

Mitteilung des Senats vom 15. Januar 2002

Häusliche Krankenpflege

Die Bürgerschaft (Landtag) hat den Senat mit Beschluss vom 30. August 2001 gebeten, einen Bericht zur häuslichen Krankenpflege bis zum 30. November 2001 vorzulegen.

Der Bericht konnte in der gesetzten Frist nicht vorgelegt werden, da Zulieferungen der externen Stellen (Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung) notwendig waren, die zeitaufwendige Abstimmungen erforderlich machten.

Der Senat legt in der Anlage den erbetenen Bericht mit der Bitte um Kenntnisnahme vor.

Anlage

Bericht an die Bürgerschaft (Landtag)

Bericht

Häusliche Krankenpflege

Antrag der Fraktionen der CDU und der SPD vom 2. Mai 2001 (Drucksache 15/699)/Beschluss der Bürgerschaft (Landtag) vom 30. August 2001

Die Bürgerschaft (Landtag) hat auf der Grundlage des Antrags der o. a. Fraktionen die folgende Berichts-anforderung an den Senat gerichtet:

„Der Senat wird gebeten, über die Versorgungssituation der Patienten in der häuslichen Krankenpflege im Lande Bremen nach dem In-Kraft-Treten der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V, insbesondere der

- Übergangsregelungen und Anpassungsmaßnahmen für chronisch Kranke,
- Prophylaxen, insbesondere zur Vermeidung der Verschlechterung von Erkrankungen,
- Infusionsversorgung, vor allem hinsichtlich der Dauerinfusion bei liegendem Venenzugang,
- fachpsychiatrischen Krankenpflege,
- Versorgung von Alkohol- und Demenzpatienten,
- Blutzuckerkontrollen bei Diabetikern,
- 24-stündigen Krankenbeobachtung als Therapie begleitende Maßnahme,
- rechtzeitigen Dekubitusbehandlung,
- unmittelbar wirkenden Verordnungen,
- Arzneimittelversorgung und der
- Kreislaufüberwachung

bis zum 30. November 2001 zu berichten.“

Aufgrund der zeitaufwändigen Einbeziehung der Pflegeverbände sowie der Kranken- und Pflegekassen wurde die Berichtsfrist bis zur Bürgerschaftssitzung im Januar 2002 (22. bis 24. Januar) verschoben.

Der Senat beantwortet die vorgenannten Fragen wie folgt:

Die häusliche Krankenpflege nach SGB V

Ambulante Krankenpflege nach SGB V kann verordnet werden zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausbehandlung (§ 37 Abs. 1) oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (§ 37 Abs. 2), d. h. zur vorübergehenden Unterstützung. Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V beinhaltet die medizinische Behandlungspflege, die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung am und um das Krankenbett, die Pflege nach § 37 Abs. 2 in der Regel nur die Behandlungspflege. Alle drei Bereiche der Pflege müssen im Einzelfall vom behandelnden Arzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden.

Die neue Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist am 14. Mai 2000 in Kraft getreten und wurde zum 7. Juli 2000 von den Krankenkassen im Land Bremen umgesetzt. Inhalt der Richtlinie ist die Verordnung häuslicher Pflege, deren Dauer und Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den Leistungserbringern.

Im gleichzeitig mit der Richtlinie vereinbarten Leistungsverzeichnis wurde ein Teil der bisher gesondert verordnungsfähigen und abrechenbaren Leistungen der Behandlungspflege in den Leistungskomplex der Grundpflege integriert (z. B. die

Katheter- oder Anus-*praeter*-Versorgung) oder ganz gestrichen (z. B. IV-Medikationsgabe, häusliche Pflege bei gleichzeitiger Behandlung in einer Tagesklinik).

Durch die Ausweitung der Begründungspflicht für einzelne Maßnahmen und das zeitgerechte Ausstellen von Folgeverordnungen ist der Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die verordnenden Ärzte sowie die durchführenden Pflegedienste mit einem verwaltungsmäßigen Mehraufwand verbunden.

Die Situation in Bremen

Da laut Richtlinie Verordnungen für häusliche Krankenpflege nur von Vertragsärzten ausgestellt werden dürfen, waren im Land Bremen damit insbesondere Befürchtungen verbunden, dass die Verordnungen aus den Krankenhäusern nicht mehr von den Krankenkassen anerkannt werden. Diese konnten ausgeräumt werden, indem über die Versorgung pflegebedürftiger Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, abweichend von der Bundesrichtlinie, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Bremen eine Regelung getroffen wurde, dass die von Krankenhäusern ausgestellten Verordnungen weiterhin von den Krankenkassen anerkannt werden, um die reibungslose Anschlussversorgung der Patienten zu gewährleisten. Dazu ist ein entsprechendes Formular zwischen allen Beteiligten abgestimmt worden.

Im Rahmen der Beratungs- und Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen war dieser in den ersten neun Monaten 2001 mit 1.357 Fällen bzw. Anfragen zur häuslichen Krankenpflege befasst.

Davon wurde in 845 Fällen eine Leistungsgewährung empfohlen und in 284 Fällen eingeschränkt empfohlen. In 180 Fällen wurde eine Gewährung abgelehnt und in 48 Fällen standen andere Fragen im Mittelpunkt der Begutachtung.

Da der MDK lediglich Empfehlungen an die Krankenkassen weiterleitet und der Kasse die Leistungsgewährung obliegt, können diese Angaben nur als Richtwerte gelten.

Die Situation für Patienten stellt sich in einzelnen Leistungsbereichen wie folgt dar:

— Übergangsregelungen für chronisch Kranke

Eine Übergangsregelung bei Einführung der Richtlinie gab es nur für bereits genehmigte Leistungen, für die Anleitung zur Grund- oder Behandlungspflege sowie bei der Vorlagefrist der Verordnungen.

Für chronisch kranke Patienten war keine Übergangsregelung vorgesehen. Die Versorgung dieser Patientengruppe weist in der Praxis jedoch Lücken auf, da z. B. medizinische Einreibungen laut Leistungsverzeichnis nur bei akuten Krankheitszuständen verordnungs- und genehmigungsfähig sind. Das bedeutet, dass diese Leistungen vom Versicherten selbst zu tragen sind. Erst wenn in der Folge wieder ein akuter Zustand erreicht ist, wird die Leistung von der Krankenkasse übernommen.

— Prophylaxen, insbesondere zur Vermeidung der Verschlechterung von Erkrankungen

Prophylaxen werden nicht mehr gesondert im Leistungsverzeichnis aufgeführt, sondern sind Bestandteil der Grundpflege. Das bedeutet, dass Patienten diese Leistungen nur erhalten, wenn gleichzeitig Grundpflege genehmigt wird. In der Regel ist das jedoch nur für die erste Zeit nach einer Krankenhausentlassung der Fall (maximal bis zu vier Wochen). Bei Folgeverordnungen wird häufig nur noch die medizinische Behandlungspflege von den Krankenkassen gewährt, die keine pflegerischen Prophylaxen beinhaltet.

Sind Patienten nur vorübergehend pflegebedürftig und erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung, die Grundpflege beinhaltet, müssen prophylaktische Maßnahmen entfallen oder selbst finanziert werden.

Gleiches gilt für die prophylaktische Behandlung eines Dekubitus. Die Behandlung eines Dekubitus 1. Grades (leichte Hautrötung) ist Bestandteil der Grundpflege (als Prophylaxe); erst ab einem Dekubitus 2. Grades ist die Behandlung eine Leistung der Krankenversicherung. Eine rechtzeitige Behandlung des Dekubitus wird damit nicht ermöglicht.

— Fachpsychiatrische Krankenpflege

Für die Erbringung fachpsychiatrischer Krankenpflege gibt es im Land Bremen keine Leistungsvereinbarungen. Seit 1999 gibt es einen Modellversuch mit einem Pflegedienst, dem sich drei Krankenkassen angeschlossen haben (AOK, HKK, IKK). Dieser ist jedoch im Umfang auf individuelle Einzelfälle begrenzt und bisher vertraglich nicht abgesichert.

Eine flächendeckende ambulante Versorgung von psychiatrischen Patienten findet bisher im Land Bremen nicht statt.

— Versorgung von Alkohol- und Demenzpatienten

Die Versorgung von Alkohol- und Demenzpatienten erfolgt nach den allgemeinen Bestimmungen der Richtlinie und dem Leistungsverzeichnis. Eine besondere Vereinbarung von Leistungen, die den Erfordernissen dieser Patientengruppen gerecht wird, besteht nicht.

— Infusionsversorgung

Die Dauerinfusion bei liegendem Venenzugang ist Bestandteil der häuslichen Krankenpflege, solange es sich ausschließlich um das Auswechseln konfektionierte Infusionsflaschen handelt. Das Einbringen von Medikamenten in die Infusionsflaschen oder das Infusionssystem als IV-Medikamentengabe ist keine Leistung der häuslichen Krankenpflege, ebenso wenig wie das vorübergehende Blocken mit Heparin für Infusionspausen. Diese Maßnahmen gehören in den ärztlichen Verantwortungsbereich.

— Blutzuckerkontrolle und Kreislaufüberwachung

Blutzuckermessungen (BZ) und Blutdruckmessungen (RR) werden von den Krankenkassen in der Regel nur bei Erst- und Neueinstellungen genehmigt, das heißt bei akuten Krankheitszuständen. Eine regelmäßige Überwachung dieser Parameter, z. B. bei chronisch Kranken, ist im Leistungsverzeichnis nicht vorgesehen und wird nicht genehmigt.

— 24-stündige Krankenbeobachtung

Die spezielle Krankenbeobachtung ist Bestandteil des Leistungskataloges, es gibt dazu jedoch keine verbindliche Preisvereinbarung mit den ambulanten Pflegediensten. Im Einzelfall muss der Leistungserbringer die Kosten mit der Krankenkasse gesondert verhandeln.

— Unmittelbar wirkende Verordnungen

Bei Ausstellung einer Verordnung für häusliche Krankenpflege durch den niedergelassenen Arzt oder den Krankenhausarzt ist davon auszugehen, dass die häusliche Pflege unmittelbar erbracht wird. Bis zur Genehmigung durch die Krankenkasse übernimmt diese daher die entstehenden Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen, wenn die Originalverordnung am zweiten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Kasse vorliegt (vorläufige Genehmigung). Die gleiche Frist gilt für Folgeverordnungen.

Erst nach Prüfung durch die Krankenkasse wird eine Entscheidung über die weitere Kostenübernahme getroffen.

— Arzneimittelversorgung

Die vom Patienten benötigten Arzneimittel müssen vom behandelnden Arzt verordnet werden. Die Beschaffung der Arznei ist nicht als Einzelleistung verordnungsfähig, sondern kann von den Pflegediensten nur im Rahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht werden, sofern diese von der Krankenkasse genehmigt wird.

Zu Problemen mit der Beschaffung von Medikamenten kann es insbesondere bei Entlassungen aus dem Krankenhaus kommen, wenn diese zu Zeiten stattfindet, an denen der behandelnde niedergelassene Arzt nicht erreichbar ist (z. B. am Mittwoch- oder Freitagnachmittag), denn das Krankenhaus ist für die Arzneimittelversorgung nicht zuständig.

Defizite

Die häusliche Krankenpflege bildet ein zentrales Element der ambulanten Versorgungsstruktur. Sie soll dazu dienen, Krankheiten zu heilen, deren Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Für jüngere, mobile Patienten oder solche mit aktiven Angehörigen sind die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V in der Regel ausreichend. In der Praxis zeigen sich jedoch auch Versorgungslücken, insbesondere für chronisch Kranke und ältere Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung nur vorübergehend pflegebedürftig sind.

Patienten, die z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt keine medizinische Behandlungspflege benötigen, sondern ausschließlich Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, müssen diese in der Regel selbst finanzieren, da nach den Satzungen der meisten Krankenkassen diese Leistungen nicht ohne medizinische Behandlungspflege genehmigt werden können. Die Krankenkassen verweisen bei ihren Ablehnungen auf die Pflegekassen, auch wenn die Patienten aufgrund einer vorübergehenden Pflegebedürftigkeit keinen Anspruch auf Leistung nach dem SGB XI haben.

Die Genehmigungspraxis der Krankenkassen bei Verordnungen aus dem Krankenhaus hat sich in letzter Zeit deutlich verändert. So werden immer mehr Verordnungen abgelehnt, wenn aus Sicht der Krankenkassen keine Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes erkennbar ist. Mit dem Hinweis, dass die durchschnittliche Verweildauer nicht mit der Verordnung unterschritten wird, werden insbesondere die Leistungen der Grundpflege nicht gewährt. Dies trifft vor allem ältere Patienten, deren Behandlungsverlauf und Rekonvaleszenz in der Regel länger dauert als bei jüngeren Patienten.

Auch bei der so genannten einfachen Behandlungspflege (z. B. Medikamentengabe, RR-Messungen, BZ-Messungen, Verbandswechsel) hat sich die Genehmigungspraxis der Kassen seit Einführung der Richtlinie verändert. Immer häufiger lehnen sie Verordnungen mit dem Hinweis ab, dass der Patient selbst, seine Angehörigen oder Bezugspersonen diese pflegerischen Maßnahmen durchzuführen hätten. Nur mit einer ausführlichen Begründung, dass die genannten Personen aufgrund von erheblichen Defiziten in der Grob- oder Feinmotorik nicht in der Lage sind, diese Maßnahmen durchzuführen, werden entsprechende Maßnahmen genehmigt. Unberücksichtigt bleibt dabei, dass selbst bei einer entsprechenden Anleitung zur Durchführung dieser Maßnahmen die Interpretation der gewonnenen Daten oder die Wundbeobachtung keine Laientätigkeit darstellt, sondern von ausgebildeten Pflegekräften übernommen werden muss.

Da im Land Bremen die psychiatrische Pflege kein abrechenbarer Bestandteil der Leistungsvereinbarung ist, werden nur vereinzelt Patienten mit ambulanter Pflege im Rahmen des o. a. Modellversuchs versorgt, ohne dass die Ergebnisse zwingend Auswirkungen auf den Leistungskatalog haben müssen. Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die Gruppe geriatrischer und gerontopsychiatrischer Patienten mit ihren spezifischen Anforderungen sind bisher ebenfalls nicht im Leistungsverzeichnis berücksichtigt.

Patienten, die eine Tagesklinik besuchen, haben laut der neuen Richtlinie keinen Anspruch auf die Genehmigung häuslicher Krankenpflege. Dies betrifft vor allem Patienten, die eine geriatrische Tagesklinik besuchen und die bereits vor dem Behandlungsbeginn im Krankenhaus aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit eine häusliche Versorgung benötigen. Die Einschränkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitigem Ausbau von teilstationären Behandlungsangeboten der Krankenhäuser zeigt, dass eine optimale Abstimmung zwischen den verschiedenen Behandlungsbereichen noch erfolgen muss.

Fazit

Nach Einführung der Richtlinie ist die Situation in der ambulanten Krankenpflege durch Einschränkungen, Befristungsempfehlungen und einen erheblichen Mehraufwand an Verwaltung gekennzeichnet. Hinzu kommt die Verlagerung von Teilen der Leistungen in die Pflegeversicherung und den privaten Bereich.

Es ist zu befürchten, dass sich bei Einführung der neuen Krankenhausfinanzierung auf der Grundlage von Fallpauschalen (DRGs, Diagnosis Related Groups) die Versorgungssituation für behandlungs- und pflegebedürftige Menschen weiter verschlechtern wird, wenn die bereits bestehenden Versorgungslücken nicht geschlossen werden. Die angestrebte weitere Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus bedeutet, dass immer mehr Patienten mit einem erhöhten Pflegebedarf entlassen werden. Angemessene Lösungen für die Verzahnung des ambulanten mit dem stationären (Pflege-)Bereich fehlen bisher und sind noch zu entwickeln. Die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens müssen im Interesse der Patienten zukünftig besser aufeinander abgestimmt werden. Neben der Medizin dient auch die häusliche Krankenpflege dem Ziel, Gesundheit zu erhalten oder wieder zu erlangen; dabei sollten auch die Besonderheiten des Bedarfs der alten und chronisch kranken Menschen angemessen Berücksichtigung finden.