

Kompressionsverbände: Änderung der Richtlinie Häusliche Krankenpflege (HKP)

Verordnungsfähigkeit jetzt klargestellt



Foto: Susanne El-Nawab

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit einer teilweisen Neufassung des HKP-Leistungsverzeichnisses Änderungen bei der Verordnung der Wund- und Kompressionsbehandlung nach Nr. 31 beschlossen. Pflegedienste sollten wissen, welche Leistungen den Patienten zustehen, um eine genehmigungsfähige Verordnung einreichen zu können.

Von Henning Sauer

Kompressionsverbände sind – unabhängig vom Druck – Leistung der Behandlungspflege

Viele Pflegedienste kennen die Situation: Die Kasse lehnt Patienten die medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege mit zum Teil abenteuerlichen Begründungen ab. In der Vergangenheit geschah das häufig vor allem wegen Unklarheiten in der Formulierung der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses (Wund- und Kompressionsverbände). Oft wurde statt der verordneten Kompressionsverbände beispielsweise nur das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen genehmigt, weil keine anatomischen Gründe vorlagen, die dem Anziehen von Kompressionsstrümpfen entgegengestanden hätten. Das Abnehmen eines Kompressionsverbandes lehnten die Kassen meist mit der Begründung ab, es handle sich nicht um eine ordnungsfähige Leistung. Zum Teil gingen sie sogar davon aus, dass Kompressi-

onsverbände der Grundpflege zuzuordnen waren, wenn diese aus medizinischen Gründen nur mit geringem Druck angelegt werden sollten. Viele Versicherte mussten ihr gutes Recht einklagen. Die Pflegedienste waren gezwungen, die erbrachten Leistungen privat abzurechnen oder haben ihre Vergütung erst nach jahrelangen Gerichtsverfahren erhalten.

Mit den aktuellen Änderungen hat der G-BA jetzt einige Regelungslücken in der Leistungsbeschreibung der Nr. 31 geschlossen und die Verordnungsfähigkeit bestimmter Leistungen klargestellt. Viele Probleme der Vergangenheit werden sich damit nicht mehr stellen.

Öffnungsklausel gilt auch für Indikationsliste

Vom G-BA wurde jedoch bei der aktuellen Neufassung der Nr. 31 zugleich auch eine Indikationsliste

eingeführt. Diese nennt verschiedene Einzelindikationen, bei denen die Kompressionsbehandlung üblicherweise verordnet werden kann. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass einige Kranken-

► Problem + Lösung

Problem: Die für die Pflegedienste und Patienten relevanten Änderungen sind zum Teil schon beim Ausstellen der Verordnung zu beachten. Vielen Ärzten ist die Neufassung des Leistungsverzeichnisses noch nicht bekannt.

Lösung: Achten Sie bereits vor Einreichung der Verordnung bei der Krankenkasse darauf, dass die entsprechenden verordnungsrelevanten Angaben und Diagnosen enthalten sind.

► Die Veränderungen auf einen Blick

- Kompressionsverbände sind unabhängig vom auszuübenden Kompressionsdruck eine Leistung der Behandlungspflege.
- Kompressionsverbände anstelle von Kompressionsstrümpfen sind auch aus medizinischen Gründen verordnungsfähig.
- Auch das Abnehmen des Kompressionsverbandes ist eine Leistung der Behandlungspflege.
- Kompressionsbehandlung ist bei entsprechender Indikation auch bei immobilen Patienten möglich.
- Einführung einer Indikationsliste.
- Verbandswechsel eines Ulcus cruris ist bei gleichzeitigem Kompressionsverband nicht mehr ausgeschlossen.
- Anlegen und Wechseln von Wundverbänden im Zusammenhang mit der Kompressionsbehandlung ist auf der Verordnung anzugeben.

Häusliche Pflege

kassen irrtümlich davon ausgehen, dass die ärztlich verordneten Leistungen nur bei Vorliegen einer der benannten Indikationen genehmigt werden können. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17. März 2005, Az.: B 3 KR 35/04 R), können die Richtlinien die im Einzelfall medizinisch notwendigen Leistungen nicht ausschließen. Die Richtlinien sind nicht abschließend. Eine entsprechende Öffnungsklausel hat der G-BA daraufhin bereits mit Beschluss vom 15. März 2007 eingefügt. In seiner Begründung zum Änderungsbeschluss hat der G-BA noch einmal ausdrücklich bestätigt, dass die Öffnungsklausel des § 1 Absatz 4 Satz 3 der HKP-Richtlinie auch in Bezug auf die Indikationsliste gilt. Die verordnete Maßnahme muss nur medizinisch erforderlich, wirtschaftlich und Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes sein (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss, www.g-ba.de/downloads/40-268-1421/2010-10-21_HKP-RL_LeistV-Nr-31_TrG.pdf).

Bei den genannten Indikationen handelt es sich darüber hinaus nur um Oberbegriffe. Nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zum Medizinischen Kompressionsstrumpf (MKS) fallen beispielsweise auch eine Thrombophlebitis (superfiziell) sowie der Zustand nach abgeheilter Phlebitis, tiefe Beinvenenthrombosen oder ein postthrombotisches Syndrom unter die in Nr. 31 genannte Indikation Thromboembolie.

Versicherte haben umfassenderen Anspruch auf HKP

Folgende Ratschläge sollten Sie als Pflegedienst-Betreiber zukünftig bezüglich der Änderungen der HKP-Richtlinie beachten:

- Die mit dem Verordnungsmanagement befassten Mitarbeiter Ihres Pflegedienstes sollten die aktuellen Änderungen unbedingt kennen und die Ärzte darüber informieren. Nur so können Sie sicherstellen, dass die Verordnungen korrekt ausgestellt werden und Ihre Patienten die medizinisch notwendigen Leistungen von ihrer Krankenkasse erhalten. Vor allem bei der Verordnung von Kompressionsmaßnahmen sollte die konkrete verordnungsrelevante Diagnose angegeben werden. Bei anderen als den in der Leistungsbeschreibung genannten Indikationen sollten Sie darauf achten, dass die zutreffende Diagnose trotzdem angegeben und die Notwendigkeit der Leistungen aus ärztlicher Sicht begründet wird. Dies kann auch direkt auf der Verordnung geschehen.
- Hat die Krankenkasse die ärztlich verordneten Leistungen abgelehnt, sollten Sie prüfen, ob die aktuellen Änderungen im Leistungsverzeichnis Auswirkungen auf den konkreten Fall haben.
- Wurde beispielsweise die Genehmigung von Kompressionsverbänden abgelehnt, weil diese nur mit geringem Kompressionsdruck anzulegen waren, sollten Sie ihren Patienten dazu raten, Widerspruch einzulegen. Ist die

Widerspruchsfrist bereits abgelaufen, kann trotzdem ein Überprüfungsantrag bei der Krankenkasse gestellt werden. So können Versicherte auch noch nachträglich verlangen, dass die ihnen privat entstandenen Kosten ersetzt werden. Mit dieser Änderung hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Leistungsbeschreibung nämlich nicht erweitert, sondern nur die geltende Rechtslage klargestellt.

- Ist bei Ihren Patienten auch das Abnehmen der Kompressionsverbände notwendig, sollten Sie auch diese Leistung ärztlich verordnen und von der Krankenkasse genehmigen lassen. Ob diese Leistung dann separat mit der Krankenkasse abrechenbar ist, müssen Sie anhand der für Sie geltenden Vergütungsvereinbarung überprüfen.

Fazit: Die aktuellen Änderungen des Leistungsverzeichnisses führen für viele Versicherte zu einem umfassenderen Anspruch auf Behandlungspflege. Die Krankenkassen müssen ihre Genehmigungspraxis grundlegend ändern und die Änderungen berücksichtigen. Dass in der Leistungsbeschreibung eine Indikationsliste eingeführt wurde, bedeutet nicht, dass die ärztlich verordneten Leistungen nur bei Vorliegen einer der genannten Indikationen genehmigt werden können. ▀



Henning Sauer,
Rechtsanwalt
und Fachanwalt
für Sozialrecht
in der Kanzlei
Iffland &
Wischnewski,
Darmstadt

@ Mehr Infos auf HÄUSLICHE PFLEGE ONLINE:

Aktuelle Änderungen zur HKP-Richtlinie finden Sie unter www.haesusliche-pflege.vincentz.net/service/downloads (> Richtlinien/Empfehlungen)

Mehr zum Thema ▾

Im Internet unter www.g-ba.de,
www.phlebologie.de,
www.iffland-wischnewski.de