

Grundlagen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP)

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch V (SGB V) hat die Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausbehandlung oder die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung zum Ziel. Sie umfasst Maßnahmen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Behandlungspflege.

Rechtliche Grundlagen

Häusliche Krankenpflege bedarf der vertragsärztlichen Verordnung (Verordnungsmuster 12) und der Genehmigung durch die Krankenkasse. Verordnungsfähig sind die im Leistungsverzeichnis der „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ (www.g-ba.de) gelisteten Maßnahmen, Ausnahmen bedürfen der medizinischen Begründung. Bei der Verordnung sind der Eigenverantwortungsbereich des Versicherten, die besonderen Belange von Kindern und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen (zum Beispiel Einsatz eines teureren Verbandmittels zugunsten geringerer Frequenz des Verbandwechsels).

Der gesetzliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, „soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann“ (§ 37 Abs. 3 SGB V). Um eine Laienperson, in der Regel Angehörige, zur Übernahme der häuslichen Krankenpflege zu befähigen, kann der Vertragsarzt die Anleitung zur Grundpflege oder zur Behandlungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst verordnen.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen wird die Behandlungspflege im Rahmen der Pflegeversicherung pauschal abgegolten. Ein darüber hinausgehender Anspruch gegenüber der Krankenkasse entsteht erst dann, wenn auf Dauer ein „besonders hoher Bedarf“ an Behandlungspflege gegeben ist (§ 37 Abs. 2 SGB XI). Als Beispiel sind Beatmungspflichtige oder Patienten zu nennen, bei denen häufiges Absaugen von Bronchialsekret zu unvorhersehbaren Zeiten erforderlich ist.

„Krankenhausvermeidungspflege“ nach § 37 Abs. 1 SGB V ist verordnungsfähig, wenn

- » Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn „ein Versicherter die Zustimmung zur eigentlich notwendigen Krankenhauseinweisung aus nachvollziehbaren Gründen verweigert“ (§ 2 Abs. 2 HKP-Richtlinie).
- » Krankenhausbehandlung dadurch vermieden oder verkürzt wird. Unterschiedliche Auslegungen zu Notwendigkeit und erforderlicher Dauer von Krankenhausbehandlung führen immer wieder zu Diskussionen.

Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen pro Krankheitsfall, in begründeten Ausnahmefällen ist eine Verlängerung möglich. Eine Verordnung bis zum Ablauf des dritten Werktages nach Entlassung kann auch der Krankenhausarzt vornehmen.

Beispiel: Ein hochaltriger, bislang jedoch mobiler und seine alltäglichen grundpflegerischen Verrichtungen eigenständig durchführender Patient, erkrankt an einer akuten bakteriellen Pneumonie. Die orale Flüssigkeitsaufnahme ist unzureichend. Während eines zurückliegenden Krankenhausaufenthaltes vor einem halben Jahr zeigte der Patient bei bekanntem demenziellen Syndrom eine ausgeprägte Weglauftendenz. Der Hausarzt entscheidet sich daher unter Abwägung der therapeutischen Möglichkeiten gegen eine stationäre Einweisung. Parenterale antibiotische Behandlung und Flüssigkeitssubstitution werden in häuslicher Umgebung durchgeführt, der Pflegedienst übernimmt im Rahmen zeitlich befristeter Verordnung die Grundpflege und spezielle Krankenbeobachtung (Kontrolle und Dokumentation der Vitalfunktionen). Den Haushalt führt, wie bisher, die ebenfalls betagte Ehefrau.

Häusliche Krankenpflege zur „Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung“ nach (§ 37 Abs. 2 SGB V)

ist verordnungsfähig, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch häusliche Krankenpflege durchgeführt werden kann. Verordnungsfähig sind Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege, unabhängig davon, ob dieser Hilfebedarf bereits bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung berücksichtigt worden ist. Es handelt sich dabei um Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, welche üblicherweise an Pflegekräfte delegiert werden können, zum Beispiel Blutzuckermessung, Insulininjektion, Medikamentengabe, An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Verbände. Ausschlaggebend ist jedoch, dass keine im Haushalt lebende Person dies übernehmen kann und die Möglichkeit ausscheidet, Laien mittels Anleitung durch einen Pflegedienst entsprechend zu befähigen (Nr. 1 und 7 des Leistungsverzeichnisses). Die zusätzliche Gewährung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ist lediglich dann möglich, wenn die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht und der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.

Beispiel: Eine 78-jährige, erheblich mobilitätsgeminderte Frau leidet an einem Ulcus cruris links. Neben gezielter Diagnostik einschließlich Vorstellung in einer Wundambulanz delegiert der Hausarzt die Verbandwechsel unter Angabe der Art und erforderlichen Frequenz an einen ambulanten Pflegedienst.

Sozialmedizinische Aspekte

Neben den Leistungen der Pflegeversicherung (Ausgabenvolumen 2010: 20,5 Milliarden Euro) stellt vor allem die Behandlungspflege einen wesentlichen Beitrag zum Verbleib multimorbider und mobilitätsgeminderter Menschen in der eigenen Wohnung dar. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Haushalte älterer und alleinstehender Menschen wird ihre Bedeutung weiter zunehmen.

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für häusliche Krankenpflege beliefen sich im Jahr 2010 in Deutschland auf

3,2 Milliarden Euro (vgl. ambulante ärztliche Behandlung: 27 Milliarden Euro), entsprechend 1,8 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. Sie weisen seit 2007 durchgehend jährliche Steigerungsraten von über 10 Prozent auf*).

Die Leistung unterliegt einem Genehmigungsverfahren; ausgewählte Fälle legt die Krankenkasse dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Beratung/Begutachtung vor. Rückfragen erhöhen für alle Beteiligten den Verwaltungsaufwand und können durch eine aussagefähige Verordnung meist vermieden werden.

» Besondere Bedeutung kommt der/den „Verordnungsrelevanten Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege“ (§ 3 Abs. 2 HKP-Richtlinien) zu. So ist die Notwendigkeit der Übernahme von Blutzuckermessung und Insulininjektion durch eine andere Person nicht primär durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus, sondern aufgrund eines ausgeprägten Tremors, nicht korrigierbarer Sehschwäche, Demenz oder anderer Ursachen gegeben. Der gelegentlich automatisierte Aufdruck der für ärztliche Abrechnungszwecke gespeicherten Diagnosen ist hinsichtlich der HKP-Verordnung dagegen wenig aussagefähig.

» Gelegentlich stellt sich bei mehrmals täglich erfolgreicher Medikamentenverabreichung die Frage, ob eine Reduktion der Abgabepunkte ohne Nachteil für den Patienten möglich ist (zum Beispiel bei ausschließlicher Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers zur Mittagszeit). In diesem Fall erfolgt eine gezielte Anfrage beim verordnenden Arzt.

» Die Notwendigkeit routinemäßiger Dauer-messung des Blutzuckers bei konventioneller Insulintherapie ist dann gutachterlich nachvollziehbar, wenn die Pflegefachkraft

auf eine ärztliche Handlungsanweisung zur Insulindosierung in Abhängigkeit des Blutzuckermesswertes zurückgreifen kann. Bei Vorliegen eines Prüfauftrages seitens der Krankenkasse wird bei Bedarf die Dokumentation des Pflegedienstes angefordert und durch den MDK-Gutachter eingesehen.

» Bei der Verordnung von Verbänden chronischer Wunden sind „Lokalisation/Wundbefund“ anzugeben. Lassen die Angaben keine Vorstellung von Ausdehnung und Zustand der Wunde zu, erfolgen Rückfragen oder Anforderung der Wunddokumentation des Pflegedienstes. Insbesondere der Verzicht auf die zwischenzeitlich allgemein anerkannte feuchte Wundbehandlung, gegebenenfalls Anwendung von „Hausmitteln“, monatelange Verläufe ohne Heilungstendenz trotz hochfrequenter Verbandwechsel und gleichbleibender Therapie, führen zu Rückfragen, inwieweit eine gezielte Ursachendiagnostik und Reflexion der bisherigen Therapie (zum Beispiel Vorstellung in Wundambulanz) erfolgten, vorgesehen sind oder wirtschaftliche Versorgungsalternativen in Frage kommen. Besteht im Einzelfall

dennoch keine Aussicht auf Abheilung, sind Verordnungen über einen längeren Zeitraum plausibel.

Voraussetzungen für einen effektiven Einsatz der finanziellen Ressourcen sind eine zielgerichtete Indikationsstellung durch den Vertragsarzt sowie eine verlässliche Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt, Pflegedienst, Kostenträger und MDK.

Autor



*Dr. Wolfgang Hell,
Fachteam Alters-
medizin, Bereich
Pflege, MDK Bay-
ern, Am Bleich-
anger 2, 87600
Kaufbeuren,
E-Mail:
wolfgang.hell@
mdk-bayern.de*

Das Wichtigste in Kürze

Häusliche Krankenpflege ist Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzeptes. Sie sichert überwiegend den Erfolg ärztlicher Behandlung von in eigener Wohnung lebenden mobilitätsgeminderten Menschen. In selteneren Fällen kann sie dazu beitragen, eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden.

Grundlage der Verordnung ist die Information, welche gesundheitlichen Umstände die jeweilige Leistung in der verordneten Frequenz und Dauer bedingen und aus welchem Grund die Notwendigkeit einer Erbringung durch einen Pflegedienst besteht. Auch hier ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Differenzierte Verordnungen tragen dazu bei, Rückfragen durch den Kostenträger zu vermeiden.

Die Rahmenbedingungen der Verordnung definieren die „HKP-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (www.g-ba.de).

*) Gesetzliche Krankenversicherung: Kennzahlen und Faustformeln; www.bmg.bund.de (Abruf 8. Mai 2012)