

Fallstricke bei Ablehnung von SGB V-Leistungen

VON GERD NETT*

Wershofen (nh). Alle kennen das Problem. Der Hausarzt verordnet eine Leistung der Häuslichen Krankenpflege, hier das regelmäßige Messen des Blutzuckers sowie die Injektion von Insulin, und die Krankenkasse lehnt die entsprechende Kostenübernahme ab. Gleichzeitig gibt der Hausarzt aber ein Schema vor, das die zu injizierende Insulindosis abhängig macht vom aktuellen Blutzuckerwert (BZ). Muss der Pflegedienst nun, trotz Ablehnung der Leistung der BZ-Messung, den BZ vor der Insulininjektion weiterhin messen? Wie und von wem wird diese Leistung vergütet?

Ausschlaggebend sind die beiden in Frage kommenden Ziffern der Anlage „Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege“ in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“. Das Messen des BZ nach Ziffer 11 „Blutzuckermessung“ ist zu Recht abgelehnt worden, da es sich hier weder um die Erst- oder Neueinstellung eines Diabetes noch um die Fortsetzung einer so genannten „Intensivierten Insulintherapie“ handelt. Bedeutet das nun, dass der Pflegedienst den BZ nicht mehr messen darf oder muss?

Nein, im Gegenteil. Denn Ziffer 18 „Injektionen“ besagt eindeutig, dass die „Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates“ erfolgen muss. Das heißt, man darf nur Insulin spritzen, wenn man auch die Dosierung kennt. Sieht die Verordnung also eine

variable Dosierung je nach BZ-Wert vor, gehört die Messung des BZ zur Leistungserbringung der Injektion. Im Preis der s.c.-Injektion ist der Aufwand für die BZ-Messung und die in der Regel hierzu benötigten Krankenpflegeartikel enthalten. Wird das BZ-Messen nach Ziffer 11 abgelehnt, schließt es das Messen des Blutzuckers zum Dosieren der Injektion (Ziffer 18) nicht aus. Diese Tatsache ist in den meisten Verträgen nach § 132, § 132a SGB V sicher nicht bei der Preisermittlung für die Injektion berücksichtigt worden und sollte entsprechend geändert werden.

Ein weiteres Beispiel kommt aus Hessen: Häufig kommen Verordnungen zur Medikamentengabe, insbesondere von der AOK Hessen, mit dem Vermerk „Im Rahmen der vertraglichen Vereinbarung nicht gesondert abrechenbar“ zurück. Damit wird die Finanzierung der Medikamentengabe bei Versicherten, die gleichzeitig SGB XI-Leistungen erhalten, abgelehnt. Hintergrund ist ein Hinweis im entsprechenden SGB V-Vertrag zwischen Pflegedienst und Krankenkasse. In der Anlage 4 „Vergütungsvereinbarung“ des Vertrages nach § 132, 132a SGB V heißt es unter Ziffer 2:16: „Arzneimittelabgabe und -überwachung als alleinige Leistung bei Patienten, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sind, ärztlich verordnete Medikamente nach Weisung des Arztes einzunehmen“. Dies bezieht sich nur auf den Bereich des SGB V. Allerdings hat allein die AOK Hessen das auch auf den Bereich SGB XI ausgedehnt.

Fraglich ist jedoch, ob die-

se Interpretation eines Vertragspartners rechtlich haltbar ist, insbesondere wenn alle anderen Vertragspartner gleich lautende Verträge anders „leben“. Da es hier allerdings um das Verhältnis der beiden Vertragspartner AOK Hessen und Pflegedienst geht, kann sich der Pflegedienst daher auch über den Punkt der Vergütung mit der AOK Hessen rechtlich streiten. Unabhängig von der rechtlichen Bewertung dieser Auslegung der AOK bleibt jedoch noch einmal festzuhalten: Die Medikamentengabe ist als Behandlungspflege genehmigt und sie ist daher auch mit dem vertraglich vereinbarten Personal durchzuführen, lediglich die Vergütung ist strittig.

*Der Autor ist Arzt und erreichbar unter: Tel. (0 26 94) 91 15 28, Fax: (0 26 94) 91 16 28, E-mail: Gerd.Nett@SysPra.de, <http://www.SysPra.de>

Hannes Brodersen/
Hildegard Entzian/
Jörn Korsch/Mechthild
Lärm/Ute Pilzecker
Frau Else Hansen –
Pflegeplanung und
Pflegedokumentation
im Beispiel

Juni 2003, 72 Seiten,
Spiralbindung,
Einzelpreis 11,80 €/s
ab 5 Expl. 9,80 €/s
ab 10 Expl. 8,80 €/s
ab 20 Expl. 7,80 €/s
Best.-Nr. 183

Andere Z

Vincentz Network
Telefon +49 511