

**Grundsätze für Bewohner mit einem Anspruch auf Leistungen der speziellen medizinischen Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V in Spezialeinrichtungen mit einem besonderen Versorgungsauftrag auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI**

1. Diese Regelung gilt ausschließlich für Spezialeinrichtungen, in denen alle Bewohner einen Anspruch auf Leistungen der speziellen medizinischen Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V haben. Aber auch für Spezialeinrichtungen, in denen sowohl Personen mit einem Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V als auch Personen, deren besonderer Pflegebedarf nicht unter das Leistungsspektrum des § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V fällt, betreut werden.
2. Für den Personenkreis mit speziellem Pflegebedarf ohne Anspruch nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V bleibt es bei der bisherigen Leistung und der gemäß § 82 Abs. 1 SGB XI zu vereinbarenden Pflegevergütung. Für den Personenkreis mit einem individuell festgestellten Anspruch auf besondere Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V wird zwischen den Pflegesatzparteien auf der Basis der nach Satz 1 vereinbarten Pflegevergütung ein Entgelt vereinbart, das um den Betrag des nach den folgenden Grundsätzen zwischen den Krankenkassen und dem jeweiligen Pflegeheim zu vereinbarenden pauschalierten Behandlungspflegepaketes vermindert ist.
3. Die jeweils zuständige Krankenkasse prüft versichertenbezogen anhand einer ärztlichen Verordnung über Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) und weiterer vorliegender Unterlagen einen Anspruch auf die besondere medizinische Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V i.V.m. § 1 Abs. 7 S. 3 der „Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie“). Auf der Verordnung sind für die Prüfung alle Maßnahmen der besonderen Behandlungspflege aufzuführen. Ggf. ist dem MDK von den Einrichtungen eine Kopie der Pflegedokumentation zur Verfügung zu stellen. Verordnungen können in Absprache mit der jeweiligen Krankenkasse auch für längere Zeiträume als Quartale ausgestellt werden.
4. Als berücksichtigungsfähig wurden folgende Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege lt. Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen als Anlage der „Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie“ festgelegt: Absaugen (Nr. 6), Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts (Nr. 8), spezielle Krankenbeobachtung (Nr. 24) und Wechsel und Pflege der Trachealkanüle (Nr. 29). Dafür wird ein pauschaliertes Behandlungspflegepaket zwischen der Krankenkasse und dem jeweiligen Pflegeheim nach § 132a Abs. 2 SGB V vereinbart. Die Verhandlungsgrundlagen werden in der LPSK beschlossen.
5. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die relevanten Maßnahmen beträgt 94 Minuten pro Kalendertag, erbracht von einer entsprechend examinierten Pflegefachkraft (vgl. anliegende Excel-Tabelle, Anlage 3). Dieser Zeitansatz wird als bayernweiter kalkulatorischer Ansatz für neu zu schließende Vergütungsvereinbarungen nach § 132a SGB V herangezogen.

6. Der berücksichtigungsfähige Anteil der produktiven Jahresarbeitsstunden wird bei einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden auf 1572, bei einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 39 Stunden auf 1592 und bei einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf 1633 festgesetzt.
7. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Lohnsituation in Bayern kann dem Grunde nach keine bayernweit einheitliche Vergütung vereinbart werden. Insoweit ist die Erstattungshöhe je Kalendertag im Verhältnis Pflegeeinrichtung zur Krankenkasse anhand des Bruttolohns (einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung) einer examinierten Pflegefachkraft individuell festzulegen. Dabei wird auf die Ergebnisse der Pflegesatzverhandlungen gemäß SGB XI abgestellt.
8. Zur Berücksichtigung der Personalnebenkosten wird der Personalkostenansatz um 1,5 % erhöht. Damit sind gleichzeitig die Sach- und Verwaltungskosten abgegolten.
9. Die Berechnung einer Platzfreihaltegebühr für Abwesenheitszeiten für den SGB XI-Bereich erfolgt nach § 87a SGB XI. Im SGB V-Bereich unterliegen Abwesenheiten anderen Gesetzmäßigkeiten und werden einrichtungsindividuell zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungsträgern verhandelt. Das Risiko durch Abwesenheiten wird durch einen kalkulatorischen Aufschlag im Entgelt berücksichtigt. Am Ende eines Vereinbarungszeitraumes werden die tatsächlichen Abwesenheitszeiten in der Folgevereinbarung berücksichtigt. Diese Regelung hat keine Auswirkung auf die SGB XI-Vergütung.
10. Die Abrechnung von Behandlungspflege im Pflegeheim erfolgt anhand der Rechnungsstellung seitens der Einrichtung an die zuständige Krankenkasse oder eines von ihr beauftragten Abrechnungsunternehmens monatlich einmal, regelmäßig zu Beginn des Folgemonats für den abgelaufenen Kalendermonat mit befreiender Wirkung an die Pflegeeinrichtung. Die Bezahlung des Rechnungsbetrages erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Rechnung bei der zuständigen Krankenkasse oder des Abrechnungsunternehmens. (Abweichende Regelungen können im Einvernehmen mit der jeweiligen Krankenkasse getroffen werden.)
11. Für die Vergangenheit werden Lösungen im Wege des Einzelfalls auf der Basis von Verordnungen über Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen geprüft.