
Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

1. Was ist häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V?

Häusliche Krankenpflege beinhaltet Grundpflege, Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Die Pflegemaßnahmen sind auf den Krankheitszustand der Patient*innen ausgerichtet und sollen dazu beitragen, die Krankheit zu heilen bzw. nicht zu verschlimmern. Im Rahmen der Unterstützungspflege erhalten die Patienten die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

2. Welche grundsätzlichen Leistungsvoraussetzungen müssen vorliegen?

- Die Person ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.
- Die Patient*innen können die notwendigen Pflegemaßnahmen nicht selbst leisten.
- Es lebt keine Person mit im Haushalt, die die pflegerischen Maßnahmen übernehmen kann.
- Es muss eine genehmigte Verordnung durch die Krankenkasse vorliegen.

3. Welche unterschiedlichen Formen der häuslichen Krankenpflege gibt es?

1. Krankenhausvermeidungspflege bzw. Krankenhausverkürzungspflege: Durch eine Krankenpflege zu Hause kann ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden.

2. Unterstützungspflege: Es handelt sich um eine schwere Krankheit oder die entsprechende Krankheit verschlimmert sich akut, beispielsweise nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus.

3. Sicherungspflege: Die Krankenpflege soll der Sicherung des Zieles, der ärztlichen Behandlung dienen.

1. Krankenhausvermeidungs- und Krankenhausverkürzungspflege

Leistungsvoraussetzungen

- Krankenhausbehandlungen können durch die häusliche Krankenpflege vermieden werden (Krankenhausvermeidungspflege).
- Krankenhausbehandlungen können durch die häusliche Krankenpflege verkürzt werden (Krankenhausverkürzungspflege).
- Zum gegenwärtigen Zeitpunkt besteht noch keine Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, würde jedoch ohne die häusliche Krankenpflege erforderlich werden.

Anspruchsdauer, Zuzahlung und Kostenübernahme

- Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.
- In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege länger bewilligen, wenn der Medizinische Dienst die Notwendigkeit feststellt.
- Ein gesetzlich festgelegter Eigenanteil ist für alle über 18-jährigen Personen zu tragen, die eine häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen. Dieser beträgt 10 Euro pro Verordnung und für die ersten 28 Tage der Behandlung, zehn Prozent, der anfallenden Kosten.

2. Unterstützungspflege

Leistungsvoraussetzungen

- Versicherte Personen zeigen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, einen Bedarf an einer grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung.
- Eine Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder einer ambulanten Operation ist notwendig.
- Anspruch auf die Unterstützungspflege besteht nur bei physischen Einschränkungen. Kein Leistungsanspruch besteht bei psychischen und kognitiven Einschränkungen.
- Die Versicherten sind nicht pflegebedürftig, im Sinne des SGB XI und deshalb auch nicht mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet.

Anspruchsdauer, Zuzahlung und Kostenübernahme

- Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.
- In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege länger bewilligen, wenn der Medizinische Dienst die Notwendigkeit feststellt.
- Ein gesetzlich festgelegter Eigenanteil ist für alle über 18-jährigen Personen zu tragen, die eine häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen. Dieser beträgt 10 Euro pro Verordnung und für die ersten 28 Tage der Behandlung, zehn Prozent der anfallenden Kosten.

3. Sicherungspflege

Leistungsvoraussetzungen

- Die Sicherungspflege muss im Zusammenhang mit einer ambulant ärztlichen Behandlung stehen (z. B. Behandlung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus oder Wundversorgung bei Ulcus cruris)
- Durch die Sicherungspflege kann eine Krankheit geheilt oder gebessert werden. Eine Verschlimmerung von krankheitsbedingten Beschwerden kann verhütet werden.
- Die Ursache der Erkrankung, also ob diese somatisch oder psychisch bedingt ist, ist ohne Bedeutung.
- Die Anspruchsvoraussetzungen sind insbesondere dann erfüllt, wenn durch die häusliche Krankenpflege, das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird.

Anspruchsdauer, Zuzahlung und Kostenübernahme

- Der Anspruch auf Behandlungspflege besteht für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit.
- Die Dauer des Anspruchs auf die Grundpflege oder hauswirtschaftliche Leistungen ergibt sich aus der Satzung der zuständigen Krankenkasse.
- Ein gesetzlich festgelegter Eigenanteil ist für alle über 18-jährigen Personen zu tragen, die eine häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen. Dieser beträgt 10 Euro pro Verordnung und für die ersten 28 Tage der Behandlung, zehn Prozent der anfallenden Kosten.

5. Wie erfolgt die Abrechnung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V?

Der ambulante Pflegedienst rechnet direkt mit der Krankenkasse seine Kosten ab und bekommt diese, von der Krankenkasse als Kostenträger erstattet. Die Versicherten erhalten von der zuständigen Krankenkasse eine Rechnung für die Erst- und Folgeverordnungen sowie für die Zuzahlung, für die 10 Prozent der anfallenden Behandlungskosten für die ersten 28 Kalendertage im Jahr.

Literatur:

Krankenkasseninfo.de (Hg.) (2023): Leistungen GKV

Häusliche Krankenpflege – Versorgung in den eigenen vier Wänden

url: <https://www.krankenkasseninfo.de/ratgeber/00383/haeusliche-krankenpflege-versorgung-in-den-eigenen-vier-waenden.html> (Zugriff: 24.04.2023)

Scheu, Rolf (2023): Leistungen der Krankenversicherung im häuslichen Bereich im Überblick.