

Zweifelhaftes Alibi

Wenn krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zur Ablehnung häuslicher Krankenpflege benutzt werden

Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen häufig mit der Begründung abgelehnt, es handele sich um eine so genannte „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“, die in der Begutachtung zur Einstufung bereits berücksichtigt wurde. Dass diese Behauptung nicht immer mit den Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien in Einklang steht, erläutert Claudia Soppart.

VON CLAUDIA SOPPART

In der Pflegeversicherung hatte man kein Interesse an einer gravierenden Ausweitung der anererkennungsfähigen Pflegemaßnahmen, als man die im Januar 2002 geänderte Begutachtungs-Richtlinien (BRi) in Kraft setzte. In der geänderten Fassung vom 22. August 2001 wird die gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Ziel war es, die Richtlinien den Forderungen des BSG gemäß zu formulieren. Neben verschiedenen Präzisierungen und Änderungen wird nachfolgend lediglich auf die Ergänzungen und dies nur im Hinblick auf die so genannten „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ eingegangen.

Festzuhalten ist: Die BRi gelten uneingeschränkt für alle MDK und alle Pflegekassen. Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

„Krankheitsspezifisch“ sind Maßnahmen der so genannten Behandlungspflege, die unter bestimmten Bedingungen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit als Hilfebedarf anerkannt werden. Diese Pflegemaßnahmen sind in den Begutachtungs-Richtlinien eindeutig und abschließend definiert. Zusätzlich ist ihre Berücksichtigung an ein ausgefeiltes Bedingungsgefüge geknüpft. Ist nur eine der Bedingungen nicht erfüllt, handelt es sich nicht um eine „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“, die bei der Ein-

stufungsbegutachtung berücksichtigt werden darf. Die Begründung der Krankenkasse zur Ablehnung häuslicher Krankenpflege geht damit ins Leere.

Für einen ambulanten Pflegedienst ist es daher wichtig, das Konstrukt der berücksichtigungsfähigen „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ zu kennen. Er muss nachweisen können, dass es sich bei der verordneten häuslichen Krankenpflege womöglich gar nicht um eine beim Patienten anzuerkennende „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ handelt.

Bedingungsgefüge der berücksichtigungsfähigen „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“:

(vgl. BRi Seite 35 und 36, 71 und 72)

Damit MDK und Pflegekassen krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen einbeziehen dürfen

1. müssen sie weiterhin vom Arzt verordnet werden und
2. regelmäßig mindestens einmal pro Woche und
3. auf Dauer, mindestens für sechs Monate notwendig sein und
4. entweder untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI sein oder zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang mit ihr stehen und
5. sie müssen bei den Verrichtungen der so genannten Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI in den BRi konkret genannt sein (siehe BRi Seite 47 bis 52).

Alle Bedingungen müssen gleichzeitig erfüllt sein, damit eine „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ vom MDK bei der Einstufung berücksichtigt werden darf.

Bedingung Nr. 5 im Detail

Es ist sinnvoll, zunächst die 5. Bedingung genauer zu betrachten. Es gibt nur

FORUM finder Begutachtung, Begutachtungs-Richtlinien, Behandlungspflege, Einstufung, Häusliche Krankenpflege, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

eine Handvoll pflegerischer Maßnahmen, die bei der Einstufungsbegutachtung als mögliche anrechenbare krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen überhaupt in Frage kommen. Dies ist bedeutsam, da es sich bei der Aufstellung in der mittleren Spalte (siehe Abbildung) um eine abschließende und nicht beispielhafte Aufzählung handelt: Über die in der mittleren Spalte genannten Pflegemaßnahmen hinaus gibt es keine weiteren.

Die BRi gelten uneingeschränkt für alle MDK und alle Pflegekassen. Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

GRUND- UND BEHANDLUNGSPFLEGE		
Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI:	ausschließlich zu prüfende Pflegemaßnahmen (BRi-Seite):	ausdrücklich ausgeschlossene pflegerische Interventionen (BRi-Seite):
Waschen, Duschen, Baden	Schmerzmedikation als Einzelgabe (Seite 48)	regelmäßige Gabe von Schmerzmedikamenten (Seite 48)
Waschen, Duschen, Baden	oro/tracheale Sekretabsaugung (Seite 48)	
Waschen, Duschen, Baden	Einreiben mit Dermatika aufgrund einer Hauterkrankung (Seite 48)	
Darm- und Blasenentleerung	Verabreichen eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung (Seite 49)	<ul style="list-style-type: none"> • Legen eines Blasendauerkatheters • Laxantiengabe (Seite 49)
Aufnahme der Nahrung	Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei PatientIn mit Tracheostoma (Seite 50)	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung (Seite 50)	Legen einer Dauerernährungs-sonde (Seite 50)
Aufstehen und Zubettgehen	Sekretelimination bei PatientIn mit Mukoviszidose (Seite 50)	
An- und Auskleiden	Kompressionsstrümpfe ab Kompressionsklasse 2 (Seite 51)	

FORUM SOZIALSTATION ■

→ Fazit

Wenn Behandlungspflegemaßnahmen wie zum Beispiel der Verbandwechsel in der abschließenden Aufzählung der mittleren Spalte nicht vorkommen, können sie nie „krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ sein.



Claudia Soppart: Es lohnt, die rigiden Vorgaben wörtlich zu nehmen.



Es lohnt sich, die mittlere Spalte genau zu betrachten, denn die Inhalte gelten fast wörtlich. Auch Medikamentengabe ist – mit Ausnahme der **Schmerzmedikation** – nicht erwähnt und kann somit niemals eine „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ sein. Aber auch die Verabreichung einer Schmerzmedikation wird nur dann als berücksichtigungsfähige „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ gewertet, wenn sie **als Einzelgabe** – also bei Bedarf oder als Bolusgabe bei einer Schmerztherapie gewährt wird (natürlich nur dann, wenn auch die Bedingungen 1 bis 4, die weiter unten im Text erläutert werden, erfüllt sind). Die konstante Gabe im Rahmen einer Schmerztherapie ist in der rechten Spalte ausdrücklich ausgeschlossen – auch wenn es hier einen Fauxpas der Verfasser beim Terminus „regelmäßig“ gibt. Die Definition des Terminus „regelmäßig“ in den BRi lautet: mindestens einmal wöchentlich – vgl. BRi Seite 35 f. Hier wird das Wort offensichtlich umgangssprachlich verwendet, denn natürlich kann die in der mittleren Spalte dargestellte Einzelgabe auch nur bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gewertet werden, wenn sie „regelmäßig“, nämlich mindestens einmal wöchentlich erfolgt.

Das **Einreiben**, darf – wenn zusätzlich die Bedingungen 1 bis 4 erfüllt sind – nur dann als „krankheitsspezifische Maßnahme“ vom MDK gewertet werden, wenn es sich um die **Behandlung einer Hauterkrankung** handelt. Alle anderen Einreibungen, zum Beispiel aufgrund einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis, dürfen im Rahmen der Begutachtung nie als „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ berücksichtigt werden. Analog ist bei Maßnahmen der **Sekretelimination** zu verfahren: Sie können überhaupt nur zur berücksichtigungsfähigen „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahme“ werden, **wenn EmpfängerInnen an Mukoviszidose leiden**, und sonst in keinem Fall. Und es geht ausschließlich um **das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen** und nicht um eine Kompressionsstrumpfhose.

→ **Fazit**

Es lohnt sich, die sieben (Absaugen erscheint bei zwei Verrichtungen nach §

14 Abs. 4 SGB XI) ausschließlich zu prüfenden Pflegemaßnahmen wörtlich zu kennen, denn sie gelten präzise und nur in der abschließend formulierten Art und Weise.

Bedingung Nr. 4 im Detail

Die ausschließlich zu prüfenden Pflegemaßnahmen in der mittleren Spalte können bei der Einstufungsbegutachtung nur dann berücksichtigt werden, wenn sie bei bestehendem Hilfebedarf bei der jeweils in der linken Spalte genannten Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich erforderlich sind. Dieser Zusammenhang muss horizontal aus der Tabelle hergeleitet werden. GutachterInnen dürfen die **Schmerzmedikation als Einzelgabe** nicht als „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ werten, wenn die Patienten sie bekommen, um zum Beispiel bei der Verrichtung „Aufstehen- und Zubettgehen“ eine Erleichterung zu haben.

→ **Fazit**

Die Überprüfung eines Zusammenhanges zwischen einer der genannten Maßnahmen der sogenannten Behandlungspflege darf nur innerhalb einer Zeile erfolgen. Dies schränkt die Anerkennung der ausschließlich zu prüfenden Pflegemaßnahmen als „krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ weiter ein.

Ausgangspunkt für die Bewertung „krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen“ ist darüber hinaus immer der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Erst wenn hier ein Hilfebedarf bejaht wird, hat der MDK zu prüfen, ob sich zusätzlich der Bedarf zur Erbringung der genannten „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahme“ ergibt.

Kann sich ein/e Patient/in vollständig alleine an- und ausziehen, so hat sie damit logischerweise keinen Hilfebedarf bei der entsprechenden Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Vom MDK ist es dann nicht zu prüfen und folglich nicht als „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ anzuerkennen, wenn der/die Patient/in einen Hilfebedarf **beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe (ab Klasse 2) hat**.

→ Fazit

Selbst wenn ein/e Patient/in bei einer der ausschließlich zu prüfenden sieben Pflegemaßnahmen (mittlere Spalte) der Hilfebedarf, handelt es sich nicht um eine in der Einstufungsbegutachtung zu berücksichtigende „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“, wenn sie nicht als zwingende Bedingung bei der vorstehenden (linke Spalte) Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI einen begründbaren Hilfebedarf hat.

Aber auch wenn der/die Patient/in einen Hilfebedarf bei der voranstehenden Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI hat, muss der geforderte Zusammenhang gemäß der 4. Bedingung sich nicht zwingend ergeben: So kann ein **Absaugen** bei der Begutachtung nur dann als „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ berücksichtigt werden, wenn es **in Zusammenhang mit dem Waschen, Duschen, Baden oder der Aufnahme der Nahrung** anfällt. Aber ist es wirklich so, dass sich der Bedarf des Absaugens bei betroffenen Patienten gerade (nur) zu

**Alle Bedingungen müssen
gleichzeitig erfüllt sein, damit
eine „krankheitsspezifische
Pflegetmaßnahme“ vom MDK bei
der Einstufung berücksichtigt
werden darf.**

diesen Anlässen ergibt? Die pflegerische Erfahrung zeigt, dass sich eine Verschleimung oder das Lösen von Sekret ergibt zum Beispiel

- ◆ beim Umlagern/Bewegen zur Druckentlastung (fällt unter die Verrichtung „Aufstehen und Zubettgehen“, die sich nicht in der gleichen Zeile befindet) oder
- ◆ bei der Intimpflege im Bett im Rahmen der Verrichtung „Darm- und Blasenentleerung“ (ist ebenfalls eine Verrichtung, bei der das Absaugen laut BRi-

Vorgaben nicht als „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ anerkannt werden darf) oder

- ◆ völlig unabhängig von den o. g. Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI.

Dass ein Zusammenhang mit der Verrichtung „An- und Ausziehen“ und dem **An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2** nicht zwingend gegeben sein muss, bzw. fachlich kontraindiziert sein kann, beschreibt das vom Pflegeverband BPA in Auftrag gegebene pflegewissenschaftliche Gutachten (siehe FORUM SOZIALSTATION Nr. 121/April 2003)

→ Fazit

Auch wenn ein Hilfebedarf bei der genannten Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI und ebenfalls bei der entsprechend zu prüfenden Pflegemaßnahme (mittlere Spalte) besteht, heißt dies noch nicht automatisch, dass die 4. Bedingung erfüllt ist. Unter Umständen muss nämlich die zu prüfende Pflegemaßnahme eben nicht als „untrennbarer Bestandteil ... oder zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang“ mit einer berücksichtigungsfähigen Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI (vgl. BRi Seite 35 und 71) vorgenommen werden, sondern völlig unabhängig davon in ganz anderen Situationen.

Bedingung Nr. 3 im Detail

Nicht selten sind die anderen Bedingungen alle erfüllt, aber diese dritte nicht. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um eine akute Situation handelt, die eben nicht mindestens für sechs Monate andauert. So erfolgt das **Einreiben mit einem Dermatikum aufgrund einer akuten Hauterkrankung** wie zum Beispiel einer Pilzinfektion oder einem Wundsein sicherlich nicht über sechs Monate. Auch wird das **An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2** aufgrund einer entzündlichen Venenerkrankung wahrscheinlich nicht über diesen Zeitraum erfolgen.

→ Fazit

Besteht ein Hilfebedarf nach der Definition der BRi nicht auf Dauer – also für mindestens sechs Monate – darf der MDK

die „krankheitsspezifische Pflegemaßnahme“ nicht bei der Einstufungsbegutachtung berücksichtigen.

Bedingungen Nr. 1 und 2 im Detail

Die 1. Bedingung ist verständlicherweise immer erfüllt – es liegt eine ärztliche Verordnung der häuslichen Krankenpflege vor. Die Hilfestellungen bei den sieben genannten „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ (mittlere Spalte) sind – wenn sie grundsätzlich erforderlich sind – nur scheinbar auch regelmäßig, also mindestens einmal pro Woche notwendig. Dies gilt insbesondere für das **Verabreichen eines Klistiers oder eines Einlaufs**. Die pflegerische Erfahrung zeigt, dass diese Maßnahmen nur in Ausnahmefällen wirklich jede Woche mindestens einmal (und das für einen zwingend zu beachtenden Bezugszeitraum von mindestens sechs Monaten) erforderlich sind.

→ Fazit

Besteht bei einem/einer Patient/in seltener als einmal pro Woche ein Hilfebedarf bei einer „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahme“, so ist diese nicht anrechenbar im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI.

Beweisführung nötig und möglich

Aufgrund der rigiden Vorgaben in den BRi dürfen die so genannten „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“ längst nicht so häufig in der Einstufungsbegutachtung berücksichtigt werden, wie dies von manchen Krankenkassen zur Ablehnung häuslicher Krankenpflege behauptet wird. Bringen die Pflegedienste die oben beschriebenen fünf Bedingungen in Abgleich mit der individuellen Situation der Patienten, wird ihnen häufig eine fundierte Beweisführung gegen die Argumentation der Krankenkassenvertreter möglich sein. ■

Claudia Soppart, arbeitet nach mehrjähriger Tätigkeit als leitende MDK-Prüferin heute freiberuflich als Qualitäts-Trainerin und Qualitätsmanagement-Beraterin für Pflegeeinrichtungen, www.soppart.de



Beweisführung ist nötig, aber auch möglich. Die Pflegedienste müssen stichhaltig argumentieren können.