

Häusliche Krankenpflege erweitert

— Die Richtlinien über die Verordnung häuslicher Krankenpflege wurden zum 15. bzw. zum 29. Januar 2011 geändert. Demnach kann nunmehr auch das Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes sowie das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder -strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV verordnet werden.

Dies gilt allerdings nur bei Patienten mit den Indikationen Abheilen von Ulzera, Unterstützung des venösen Rückflusses und Unterstützung des Lymphabflusses bei Varikose, Thromboembolie, chronischer Veneninsuffizienz, Ödemen sowie Narben/Verbrennungen. Ferner wurde bei der Leistungsbeschreibung für die Verordnung des Blutdruckmessens die Auflage gestrichen, dass eine Verordnung bei Blutdruckwerten gleich oder unter 160 mmHg systolisch bzw. gleich oder unter 95 mmHg diastolisch ausgeschlossen ist.

MMW Kommentar

Die bisherige Formulierung Anlegen eines Kompressionsverbandes führte zu Rechtsstreitigkeiten hinsichtlich der Abnahme eines Kompressionsverbandes. Deshalb wird jetzt auch das Abnehmen des Kompressionsverbandes unter den in der Bemerkungsspalte genannten Voraussetzungen als Maßnahme der häuslichen Krankenpflege aufgeführt. Was das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen betrifft, so wurde in der bisherigen Fassung des Leistungsverzeichnisses die Verordnungsfähigkeit auf mobile Patienten beschränkt. Diese Regelung wurde dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst. Mit der Ergänzung der Richtlinie wird außerdem zur Konkretisierung der Verordnungsfähigkeit der Leistung auf eine Indikationsliste verwiesen.

Bei der Verordnung des Blutdruckmessens hat man die aktuellen Leitlinien der deut-

schen Hypertonie-Gesellschaft berücksichtigt, wonach unabhängig vom Alter der Ruheblutdruckwert ab 140 mmHg systolisch und/oder 90 mmHg diastolisch als hypertensiv anzusehen ist. Da die Verordnungsfähigkeit der Leistung mit dem Abstellen auf eine Erst- oder Neueinstellung eines Hypertonus ausreichend konkretisiert ist, wird deshalb auf Wertangaben verzichtet.

Zur häuslichen Krankenpflege in Heimen war bereits im April 2010 ergänzt worden, dass Versicherte, die nicht nach §14 SGB XI pflegebedürftig sind, während eines Aufenthalts in Kurzzeitpflegeeinrichtungen Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben. Dies wurde jetzt auf Patienten erweitert, die Pflege und Betreuung in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen, wenn dies aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in einer solchen Einrichtung notwendig ist.

Wann ist die Nr. 01740 EBM berechnungsfähig?

— Kann ein 57-jähriger Patient, der vor seinem 55. Lebensjahr – z. B. im 47. Lebensjahr – bereits eine Koloskopie erhalten hat, trotzdem eine Gesprächsleistung nach Nr. 01740 EBM erhalten? Die Beantwortung dieser Frage hängt von mehreren Faktoren ab. Die Vorsorgekoloskopie gibt es erst seit Oktober 2002 als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Anspruchsberechtigt ist jeder über 55 Jahre alte GKV-Versicherte. Unter diesem Aspekt ist zunächst festzustellen, dass Untersuchungen vor 2002 bzw. dem 55. Lebensjahr keine präventiven, sondern in irgendeiner Weise kurativ veranlasste Leistungen gewesen sein müssen und deshalb bei der Beurteilung der Sachlage keine Rolle spielen.

MMW Kommentar

Wichtig ist, dass die Inhalte der Leistung erfüllt wurden. Die Nr. 01740 EBM kann je Patient bezogen auf die gesamte Lebenszeit einmalig berechnet werden, unabhängig davon, ob es anschließend zu einer oder keiner präventiven Koloskopie kommt. Entsprechend dem Text der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien muss der Arzt den Versicherten möglichst frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms eingehend informieren und über Ziel und Zweck des Programms beraten. Diese erste Beratung ist nicht gesondert abrechnungsfähig, sondern mit der Versicherten- bzw. Grundpauschale abgegolten. Möglichst bald ab dem Alter von 55 Jahren sollen

die Versicherten dann eine weitere, zweite Beratung erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfasst: Häufigkeit und Krankheitsbild, Ziele und zu Grunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen, Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen, Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen, Vorgehensweise bei einem positiven Befund. Bei dieser zweiten Beratung händigt der Arzt den Versicherten auch das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus und kann danach die Nr. 01740 EBM berechnen.