beantragt und liegen im PEA-Assessment die Kriterien für die Gewährung des beantragten erhöhten Betreuungsbetrages nicht vor, ist in jedem Fall eine Vorlage beim MDK vorzunehmen. Über die Art der Begutachtung entscheidet der MDK. Je nach Informationslage wird eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine Untersuchung im häuslichen Umfeld durchgeführt.

3. Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bei versicherten Heimbewohnern

3.1 Zeitliche Perspektive

- (1) Gemäß § 87b SGB XI (neu) haben vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ab dem 01.07.2008 die Möglichkeit, Verhandlungen mit den Pflegekassen über Vergütungszuschläge für versicherte Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung zu beantragen. Der Anspruch ist nicht auf pflegebedürftige Heimbewohner beschränkt. Vergütungszuschläge können auch für Heimbewohner der sog. Pflegestufe "0" gezahlt werden.
- (2) Neben der hierfür erforderlichen Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs in der Fassung vom 10.06.2008 steht der Vertragsabschluss unter dem Vorbehalt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI (neu) zur Qualifikation und zu den Aufgaben der für die zusätzliche Betreuung einzusetzenden Betreuungskräfte beschlossen und das BMG seine Genehmigung erteilt hat. Die Richtlinie ist spätestens bis zum 31.08.2008 vorzulegen.
- (3) Da davon auszugehen ist, dass die Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI (neu) zur Qualifikation und zu den Aufgaben der für die zusätzliche Betreuung einzusetzenden Betreuungskräfte vor dem 01.07.2008 nicht vorliegen wird,

kann davon ausgegangen werden, dass entsprechende Vertragsabschlüsse, sofern die Voraussetzungen der Pflegeeinrichtungen erfüllt sind, nach dem 01.07.2008 vereinbart werden.

3.2 Umsetzung in der Praxis

- (1) Zur zügigen Feststellung der versicherten Heimbewohner, für die Vergütungszuschläge gezahlt werden, erstellen vollstationäre Pflegeeinrichtungen Übersichten je Kassenart mit Namen und zugehöriger Pflegekasse aller versicherten Heimbewohner, bei denen
 - a) der MDK im Rahmen einer Pflegebegutachtung das PEA-Assessment positiv bewertet hat oder
 - b) nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung wegen erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung eine über das allgemeine Versorgungsangebot hinausgehende zusätzliche Betreuung und Aktivierung erforderlich ist.
- (2) Die Einschätzung der Pflegeeinrichtung ist von dieser auf Anforderung durch die Beifügung geeigneter Unterlagen, wie z.B. Arztberichte, Krankenhausberichte, Auszüge aus den Pflegedokumentationen, glaubhaft zu machen.
- (3) Die Übersichten je Pflegekasse (z. B. AOK-Rheinland, BARMER, BKK Mannesmann, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse) einschl. beigefügter Unterlagen sind von der Pflegeeinrichtung unter Beachtung des Datenschutzes (etwa verschlossener Umschlag) dem jeweils zuständigen Landesverband (z. B. AOK-Landesverband Rheinland, VdAK/AE V-Landesvertretung NRW, BKK Landesverband NRW) zur Weiterleitung an die zuständige Pflegekasse zu übersenden. Seitens der Pflegeeinrichtung ist diesen Unterlagen eine Gesamtübersicht, aus der die Zahl der betroffenen (Pflegeheim-)Bewohner hervorgeht, beizufügen. Diese dient dem jeweiligen Landesverband als Grundlage für die zu führenden Vergütungsverhandlungen. Durch die jeweilige Pflegekasse ist nach Prüfung bzw. Einsichtnahme in die Unterlagen (vgl. Ziffer 3.2 Abs. (2)) eine

entsprechende Rückmeldung, hinsichtlich der gemeldeten Anzahl der Pflegeheimbewohner, gegenüber dem zuständigen Landesverband erforderlich, um so sicherzustellen, dass auch nur diese Personen bei der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen entsprechend berücksichtigt werden.

- (4) Für diejenigen versicherten Heimbewohner, für die, nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung, wegen erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung eine über das allgemeine Versorgungsangebot hinausgehende zusätzliche Betreuung und Aktivierung erforderlich ist, wird die Feststellung, ob die Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die für eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblich sind, vorliegen oder nicht, abschließend von der Pflegekasse auf der Grundlage der von der Pflegeeinrichtung (auf Anforderung) beigefügten Unterlagen getroffen. Lediglich in Zweifelsfällen wird der MDK in die Prüfung nach Aktenlage einbezogen. Eine körperliche Untersuchung des versicherten Heimbewohners erfolgt nicht.
- (5) Die Pflegekassen geben – über ihren jeweiligen Landesverband – eine Rückmeldung an die Pflegeeinrichtungen wiederum in Form einer Übersicht mit Namen aller derjenigen versicherten Heimbewohner, bei denen der MDK oder die Pflegekasse eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat. Diese Rückmeldung hat innerhalb einer bestimmten Frist zu erfolgen, die im Vorfeld zu vereinbaren ist.
- (6) Die Pflegeeinrichtungen vereinbaren in Pflegesatzverhandlungen mit den Pflegekassen die Zahl des zusätzlichen Betreuungspersonals für versicherte Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Hierbei haben die Vertragsparteien für die betreffende Pflegeeinrichtung individuell sachgerechte Lösungen herbeizuführen. Als Orientierung wird im PFWG eine Größenordnung von einer Betreuungskraft je 25 demenziell erkrankter Heimbewohner genannt. Die Pflegeeinrichtungen haben eine Gesamtübersicht über die Zahl ihrer versicherten Heimbewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, für die sie

Vergütungszuschläge beanspruchen, in Anlehnung an den § 85 Abs. 3 SGB XI, rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlung den an der Pflegesatzverhandlung beteiligten Pflegekassen vorzulegen.

- (7) Hinsichtlich der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen sind von den Pflegeeinrichtungen die in § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB XI genannten Voraussetzungen zu erfüllen.
- (8) Die Pflegeeinrichtungen haben ihre versicherten Heimbewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie deren Angehörige im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag gezahlt wird, besteht.
- (9) Die zwischen vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflegekassen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von versicherten Heimbewohnern mit erheblichem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung vereinbarten Vergütungszuschläge gelten für die Laufzeit der Vereinbarung.
- (10) Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der versicherte Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB XI Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

Zur vertragsrechtlichen Umsetzung der Vergütungszuschläge werden sich die Spitzenverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Spitzenverband Bund der Pflegekassen gesondert äußern.