

## *Pflegeeinsätze gemäß § 37/3 SGB XI*

(Stand August 2019)

### **1. Geänderte Abrechnung**

Nach Inkrafttreten des Pflegepersonalstärkungsgesetzes wurden die preislichen Unterschiede zwischen den Pflegegraden aufgehoben und die Höchstpreise aus dem Gesetz gestrichen. Die Gebühren für die Pflegeeinsätze gem. § 37/3 SGB XI müssen jetzt mit den Pflegekassen verhandelt werden.

Die Verhandlungen konnten im März abgeschlossen werden. Die neuen Preise gelten nun ab April 2019.

- Abgerechnet wird nach Zeit.
- Sie stellen die Dauer des Beratungseinsatzes im Haushalt des Versicherten einschließlich der Anfahrt zum jeweiligen Versicherten je angefangene 5 Minuten 4,20 € (GPOS 09 02 1 2 9) in Rechnung.
- Unabhängig vom Pflegegrad sind insgesamt maximal 75 Minuten je Beratungseinsatz abrechenbar.
- **Die aufgewendete Zeit ist auf der Rechnung aufzuführen.** Bitte beachten Sie, dass dieser Gesamtaufwand auf der Rechnung länger ist, als die Anwesenheitszeit vor Ort beim Patienten, weil Sie die Anfahrtszeit noch hinzurechnen müssen. **Bitte weisen Sie auf der Rechnung nur die Gesamtzeit aus und nicht Anfahrt und Einsatzzeit vor Ort getrennt.** Die Vor- und Nachbereitungszeit ist im Preis bereits als unproduktive Arbeitszeit einkalkuliert und kann nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.
- **Mit dieser Vergütung sind alle notwendigen Personal- und Sachkosten (jedoch keine Investitionskosten, vgl. § 82 SGB XI) für diesen Einsatz abschließend abgegolten.**
- Es gelten die neuen Qualitätsanforderungen (Anlage) aus dem Beschluss des QAP (Qualitätsausschuss Pflege) vom 29.05.2018.
- Es dürfen nur Pflegefachkräfte eingesetzt werden.
- Neu ist auch, dass Sie die Versicherten auf Auskunfts-, Beratungs-, und Unterstützungsangebote der Pflegekassen oder ggf. des für sie zuständigen Pflegestützpunktes nach § 7a SGB XI hinweisen.

### **2. Häufigkeit der Besuche**

Unverändert geblieben sind die Nachweiszeiträume für die Pflegebedürftigen.

**Pflegeldbezieher** müssen im **Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich** und in **Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich** einen Beratungseinsatz nachweisen.

**Pflegegrad 1 und Pflegesachleistungsbezieher und Kombileistungsbezieher (Pflegegrad 2 bis 5) können** diesen Einsatz ebenfalls 2 x jährlich, je Kalenderhalbjahr 1 x, in Anspruch

nehmen.

### 3. Nachweise

Als Nachweis für die Pflegeeinsätze sind die **bundeseinheitlichen Formulare** oder Formulare mit inhaltsgleichen Angaben zu verwenden. Leider liegen diese nicht mehr kostenlos in Papierform vor. Sie können das Formular auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter der Rubrik „Vereinbarungen, Formulare, Richtlinien“ **herunter laden** (letztes Formular in der Rubrik ganz unten). <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien vereinbarungen formulare/richtlinien vereinbarungen formulare.jsp>

Die neuen 3-fach-Durchschlagsformulare für diese Einsätze § 37 Abs. 3 SGB XI gibt es beim Paul Albrechts Verlag, Lütjensee, Fax: 04154-799133, [www.pav.de](http://www.pav.de) (Preis von 49,- Euro 100 Stück, 114,- € 300 Stück jeweils zuzüglich 19 % Mehrwertsteuer Stand Juli. 2019)

Das Formular enthält einige Neuerungen:

#### a) **Beginn und Ende des Beratungsbesuches**

Auf dem neuen Formular ist eine Angabe zu Beginn und Ende des Beratungseinsatzes vorgesehen. Hier sind in Bayern vertragskonform die „Bruttozeit“ (also Fahrzeit zum Versicherten einschließlich der Zeit für den Beratungseinsatz im Haushalt des Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der Ergänzungsvereinbarungen) einzutragen.

#### b) **Pflege sicher gestellt ja oder nein**

Vorsicht, Sie erstellen kein Gutachten! Sie beziehen sich nur auf eine Momentaufnahme und den Augenschein dabei! Wir empfehlen dies aus haftungsrechtlichen Gründen deutlich zu machen

Beispiel: nicht feststellbar, da keine körperliche Inaugenscheinnahme möglich/gewünscht

Beispiel: ja, heute keine Hinweise auf defizitäre Pflege- und Versorgungssituation feststellbar

Beispiel: nein, heute folgende Hinweise auf defizitäre Pflege- und Versorgungssituation feststellbar, dann konkrete Beschreibung der Situation ohne Wertung z.B. stark vermutete

Kleidung, oder unbehandelter Dekubitus am Steiß, oder in den letzten 6 Monaten

Gewichtsabnahme von mind. 15 kg, oder starke Schmerzen im Bereich der Hüfte oder...

#### c) **Einverständnis des Pflegebedürftigen mit der Weitergabe der Daten**

Das Ergebnis wird mit Einverständnis des Pflegebedürftigen bzw. dessen gesetzlichen Vertreters an die Pflegekassen weiter geleitet. **Das Einverständnis muss** für die „Ziffer 3 = Pflege sichergestellt“ und die „Ziffer 4 = weitere Maßnahmen zur Verbesserung“ zu Pflegeberatung gem. § 7a, zur Inaugenscheinnahme und zur Verarbeitung der Ergebnisse **einzeln gegeben** werden. **Dazu sind auf der Seite 3 des Formulars unter „Einwilligungserklärung die jeweiligen Kreuzchen zu setzen.**

#### d) **Besteht das Einverständnis zur Weiterleitung der Beratungsergebnisse nicht**

werden die Beratungsergebnisse nur auf dem Durchschlag für den Pflegebedürftigen und den Pflegedienst eingetragen. Die Beratungsperson füllt dann auf dem Durchschlag der für die Pflegekasse bestimmt ist, die Punkte unter 1 bis 4 nicht aus und **setzt stattdessen die beiden Kreuzchen auf Seite 3 des Formulars über dem Feld „Stempel und Unterschrift der Beratungsperson“.**

#### e) **Besteht das Einverständnis zur Weiterleitung der Beratungsergebnisse nur**

**teilweise**, werden die vollständigen Beratungsergebnisse nur auf dem Durchschlag für den Pflegebedürftigen und den Pflegedienst eingetragen. Die Beratungsperson füllt

dann auf dem Durchschlag der für die Pflegekasse bestimmt ist, nur die Punkte aus, für die der Pflegebedürftige sein Einverständnis erklärt hat und **setzt die beiden Kreuzchen auf Seite 3 des Formulars über dem Feld „Stempel und Unterschrift der Beratungsperson**

#### 4. Abrechnung

Den Nachweis schicken Sie zusammen mit der Rechnung an die Abrechnungsstelle der jeweilige Pflegekasse. Bitte achten Sie darauf, dass die Zeitangabe auf dem Formular mit den abgerechneten Minuten übereinstimmt (5-Minuten-Takt).

- **Abrechnung über DTA**

Bisher ermöglicht dies nur die AOK Bayern.

**Kostenträger-Institutionskennzeichen : (IK) SGB XI 188310400**

**Empfänger-Institutionskennzeichen: 108310400**

**Gebührenpositionsnummer: 090801**

**Annahmestelle der AOK: da@dta.aok.de**

**Bei Fragen zum neuen Abrechnungsverfahren der Beratungseinsätze der AOK Bayern, steht Ihnen selbstverständlich gerne das DTA-Team unter den folgenden Telefonnummern zur Verfügung:**

**09221/945-202 Herr Marco Schübel**

**09221/945-110 Frau Astrid Otto**

**09221/945-164 Frau Cornelia Greim**

#### 5. MDK-Prüfansatz

Die Pflegeeinsätze dienen laut Gesetzgeber der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden und sind laut MDK-Prüfkriterien **ausschließlich von Pflegefachkräften durchzuführen**. Die QPR fordert dazu eine Verfahrensregelung im Pflegedienst ein. Nachstehend finden Sie ein Muster:

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Umsetzung und stehen für Fragen gern zur Verfügung.  
Ihr DBfK-Team

-----  
**Verfahrensweisung: Pflegeeinsätze gemäß § 37/3 SGB XI**

Der **MDK-Prüfansatz** „*Pflegeeinsätze sind von Pflegefachkräften durchzuführen, die über die geeigneten Kenntnisse zu den Krankheits- und Behinderungsbildern sowie über Beratungskompetenzen verfügen.* „ wird folgendermaßen umgesetzt:

- Pflegeeinsätze werden ausschließlich von Pflegefachkräften durchgeführt, die über die geeigneten Kenntnisse zu den Krankheits- und Behinderungsbildern sowie über Beratungskompetenzen verfügen.
- Die Durchführung wird auf dem bundeseinheitlichen Meldeformular dokumentiert. Zu dokumentieren ist mindestens
  - o **unter 1.** wie der Pflegebedürftige sowie seine Pflegeperson die Pflege- und Betreuungssituation einschätzt

- **unter 2.** wie die Pflegefachkraft des Pflegedienstes die Pflege- und Betreuungssituation einschätzt bezüglich evtl. vorhandener Verbesserungspotentiale
- **unter 3.** ob nach Einschätzung der Beratungsperson die Pflege und Betreuungssituation sicher gestellt ist (**Vorsicht, Wir erstellen kein Gutachten! Wir beziehen sich nur auf eine Momentaufnahme und den Augenschein dabei!**)
  - **Beispiel: nicht feststellbar,**  
da keine körperliche Inaugenscheinnahme möglich/gewünscht
  - **Beispiel: ja:**  
heute keine Hinweise auf defizitäre Pflege- und Versorgungssituation feststellbar
  - **Beispiel nein:**  
heute folgende Hinweise auf defizitäre Pflege- und Versorgungssituation feststellbar, dann konkrete Beschreibung der Situation ohne Wertung z.B. stark vermute Kleidung, oder unbehandelter Dekubitus am Steiß, oder in den letzten 6 Monaten Gewichtsabnahme von mind. 15 kg, oder starke Schmerzen im Bereich der Hüfte oder...

**Vorgehen bei Nicht sicher gestellter Pflege:**

**! Bei akuter Gefahr**

**→ Sofortiges Handeln z.B. Rufen des Notarztes oder der Polizei**

**Hierfür ist das Einverständnis des Pflegebedürftigen nicht notwendig!**

**Bei latenter Gefahr**

**a) Es besteht Einverständnis des Pflegebedürftigen mit der Weitergabe der Daten**

Das Ergebnis wird mit Einverständnis des Pflegebedürftigen bzw. dessen gesetzlichen Vertreters an die Pflegekassen weiter geleitet. Das Einverständnis muss für die „Ziffer 3 = Pflege sichergestellt“ und die „Ziffer 4 = weitere Maßnahmen zur Verbesserung“ zu Pflegeberatung gem. § 7a, zur Inaugenscheinnahme und zur Verarbeitung der Ergebnisse einzeln gegeben werden. Dazu sind auf der Seite 3 des Formulars unter „Einwilligungserklärung die jeweiligen Kreuzchen zu setzen.

**b) Besteht das Einverständnis zur Weiterleitung der Beratungsergebnisse nicht werden die Beratungsergebnisse nur auf dem Durchschlag für den Pflegebedürftigen und den Pflegedienst eingetragen. Die Beratungsperson füllt dann auf dem Durchschlag der für die Pflegekasse bestimmt ist, die Punkte unter 1 bis 4 nicht aus und setzt stattdessen die beiden Kreuzchen auf Seite 3 des Formulars über dem Feld „Stempel und Unterschrift der Beratungsperson“.**

**c) Besteht das Einverständnis zur Weiterleitung der Beratungsergebnisse nur teilweise, werden die vollständigen Beratungsergebnisse nur auf dem Durchschlag für den Pflegebedürftigen und den Pflegedienst eingetragen. Die Beratungsperson füllt dann auf dem Durchschlag der für die Pflegekasse bestimmt ist, nur die Punkte aus, für die der Pflegebedürftige sein Einverständnis erklärt hat und setzt die beiden Kreuzchen auf Seite 3 des Formulars über dem Feld „Stempel und Unterschrift der Beratungsperson**

- **unter 4.** welche Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation angeregt wurden
- **unter Einwilligungserklärung** auf Seite 3 ob der Pflegedienst die Beratungsdaten

an die Pflegekassen weiter leiten darf, ob der Pflegebedürftige einer Inaugenscheinnahme von bestimmten Körperregionen zugestimmt hat, eine Beratung nach 7a vom Pflegeberater der Pflegekasse wünscht und ob die erhobenen Daten an Diesen weiter geleitet werden dürfen.

- **Inhalte der Beratung sind:**
  - **die Einschätzung der Pflegesituation (Erfassung und Analyse der Ist-Situation):**
    - Belastung der Pflegeperson,
    - häusliches Umfeld,
    - Hinweise auf Verwahrlosung,
    - in Anspruch genommene Hilfen
    - Klärung pflegerischer Fragestellungen
    - und ggf. mit Einverständnis des Pflegebedürftigen eine Inaugenscheinnahme der betroffenen Körperregion.
    - Nachfragen zu Äußerungen über belastende Situationen der häuslichen Pflege und Betreuung
    - Suche nach Anzeichen von Gewaltphänomenen
  - **Hilfestellung und praktische pflegfachliche Unterstützung;**
    - ggf. die Durchführung einer Kurzintervention = Problemanalyse, Lösungssuche und ggf. konkretes Hilfeangebot, ggf. weitergehende Angebote z.B. § 45 Schulung in der eigenen Häuslichkeit, Empfehlung der Angehörigenfachstelle, 7a Pflegeberatungsangebot der Pflegekasse für ein Case Management )
  - **Weitergabe von Informationen und von Hinweisen auf die vorhandenen Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen**
    - Anleitungsangebot gem. § 45 SGB XI zu konkreten Fragen, die sich aus der Pflege ergeben.
    - Kontaktdaten für Angehörigengruppen, Demenzgruppen, Angehörigenfachstellen
- Darüber hinaus wird eine **pflegedienstinterne Dokumentation** geführt, in der die Stammdaten und die Kopie des Meldeformulars sowie Besonderheiten festgehalten werden.
- Das Ergebnis wird mit Einverständnis des Pflegebedürftigen bzw. dessen gesetzlichen Vertreters an die Pflegekassen weiter geleitet. **Besteht das Einverständnis nicht werden die Beratungsergebnis nur auf dem Durchschlag für den Pflegebedürftigen und den Pflegedienst eingetragen. Die Beratungsperson füllt dann auf dem Durchschlag der für die Pflegekasse bestimmt ist, die Punkte unter 1 bis 4 nicht aus und setzt stattdessen die beiden Kreuzchen auf Seite 3 des Formulars über dem Feld „Stempel und Unterschrift der Beratungsperson“.**
- Der Pflegebedürftige bzw. seine Pflegeperson erhalten eine Durchschrift des weitergeleiteten Formulars.

Datum und Unterschrift der PDL